



Α.Τ.Ε.Ι. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**« ΜΕΛΕΤΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΩΝ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ »**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΚΑΜΠΟΥΡΗ ΜΑΡΙΑ, ΑΜ: 2006116

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2012

“...Κάπου υπάρχει η Κρήτη, νησί στη μέση ενός πελάγου βαμμένου στο μαβί, πλούσιο κι εύφορο, θαλασσοφίλητο το κατοικούν πολλοί, άνθρωποι αναρίθμητοι, σε πόλεις ενενήντα...”

“Ομήρου Οδύσσεια, ραψ. τ΄ στιχ. 183-185 (μετάφρ. Δ.Ν.Μαρωνίτης)

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ τον κύριο Δημόπουλο Ιωάννη Καθηγητή του τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας του Α.Τ.Ε.Ι Καλαμάτας για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε και με ανέλαβε με το θέμα της παρούσας πτυχιακής εργασίας και τον κύριο Δρούμπαλη Φώτιο επίκουρο καθηγητή του τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας του Α.Τ.Ε.Ι Καλαμάτας για τον χρόνο που μου αφιέρωσε και τις πολύτιμες συμβουλές του που μου έδωσε.

Ευχαριστώ ακόμα θερμά, την οικογένεια μου, τους γονείς μου και τον αδερφό μου για την ηθική υποστήριξη και την συνεχή συμπαράσταση που μου παρείχαν καθ' όλη τη διάρκεια έως την ολοκλήρωση της εργασίας. Επιπλέον, τους φίλους μου, που καθ' όλη τη διάρκεια της δημιουργίας της πτυχιακής μου συμπαραστέκονταν και μου έδιναν συνεχώς κουράγιο.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:	6
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	6
1.1 Γενικά	6
1.1.1 Παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο της υγείας.....	7
1.2 Η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα	9
1.3 Ιστορική εξέλιξη υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα.....	11
1.4 Χάρτης υγείας και πρόνοιας	14
1.4.1 Δείκτες δομών Δημόσιας Υγείας	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:	20
Η ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	20
2.1 Ο Νομός Ηρακλείου και οι Δήμοι	20
2.2 Δημογραφία-ορισμός και η σημασία της	23
2.2.1 Μελέτη δημογραφικών στοιχείων Νομού Ηρακλείου και Κρήτης	23
2.2.2 Τοπική σύγκριση υπηρεσιών υγείας Νομού Ηρακλείου	27
2.3 Μελέτη υπηρεσιών υγείας στο Ν. Ηρακλείου-Κρήτη-Ελλάδα.....	36
2.3.1 Μελέτη υπηρεσιών υγείας Νομού Ηρακλείου-Κρήτη.....	37
2.3.2 Σύγκριση υπηρεσιών υγείας Νομού Ηρακλείου-Νομού Ιωαννίνων	38
2.3.3 Σύγκριση υπηρεσιών υγείας Νομού Ηρακλείου-Ελλάδας.....	40
2.3.4 Σύγκριση υπηρεσιών υγείας Νομού Ηρακλείου-Γαλλίας-Γερμανίας	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	44
3.1 Συζήτηση-Συμπεράσματα	44
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:	48
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ	49

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η παρούσα πτυχιακή εργασία έχει ως στόχο την μελέτη της κατανομής και της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας, στον δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα, του νομού Ηρακλείου σύμφωνα με στοιχεία του 2010 και της μελέτης των δημογραφικών στοιχείων με βάση την απογραφή του 2001. Η εργασία επικεντρώνεται στην σύγκριση του συνόλου των κλινών, του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού του νομού Ηρακλείου με την Κρήτη, την Ελλάδα και δύο ξένες χώρες.

Υλικό και μεθοδολογία: Η μελέτη βασίστηκε στην ανάλυση πρωτογενών και δευτερογενών στοιχείων. Τα δημογραφικά δεδομένα αντλήθηκαν κυρίως από τις έρευνες της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, ενώ τα δεδομένα των υπηρεσιών υγείας από τη Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης και άλλες βιβλιογραφικές πηγές. Η ανάλυση των στοιχείων βασίστηκε στον υπολογισμό δεικτών και στην συνοπτική παρουσίασή τους με τη μορφή πινάκων και γραφημάτων.

Συμπεράσματα: Ο δημογραφικός παράγοντας (πληθυσμός και κατανομή του) σχετίζεται άμεσα με τη διαμόρφωση προσφοράς υπηρεσιών υγείας και την χωρική κατανομή τους στο νομό Ηρακλείου. Επίσης, η γεωγραφική κατανομή του πληθυσμού, η διοικητική διαίρεση αλλά και το γεωγραφικό ανάγλυφο του νομού Ηρακλείου έχουν σχέση με την κατανομή των δομών υγείας. Επιπλέον, διαπιστώνεται ότι ο νομός Ηρακλείου παρουσιάζει ιδιαίτερα αυξημένο αριθμό ιατρών σε σχέση με τον πληθυσμό του, σε σχέση με κάποιες Ευρωπαϊκές χώρες, αλλά ανάλογο με άλλες περιοχές της Ελλάδας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία με θέμα « Η μελέτη των δημογραφικών στοιχείων και των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας στο νομό Ηρακλείου» είχε στόχο την μελέτη της κατανομής και της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας, στον δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα, του νομού Ηρακλείου σύμφωνα με στοιχεία του 2010 και της μελέτης των δημογραφικών στοιχείων με βάση την απογραφή του 2001. Οι μελέτες αυτές παρουσιάζουν την σύγκριση των συνόλων των κλινών, του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού του νομού Ηρακλείου με την Κρήτη, την Ελλάδα και δύο ξένες χώρες στον ιδιωτικό και τον δημόσιο τομέα συνολικά.

Το πρώτο κεφάλαιο της πτυχιακής αναφέρεται στην υγεία γενικά. Παρατίθεται γενικές έννοιες, ο ορισμός της υγείας, μία αναφορά στους παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο της υγείας, στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, στην ιστορική εξέλιξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας, στο χάρτη υγείας και πρόνοιας και στους δείκτες δομών Δημόσιας Υγείας που βασίστηκε η πτυχιακή εργασία.

Το δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά σε γενικές γνώσεις γύρω από την Κρήτη και το νομό Ηρακλείου, τους Δήμους, τα Κέντρα υγείας και τα Περιφερειακά ιατρεία μετά το πρόγραμμα «Καλλικράτης» και στη συνέχεια παρατίθεται η έρευνα με την βοήθεια πινάκων και διαγραμμάτων, στο νομό Ηρακλείου μεταξύ της Κρήτης, της Ελλάδας και τέλος μία αναφορά για την προσφορά υγείας της Γαλλίας και της Γερμανίας.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται πάλι μία μικρή αναφορά των αποτελεσμάτων των συγκρίσεων από το κεφάλαιο 2 και παρατίθενται τα συμπεράσματα μου από την έρευνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Γενικά

Η υγεία ενός λαού και η ατομική μας υγεία είναι συνισταμένη πολλών παραγόντων, πολιτισμικών, κοινωνικών, περιβαλλοντικών και γενετικών. Το σύστημα υγείας σε κάθε χώρα είναι ένας, μόνο, από αυτούς τους παράγοντες. Για την μελέτη της επίδρασης του συστήματος υγείας στο επίπεδο της υγείας είναι απαραίτητη η ανάπτυξη εργαλείων μέτρησης της υγείας και, μάλιστα, εργαλείων που διευκολύνουν τον εντοπισμό των παραγόντων που επιδρούν στο επίπεδο της υγείας. Ο τομέας της υγείας είναι υποσύνολο ενός ευρύτερου συνόλου που ονομάζεται κοινωνικός τομέας. Ο κοινωνικός τομέας αναπτύχθηκε ως ανταπόκριση στην πρωταρχική επιδίωξη κάθε κοινωνίας, που είναι η διασφάλιση και η μεγιστοποίηση της δυνατότητας των ατόμων να διασφαλίζουν και να βελτιώνουν το επίπεδο της ευημερίας τους.

Η ευημερία της κοινωνίας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ποσότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, αλλά και από το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες αυτές είναι διαθέσιμες στον πληθυσμό σε κόστος που τόσο η κοινωνία, όσο και τα άτομα είναι σε θέση να επωμισθούν χωρίς να τίθεται σε κίνδυνο η δυνατότητα τους να απολάυσουν όλα τα αγαθά και τις υπηρεσίες από τα οποία εξαρτάται η συνολική τους ευημερία.

Η κάθε κοινωνία πρέπει να επιδιώκει να διαμορφώσει ένα περιβάλλον, στο οποίο οι υπηρεσίες υγείας είναι διαθέσιμες στην ποσότητα και στην ποιότητα που απαιτείται και είναι προσπελάσιμες από τον πολίτη σε κόστος που είναι σε θέση να αντιμετωπίσει. Η οργάνωση του συστήματος υγείας έχει σκοπό να διευκολύνει την παραγωγή υπηρεσιών αυτών και να φροντίσει για την σωστή διασύνδεση τους, ώστε να καλύπτεται το σύνολο των αναγκών με τον αποδοτικότερο και αποτελεσματικότερο τρόπο. (Λιαρόπουλος Λ., 2007)

1.1.1 Παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο της υγείας

Είναι πλέον κοινά αποδεκτό ότι ο εντοπισμός των παραγόντων, που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού, αποτελεί προϋπόθεση για το σχεδιασμό ενός συστήματος υγείας. Οι παράγοντες αυτοί υπεισέρχονται στην οικονομική ανάλυση των υπηρεσιών υγείας και καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την αποτελεσματικότητά τους. Αποτελούν εξωγενείς παράγοντες που επηρεάζουν καταλυτικά τις σχέσεις μεταξύ εισροών και εκροών και διαφοροποιούν τις αποδόσεις των διαφόρων συστημάτων υγείας. Οι πιο σημαντικοί από αυτούς μπορούν να ομαδοποιηθούν σε δημογραφικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς, υγειονομικούς, επιδημιολογικούς, γεωγραφικούς και οικολογικούς.

Οι δημογραφικοί παράγοντες αφορούν κυρίως την ηλικία και το φύλο. Η ηλικία είναι ίσως ο βασικότερος παράγοντας για τον καθορισμό του επιπέδου της υγείας των ατόμων, η δε κατανομή του πληθυσμού κατά ηλικία έχει αποφασιστική σημασία για το σχεδιασμό ενός συστήματος υγείας. Το επίπεδο υγείας διαφέρει από ηλικία σε ηλικία, π.χ τα βρέφη και τα άτομα στη γεροντική ηλικία έχουν ανάγκη περισσότερης ιατρικής φροντίδας. Τώρα, όσο αφορά το φύλο, όλες οι γυναίκες είναι μακροβιότερες των ανδρών. Πολλοί αναζητούν την αιτία τόσο στην γενετική όσο και σε κοινωνικούς και πολιτιστικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των δύο φύλων(π.χ εργατικά ατυχήματα, αλκοόλ, κάπνισμα, η οδήγηση κτλ).

Όταν αναφερόμαστε στους κοινωνικούς παράγοντες εννοούμε την οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα, την εθνικότητα και το θρήσκευμα. Διάφορες μελέτες που έχουν γίνει κατά καιρούς συμφωνούν ότι ο πληθυσμός των έγγαμων ατόμων έχει χαμηλότερους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας έναντι όλων των άλλων κατηγοριών(άγαμων, διαζευγμένων ή εν χηρία). Το επάγγελμα και η φύση της εργασίας αποτελεί έναν από τους καθοριστικούς παράγοντες για την υγεία. Η εθνικότητα αποτελεί μία ενδιαφέρουσα διάσταση στους παράγοντες που καθορίζουν την υγεία. Σε χώρες όπου υπάρχουν μετανάστες, στατιστικές αποδεικνύουν ότι αυτοί εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα νοσηρότητας και θνησιμότητας σε σχέση με το ντόπιο πληθυσμό και αυτό βέβαια οφείλεται στη χαμηλή κοινωνικοοικονομική τάξη των μεταναστών, κυρίως των εγχρώμων. Τέλος, η επίδραση του θρησκευόμενου είναι μάλλον έμμεση και αφορά συνήθειες διατροφής (θρησκευτικές δίαιτες-νηστείες), τον

τρόπο ζωής που η κάθε θρησκεία επιβάλλει, καθώς και τις αξίες για την ανθρώπινη ζωή από τις οποίες εμφορείται η κάθε θρησκεία.

Το εισόδημα είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει το επίπεδο υγείας. Ένα συμπέρασμα από ένα απόσπασμα λέει, « οι φτωχοί θα εξακολουθούν να είναι ασθενείς όσο θα είναι φτωχοί». Για παράδειγμα, στις αναπτυσσόμενες χώρες το προσδόκιμο επιβίωσης είναι ανάλογο με το κατά κεφαλή εισόδημα που παρουσιάζει η χώρα. Όσο το κατά κεφαλή εισόδημα ανεβαίνει και μιλάμε για αναπτυγμένες χώρες πλέον παρουσιάζεται το φαινόμενο να μην υπάρχει εμφανής συσχέτιση του κατά κεφαλή εισοδήματος της χώρας και του προσδόκιμου επιβίωσης του πληθυσμού. Έτσι, στις χώρες αυτές εμφανίζεται να υπάρχει μεγάλη σχέση μεταξύ προσδόκιμου επιβίωσης και κατανομής του εισοδήματος μεταξύ του πληθυσμού. Χώρες με μεγάλες ανισότητες στην κατανομή του εισοδήματος παρουσιάζουν χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης, το οποίο αυξάνει σε χώρες που εμφανίζουν καλύτερη κατανομή.

Το μορφωτικό επίπεδο είναι καθοριστικής σημασίας παράγοντας για το επίπεδο υγείας των ατόμων. Αυτό μάλλον θα πρέπει να οφείλεται στο γεγονός ότι άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου αντιλαμβάνονται περισσότερο καθοριστικού για την υγεία παράγοντες όπως η υγιεινή διαβίωση, η σωστή χρήση των φαρμάκων, η έγκαιρη διάγνωση και επίσης είναι σε θέση να παρακολουθήσουν ενημερωτικά για την υγεία προγράμματα από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.

Οι υγειονομικοί παράγοντες περιλαμβάνουν την διατροφή, την κατοικία, το επίπεδο υγιεινής, τον τρόπο ζωής και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Η διατροφή επηρεάζει όλες σχεδόν τις παραμέτρους της υγείας αρχίζοντας από την σωματική ανάπτυξη, μέχρι το αγγειακό σύστημα και το ανοσοποιητικό σύστημα. Η υγεία επηρεάζεται τόσο από την ποσότητα όσο και από την ποιότητα τροφής. Πάντως είναι αποδεδειγμένο από πολλές έρευνες ότι η διατροφή είναι άμεσα συνδεδεμένη με το εισόδημα. Έτσι η χαμηλά εισοδηματικές τάξεις παρουσιάζουν κακής ποιότητας διαιτητικές συνήθειες, όπως υψηλή κατανάλωση λίπους και ζάχαρης και χαμηλή κατανάλωση φρούτων και φυτικών ινών.

Όσο αφορά την κατοικία, διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι άνθρωποι της ίδιας κοινωνικής τάξης οι οποίοι ζουν σε σπίτια που βρίσκονται σε κακή κατάσταση παρουσιάζουν μειωμένα επίπεδα υγείας συγκριτικά με άλλους, της ίδιας πόλης, που τα σπίτια τους είναι σε καλή κατάσταση.

Η προσωπική υγιεινή, καθώς και οι συνθήκες υγιεινής των κοινόχρηστων χώρων είναι ένας από τους βασικότερους προσδιοριστικούς παράγοντες του επιπέδου υγείας. Η δημιουργία δικτύων ύδρευσης και αποχέτευσης ανεβάζει κατά πολύ το επίπεδο υγιεινής. Επίσης, ο τρόπος ζωής και διάφορες συνήθειες είναι αποφασιστικής σημασίας παράγοντες για την υγεία. Το κάπνισμα, πχ θεωρείται σαν η κύρια αιτία του καρκίνου των πνευμόνων και των καρδιαγγειακών προβλημάτων.

Λόγω του γεγονός ότι, σε όλες τις χώρες, οι υπηρεσίες υγείας παρουσιάζουν μεγάλο βαθμό συγκέντρωσης στα αστικά κέντρα, η πρόσβαση στις υπηρεσίες είναι δυσκολότερη στην ύπαιθρο. Οποσδήποτε υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ δυνατότητας πρόσβασης και επιπέδου υγείας, αλλά υπάρχουν πολλοί άλλοι παράγοντες, οι οποίοι διαδραματίζουν ρόλο στον καθορισμό του επιπέδου υγείας. Η έλλειψη επαρκούς πληροφόρησης στο θέμα κάνει αδύνατη την εξαγωγή συμπερασμάτων.

