



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

Κωνσταντίνος Μούτσιος

Οι εκροές ανθρώπινου δυναμικού, η απορρόφηση τους και η
ενσωμάτωση τους από το Εκπαιδευτικό Σύστημα προς το Σύστημα
Υγείας της Ελλάδας

Διπλωματική Εργασία για την Απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος
Ειδίκευσης

Πειραιάς 2013



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ

Κωνσταντίνος Μούτσιος

Οι εκροές ανθρώπινου δυναμικού, η απορρόφηση τους και