Τέλος, το περιβάλλον έχει άμεση και έμμεση επίδραση στην υγεία του ατόμου. Η άμεση επίδραση αφορά σε παράγοντες, όπως η μόλυνση του αέρα, η υπερβολική υπεριώδης ακτινοβολία και η έκλυση ραδιενέργειας. Η έμμεση επίδραση είναι η ζημιά που προκαλείται στην ανθρώπινη υγεία με την υποβάθμιση του εδάφους, κυρίως λόγω φυτοφαρμάκων, αλλά και λόγω διάβρωσης, την μόλυνση του νερού. Επιπλέον, οι άνθρωποι δεν είναι αρκετά εξοπλισμένοι από την φύση για την αντιμετώπιση δυσμενών κλιματολογικών συνθηκών. Ειδικότερα τα παιδιά, οι ηλικιωμένοι και οι άρρωστοι παρουσιάζουν μειωμένη αντοχή σε αντίξοες κλιματολογικές συνθήκες. Πολύ χαμηλές θερμοκρασίες προκαλούν υποθερμία και χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις, αλλά και οι υψηλές θερμοκρασίες έχουν και αυτές επιπτώσεις στην υγεία. (Πισιμήσης Θ., 1995)

1.2 Η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα

Σύμφωνα με την UNESCO, δεν υπάρχει σαφής και διακριτικά αποδεκτός τρόπος ορισμού της υγείας, αφού ο τρόπος με τον οποίο ο άνθρωπος την αντιλαμβάνεται αλλάξε σημαντικά με την πάροδο του χρόνου, ενώ αυξήθηκαν και οι γνώσεις και οι απαιτήσεις μας γύρω από την υγεία. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (World Health Organization-WHO) έχει καθιερώσει τον ευρύτερο δυνατό ορισμό της

υγείας, «η υγεία εκτός από την απουσία της ασθένειας είναι και η πλήρης σωματική και ψυχική ευεξία του ατόμου».

Τα μέσα επίτευξης αυτής της κατάστασης δεν είναι άλλα από τις υπηρεσίες υγείας, ιδιωτικές και δημόσιες. Σήμερα παράλληλα με το Εθνικό Σύστημα Υγείας λειτουργεί και αναπτύσσεται ένας εξίσου ισχυρός ιδιωτικός τομέας υγείας, στον οποίο μάλιστα διοχετεύεται και το μεγαλύτερο μέρος από την συνολική δαπάνη υγείας που πραγματοποιείται στη χώρα. Εξετάζοντας λοιπόν κανείς την διάρθρωση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος στα βασικά επίπεδα φροντίδα υγείας δεν μπορεί παρά να συμπεριλάβει τόσο τον δημόσιο, όσο και τον ιδιωτικό τομέα της υγείας. Η έννοια των υπηρεσιών υγείας και το πεδίο αναφοράς τους περιλαμβάνει την ευρύτερη έννοια της φροντίδας υγείας. Η αποσαφήνιση του περιεχομένου του όρου «φροντίδα υγείας» έχει ιδιαίτερη σημασία για την κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την παραγωγή υγείας, αλλά και της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας. Υπάρχουν στο σύνολο τρία επίπεδα φροντίδας, μπορεί κάποιος να ισχυριστεί πως είναι τέσσερα λαμβάνοντας υπόψη την αυτοφροντίδα στο κοινωνικό του περιβάλλον.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, που ονομάζεται και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη καλύπτει υπηρεσίες που αφορούν την πρόληψη και διάγνωση της νόσου, χωρίς να απαιτείται η παραμονή του ασθενούς σε νοσοκομείο. Το συγκεκριμένο επίπεδο περίθαλψης καλύπτεται είτε από τον μεν δημόσιο τομέα στα κέντρα υγείας, στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και ασφαλιστικών ταμείων, είτε από τον ιδιωτικό τομέα σε διαγνωστικά κέντρα, μικροβιολογικά εργαστήρια, εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών θεραπευτηρίων και σε ιδιωτικά ιατρεία γιατρών, οι οποίοι ασκούν ελεύθερο επάγγελμα. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στις μη αστικές περιοχές παρέχεται κυρίως από 190 Κέντρα Υγείας και περίπου 1350 Περιφερειακά ιατρεία, που ανήκουν στο ΕΣΥ, ενώ στις υπόλοιπες περιοχές παρέχεται κυρίως από τα πολυιατρεία του ΙΚΑ και άλλων ασφαλιστικών ταμείων, από ιδιώτες ιατρούς, από εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα του ιδιωτικού τομέα και εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ.

Επόμενο επίπεδο αποτελεί η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, που καλύπτει τις υπηρεσίες προς ασθενείς, οι οποίοι χρήζουν νοσηλείας σε κλινικές ή νοσοκομεία, εξειδικευμένης αγωγής και παρακολούθησης ή ακόμη και εγχείρισης. Τα δημόσια νοσοκομεία τόσο του ΕΣΥ, όσο και εκτός αυτού (στρατιωτικά και ΙΚΑ) υπολογίζονται σε 144, ενώ οι ιδιωτικές κλινικές υπολογίζονται στις 196.

Στο υγειονομικό σύστημα της χώρας λειτουργεί και η επείγουσα προνοσοκομειακή ιατρική βοήθεια, η οποία καλύπτεται πανελλαδικά από το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ). Τέλος, αλλά εξίσου σημαντική είναι η ψυχιατρική περίθαλψη, η οποία εκτός από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υποστηρίζεται επίσης τα ψυχιατρικά τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων, καθώς και από ένα δίκτυο εξωνοσοκομειακών και κοινοτικών δομών του δημόσιου τομέα που λειτουργεί στο σύνολο της χώρας. Σε κάθε περίπτωση ο ρόλος του Εθνικού Συστήματος Υγείας εξακολουθεί να παραμένει κυρίαρχος στο υγειονομικό σύστημα της χώρας και η συνεισφορά του κρίσιμη σε γεωγραφικούς, οικονομικούς και κοινωνικούς όρους. (Βαρδαρός Σ, 2008)

1.3 Ιστορική εξέλιξη υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα

Το πλαίσιο παροχής υπηρεσιών υγείας σε μία χώρα προσαρμόζεται προκειμένου να ανταποκριθεί στις μεταβαλλόμενες κοινωνικές δημογραφικές, οικονομικές και επιδημιολογικές ανάγκες. Στη χώρα μας, η ανάπτυξη και η εξέλιξη του υγειονομικού συστήματος χαρακτηρίζεται από περιόδους στασιμότητας και περιόδους δυναμικών αλλαγών.

Η ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα ξεκινά στο δεύτερο ήμισυ του 19^{ου} αιώνα. Ιστορικά, μπορεί κανείς να διακρίνει:

- ✓ την περίοδο 1910-1935, οπότε τοποθετούνται οι βάσεις ενός σύγχρονου υγειονομικού χάρτη,
- ✓ την περίοδο οικονομικής ανασυγκρότησης μετά τον Β' παγκόσμιο πόλεμο, που συμπίπτει με την με την προσπάθεια ανακούφισης του πληθυσμού, τον έλεγχο των λοιμώδη νοσημάτων και την επέκταση των νοσοκομειακών μονάδων,
- ✓ και 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.

Μπορούμε, δηλαδή, να αναφερθούμε σε τρεις μεταρρυθμιστικές περιόδους.

Η σημαντικότερη περίοδος της υγειονομικής ανάπτυξης κατά τον 20ό αιώνα συμπίπτει με τη διακυβέρνηση της χώρας από τον Ελευθέριο Βενιζέλο (1909–1932). Τότε δημιουργήθηκαν τα «Εθνικά Νοσοκομεία» και τα αντιφυματικά ιατρεία,

εκδίδονται νόμοι και θεσπίζονται μέτρα για τον έλεγχο και την πρόληψη των λοιμωδών νόσων. (Βελονάκη Σ.,2006)

Το 1914, ψηφίζεται ο νόμος 346/1914 «Περί επιβλέψεως της Δημοσίας Υγείας», ο οποίος αποτελεί την πρώτη αξιόλογη προσπάθεια αναδιοργάνωσης των υγειονομικών υπηρεσιών. Ο νόμος αυτός προέβλεπε μία κεντρική υγειονομική υπηρεσία εγκατεστημένη στο Υπουργείο Εσωτερικών και νομαρχιακά υγειονομικά συμβούλια και νομιάτρους σε κάθε νομό. Το 1928, ιδρύεται αυτοτελές Υφυπουργείο Υγιεινής μέσα στο Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας. Στη συνέχεια με τον νόμο 6298/1934 χαράσσεται ασφαλιστική πολιτική υγείας, καθώς βάσει αυτού δημιουργείται το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων που θα ασφαλίζει από το 1937 μέχρι σήμερα τους μισθωτούς ιδιωτικών υπαλλήλων και εργατών.

Ο επόμενος μεγάλος σταθμός είναι η μετά το Β΄ παγκόσμιο πόλεμο ανοικοδόμηση του σύγχρονου Κράτους. Η Ελλάδα είχε τότε να φροντίσει για την επούλωση των πληγών του πολέμου. Η ταχεία οικονομική ανάπτυξη συνέβαλε στη βελτίωση του επιπέδου ζωής. Αυτή την περίοδο ελέγχονται αποτελεσματικά τα λοιμώδη νοσήματα με αξιοποίηση των μέτρων και των υποδομών, που σε μεγάλο ποσοστό προϋπήρχαν, και με την υποστήριξη διεθνών οργανισμών. Έτσι, εξαλείφθηκαν οριστικά νοσήματα όπως η ελονοσία, η χολέρα, η πολιομυελίτιδα, η λύσσα, ο δάγκειος πυρετός κ.ά. Επιπλέον, άρχισε η ανάπτυξη των σύγχρονων νοσοκομειακών υποδομών στην Αθήνα και σχεδόν σε κάθε νομό της Ελλάδας. Το 1953 ψηφίζεται το Ν.Δ. 2592/1953 «περί οργανώσεως της ιατρική αντιλήψεως», με το οποίο καθορίζεται η οργάνωση και η λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, που έχει ως στόχο ένα αποκεντρωμένο σύστημα υγείας. Κατά τη μεταπολεμική περίοδο ιδρύονται νέα κρατικά νοσοκομεία σε πολλές περιοχές της χώρας όπως, Αθήνα (ασκληπιείο Βουλας,1966,1969), Θεσσαλονίκη (ΚΑΤ/ΑΧΕΠΑ, 1968) και πολλές επαρχιακές πόλεις, όπως στο Ηράκλειο (Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου, 1964), στις Σέρρες (1965), στο Αγρίνιο (1960), στο Κιλκίς (1969), στην Καλαμάτα (1963), στην Τρίπολη, στην Κοζάνη κ.λπ. Διαπιστώνει δηλαδή κανείς ότι μετά το Β΄ παγκόσμιο πόλεμο και με την οικονομική ανάπτυξη της χώρας πολλαπλασιάζονται οι μονάδες περίθαλψης, καλύπτοντας πλέον όλη την Ελλάδα. Ωστόσο, η συγκέντρωση εξειδικευμένων υποδομών περίθαλψης στο αστικό κέντρο της Αθήνας και δευτερευόντως στη Θεσσαλονίκη οδηγεί σε μια σημαντική ροή ασθενών από την επαρχία στα αστικά κέντρα. Παρουσιάζεται αλλαγή της φύσης της νοσοκομειακής περίθαλψης με ανάπτυξη εξειδικευμένων τμημάτων στα νοσοκομεία και καθιέρωση

νέων διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων, που στηρίζονται σε νέες τεχνολογικές εφαρμογές. Το ιατρικό δυναμικό είναι αριθμητικά ικανό να καλύψει τις ανάγκες αυτές, αλλά είναι χωροταξικά ανισοκατανεμημένο.

Τέλος, η τρίτη περίοδος χαρακτηρίζεται από άνθηση σχεδόν σε όλους τους τομείς και ο τομέας της υγείας είναι μέσα σε αυτούς. Κατά την αρχή της δεκαετίας του 1980 προωθείται στην Ελλάδα η σημαντικότερη μεταπολεμικά μεταρρύθμιση του υγειονομικού συστήματος. Η μεταρρύθμιση αυτή στοχεύει στη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, δηλαδή στην λειτουργική ενοποίηση των δημοσίων υποδομών περίθαλψης. Η μεταρρύθμιση αυτή εισάγεται με το νόμο 1397/83 και προβλέπει ότι το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση. Βασικές αρχές του νόμου ήταν: η αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας, ο κοινωνικός έλεγχος, ο ενιαίος προγραμματισμός, προβαίνει στη σαφή διάκριση των βαθμίδων περίθαλψης σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια, έμφαση στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας με δημιουργία κέντρων υγείας, και καθιέρωση του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Ο νόμος 1397/83 αποτυπώνει την πολιτική έμπνευση και βούληση του νομοθέτη για ουσιαστική μεταρρύθμιση του υγειονομικού συστήματος, χαρακτηρίζεται όμως από αρκετές ελλείψεις και από απουσία μεταβατικής λογικής.

Πραγματοποιήθηκε μεταρρύθμιση στον τομέα της περιφερειακής συγκρότησης με το Ν. 2889/2001 και τη σύσταση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας – Πε.Σ.Υ. και τον ορισμό των Νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας σε αποκεντρωμένες μονάδες κάθε Πε.Σ.Υ.. Με το νόμο της αναδιοργάνωσης του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας (Ν. 3106/2003) προστέθηκε στο σκοπό σύστασης και λειτουργίας των Πε.Σ.Υ. η δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών πρόνοιας σε επίπεδο περιφέρειας. Στο πλαίσιο τα Πε.Σ.Υ. μετονομάστηκαν σε Πε.Σ.Υ.Π. (Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας) και οι υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Κοινωνικής Φροντίδας μετατράπηκαν σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσίες του Πε.Σ.Υ.Π. με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια, με τον ορισμό Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας.

Ο νέος θεσμός απεικονίζει τον διοικητικά αποκεντρωμένο πλέον χαρακτήρα του ΕΣΥ, με σημείο αναφοράς τη διασφάλιση της αποδοτικής λειτουργίας των μονάδων και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού σε επίπεδο

περιφέρειας. Στον ίδιο νόμο οι υγειονομικές περιφέρειες ταυτίζονται πλέον με τις διοικητικές (13) αλλά για λόγους εύρυθμης λειτουργίας και χωροταξικής κατανομής των μονάδων υγείας τα αντίστοιχα Πε.Σ.Υ. ανέρχονται σε (17).

Επόμενη νομοθετική ρύθμιση μετονομάζει τα Πε.Σ.Υ.Π. σε Δ.Υ.ΠΕ. με κάποιες αλλαγές στον τρόπο οργάνωσης των περιφερειακών δομών. Πρόκειται για τον ισχύοντα νόμο 3329/2005 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, και τη σύσταση των Δ.Υ.ΠΕ. (Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών) στις αντίστοιχες Υγειονομικές Περιφέρειες. Η δομή των Δ.Υ.ΠΕ. συμπληρώθηκε πρόσφατα με το Νόμο 3370/2005 με τη μεταφορά από την Περιφέρεια αρμοδιοτήτων δημόσιας υγείας και τη σύσταση της Περιφερειακής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας, διευρύνοντας το εύρος του πεδίου δράσης των αποκεντρωμένων θεσμών στην αντίστοιχη υγειονομική περιφέρεια. Εξακολουθεί όμως να μην έχει αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά, παρά τις συνεχείς νομοθετικές παρεμβάσεις, ο τομέας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που αποτελεί τη βάση για την λειτουργία ενός αποκεντρωμένου συστήματος υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης που στοχεύει στην πλήρη και ολοκληρωμένη κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού με αποτελεσματικό και αποδοτικό τρόπο.

Ανακεφαλαιώνοντας θα μπορούσε κανείς να συμπεράνει ότι, αν και έχουν γίνει πολλές σημαντικές προσπάθειες στο τομέα της υγείας στην Ελλάδα, παραμένουν όμως αρκετά προβλήματα άλυτα που έχουν να κάνουν με την δομή, την οργάνωση και λειτουργία, τη χρηματοδότηση και την περιφερειακή κατανομή των πόρων, τις ανισότητες και την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας. (Μακαρώνης Ν., et al,2010)

1.4 Χάρτης υγείας και πρόνοιας

Η συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία έχει ως βασικό της εργαλείο τον υγειονομικό χάρτη. Ο χάρτης Υγείας και Πρόνοιας είναι ένα σύγχρονο διαχειριστικό εργαλείο ορθολογικής λήψης αποφάσεων με βάση τις πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού και των υπηρεσιών υγείας, για την διαχείριση των δομών της Δημόσιας Υγείας και την βελτιστοποίηση της παροχής υπηρεσιών υγείας με κριτήριο την γεωγραφική βέλτιστη κατανομή τους.(Βαζούρας Χ.)

Είναι γεγονός ότι τα συστήματα περίθαλψης αποτελούν σημαντικό στοιχείο κοινωνικής συνοχής και ανάπτυξης. Οι συνέπειες της ανταποδοτικότητας, αποτελεσματικότητας και ισότητας, η επίδραση στα δημόσια οικονομικά και η ικανότητά τους να ανταποκριθούν στις προκλήσεις της προηγμένης ιατρικής, της γήρανσης του πληθυσμού απαιτούν δημιουργικές πολιτικές προσέγγισης, οι οποίες θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη:

- Την αυξανόμενη ζήτηση που οφείλεται στη γήρανση του πληθυσμού και τους ταχείς ρυθμούς των καινοτομιών και της διάδοσης της ιατρικής τεχνολογίας.
- Θέματα σχετικά με την αποδοτικότητα της παροχής υπηρεσιών.
- Τις συνεχιζόμενες ανισότητες στην υγεία.

Μέχρι σήμερα περισσότερο από εμφανής υπήρξε η αδυναμία συγκριτικής αξιολόγησης υπηρεσιών σε περιφερειακό και εθνικό επίπεδο, η απουσία συστηματικής καταγραφής της συνολικής υποδομής του συστήματος υγείας και κοινωνικής φροντίδας της χώρας και η αδυναμία κατανομής πόρων βάσει πραγματικών αναγκών. Ο Υγειονομικός Χάρτης έρχεται να καλύψει το κενό της έλλειψης δεδομένων και να παρέχει **Τεκμηρίωση** στην λήψη αποφάσεων.

Σκοπός του έργου είναι η ανάπτυξη της απαιτούμενης οργανωτικής, θεσμικής και πληροφοριακής υποδομής για την συστηματική συλλογή, διαχείριση και επεξεργασία δεδομένων, με γεωγραφική αναφορά, που θα παρέχει άμεση, έγκυρη και χαμηλού κόστους πληροφόρηση, ώστε να εξασφαλίζεται η τεκμηριωμένη χάραξη και άσκηση πολιτικής σε περιφερειακό και εθνικό επίπεδο με γνώμονα την κάλυψη των πραγματικών αναγκών υγείας του πληθυσμού.

Στόχοι του έργου είναι:

- Να δημιουργήσει νέες δυνατότητες και υπηρεσίες για ορθολογική διαχείριση και κατανομή ή ανακατανομή των πόρων και πληροφόρηση, τόσο στους άμεσα ή έμμεσα εμπλεκόμενους στο σύστημα Υγείας-Πρόνοιας, όσο και στους χρήστες των υπηρεσιών του.
- Να ενεργοποιήσει και ευαισθητοποιήσει τα άτομα και τους φορείς τόσο στην συστηματική και ομοιογενή συλλογή και επικαιροποίηση των δεδομένων, όσο και στην χρήση των δεδομένων για την βελτίωση της καθημερινής λειτουργίας των υπηρεσιών τους, καθώς και στην λήψη αποφάσεων.
- Να αναζητήσει μηχανισμούς αξιολόγησης, βελτίωσης και συνεχούς τροφοδότησης της μεθοδολογίας συλλογής των δεδομένων.

➤ Να αναπτύξει και ενισχύσει συνεργασίες με στόχο την ανάπτυξη ευνοϊκού πλαισίου για έρευνα, χρήση και αξιοποίηση δεδομένων υγείας και πρόνοιας.

Οι βασικές ενότητες πληροφοριών που περιλαμβάνονται στον Υγειονομικό Χάρτη είναι οι ακόλουθες:

Πόροι Υγείας και Πρόνοιας του δημοσίου, ιδιωτικού τομέα και των μη κερδοσκοπικών και μη κυβερνητικών οργανώσεων: Υποδομές, στελέχωση, οργανωτική διάρθρωση, παρεχόμενες υπηρεσίες, βιοιατρικός και λοιπός εξοπλισμός, κλάδοι και ειδικότητες ανθρώπινου δυναμικού κλπ.

Χρήση υπηρεσιών: Υπηρεσίες ανά είδος επιλεγμένων περιστατικών και ανά φορέα παροχής, όγκος παραγόμενων υπηρεσιών και κόστος αυτών, έκβαση, αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα και καταλληλότητα σε σχέση με τις προσδιορισμένες ανάγκες, κλπ.

Επιδημιολογικά στοιχεία: Θνησιμότητα, νοσηρότητα, προσδόκιμο επιβίωσης, τρόπος ζωής και συμπεριφοράς (π.χ κάπνισμα, χρήση τοξικών ουσιών, σεξουαλική συμπεριφορά, διατροφικές συνήθειες, φυσική δραστηριότητα) κλπ.

Περιβαλλοντικά στοιχεία: Μορφές και πηγές μόλυνσης του αέρα, του ύδατος, του εδάφους κλπ.

Δημογραφικά στοιχεία: Φύλο, οικογενειακή κατάσταση, εισόδημα, οικογενειακές δαπάνες, επάγγελμα, τομέας απασχόλησης, ασφάλιση, ηλικία, εκπαίδευση, εθνικότητα, κ.λ.π.

Οι παραγωγοί πρωτογενών ή δευτερογενών στοιχείων, οι οποίοι τροφοδοτούν τις βάσεις δεδομένων του Υγειονομικού Χάρτη είναι:

1. Επαγγελματίες- εργαζόμενοι στο σύστημα Υγείας.
2. Φορείς του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, της τοπικής αυτοδιοίκησης, μη κυβερνητικές οργανώσεις, εκκλησία και άλλες δομές με δραστηριότητα έμμεσα και άμεσα σχετιζόμενη με την υγεία ή την κοινωνική φροντίδα.
3. Η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία.

4. Υπουργεία και εποπτευόμενοι από αυτά οργανισμοί που χειρίζονται δεδομένα άμεσα ή έμμεσα σχετιζόμενα με την δημόσια υγεία(ΕΟΦ, ΚΕΕΛ, ΟΚΑΝΑ κτλ).

1.4.1 Δείκτες δομών Δημόσιας Υγείας

Η παροχή υπηρεσιών υγείας εμπλέκει συνήθως ένα μεγάλο αριθμό δημοσίων και ιδιωτικών φορέων με διαφορετικές ιδιότητες και αρμοδιότητες και κυρίως με ανισομερή γεωγραφική κατανομή. Ένα μέτρο της ποιότητας της δημόσιας υγείας είναι η επαρκής κάλυψη όλων των περιοχών μίας χώρας με ένα στοιχειώδες επίπεδο πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Για παράδειγμα, ο υγειονομικό χάρτης μπορεί να υποδείξει περιοχές που στερούνται κακή πρόσβαση σε υπηρεσίες διάγνωσης ή θεραπείας και σε σύγκριση με κάποια στάνταρντς να προτείνει την δημιουργία νέων μονάδων υγείας.

Ένας τρόπος για να αξιολογηθεί το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι η μέτρηση της προσφοράς και των διαθέσιμων πόρων ανάλογα με την γεωγραφική περιοχή. Ιδιαίτερα στην Ελλάδα έχει ρωτηθεί πολλές φορές το πόσο γιατροί αντιστοιχούν ανά κάτοικο στην επαρχία και ιδιαίτερα σε σύγκριση με την Αττική και την Θεσσαλονίκη. Ο Χάρτης Υγείας αποτελεί την πρώτη προσπάθεια να δοθεί απάντηση σε ερωτήματα τέτοιου τύπου παίρνοντας υπόψη το θέμα του πόσο μακριά ταξιδεύει κάποιος για να ζητήσει μία υπηρεσία υγείας. Θεωρείται ότι τα Κέντρα υγείας και τα Νοσοκομεία-Κέντρα Υγείας πρωτίστως προσφέρουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας και πρόληψης στον πληθυσμό της περιοχής ευθύνης τους. Τα επαρχιακά Νοσοκομεία θεωρήθηκε ότι προσφέρουν υπηρεσίες κυρίως στους κατοίκους του νομού στην πρωτεύουσα του οποίου είναι η έδρα τους.

Γι αυτούς τους λόγους υπολογίστηκαν δείκτες των βασικών μεγεθών της δυναμικότητας των φορέων ανά 1000 κατοίκους της περιοχής ευθύνης για τα ΚΥ και ανά 10000 κατοίκους του νομού για τα Νοσοκομεία. Η διαφορά τάξης μεγέθους του πληθυσμού οφείλεται στο ότι ορισμένα ΚΥ έχουν μικρές περιοχές ευθύνης και η διαίρεση δια του 10000 δεν έχει νόημα.

Οι υγειονομικοί αυτοί δείκτες χρησιμοποιούνται για διάφορους λόγους μεταξύ των οποίων είναι :

- Η σύγκριση του υγειονομικού επιπέδου του πληθυσμού διαφόρων χωρών και οι σχετικές αλλαγές που προκύπτουν από την πάροδο του χρόνου.
- Η σύγκριση του υγειονομικού επιπέδου του πληθυσμού σε μία χώρα, για την καλύτερη κατανομή των πόρων.
- Η μέτρηση των αποτελεσμάτων διαφόρων υπηρεσιών υγείας και διαφόρων τύπων φροντίδας και ιατρικής πρακτικής.

Πίνακας 1: Παραδείγματα Δεικτών Κέντρων Υγείας

ΔΕΙΚΤΕΣ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ανά 1000 κατοίκους Περιοχής Ευθύνης)	
ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	Ακτινολογοί/1000 άτομα Μικροβιολόγοι/1000 άτομα Παθολόγοι/1000 άτομα Παιδίατροι/1000 άτομα Αγροτικοί ιατροί/1000 άτομα κ.τ.λ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	Νοσηλεύτριες/1000 άτομα Μαίες/1000 άτομα

[Πηγή: Βαζουράς Χ., 2000]

Οι δείκτες επίσης έχουν υπολογιστεί και συγκεντρωτικά για όσες μεταβλητές έχει νόημα, όπως το σύνολο του Ιατρικού Προσωπικού των Νοσοκομείων / 10000 κατοίκους του νομού και το σύνολο του Νοσηλευτικού Προσωπικού /10000 κατοίκους του νομού.

Πίνακας 2 :Παραδείγματα Δεικτών Νοσοκομείων

ΔΕΙΚΤΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ (ανά 10000 κατοίκους Νομού)	
ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	Ακτινολογοί/10000 άτομα Μικροβιολόγοι/10000 άτομα Παθολόγοι/10000 άτομα Παιδίατροι/10000 άτομα Γυναικολογοί/10000 άτομα κ.τ.λ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	Νοσηλεύτριες/10000 άτομα Μαίες/10000 άτομα
ΚΛΙΝΕΣ	Κλίνες Παθολογικές/10000 άτομα Κλίνες Χειρουργικές/10000 άτομα

[Πηγή: Βαζουράς Χ., 2000]

Βέβαια οι δείκτες των νοσοκομείων υπολογιζόμενοι στον πληθυσμό του νομού δεν παίρνουν υπόψη τους τις διαπεριφερειακές ροές ασθενών. Το φαινόμενο αυτό δεν ισχύει μόνον για τα νοσοκομεία της Αττικής ή της Θεσσαλονίκης αλλά και για τις περιοχές με Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία όπως η Κρήτη. Εκεί ο δείκτης κλινών ανά 10000 άτομα είναι υψηλός αλλά οι νοσοκομειακές κλίνες εξυπηρετούν ασθενείς από όλη την Κρήτη.

Τέλος, για να διαμορφωθεί η συνολική εικόνα για την δυναμικότητα και την προσφορά του Εθνικού Συστήματος Υγείας υπολογίστηκαν αθροιστικοί δείκτες όπου αυτό ήταν δυνατόν. Για παράδειγμα, οι παιδίατροι των Κέντρων Υγείας και των Νοσοκομείων αθροίστηκαν για να δημιουργηθεί ο δείκτης των παιδιάτρων ανά 10000 κατοίκους του νομού. Βέβαια για τον σχηματισμό της πλήρους εικόνας απαιτούνται και τα στοιχεία από άλλους φορείς όπως το ΙΚΑ και οι ιδιωτικές κλινικές. Αλλά τα ήδη υπάρχοντα στοιχεία, σε συνδυασμό με τα στοιχεία της ΕΣΥΕ για τον αριθμό των ιατρικών ειδικοτήτων και των θεραπευτηρίων σε κάθε νομό που προέρχονται από ιατρικούς συλλόγους, δίνουν πληροφορίες πολύ σημαντικές για την απεικόνιση του κομματιού «προσφορά» στο ιατρικό έμπυχο δυναμικό και τις κλίνες. Επίσης, δίνουν την δυνατότητα ανίχνευσης των περιφερειακών αδυναμιών στους τομείς αυτούς.

Άλλες κατηγορίες δεικτών είναι οι δείκτες πρόληψης που αφορούν μόνον τα ΚΥ διότι η πρόληψη ασκείται από τους φορείς αυτούς αποκλειστικά. Για την χάραξη μελλοντικής πολιτικής έχουν υπολογιστεί δείκτες με βάση τον αριθμό των προβλεπόμενων κλινών στα νοσοκομεία και των προβλεπόμενων θέσεων γιατρών, νοσηλευτών και βοηθητικού προσωπικού. Επίσης, έχουν υπολογιστεί δείκτες για την αξιολόγηση του τρόπου χρήσης του προσωπικού των ΚΥ και των Νοσοκομείων, όπως ο λόγος του νοσηλευτικού προς το ιατρικό προσωπικό, ο λόγος του διοικητικού προς το ιατρικό προσωπικό. Επιπλέον, έχει υπολογιστεί και ο αριθμός των κλινών που αναλογούν σε ένα γιατρό ή σε έναν νοσηλευτή. Στα νοσοκομεία οι λόγοι αυτοί μεταξύ των κατηγοριών προσωπικού και κλινών έχουν υπολογιστεί για τον παθολογικό, χειρουργικό και ψυχιατρικό τομέα.

Τέλος, όλοι οι δείκτες δυναμικότητας των δημόσιων φορέων υγείας έχουν υπολογιστεί και συγκεντρωτικά για τα Πε.Σ.Υ. έτσι ώστε να είναι δυνατόν να αξιολογηθεί το δυναμικό και οι υπηρεσίες που προσφέρονται στο επίπεδο των ευρύτερων αυτών διοικητικών μονάδων.(Βαζούρας Χ.)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:

Η ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

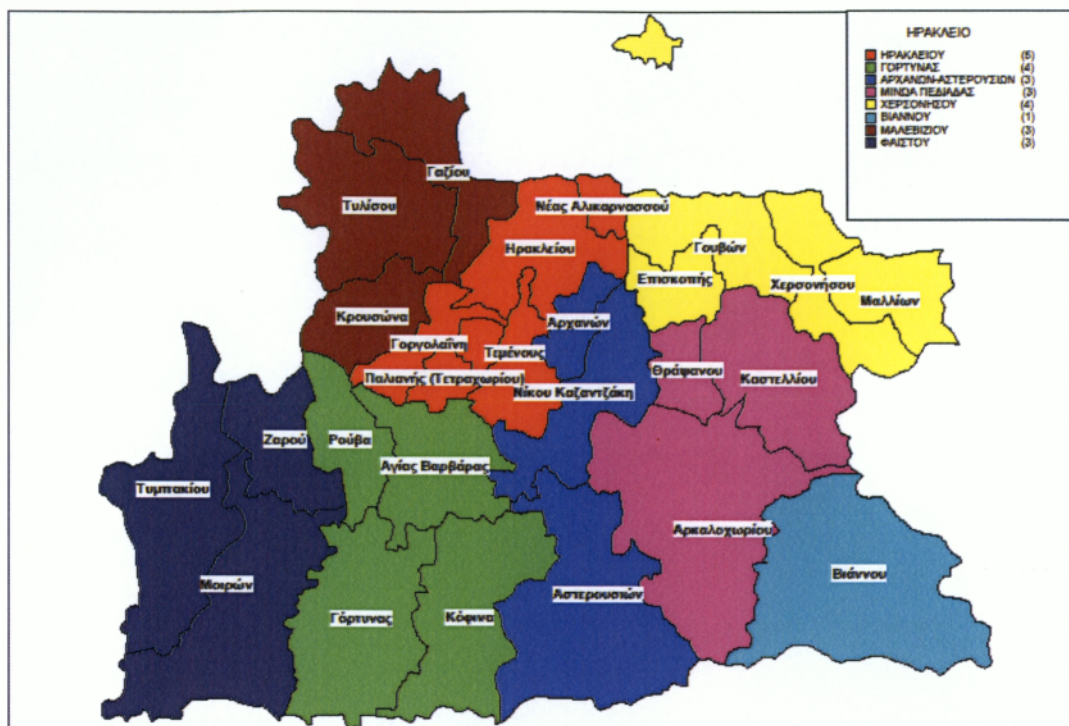
2.1 Ο Νομός Ηρακλείου και οι Δήμοι

Η Κρήτη βρίσκεται αγκυροβολημένη στο θαλάσσιο σταυροδρόμι που σμίγουν οι τρεις γηραιές ήπειροι, η Ευρώπη, η Ασία και η Αφρική. Αποτελεί το νοτιότερο, σχεδόν, άκρο της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η Κρήτη είναι το μεγαλύτερο ελληνικό νησί και το πέμπτο σε έκταση ανάμεσα στα νησιά της Μεσογείου, με επιφάνεια 8336 τετραγωνικά χιλιόμετρα και μήκος ακτών 1046 χιλιόμετρα. Το σχήμα του νησιού είναι στενόμακρο με μέγιστο μήκος 257 χιλιόμετρα. Βρέχεται βόρεια από το Κρητικό Πέλαγος, νότια από το Λιβυκό Πέλαγος, δυτικά από το νότιο Ιόνιο πέλαγος και ανατολικά από το Καρπάθιο Πέλαγος. Η Κρήτη αποτελεί τμήμα της περιφερειακής διοίκησης της Ελλάδας και χωρίζεται σε 4 νομούς: Ηρακλείου, Χανίων, Ρεθύμνου και Λασιθίου.(Πολυχρονάκη Μ., Αλεξιάκη Μ, 2004)

Ο νομός Ηρακλείου αποτελεί την πρωτεύουσα της περιφέρειας Κρήτης. Είναι ο πιο πυκνοκατοικημένος νομός της, με πληθυσμό 264906 σύμφωνα με την απογραφή του 2001 και η πλουσιότερη περιοχή του νησιού έχοντας το μεγαλύτερο κατά κεφαλή εισόδημα. Το Ηράκλειο, όπως και όλες οι ελληνικές πόλεις, αποτελεί ζωντανό κίτταρο της ελληνικής κοινωνίας, με ιδιαίτερο τοπικό χρώμα αποτέλεσμα τόσο της γεωγραφικής του θέσης, όσο και της ξεχωριστής του ιστορίας. Σύμφωνα με το πρόγραμμα Καλλικράτης, ο νομός Ηρακλείου αποτελείται πλέον από τους εξής δήμους:

- **Δήμος Αρχανών- Αστερουσίων:** με έδρα τα Πεζά και ιστορική έδρα τις Αρχάνες, προέκυψε από τους προϋπάρχοντες δήμους Αστερουσίων, Νίκου Καζαντζάκη και Αρχανών, με 18022 κάτοικους.
- **Δήμος Βιάννου:** με έδρα την Άνω Βιάννο, παρέμεινε αμετάβλητος με 6463 κάτοικους.

- **Δήμος Γόρτυνας:** με έδρα τους Άγιους Δέκα, προέκυψε από τους προϋπάρχοντες δήμους Γόρτυνας, Αγίας Βαρβάρας, Κόφινα και Ρούβα, με 18264 αριθμό κατοίκων.
- **Δήμος Ηρακλείου:** με έδρα το Ηράκλειο και ιστορική έδρα την Νέα Αλικαρνασσό, προέκυψε από την συνένωση των δήμων Ηρακλείου, Τετραχωρίου, Τεμένους, Νέας Αλικαρνασσού και Γοργολαΐνης, με πληθυσμό 173450 κάτοικους.
- **Δήμος Μαλεβιζίου:** με έδρα το Γάζι προέκυψε από την συνένωση των προϋπαρχόντων δήμων Γαζίου, Κρουσσώνα και Τυλίσσου. Ο πληθυσμός του ανέρχεται στους 21131 κατοίκους.
- **Δήμος Μινώα πεδιάδας:** με έδρα τον Ευαγγελισμό και ιστορική έδρα το Καστέλλι, προέκυψε από την συνένωση των δήμων Θραψανού, Καστελλίου και Αρκαλοχωρίου και ο πληθυσμός ανέρχεται στους 20332 κατοίκους.
- **Δήμος Φαιστού:** με έδρα τις Μοίρες και ιστορική έδρα το Τυμπάκι, προέκυψε από την συνένωση των προϋπαρχόντων δήμων, Ζαρού, Τυμπακίου και Μοιρών και αριθμεί 24360 κατοίκους.
- **Δήμος Χερσονήσου:** με έδρα τις Γούρνες, προέκυψε από την συνένωση των δήμων Γουβών, Χερσονήσου, Επισκοπής και Μαλίων, ο πληθυσμός ανέρχεται στους 25003 κατοίκους.



Εικόνα 1 : Το Ηράκλειο με τους νέους δήμους

[Πηγή: http://www.eklogika.gr/uploads/files/KallikratisMaps/Perifereia_Kritis.pdf]

2.2 Δημογραφία-ορισμός και η σημασία της

Η «Δημογραφία» είναι μία αυτόνομη επιστήμη που ασχολείται με την μελέτη των ανθρωπίνων πληθυσμών και ο όρος αποδίδεται στον Achille Guillard (1855). Η δημογραφία ως επιστήμη, ασχολείται με όλες τις παραμέτρους που επηρεάζουν ή επηρεάζονται από το μέγεθος, την κατανομή, τον μηχανισμό εξέλιξης ή τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού.

Από την παραπάνω διατύπωση αντιλαμβανόμαστε ότι οι δημογραφικές εξελίξεις έχουν άμεσες και σημαντικές επιπτώσεις και σημαντικές επιπτώσεις, σε όλους τους τομείς της κοινωνίας, της πολιτικής της οικονομίας και του περιβάλλοντος. Μία σειρά από δυναμικά προβλήματα όπως η κλιματική αλλαγή, η αστικοποίηση τα ασφαλιστικά προγράμματα και συντάξεις, η επάρκεια τροφής, ενέργειας και στέγασης, η πρόβλεψη πληθυσμιακών εκρήξεων μετανάστευσης και υποδομών σε υπηρεσίες και οργανισμούς (π.χ μονάδες σχολικών κτιρίων, νοσοκομεία, κ.α), μέσα από την δημογραφική ανάλυση είναι δυνατόν να μελετηθούν και έτσι να παρθούν αποφάσεις και πρωτοβουλίες για την επίλυση τους καθώς και μελλοντικές προβλέψεις . Στην συνέχεια θα παρουσιάσουμε πίνακες από την απογραφή του 2001, όπου από αυτούς μπορούμε να μελετήσουμε τους ανθρώπινους πληθυσμούς με βάση το φύλο, την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο και κατόπιν να οδηγηθούμε σε συμπεράσματα και προβλέψεις για το πώς οι δημογραφικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στο επίπεδο της υγείας του νομού Ηρακλείου. (Ελευθερούδης Κ., 2008)

2.2.1 Μελέτη δημογραφικών στοιχείων Νομού Ηρακλείου και Κρήτης

Όπως αναφέραμε παραπάνω τα δημογραφικά στοιχεία είναι ένας βασικός παράγοντας που επηρεάζει το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού και συγκεκριμένα σύμφωνα με τον (Πισιμήσης Θ., 1995), η πληθυσμιακή κατανομή με βάση την ηλικία, έχει αποφασιστική σημασία για τον σχεδιασμό ενός συστήματος υγείας, διότι το επίπεδο υγείας διαφέρει από ηλικία σε ηλικία, πχ τα βρέφη και τα άτομα στη γεροντική ηλικία έχουν ανάγκη περισσότερης ιατρικής φροντίδας (πίνακας 3). Το ίδιο ισχύει και για το φύλο. Αναλυτικά, ο πληθυσμός του Νομού Ηρακλείου ανέρχεται

στους 292.489 κατοίκους, ενώ ολόκληρη η Κρήτη έχει πληθυσμό 601.131 κατοίκους. Αυτό είναι φυσικό αφού το Ηράκλειο αποτελεί την πρωτεύουσα του νησιού, είναι η πιο πυκνοκατοικημένη πόλη και η πιο πλούσια περιοχή, αφού έχει το υψηλότερο κατά κεφαλή εισόδημα στο νησί.

Πίνακας 3 Ηλικιακή κατανομή αμφοτέρων φύλων

ΗΛΙΚΙΕΣ	ΝΟΜΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	ΥΠΟΛΟΙΠΟΙ ΝΟΜΟΙ ΚΡΗΤΗΣ
0-14	17,2%	16,8%
15-24	15,3%	14,3%
25-39	23,5%	23,5%
40-54	18,8%	18,4%
55-64	10,0%	9,8%
65-79	12,0%	13,4%
80 ετών και άνω	3,2%	3,9%
Σύνολο	100,0%	100,0%

[Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ, Πραγματικός πληθυσμός, Κατανομές πληθυσμού,2001,ιδία επεξεργασία]

Επιπλέον αυτό που παρατηρούμε από το πίνακα 3 είναι ότι τα περισσότερα άτομα του πληθυσμού και στην Κρήτη αλλά και στο νομό Ηρακλείου κυμαίνονται από 25-39 χρονών και το αμέσως επόμενο επίπεδο είναι 40-54. Επίσης, παρατηρούμε ότι υπάρχουν ποσοστά ικανά να αυξήσουν τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας όπως οι ηλικίες 0-14 (17,2% για το νομό και 16,8% για την υπόλοιπη Κρήτη) και από τα 65 και πάνω(15,2% και 17,3%). Αυτές είναι οι ευπαθείς ομάδες που είναι επιρρεπείς στη ζήτηση υγείας .

Από τον πίνακα 4 και 5 παρατηρούμε καλύτερα ότι οι άντρες στην Κρήτη αλλά και στο νομό Ηρακλείου υπερτερούνε από τις γυναίκες με ίδια ποσοστά, δηλαδή το 24% του πληθυσμού του Ηρακλείου αλλά και ολόκληρου του νησιού είναι άντρες από ηλικίες 25-39 και το 18,8% είναι άντρες από ηλικίες 40-54.

Πίνακας 4 Άρρενες-Ηλικιακή Κατανομή

ΗΛΙΚΙΕΣ	ΝΟΜΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΡΡΕΝΩΝ Ν.ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	ΥΠΟΛΟΙΠΟΙ ΝΟΜΟΙ ΚΡΗΤΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΡΗΤΗΣ
0-14	26.006	17,7%	26.996	17,2%
15-24	23.871	16,2%	23.584	15,0%
25-39	35.315	24,0%	37.824	24,1%
40-54	27.762	18,8%	29.430	18,7%
55-64	14.128	9,6%	14.753	9,4%
65-79	16.348	11,1%	19.280	12,3%
80 ΚΑΙ ΑΝΩ	3.892	2,6%	5.213	3,3%
ΣΥΝΟΛΟ	147.322	100,0%	157.080	100,0%

[Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ, Πραγματικός πληθυσμός, Κατανομές πληθυσμού, 2001, ίδια επεξεργασία]

Σύμφωνα με πολλούς ερευνητές αν και η νοσηρότητα των γυναικών είναι μεγαλύτερη από αυτή των αντρών, το γεγονός ότι παρουσιάζουν μικρότερη θνησιμότητα από τους άντρες οφείλεται σε μεγάλο ποσοστό στο ότι μετατρέπουν ευκολότερα από τους άντρες τις ανάγκες τους σε χρησιμοποίηση.

Σε αντίθεση με τις γυναίκες, το 22,8% των γυναικών της υπόλοιπης Κρήτης και το 23,1% του νομού είναι μόλις το μεγαλύτερο ποσοστό ανάμεσα στις ηλικίες 25-39 (πίνακας 5). Στον ίδιο πίνακα παρατηρούμε επίσης ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών κυμαίνεται στις ηλικίες 25-39, που σημαίνει ότι μελλοντικά θα υπάρξει σχετική αύξηση ζήτησης υπηρεσιών υγείας από τις γυναίκες διότι αυτή η κλίμακα ηλικιών είναι οι ηλικίες γονιμότητας της γυναίκας και έτσι χρήζουν περισσότερες ιατρικές φροντίδες .

Πίνακας 5 Θήλεις-Ηλικιακή Κατανομή

ΗΛΙΚΙΕΣ	ΝΟΜΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΘΗΛΕΩΝ ΝΟΜΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	ΚΡΗΤΗ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΘΗΛΕΩΝ ΥΠΟΛΟΙΠΗΣ ΚΡΗΤΗΣ
0-14	24.195	16,7%	24.778	16,3%
15-24	21.006	14,5%	20.447	13,5%
25-39	33.512	23,1%	34.576	22,8%
40-54	27.278	18,8%	27.393	18,1%
55-64	15.025	10,4%	15.490	10,2%
65-79	18.829	13,0%	22.089	14,6%
80 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ	5.322	3,7%	6.789	4,5%
ΣΥΝΟΛΟ	145.167	100,0%	151.562	100,0%

[Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ, Πραγματικός πληθυσμός, Κατανομές πληθυσμού, 2001, ίδια επεξεργασία]

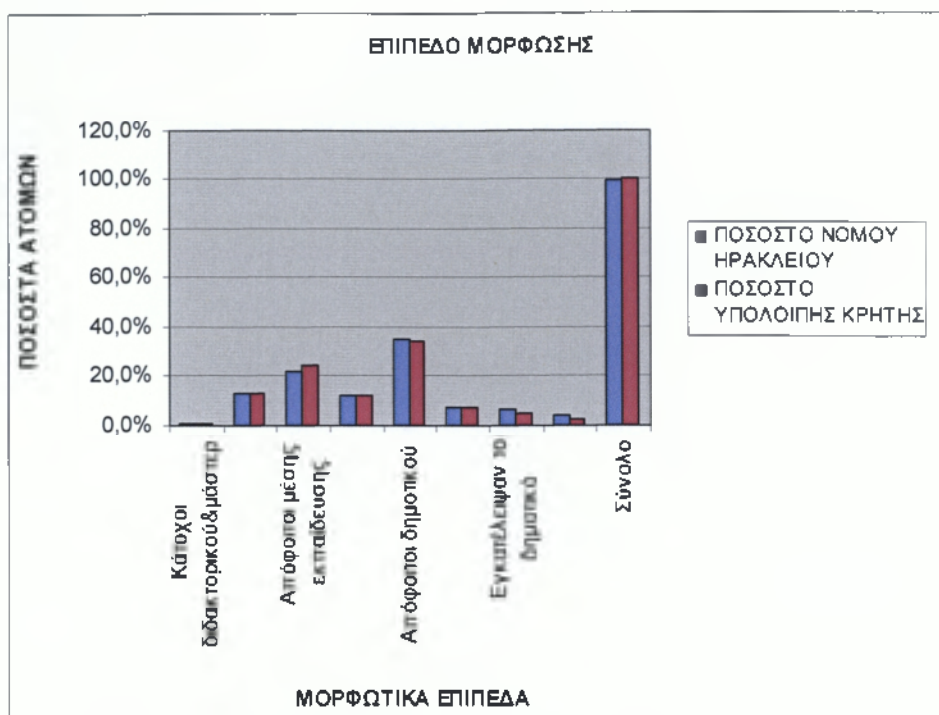
Στο πίνακα 6 παρουσιάζεται η κατανομή του πληθυσμού της Κρήτης και του νομού Ηρακλείου ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο. Παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο μέρος του συνολικού πληθυσμού των νομών της υπόλοιπης Κρήτης (ποσοστό 49,7%) και του νομού Ηρακλείου (ποσοστό 52,1%) δεν έχει ολοκληρώσει τη βασική εκπαίδευση που σημαίνει έλλειψη της σωστής ενημέρωσης ιατρικής περίθαλψης. Σ' αυτούς υπολογίζεται και ένα σημαντικό ποσοστό αναλφάβητων 2,8% και 3,9% αντίστοιχα. Το 24,7% του πληθυσμού έχει απολυτήριο λυκείου για την υπόλοιπη Κρήτη, ενώ για το νομό Ηρακλείου η διαφορά είναι μικρή, μόλις το 22%. Αμελητέο φαίνεται να είναι το ποσοστό αυτών που κατέχουν κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών, 0,4% και 0,6% αντίστοιχα. Όπως προκύπτει, η κατάταξη του πληθυσμού του νομού Ηρακλείου είναι ανάλογη του υπόλοιπου πληθυσμού της Κρήτης. Στο διάγραμμα 4 παρουσιάζεται η παραπάνω συγκριτική θέση.

Πίνακας 6 Μορφωτικό Επίπεδο

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΝΟΜΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΝΟΜΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	ΥΠΟΛΟΙΠΟΙ ΝΟΜΟΙ ΚΡΗΤΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΥΠΟΛΟΙΠΗΣ ΚΡΗΤΗΣ
Κάτοχοι διδακτορικού&μάστερ	1.559	0,6%	1.201	0,4%
Πτυχιούχοι ΑΕΙ-ΤΕΙ	36.522	13,4%	37.045	12,9%
Απόφοιτοι μέσης εκπαίδευσης	60.117	22,0%	71.093	24,7%
Απόφοιτοι γυμνασίου	32.547	11,9%	35.778	12,4%
Απόφοιτοι δημοτικού	94.683	34,7%	99.600	34,6%
Φοιτούν στο δημοτικό	19.378	7,1%	20.349	7,1%
Εγκατέλειψαν το δημοτικό	17.413	6,4%	14.999	5,2%
Αναλφάβητοι	10.565	3,9%	8.084	2,8%
Σύνολο	272.784	100,0%	288.149	100,0%

[Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., Πραγματικός πληθυσμός, Δημογραφικά στοιχεία(Τόμος ΙΙ),2001,ιδία επεξεργασία]

Το γεγονός ότι το 34,7% του νομού Ηρακλείου και το 34,6% της υπόλοιπης Κρήτης είναι του δημοτικού ή αναλφάβητοι σημαίνει σύμφωνα με τους ερευνητές η φροντίδα υγείας της ομάδας αυτής του πληθυσμού θα είναι πλημμελείς και ως εκ τούτου η ανάγκη για χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας κυρίως πρωτοβάθμιων θα πρέπει να είναι υψηλή.



Διάγραμμα 1 Μορφωτικό Επίπεδο

2.2.2 Τοπική σύγκριση υπηρεσιών υγείας Νομού Ηρακλείου

Ο νομός Ηρακλείου διαθέτει δύο κεντρικά νοσοκομεία, ικανά να αναλάβουν οποιοδήποτε περιστατικό και να εξυπηρετήσουν όχι μόνο τους κατοίκους του νομού αλλά και ολόκληρης της Κρήτης. Το ένα είναι το Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Βενιζέλειο- Πανάνειο, που βρίσκεται σε ακτίνα περίπου 4 χιλιόμετρα από την πόλη του Ηρακλείου και προσφέρει υπηρεσίες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας στον πληθυσμό ευθύνης του, ο οποίος ανέρχεται σε 145554 άτομα σύμφωνα με την απογραφή του 2001 και στην περιοχή ευθύνης του εντάσσεται ο Δήμος Ηρακλείου. Το δεύτερο είναι το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου που βρίσκεται αρκετά έξω από την πόλη. Προσφέρει και αυτό υπηρεσίες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας και έχει ίδιο πληθυσμό ευθύνης με το Βενιζέλειο και ίδια περιοχή ευθύνης. Στα δύο αυτά μεγάλα νοσοκομεία εποπτεύονται 6 κέντρα υγείας και σε αυτά τα κέντρα υγείας υπάγονται πολλά περιφερειακά ιατρεία όπως φαίνονται παρακάτω στον πίνακα 7 με το πληθυσμό ευθύνης του καθενός, τις χιλιομετρικές αποστάσεις (km) και το μέσο χρόνο πρόσβασης από το πλησιέστερο νοσοκομείο ή Κέντρο Υγείας :

Πίνακας 7 Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία Ν. Ηρακλείου

Κ.Υ ή Π.Ι	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ Σ ΕΥΘΥΝΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ Σ ΙΑΤΡΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩ Ν	ΧΙΛΙΟΜΕΤΡ Α (km)	ΧΡΟΝΟΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΤΟ ΠΛΗΣΙΕΣΤΕΡ Ο ΝΟΣΟΚΟΜΕΙ Ο
Κ.Υ ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ(δήμου Γόρτυνας)	40235	13	2	37	45λεπτά
Π.Ι ΑΓΙΟΥ ΘΩΜΑ	2288	1	0	6	
Π.Ι ΓΕΡΓΕΡΗΣ	2324	2	1	10	
Π.Ι ΒΕΝΕΡΑΤΟΥ	2404	2	0	10	
Π.Ι ΔΑΦΝΩΝ	1081	1	0	13	
Π.Ι ΚΑΤΩ ΑΣΙΤΕΣ	1680	1	0	12	
Π.Ι ΠΡΟΦΗΤΗ ΗΛΙΑ	4307	2	0	48	
Π.Ι ΤΥΛΙΣΟΥ	11915	2	0	45	
Π.Ι ΡΟΔΙΑΣ	2406	1	1	45	
Π.Ι ΜΑΡΑΘΟΥ	1280	1	0	50	
Π.Ι ΚΡΟΥΣΩΝΑ	3229	2	1	52	
Π.Ι ΚΟΡΦΩΝ	1283	1	0	45	
Π.Ι ΑΓΙΟΥ ΜΥΡΩΝΑ	3016	2	1	57	
Κ.Υ ΑΝΩ ΒΙΑΝΝΟΥ(δήμου Βιάννου)	6289	10	3	65	1 ώρα και 10λεπτά
Π.Ι ΑΡΒΗΣ	1264	1	0	21	
Π.Ι ΕΜΠΑΡΟΥ	1274	1	0	15	
Π.Ι ΠΕΥΚΟΥ	1724	1	0	10	
Κ.Υ ΑΡΚΑΛΟΧΩΡΙΟΥ(δήμ ου Μινóa Πεδιάδος)	21335	14	7	30	35λεπτά
Π.Ι ΑΡΧΑΝΩΝ	5552	2	1	22	
Π.Ι ΑΛΑΓΝΙ	1884	1	0	10	
Π.Ι ΓΑΡΙΠΑΣ	1822	1	0	11	
Π.Ι ΠΑΝΑΓΙΑΣ	1933	1	0	9	
Π.Ι ΠΕΖΩΝ	3162	2	0	14	
Π.Ι ΣΚΙΝΙΑ	2095	1	1	17	
Κ.Υ ΚΑΣΤΕΛΙΟΥ ΠΕΔΙΑΔΟΣ(δήμου Μινóa Πεδιάδος)	36254	13	7	35	45λεπτά
Π.Ι ΑΜΑΡΙΑΝΟΥ	2311	1	0	7	
Π.Ι ΘΡΑΨΑΝΟΥ	3239	1	0	8	
Π.Ι ΑΓΙΕΣ ΠΑΡΑΣΚΙΕΣ	1816	1	0	18	
Π.Ι ΜΟΧΟΥ	4211	2	0	32	
Π.Ι ΜΑΛΛΙΩΝ	3722	2	1	25	
Π.Ι ΕΠΙΣΚΟΠΗΣ ΠΕΔΙΑΔΟΣ	6341	2	1	15	
Π.Ι ΓΟΥΒΩΝ	3953	2	1	20	
Π.Ι ΛΙΜΕΝΟΣ ΧΕΡΣΟΝΗΣΟΥ	6776	2	1	18	

Κ.Υ ΜΟΙΡΩΝ(δήμου Φαιστού)	29520	7	14	58	1ώρα και 10λεπτά
Π.Ι ΤΥΜΠΑΚΙΟΥ	6971	2	0	13	
Π.Ι ΓΡΗΓΟΡΙΑΣ	1153	1	0	22	
Π.Ι ΣΙΒΑ	1792	1	0	9	
Π.Ι ΠΟΜΠΙΑΣ	2414	1	0	5	
Π.Ι ΖΑΡΟΥ	3807	2	1	11	
Π.Ι ΑΓΙΟΙ ΔΕΚΑ	3249	2	1	9	
Π.Ι ΒΑΣΙΛΙΚΩΝ ΑΝΩΓΕΙΩΝ	1919	1	0	21	
Π.Ι ΜΙΑΜΟΥΣ	1189	1	0	31	
Κ.Υ ΧΑΡΑΚΑ(δήμου Αρχανών Αστερουσίων)	12284	7	7	50	1ώρα
Π.Ι ΠΥΡΓΟΥ	1345	2	0	5	
Π.Ι ΜΕΣΟΧΩΡΙΟΥ	1435	1	0	15	
Π.Ι ΤΕΦΕΚΙΟΥ	1547	1	0	10	
Π.Ι ΜΕΤΑΞΟΧΩΡΙΟΥ	1431	1	0	20	
Π.Ι ΑΣΗΜΙΟΥ	4203	2	0	5	

[Πηγή: ΔΥΠΕ ΚΡΗΤΗΣ, 2010,ιδία επεξεργασία]

Οι αστικοί πληθυσμοί παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα υγείας σε σχέση με τους πληθυσμούς της υπαίθρου. Λόγω του γεγονότος ότι, σε όλες τις χώρες, οι υπηρεσίες υγείας παρουσιάζουν μεγάλο βαθμό συγκέντρωσης στα αστικά κέντρα, η πρόσβαση σε υπηρεσίες είναι δυσκολότερη στην ύπαιθρο. Όπως παρατηρούμε και παραπάνω στον πίνακα τα περισσότερα κέντρα υγείας απέχουν σχεδόν 1 ώρα από το κοντινότερο νοσοκομείο. Οπωσδήποτε υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ δυνατότητας πρόσβασης και επιπέδου υγείας, αλλά υπάρχουν και πολλοί άλλοι παράγοντες που αναφέραμε και παραπάνω, οι οποίοι διαδραματίζουν ρόλο στον καθορισμό του επιπέδου της υγείας. Η έννοια της πρόσβασης έχει πολλαπλό χαρακτήρα και σημαίνει:

- Τη γεωγραφική πρόσβαση δηλ. τη γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών υγείας,
- Τη χρονική διάρκεια αναμονής για την των υπηρεσιών αυτών (λίστες αναμονής) και
- Την κατανομή των φροντίδων υγείας μεταξύ των διαφόρων κοινωνικών ομάδων του πληθυσμού και των οικονομικών τάξεων.

Λαμβάνοντας υπόψη το ορεινό γεωγραφικό ανάγλυφο του νομού Ηρακλείου, αλλά και τη μέση χιλιομετρική απόσταση της έδρας των δήμων και των δημοτικών διαμερισμάτων από την έδρα του νομού (Ηράκλειο), σημαίνει ότι οι κάτοικοι των περιοχών αυτών θα συναντούν ιδιαίτερες δυσκολίες πρόσβασης κυρίως προς τις πρωτοβάθμιες, δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες μονάδες υγείας που είναι εγκατεστημένες στο Ηράκλειο. Αυτός σημαίνει ότι οι κάτοικοι των ορεινών και

απόμακρων διαμερισμάτων θα χρησιμοποιούν είτε λιγότερο συχνά τις δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες φροντίδες υγείας σε σχέση με τους κατοίκους του Ηρακλείου, 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 τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας.

Όμως επειδή δεν υπήρχε η δυνατότητα εντόπισης των ιδιωτών ιατρών στους υπόλοιπους δήμους του νομού Ηρακλείου παρακάτω (πίνακας 8) παρουσιάζονται τα στοιχεία προσφοράς υγείας μόνο στο δημόσιο τομέα (κέντρα υγείας, περιφερειακά ιατρεία και νοσοκομεία) σε όλους τους δήμους του νομού Ηρακλείου.

Πίνακας 8 Προσωπικό Υγείας ανά Δήμο του νομού Ηρακλείου

ΔΗΜΟΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ	ΓΙΑΤΡΟΙ/1000 ΑΤΟΜΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ/1000 ΑΤΟΜΑ
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	173.450	780	4,5	1033	6,0
ΑΡΧΑΝΩΝ-ΑΣΤΕΡΟΥΣΙΩΝ	18.022	18	1,0	8	0,4
ΒΙΑΝΝΟΥ	6.463	12	1,9	4	0,6
ΓΟΡΤΥΝΑΣ	18.264	21	1,1	5	0,3
ΜΑΛΕΒΙΖΙΟΥ	21.131	7	0,3	2	0,1
ΜΙΝΩΑ ΠΕΔΙΑΔΟΣ	20.332	31	1,5	16	0,8
ΦΑΙΣΤΟΥ	24.360	14	0,6	15	0,6
ΧΕΡΣΟΝΗΣΟΥ	25.003	10	0,4	4	0,2

[Πηγή: ΔΥΠΕ ΚΡΗΤΗΣ, 2010, ίδια επεξεργασία]

Ο δήμος Ηρακλείου έχει φυσικά τον μεγαλύτερο πληθυσμό και διαθέτει τον υψηλότερο αριθμό ιατρών και νοσηλευτών σε σχέση με τους υπόλοιπους δήμους. Όμως αυτό συμβαίνει διότι ο δήμος Ηρακλείου διαθέτει 2 μεγάλα νοσοκομεία και 5 περιφερειακά ιατρεία (πίνακας 9) και αντιστοιχούν 4,5 γιατροί ανά 1000 άτομα. Από τους οχτώ δήμους του νομού Ηρακλείου οι τρεις βρίσκονται κάτω από τον ένα ιατρό ανά 1000 άτομα (δήμος Μαλεβιζίου 0,3, Φαιστού 0,6 και Χερσονήσου 0,4) που αυτό σημαίνει ότι υπάρχει άνιση κατανομή του ιατρικού προσωπικού στον Δημόσιο τομέα γιατί πολλά άτομα θα αναγκαστούν να εξυπηρετηθούν στους γιατρούς του Δήμου Ηρακλείου (άνιση γεωγραφική κατανομή). Όσο αναφορά τους νοσηλευτές, οι επτά δήμοι από τους οχτώ διαθέτουν κάτω από ένα νοσηλευτή ανά 1000 κάτοικους, ενώ ο

δήμος Ηρακλείου διαθέτει 6 νοσηλευτές ανά 1000 κάτοικους (υπερπροσφορά νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με το ιατρικό προσωπικό στον Δήμο Ηρακλείου).

Από τον πίνακα μπορούμε να συμπεράνουμε ότι υπάρχει άνιση κατανομή επαγγελματιών υγείας (γιατρών και νοσηλευτών) μεταξύ των δήμων του νομού Ηρακλείου, έτσι στο αστικό κέντρο του νομού παρατηρείται μεγάλη συγκέντρωση ιατρών (4,1/1000 κατοίκους), σε αντίθεση με τους υπόλοιπους δήμους, που ο δείκτης κυμαίνεται κάτω από τους 2. Ιδιαίτερα οι δήμοι Μαλεβιζίου, Φαιστού και Χερσονήσου φαίνεται να έχουν το μεγαλύτερο πρόβλημα με αναλογία γιατρών ανά 1000 κατοίκους κάτω από το 1.

Το φαινόμενο είναι πλέον έντονο στην περίπτωση των νοσηλευτών, όπου στον δήμο Ηρακλείου η αναλογία είναι 6 ανά 1000 κατοίκους, ενώ στους υπόλοιπους δήμους είναι κάτω από 0,8 νοσηλευτές /1000 κατοίκους. Ιδιαίτερα ο δήμος Μαλεβιζίου εμφανίζει δείκτη σε απαράδεκτα χαμηλό επίπεδο 0,1 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους. Η παρατηρούμενη ανισοκατανομή, επαγγελματιών υγείας στο νομό, σαφώς θα έχει αρνητική επίδραση στην υγεία των κατοίκων εκτός δήμου Ηρακλείου.

Αναφέροντας λοιπόν όλες τις υπηρεσίες υγείας στο νομό Ηρακλείου, την τοποθεσία τους με τους νέους δήμους σύμφωνα με το πρόγραμμα Καλλικράτη και την αναφορά του Δημόσιου τομέα στους δήμους του νομού Ηρακλείου έχουμε τον παρακάτω συνοπτικό πίνακα όπου μπορούμε να δούμε ο κάθε δήμος πόσες μονάδες υγείας διαθέτει.

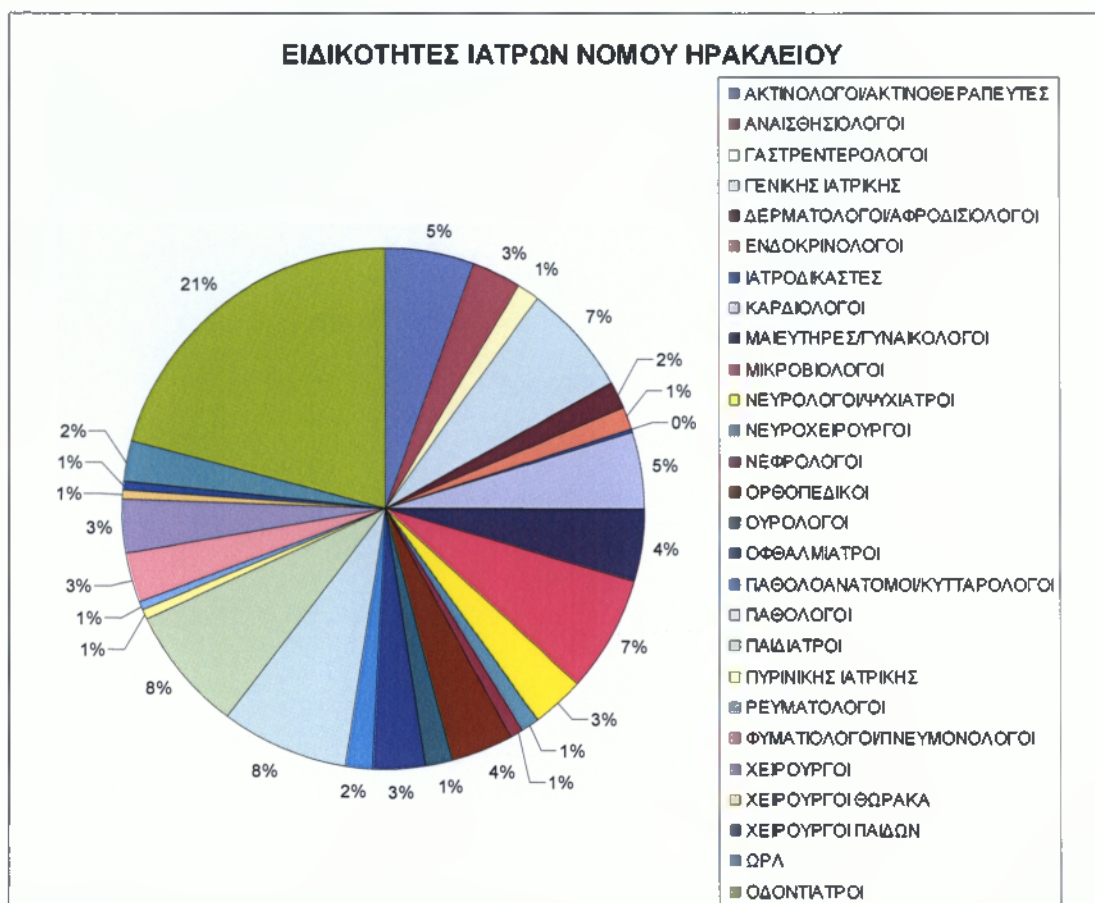
Πίνακας 9 Κατανομή υποδομών υγείας ανά δήμο του Νομού Ηρακλείου

ΔΗΜΟΙ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ
ΑΡΧΑΝΩΝ-ΑΣΤΕΡΟΥΣΙΩΝ		1	8
ΒΙΑΝΝΟΥ		1	3
ΓΟΡΤΥΝΑΣ		1	6
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	2		5
ΜΑΛΕΒΙΖΙΟΥ			5
ΜΙΝΩΑ ΠΕΔΙΑΔΑΣ		2	5
ΦΑΙΣΤΟΥ		1	5
ΧΕΡΣΟΝΗΣΟΥ			5

[Πηγή: ΔΥΠΕ ΚΡΗΤΗΣ, 2010, ίδια επεξεργασία]

Οι ιδιωτικές κλινικές που υπάρχουν στη πόλη είναι , ο Άγιος Γεώργιος, το Ασκληπιείον Κρήτης και το Interclinic. Επίσης, υπάρχουν ιδιωτικά θεραπευτήρια τα οποία είναι: το Ιατρικό Κρήτης, ο Ασκληπιός και η Παγκρήτια υγείας. Τέλος, υπάρχει ένα ιδιωτικό μαιευτήριο, το Μητέρα, και μία ψυχιατρική κλινική, ο Άγιος Χαράλαμπος.

Ο όρος «προσφορά υπηρεσιών υγείας» εκφράζει την παροχή υπηρεσιών που παρέχονται από προμηθευτές υγείας (γιατρούς, νοσοκομεία κτλ). Σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική υπηρεσία και την έρευνα που έχω κάνει ο αριθμός των ιατρών (νοσοκομειακοί και ιδιωτικοί) στο νομό Ηρακλείου ανέρχονται στους 2595, ενώ συνολικά στη Κρήτη ο αριθμός τους ανέρχεται στους 3879. Παρακάτω, στο διάγραμμα 5 θα ήτα καλό να δούμε πως φαίνονται όλες οι ειδικότητες ιατρών (δημόσιος και ιδιωτικός τομέας), στο νομό Ηρακλείου και τα ποσοστά τους και ποιες ειδικότητες υπερισχύουν με μεγάλο ποσοστό. Το μεγαλύτερο ποσοστό καταλαμβάνουν οι οδοντίατροι με 21% και μετά ακολουθούν οι παθολόγοι με 8% και οι παιδίατροι με τους μικροβιολόγους με μικρή διαφορά μόλις 7%.



Διάγραμμα 2 Ειδικότητες Ιατρών Νομού Ηρακλείου

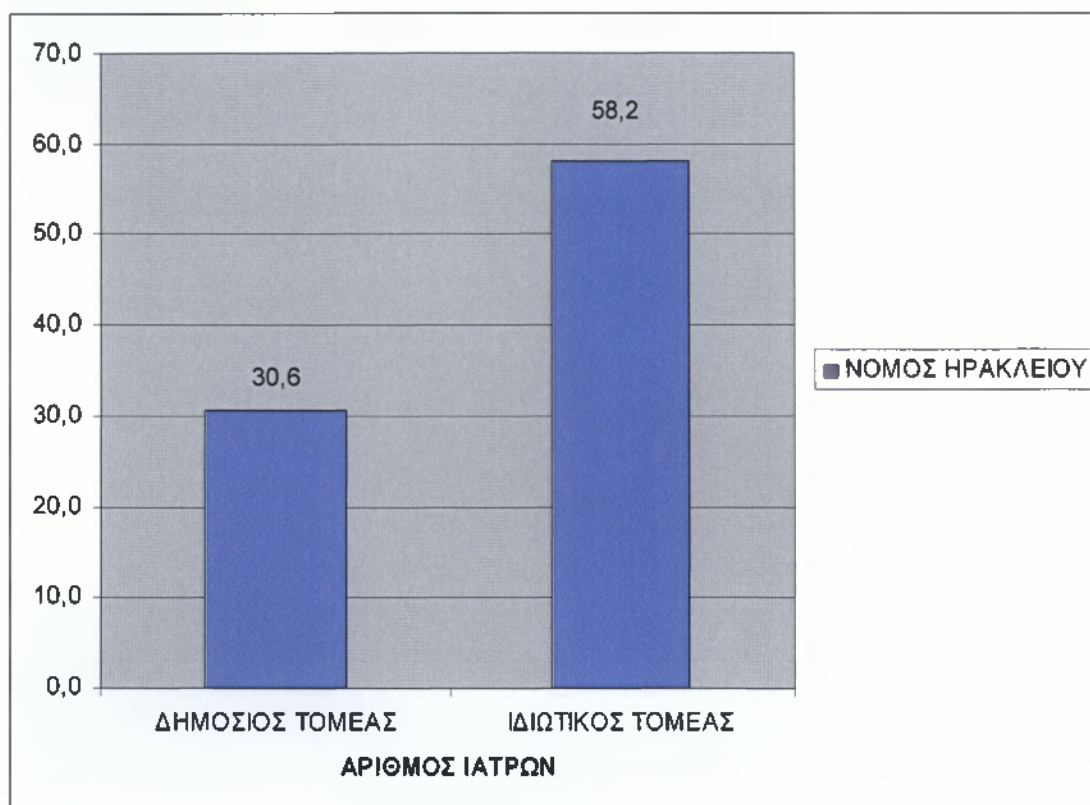
[Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., Δημόσια Υγεία, Ιατροί και Οδοντίατροι, 2010, ίδια επεξεργασία]

Παρατηρώντας αυτή την κατανομή (διάγραμμα 2) ανά ειδικότητα διαπιστώνεται :

- Ότι η μεγαλύτερη ιατρική ειδικότητα είναι αυτή των οδοντιάτρων αφού το 20% είναι οδοντίατροι
- Επίσης παρατηρείται στο Νομό Ηρακλείου είναι στην διάθεση των κατοίκων του γιατροί όλων των ειδικοτήτων, γεγονός ότι σημαίνει ότι το ιατρικό σώμα μπορεί να καλύψει όλο το νοσολογικό φάσμα αναγκών, των κατοίκων του νομού.

Ανέφερα και παραπάνω, ότι δεν υπήρχε η δυνατότητα διαχωρισμού του δημόσιου τομέα και του ιδιωτικού, εξαιτίας της έλλειψης επαρκών στοιχείων, των δήμων (κυρίως για τους ιδιώτες ιατρούς). Έτσι λοιπόν θεώρησα σωστό αφού διέθετα τα στοιχεία να κάνω μία αναφορά στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα συνολικά του νομού Ηρακλείου για την προσφορά υπηρεσιών υγείας.

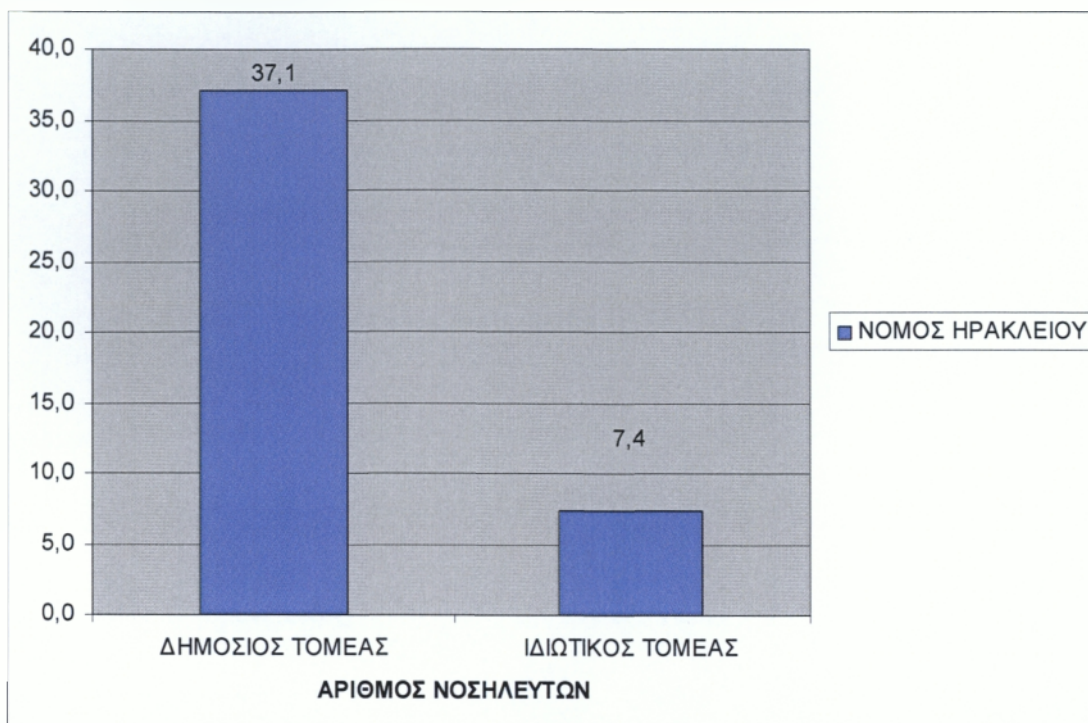
Στο σύνολο των ιατρών, ο ιδιωτικός τομέας είναι υψηλότερος σε σχέση με τον δημόσιο τομέα. Αυτό βέβαια οφείλεται στον μεγάλο αριθμό ιδιωτών ιατρών που παρέχει ο νομός Ηρακλείου αλλά και στις ιδιωτικές κλινικές. Δηλαδή, στους 10000 κάτοικους αντιστοιχούν 58,2 ιδιωτικοί ιατροί ενώ στον δημόσιο τομέα αντιστοιχούν 30,6 ιατροί ανά 10000 κατοίκους (διάγραμμα 3).



Διάγραμμα 3 Αριθμός ιατρών ανά 10000 κατοίκους

[Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., Δημόσια Υγεία, Ιατροί και Οδοντίατροι, 2010, ίδια επεξεργασία]

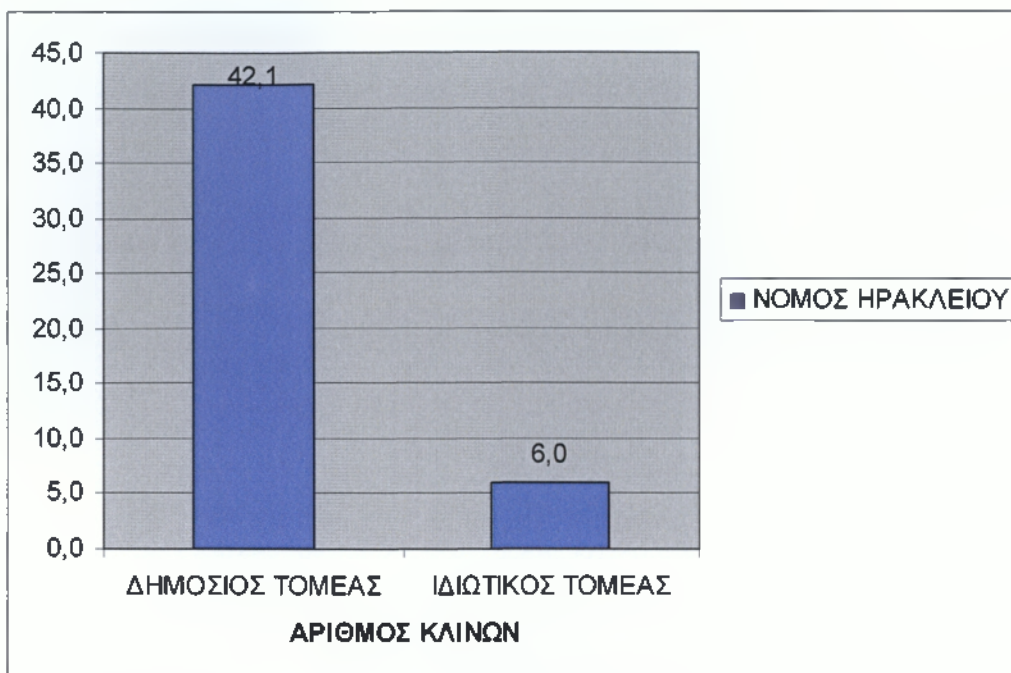
Στο σύνολο των νοσηλευτών, ο δημόσιος τομέας είναι μεγαλύτερος σε σχέση με τον ιδιωτικό τομέα. Αυτό οφείλεται στα δύο μεγάλα νοσοκομεία που διαθέτει ο νομός Ηρακλείου και στις ιδιωτικές κλινικές και όχι τόσο στα κέντρα υγείας και στα περιφερειακά ιατρεία, όπου είδαμε ότι οι νοσηλευτές είναι ελάχιστοι. Αντιστοιχούν 37,1 νοσηλευτές ανά 10000 κατοίκους στο δημόσιο τομέα και 7,4 στον ιδιωτικό τομέα. Ίσως επειδή οι ιατροί στα δημόσια νοσοκομεία είναι λιγότεροι (διάγραμμα 3) να υπάρχουν περισσότεροι νοσηλευτές στον δημόσιο τομέα για καλύτερη κατανομή υγειονομικού προσωπικού (διάγραμμα 4).



Διάγραμμα 4 Αριθμός νοσηλευτών ανά 10000 κατοίκους

[Πηγή: , Υγειονομικός χάρτης, Health Statistics, Νοσηλευτικό Προσωπικό ΕΣΥ, αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού, 2010, ίδια επεξεργασία]

Στο τέλος έχουμε τις κλίνες του νομού Ηρακλείου, που και εδώ πάλι τον αριθμό των κλινών τον αυξάνει ο δημόσιος τομέας, συγκεκριμένα τα 2 μεγάλα νοσοκομεία του Ηρακλείου και όχι τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία, διότι αυτά δεν διαθέτουν καθόλου κλίνες .



Διάγραμμα 5 Αριθμός κλινών ανά 10000 κατοίκους

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

Στο δημόσιο τομέα, αντιστοιχούν 42,1 κλίνες ανά 10000 κατοίκους ενώ στον ιδιωτικό τομέα αντιστοιχούν 6 κλίνες ανά 10000 κατοίκους. Αυτό ίσως να συμβαίνει διότι οι ιδιωτικές κλινικές του Ηρακλείου διαθέτουν ορισμένες ειδικότητες ιατρών και όχι όλες τις ειδικότητες όπως συμβαίνει στα νοσοκομεία και έτσι τα άτομα προτιμούν τον δημόσιο τομέα και λόγω κόστους (διάγραμμα 5).

2.3 Μελέτη υπηρεσιών υγείας στο Ν. Ηρακλείου-Κρήτη-Ελλάδα

Στόχος του συγκεκριμένου υποκεφαλαίου είναι η ανάδειξη των αποτελεσμάτων της έρευνας των συγκρίσεων των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας του νομού Ηρακλείου και της υπόλοιπης Κρήτης, του νομού Ηρακλείου με τον νομό Ιωαννίνων, του νομού Ηρακλείου με την Ελλάδα και τέλος του νομού μου με δύο ξένες Ευρωπαϊκές χώρες.

2.3.1 Μελέτη υπηρεσιών υγείας Νομού Ηρακλείου-Κρήτη

Σύμφωνα με τα δεδομένα μας και με τον πίνακα 13 παρατηρούμε ότι το 66,9% των ιατρών της Κρήτης βρίσκονται στο νομό Ηρακλείου, ενώ το υπόλοιπο 33,1% των γιατρών βρίσκεται στους υπόλοιπους νομούς της Κρήτης. Είναι μία μεγάλη διαφορά και αυτό οφείλεται προφανώς στο ότι ο νομός Ηρακλείου όπως είπαμε και παραπάνω αποτελεί την πρωτεύουσα του νησιού και την πιο πυκνοκατοικημένη πόλη του. Επίσης, αυτή η μεγάλη διαφορά οφείλεται και στην υπερπροσφορά του τουρισμού που έχει το Ηράκλειο τους πέντε μήνες τον χρόνο, όπου ο πληθυσμός του νομού Ηρακλείου αυξάνεται ατά πολύ. Έτσι λοιπόν το ίδιο θα συμβαίνει και με τον αριθμό νοσηλευτών και κλινών . Το 53,3% των νοσηλευτών βρίσκεται στο νομό Ηρακλείου, ενώ το 46,7% μοιρασμένο στους άλλους 3 νομούς της Κρήτης.

Πίνακας 13 Ποσοστά προσφοράς υπηρεσιών υγείας Νομού Ηρακλείου-Κρήτης

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ (%)	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ (%)	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ (%)
ΝΟΜΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	2595	66,9%	1301	53,3%	1470	50,8%
ΥΠΟΛΟΙΠΟΙ ΝΟΜΟΙ ΚΡΗΤΗΣ	1284	33,1%	1139	46,7%	1423	49,2%

[Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., Δημόσια Υγεία, Ιατροί και Οδοντίατροι,2010, Υγειονομικός χάρτης, Health Statistics, Νοσηλευτικό Προσωπικό ΕΣΥ, αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού, 2010, Δημόσια Υγεία, Κέντρα Υγείας και Θεραπευτήρια, (κλίνες-προσωπικό-εξοπλισμός),2009, ίδια επεξεργασία]

Επιπλέον, το 50,8% των κλινών βρίσκεται στο Ηράκλειο (2 μεγάλα νοσοκομεία και 5 ιδιωτικές κλινικές), ενώ το 49,2% στην υπόλοιπη Κρήτη. Αυτό σημαίνει υψηλή ποιότητα προσφορά υγείας, εξειδικευμένο προσωπικό στο Ηράκλειο και γρηγορότερη ανάρρωση και εξυπηρέτηση των ασθενών. Στο πίνακα 13 μπορούμε να δούμε καθαρά αυτή τη μεγάλη διαφορά (σχεδόν οι μισοί γιατροί) μεταξύ νομού Ηρακλείου και Κρήτης. Όσο αφορά την διαφορά των νοσηλευτών, η διαφορά είναι μικρή αλλά δε παύει ο νομός Ηρακλείου να υπερισχύει από την Κρήτη. Τέλος, το ποσοστό διαφοράς στον αριθμό των κλινών είναι αμελητέα, με διαφορά μόλις 1,6%.

Στον πίνακα 14, εύκολα μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι ο αριθμός των ιατρών ανά 10000 κατοίκους στον Νομό Ηρακλείου είναι σχεδόν διπλάσιος από τον αριθμό των νομών της υπόλοιπης Κρήτης.

Πίνακας 14 Σύγκριση δεικτών προσφοράς υπηρεσιών υγείας Νομού Ηρακλείου-Κρήτης

	ΙΑΤΡΟΙ/10000 ΚΑΤΟΙΚΟΙ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ/10000 ΚΑΤΟΙΚΟΙ	ΚΛΙΝΕΣ/10000 ΚΑΤΟΙΚΟΙ
ΝΟΜΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	88,7	44,5	50,3
ΥΠΟΛΟΙΠΟΙ ΝΟΜΟΙ ΚΡΗΤΗΣ	41,6	36,9	46,1

[Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., Δημόσια Υγεία, Ιατροί και Οδοντίατροι, 2010, Υγειονομικός χάρτης, Health Statistics, Νοσηλευτικό Προσωπικό ΕΣΥ, αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού, 2010, Δημόσια Υγεία, Κέντρα Υγείας και Θεραπευτήρια, (κλίνες-προσωπικό-εξοπλισμός),2009 ίδια επεξεργασία]

Ο νομός Ηρακλείου ξεπερνά το σύνολο των υπόλοιπων νομών της Κρήτης και στους νοσηλευτές και στις κλίνες. Αυτό σημαίνει ότι θα υπάρχει αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας στο νομό Ηρακλείου και από τους υπόλοιπους νομούς της Κρήτης.

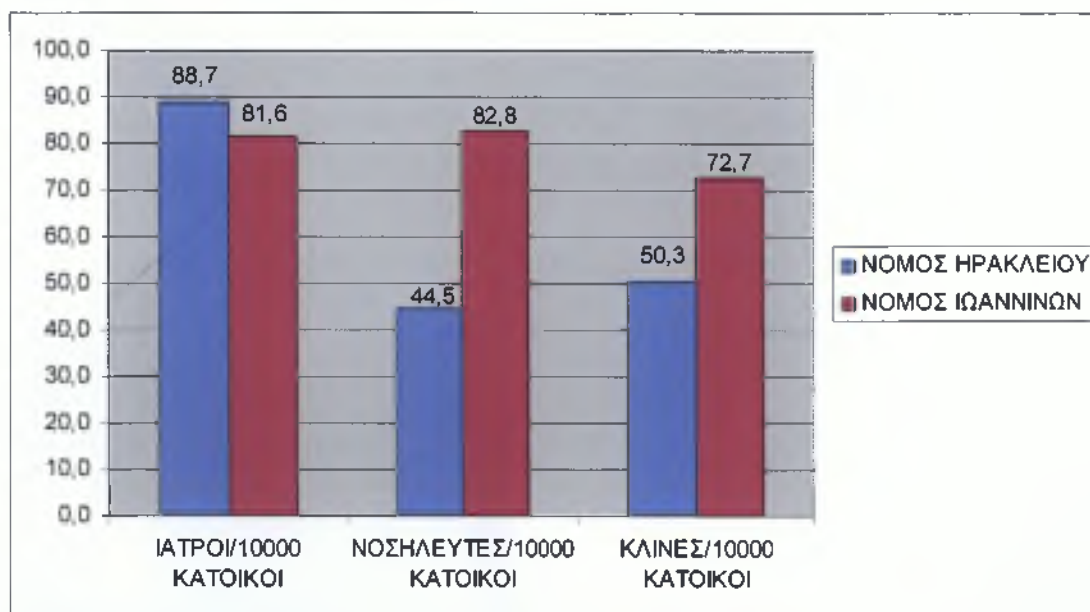
2.3.2 Σύγκριση υπηρεσιών υγείας Νομού Ηρακλείου-Νομού Ιωαννίνων

Ενδιαφέρον θα ήταν η σύγκριση του νομού Ηρακλείου με κάποιον άλλον νομό της Ελλάδας σε σύγκριση των διαθέσιμων επαγγελματιών υγείας και τις διαθέσιμες κλίνες . Επέλεξα το νομό Ιωαννίνων διότι τα στοιχεία που βρήκα ήταν επαρκή. Η σύγκριση αυτή θα βοηθήσει να εξαχθούν συμπεράσματα που θα τονίζουν, σε ποιο νομό η προσφορά υγείας με το διαθέσιμο υγειονομικό προσωπικό είναι πιο ικανοποιητική σε σχέση με το πληθυσμό του κάθε νομού.

Σύμφωνα με την (Τζίμα Π., 2012) ο πληθυσμός των Ιωαννίνων ανέρχεται στους 170239 κατοίκους και αντιστοιχούν 82,8 νοσηλευτές ανά 10000 κατοίκους ενώ στο Νομό Ηρακλείου 44,5 νοσηλευτές ανά 10000 κατοίκους (διάγραμμα 6).

Το φαινόμενο αυτό θεωρείται κλασική απόδειξη της πραγματικότητας που συμβαίνει στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδος, δηλαδή όλες οι αποφάσεις που σχετίζονται με το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδος έχουν παρθεί στα πλαίσια της αποσπασματικότητας και της επιλεκτικότητας.

Σε σχέση με την αποσπασματικότητα, αυτό σημαίνει οι όποιες αποφάσεις πολιτικών υγείας π.χ. η πρόσληψη των νοσηλευτών δεν εφαρμόστηκε ισοδύναμα σε όλες τις περιφέρειες και τους νομούς της χώρας. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του δείκτη του διαγράμματος 6, νοσηλευτές ανά 10000 κατοίκους, όπου ο νομός Ιωαννίνων διαθέτει σχεδόν τον διπλάσιο αριθμό νοσηλευτών από το νομό Ηρακλείου.



Διάγραμμα 6 Σύγκριση Δεικτών Νομών Ηρακλείου-Ιωαννίνων

[Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., Δημόσια Υγεία, Ιατροί και Οδοντίατροι, 2010, Υγειονομικός χάρτης, Health Statistics, Νοσηλευτικό Προσωπικό ΕΣΥ, αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού, 2010, Δημόσια Υγεία, Κέντρα Υγείας και Θεραπευτήρια, (κλίνες-προσωπικό-εξοπλισμός),2009, Τζίμα Π., 2012, ίδια επεξεργασία]

Σε σχέση τώρα με την επιλεκτικότητα αυτό μπορεί να σημαίνει ότι ο νομός Ηρακλείου διαθέτει πολύ μικρότερο αριθμό κλινών ανά 10000 κατοίκους αλλά ταυτόχρονα πολύ μικρότερο αριθμό νοσηλευτών ανά 10000 κατοίκους σε σχέση με το νομό Ιωαννίνων (διάγραμμα 6).

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

2.3.3 Σύγκριση υπηρεσιών υγείας Νομού Ηρακλείου-Ελλάδας

Η Ελλάδα έχει 10.964.020 πραγματικό πληθυσμό, που σημαίνει ότι έχει σχεδόν τον τετραπλάσιο πληθυσμό σε σχέση με το νομό Ηρακλείου.

Ενδιαφέρουσα φαίνεται η σύγκριση των διαθέσιμων επαγγελματιών υγείας (γιατροί, νοσηλευτές) και των κλινών στο νομό και στην Ελλάδα. Η σύγκριση αυτή θα βοηθήσει να εξαχθούν συμπεράσματα σχετικά για το αν και κατά πόσο το διαθέσιμο υγειονομικό προσωπικό στο νομό Ηρακλείου είναι ικανοποιητικό σε σχέση με αυτό της υπόλοιπης Ελλάδας. Ο νομός Ηρακλείου αποτελεί μόλις το 3,7% των γιατρών στην Ελλάδα, το 3,3% στους νοσηλευτές και το 2,7% στις κλίνες (πίνακας 15). Εύκολα παρατηρούμε αυτή τη μεγάλη διαφορά στο διάγραμμα 7 με την Ελλάδα να καταλαμβάνει το μεγαλύτερο ποσοστό και το ποσοστό του νομού Ηρακλείου μόλις να γίνεται ορατό.

Για να δούμε τα παραπάνω πιο αναλυτικά, θα πρέπει να δείξουμε πόσοι γιατροί, πόσοι νοσηλευτές και πόσες κλίνες αντιστοιχούν ανά 10.000 κάτοικους (όχι 1000 κάτοικους λόγω της μεγάλης διαφοράς τάξης του πληθυσμού), στο νομό Ηρακλείου σε σχέση με την Ελλάδα (πίνακας 15).

Πίνακας 15 Σύγκριση δεικτών Νομού Ηρακλείου- Ελλάδας

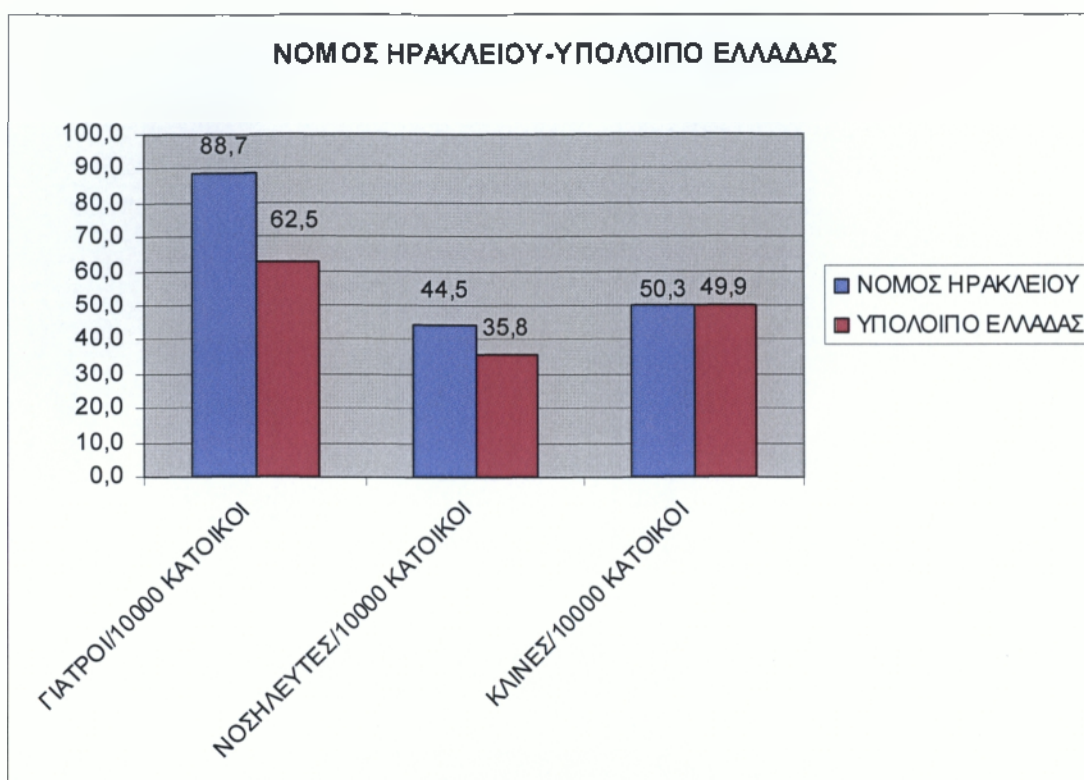
	ΓΙΑΤΡΟΙ/10000 ΚΑΤΟΙΚΟΙ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ/10000 ΚΑΤΟΙΚΟΙ	ΚΛΙΝΕΣ/10000 ΚΑΤΟΙΚΟΙ
ΝΟΜΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	88,7	44,5	50,3
ΥΠΟΛΟΙΠΟ ΕΛΛΑΔΑΣ	62,5	35,8	49,9

[Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., Δημόσια Υγεία, Ιατροί και Οδοντίατροι, 2010, Υγειονομικός χάρτης, Health Statistics, Νοσηλευτικό Προσωπικό ΕΣΥ, αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού, 2010, Δημόσια Υγεία, Κέντρα Υγείας και Θεραπευτήρια, (κλίνες-προσωπικό-εξοπλισμός),2009 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 Ηρακλείου σε σχέση με την υπόλοιπη Ελλάδα, αφού οι δείκτες του νομού είναι εντελώς αντίθετης κατεύθυνσης από αυτούς της υπόλοιπης Ελλάδας.
- Ο νομός φαίνεται να έχει ιδιαίτερα υψηλούς δείκτες σε σχέση με την υπόλοιπη Ελλάδα στους ιατρούς όπου οι διαθέσιμοι γιατροί ανά 10000 είναι διπλάσιοι από αυτούς της υπόλοιπης Ελλάδας καθώς και στις διαθέσιμες κλίνες.
- Με τα παραπάνω στοιχεία φαίνεται αυτό που πολλοί ερευνητές του Ελληνικού υγειονομικού συστήματος τονίζουν, ότι δηλαδή τα κύρια χαρακτηριστικά του Ελληνικού υγειονομικού συστήματος είναι ή αποσπασματικότητα και η επιλεκτικότητα.

Όπως μπορούμε να δούμε στο διάγραμμα 10, στο νομό Ηρακλείου αντιστοιχούν 88,7 γιατροί ανά 10.000 κάτοικους που ξεπερνάει το μέσο όρο της Ελλάδας με μόλις 62,5 γιατροί ανά 10.000 κατοίκους. Αυτό μπορεί να σημαίνει για το νομό Ηρακλείου καλύτερες συνθήκες εργασίας σε υπηρεσίες υγείας και για τους ασθενείς καλύτερη ποιότητα προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας . Δε πρέπει να ξεχάσουμε ότι ο νομός Ηρακλείου είναι ένας τουριστικός προορισμός όπου τους θερινούς μήνες ο πληθυσμός αυξάνεται κατά πολύ λόγω υπερπροσφοράς του τουρισμού. Ακόμη, στην Ελλάδα αντιστοιχούν 35,8 νοσηλευτές ανά 10.000 κάτοικους, ενώ στο νομό Ηρακλείου 44,5 νοσηλευτές ανά 10.000 κάτοικους. Αυτό ίσως και να σημαίνει ότι ο αριθμός των νοσηλευτών στην Ελλάδα να είναι μικρός και ότι χρειάζεται να γίνουν προσλήψεις. Τέλος, για τους ίδιους λόγους ο αριθμός των κλινών είναι σχεδόν ο ίδιος με διαφορά 0,4, δηλαδή στο νομό Ηρακλείου αντιστοιχούν 50,3 κλίνες ανά 10.000 κάτοικους ενώ ο μέσος όρος για την υπόλοιπη Ελλάδα είναι 49,9 κλίνες ανά 10.000 κατοίκους.

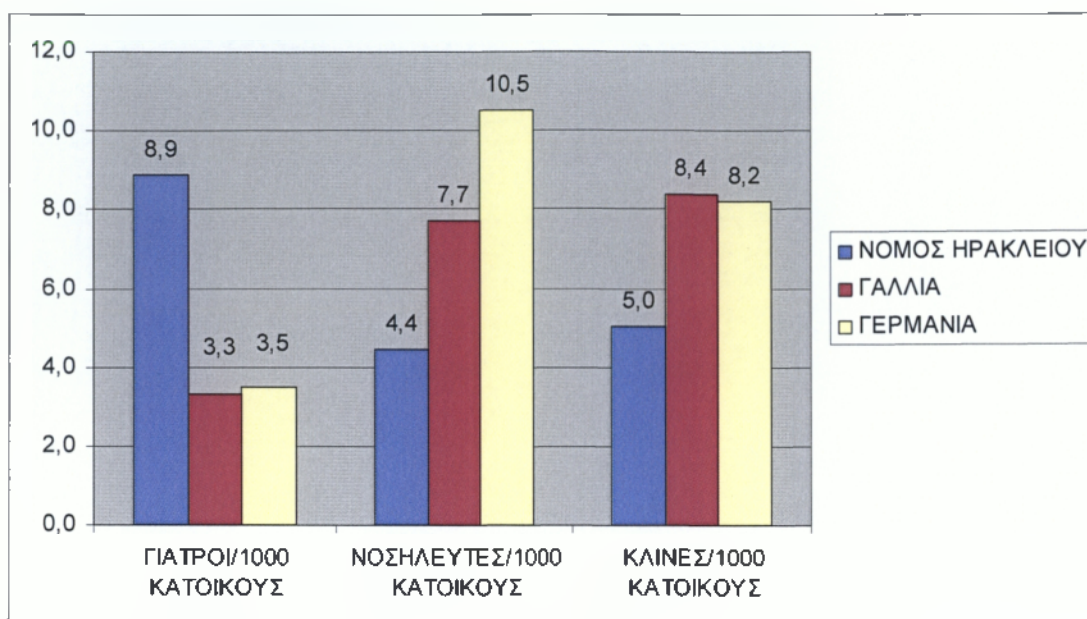


Διάγραμμα 8 Σύγκριση Δεικτών νομού Ηρακλείου-Ελλάδας

2.3.4 Σύγκριση υπηρεσιών υγείας Νομού Ηρακλείου-Γαλλίας-Γερμανίας

Μία τελευταία μελέτη των υπηρεσιών υγείας είναι εκείνη με το νομό Ηρακλείου και δύο ξένες χώρες, για παράδειγμα την Γαλλία και την Γερμανία. Επειδή όμως τα στοιχεία των ξένων χωρών είναι υπολογισμένα ανά 1000 κατοίκους έφτιαξα και τον νομό Ηρακλείου ανά 1000 κατοίκους και όχι ανά 10000 όπως έκανα στα προηγούμενα.

Με την βοήθεια λοιπόν του διαγράμματος 12 επιχειρείται αντίστοιχη σύγκριση των προηγούμενων υγειονομικών δεικτών του νομού Ηρακλείου με αντίστοιχους δείκτες ξένων χωρών άλλων (Γερμανία, Γαλλία). Βεβαίως, η σύγκριση αυτή φαίνεται να μην είναι δόκιμη, αλλά ταυτόχρονα μπορεί να προκύψουν και κάποια χρήσιμα συμπεράσματα από αυτή την σύγκριση.



Διάγραμμα 12 Σύγκριση δεικτών Νομού Ηρακλείου-Γαλλίας-Γερμανίας

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

Ειδικότερα, φαίνεται ότι ο νομός Ηρακλείου διαθέτει μεγαλύτερο αριθμό ιατρών ανά 1000 κατοίκους από την Γερμανία και την 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 το νομό Ηρακλείου θα μπορούσε να παραλληλιστεί και με το γεγονός ότι η πλέον πολυάριθμη ιατρική ειδικότητα στην Κρήτη είναι η ειδικότητα των οδοντιάτρων όπως αναφέραμε προηγουμένως, δηλαδή ειδικότητα που άμεσα σχετίζεται με την πρωτοβάθμια και όχι την δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. Συνεπώς, ο δείκτης 8,9 ανά 1000 κατοίκους δεν σημαίνει αυτόματα και αναβαθμισμένη παροχή εξειδικευμένης ιατρικής φροντίδας στους κατοίκους του νομού Ηρακλείου. Επίσης, ο νομός Ηρακλείου διαθέτει ένα περιφερειακό πανεπιστημιακό νοσοκομείο που δίνει την δυνατότητα να εμφανίζεται αυξημένος ο δείκτης ιατροί ανά 1000 κατοίκους. Τέλος, σε σχέση με τους δείκτες νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους και κλίνες ανά 1000 κατοίκους ο νομός Ηρακλείου φαίνεται να πλησιάζει το μέσο όρο των δεικτών των 2 άλλων χωρών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

3.1 Συζήτηση-Συμπεράσματα

Συζήτηση

Από το σύνολο των ερευνών που παρουσιάστηκαν εξάγονται κάποια βασικά συμπεράσματα αναφορικά με την μελέτη των δημογραφικών στοιχείων και των προσφερόμενων μονάδων υγείας στο νομό Ηρακλείου. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την έρευνα πάνω στα δημογραφικά στοιχεία του νομού Ηρακλείου, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι ο δημογραφικός παράγοντας (πληθυσμός και κατανομή του, ηλικιακή κατανομή, μορφωτικό επίπεδο) σχετίζεται άμεσα στη διαμόρφωση προσφοράς υπηρεσιών υγείας και στην κατανομή τους στο χώρο, στο νομό Ηρακλείου. Πιο αναλυτικά, ο μισός πληθυσμός της Κρήτης βρίσκεται συγκεντρωμένος στο Νομό Ηρακλείου, και αυτό επειδή η πόλη του Ηρακλείου είναι η πιο πυκνοκατοικημένη και η πιο πλούσια περιοχή από ολόκληρο το νησί, με υπερπροσφορά τουρισμού και εκεί βρίσκονται οι περισσότερες πιο εξειδικευμένες και πιο ποιοτικές υπηρεσίες υγείας από ολόκληρο το νησί. Επίσης, το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού του νομού Ηρακλείου βρίσκεται στις ηλικίες 25-39 που αυτό είναι πολύ καλό για το νομό αφού ο δείκτης γήρανσης είναι μικρότερος. Επιπλέον, οι άντρες στην Κρήτη αλλά και στο νομό Ηρακλείου υπερτερούν από τις γυναίκες κάτι που δεν ισχύει στο μέσο όρο του πληθυσμού της Ελλάδας. Όλες οι στατιστικές αποδεικνύουν ότι οι γυναίκες είναι μακροβιότερες των ανδρών. Επίσης, παρατηρήσαμε ότι υπάρχουν ποσοστά ικανά αύξησης τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας όπως οι ηλικίες 0-14 (17,2% για το νομό και 16,8% για την υπόλοιπη Κρήτη) και από τα 65 και πάνω (15,2% και 17,3%). Αυτές είναι οι ευπαθείς ομάδες που είναι επιρρεπείς στη ζήτηση υγείας.

Γνωρίζουμε ότι οι αστικοί πληθυσμοί παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα υγείας σε σχέση με τους πληθυσμούς της υπαίθρου. Συνήθως οι αστικοί πληθυσμοί έχουν ανώτερο επίπεδο μόρφωσης, παράγοντας πολύ σημαντικός, καθώς και καλύτερη ενημέρωση σε θέματα υγείας. Επιπλέον, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κοινωνικά φαινόμενα όπως η αστυφιλία, όπου νέοι συνήθως άνθρωποι εγκαταστάθηκαν σε αστικά κέντρα, ενώ ηλικιωμένοι παρέμειναν στην

ύπαιθρο. Το γεγονός ότι το 34,7% του νομού Ηρακλείου και το 34,6% της υπόλοιπης Κρήτης είναι του δημοτικού ή αναλφάβητοι σημαίνει σύμφωνα με τους ερευνητές η φροντίδα υγείας της ομάδας αυτής του πληθυσμού θα είναι πλημμελείς και ως εκ τούτου η ανάγκη για χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας κυρίως πρωτοβάθμιων θα πρέπει να είναι υψηλή.

Σύμφωνα με την έρευνα πάνω στην προσφορά υπηρεσιών υγείας ο αριθμός των ιατρών (νοσοκομειακοί και ιδιωτικοί) στο νομό Ηρακλείου ανέρχονται στους 2595 (ποσοστό 66,9%), ενώ συνολικά σε όλη την Κρήτη ο αριθμός τους ανέρχεται στους 3879, δηλαδή μόνο 1284 ιατροί υπάρχουν συνολικά στους υπόλοιπους 3 νομούς της Κρήτης(ποσοστό 33,1%) και αυτό προκαλείται από την συγκέντρωση του μεγαλύτερου ποσοστού του πληθυσμού της Κρήτης στο νομό Ηρακλείου. Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των ιατρών καταλαμβάνουν οι οδοντίατροι και μετά ακολουθούν με την σειρά τους οι παθολόγοι και οι παιδίατροι. Το ίδιο ισχύει και για τον αριθμό των νοσηλευτών και των κλινών, αφού οι περισσότερες υγειονομικές υποδομές (δημόσιες και ιδιωτικές) βρίσκονται στη πόλη του Ηρακλείου. Το 53,3% των νοσηλευτών βρίσκεται στο νομό Ηρακλείου ενώ το 46,7% στην υπόλοιπη Κρήτη. Επιπλέον, το 50,8% των κλινών βρίσκεται στο Ηράκλειο (2 μεγάλα νοσοκομεία και 5 ιδιωτικές κλινικές), ενώ το 49,2% στην υπόλοιπη Κρήτη. Δεν είναι τυχαίο που κάτοικοι από τους υπόλοιπους νομούς της Κρήτης έρχονται στο Ηράκλειο για να υποβληθούν σε κάποια επέμβαση. Από αυτή την έρευνα προκύπτει ότι το Ηράκλειο παρέχει υψηλή ποιότητα υπηρεσιών υγείας, εξειδικευμένο προσωπικό και γρηγορότερη ανάρρωση και εξυπηρέτηση ασθενών.

Επίσης, από την έρευνα που έγινε μεταξύ του νομού Ηρακλείου και την υπόλοιπης χώρας προκύπτει ότι ο νομός Ηρακλείου διαθέτει 88,7 γιατρούς ανά 10000 κάτοικους, όπου ξεπερνά το μέσο όρο της Ελλάδας με 62,5 γιατρούς ανά 10000 κάτοικους. Αυτό είναι ένα πρόβλημα κατανομής των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, διότι τα 2 μεγάλα αστικά κέντρα, η Αθήνα και η Θεσσαλονίκη διαθέτουν τις περισσότερες υπηρεσίες υγείας αλλά και τον περισσότερο πληθυσμό. Μη συστηματοποιημένη φαίνεται να είναι η κατανομή του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και των κλινών στο νομό Ηρακλείου σε σχέση με την υπόλοιπη Ελλάδα, αφού οι δείκτες του νομού είναι εντελώς αντίθετης κατεύθυνσης από αυτούς της υπόλοιπης Ελλάδας. Ο νομός φαίνεται να έχει ιδιαίτερα υψηλούς δείκτες σε σχέση με την υπόλοιπη Ελλάδα στους ιατρούς

όπου οι διαθέσιμοι γιατροί ανά 10000 είναι διπλάσιοι από αυτούς της υπόλοιπης Ελλάδας καθώς και στις διαθέσιμες κλίνες. Με αυτά στοιχεία φάνηκε αυτό που πολλοί ερευνητές του Ελληνικού υγειονομικού συστήματος τονίζουν, ότι δηλαδή τα κύρια χαρακτηριστικά του Ελληνικού υγειονομικού συστήματος είναι ή αποσπασματικότητα και η επιλεκτικότητα.

Τέλος, για να ολοκληρώσουμε την έρευνα μας έπρεπε να κάνουμε μία αναφορά και να δούμε τι συμβαίνει στην προσφορά υγείας του νομού Ηρακλείου με ξένες χώρες. Γι αυτό επέλεξα τυχαία την Γαλλία και την Γερμανία. Τα αποτελέσματα της Γερμανίας και της Γαλλίας (10,5 και 7,7 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους και 8,2 και 8,4 γιατροί ανά 1000 κατοίκους) φυσικά μπροστά στο νομό Ηρακλείου είναι πολύ υψηλά. Το γεγονός ότι ο νομός Ηρακλείου έχει πληθωρισμό ιατρών σε σχέση με τις Ευρωπαϊκές χώρες δεν σημαίνει αυτόματα και αναβαθμισμένη παροχή εξειδικευμένης ιατρικής φροντίδας στους κατοίκους του νομού Ηρακλείου. Τέλος, σε σχέση με τους δείκτες νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους και κλίνες ανά 1000 κατοίκους ο νομός Ηρακλείου φαίνεται να πλησιάζει το μέσο όρο των δεικτών των 2 άλλων χωρών.

Συμπεράσματα

Ανακεφαλαιώνοντας, ο στόχος των υπηρεσιών υγείας ουσιαστικά είναι ένας, η άνοδος του επιπέδου υγείας και της ευημερίας των πολιτών. Η επίτευξη αυτού του στόχου είναι συνάρτηση της επίτευξης άλλων επιμέρους στόχων, οι οποίοι εξυπηρετούν το γενικό αυτό στόχο. Αυτό συμβαίνει όταν στην διανομή-κατανομή υπηρεσιών υγείας υπάρχουν οι εξής προϋποθέσεις:

- Ίση πρόσβαση υπηρεσιών υγείας
- Ίση χρησιμοποίηση υπηρεσιών
- Ίση ποιότητα φροντίδας για όλους

Σύμφωνα με την έρευνα των δημογραφικών παραγόντων συμπεραίνουμε ότι ο δημογραφικός παράγοντας (πληθυσμός και κατανομή του, ηλικιακή κατανομή, μορφωτικό επίπεδο) σχετίζεται άμεσα στη διαμόρφωση προσφοράς υπηρεσιών υγείας και στην κατανομή τους στο χώρο, στο νομό Ηρακλείου. Επίσης, η γεωγραφική κατανομή η διοικητική διαίρεση και το γεωγραφικό

ανάγλυφο του νομού Ηρακλείου έχει σχέση με την κατανομή των δομών υγείας, αφού είδαμε πως είναι κατανεμημένα τα κέντρα υγείας με τα περιφερειακά ιατρεία τους και το ανθρώπινο δυναμικό τους στους νέους δήμους(μετά το πρόγραμμα Καλλικράτη) του Νομού Ηρακλείου και σε κάθε δήμο τι υπηρεσίες υγείας διαθέτει ανάλογα τον πληθυσμό ευθύνης τους. Συμπεραίνουμε, ότι ο νομός Ηρακλείου λόγω το ότι είναι η πρωτεύουσα του νησιού είναι η πιο πυκνοκατοικημένη πόλη, ο πιο πλούσιος νομός με υπερπροσφορά του τουρισμού από τους υπόλοιπους τρεις νομούς, έχει το υψηλότερο κατά κεφαλή εισόδημα, έχει σχεδόν το μισό πληθυσμό της Κρήτης, τους περισσότερους γιατρούς της Κρήτης και τις περισσότερες υπηρεσίες υγείας (2 νοσοκομεία, 5 ιδιωτικές κλινικές, 6 κέντρα υγείας).

Σε σχέση με την Ελλάδα, ο νομός Ηρακλείου ξεπερνά το μέσο όρο της Ελλάδας στους γιατρούς, στους νοσηλευτές και στις κλίνες. Μη συστηματοποιημένη φαίνεται να είναι η κατανομή του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και των κλινών στο νομό Ηρακλείου σε σχέση με την υπόλοιπη Ελλάδα, αφού οι δείκτες του νομού είναι εντελώς αντίθετης κατεύθυνσης από αυτούς της υπόλοιπης Ελλάδας. Ο νομός φαίνεται να έχει ιδιαίτερα υψηλούς δείκτες σε σχέση με την υπόλοιπη Ελλάδα στους ιατρούς όπου οι διαθέσιμοι γιατροί ανά 10000 είναι διπλάσιοι από αυτούς της υπόλοιπης Ελλάδας καθώς και στις διαθέσιμες κλίνες. Από την έρευνα επιβεβαιώνεται αυτό που πολλοί ερευνητές του Ελληνικού υγειονομικού συστήματος τονίζουν, ότι δηλαδή τα κύρια χαρακτηριστικά του Ελληνικού υγειονομικού συστήματος είναι ή αποσπασματικότητα και η επιλεκτικότητα. Το ίδιο συμβαίνει και στην περίπτωση σύγκρισης του νομού Ηρακλείου και του νομού Ιωαννίνων

Τέλος, έγινε μία αναφορά του νομού Ηρακλείου με ξένες χώρες. Γι αυτό επέλεξα τυχαία την Γαλλία και την Γερμανία. Βεβαίως αυτή η σύγκριση φάνηκε να μην είναι δόκιμη, τα αποτελέσματα της Γερμανίας και της Γαλλίας φυσικά μπροστά στο νομό Ηρακλείου είναι πολύ υψηλά. Το γεγονός ότι ο νομός Ηρακλείου έχει πληθωρισμό ιατρών σε σχέση με τις Ευρωπαϊκές χώρες δεν σημαίνει αυτόματα και αναβαθμισμένη παροχή εξειδικευμένης ιατρικής φροντίδας στους κατοίκους του νομού Ηρακλείου. Τέλος, σε σχέση με τους δείκτες νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους και κλίνες ανά 1000 κατοίκους ο νομός Ηρακλείου φαίνεται να πλησιάζει το μέσο όρο των δεικτών των 2 άλλων χωρών.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

- Αλεξάκη Ε., Πολυχρόνη Μ., «Η ΦΥΣΙΟΓΝΩΜΙΑ ΤΗΣ ΠΟΛΗΣ ΤΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ», Διπλωματική Εργασία, Τμήμα Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, 2004.
- Βαζούρας Χ., Κογγυλάκης Γ. Πραστάκος Π. «ΧΑΡΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ: ΕΝΑ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΧΑΡΑΞΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ», Ίδρυμα Τεχνολογίας και Έρευνας, Ινστιτούτο Υπολογιστικών Μαθηματικών, Τομέας Περιφερειακής Ανάλυσης, Ηράκλειο Κρήτης.
- Βαρδαρός Σ. «Όψεις (Αν)ισότητας και Διάκρισης στο Εθνικό Σύστημα υγείας (Ε.Σ.Υ.): Δομική ατέλεια του συστήματος ή απόρροια ατομικών συμπεριφορών;», Διπλωματική Εργασία, τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, 2008.
- Βελονάκη Β. (2006). Ιστορική εξέλιξη υγειονομικού συστήματος και Νοσηλευτική στην Ελλάδα. Νοσηλευτική 45(4):491-499.
- Ελευθερούδης Κ. «ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΟΙ ΝΟΜΟΙ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΙ ΤΑ ΔΗΜΟΤΙΚΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ», Πτυχιακή Εργασία, Αθήνα, 2008.
- Λιαρόπουλος Λ. (2007). Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων υγείας, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ, Αθήνα.
- Μακαρώνης Ν., Μπικικίνα Α., Παπαγεωργίου Ρ., Σωτηρίου Α. «Ανισότητες στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας», Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Κομοτηνή, 2010.
- Μάτσης Σ. «Ιατροφαρμακευτική Περίθαλψη στην Κύπρο και το Γενικό Σχέδιο Υγείας», Μελέτη, Λευκωσία, 2008.
- Πισιμίσης Θ. (1995). Οικονομική της Υγείας, Καλαμάτα.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

- Υγειονομικός Χάρτης, www.ygeianet.gov.gr, ημερομηνία ανάκτησης 15/04/2012
- ΔΥΠΕ Κρήτης, Υγειονομικός Χάρτης Κρήτης, <http://www.hc-crete.gr/>, ημερομηνία ανάκτησης 05/12/2011
- Υπουργείο Εσωτερικών, Αποκεντρωμένη Διοίκηση-Αυτοδιοίκηση, Πρόγραμμα Καλλικράτης, Χάρτες αυτοδιοίκησης, δήμοι, <http://www.okxe.gr/kallikra/Default.aspx>, ημερομηνία ανάκτησης 10/05/2012
- Δημοτικά Διαμερίσματα του Δήμου Ηρακλείου, http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%97%CF%81%CE%AC%CE%BA%CE%BB%CE%B5%CE%B9%CE%BF_%CE%9A%CF%81%CE%AE%CF%84%CE%B7%CF%82, ημερομηνία ανάκτησης, 05/05/2012
- <http://platon.cc.uoa.gr/~reconweb/new2/index.php/2011-02-23-13-08-38/2011-02-23-13-13-08?showall=1>, ημερομηνία ανάκτησης 03/04/2012
- http://www.eklogika.gr/uploads/files/KallikratisMaps/Perifereia_Kritis.pdf
- ΕΛ.ΣΤΑΤ. , Στατιστικά Θέματα, Δημόσια Υγεία, Ιατροί και Οδοντίατροι, http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-themes?p_param=A2103&r_param=SHE09&y_param=2010_00&mytabs=0, ημερομηνία ανάκτησης 12/03/2012
- ΕΛ.ΣΤΑΤ. , Στατιστικά Θέματα, Δημόσια Υγεία, Κέντρα Υγείας και Θεραπευτήρια, http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-themes?p_param=A2103&r_param=SHE06&y_param=2009_00&mytabs=0, ημερομηνία ανάκτησης 12/03/2012
- Υγειονομικός Χάρτης, Νοσηλευτικό Προσωπικό, <http://live3.ygeianet.gov.gr/healthstatsapps/healthstats/main.aspx>, ημερομηνία ανάκτησης 13/03/2012
- OECD statistics, Indicators Health, Workforce, <http://www.oecd-ilibrary.org/statistics>, ημερομηνία ανάκτησης 13/03/2012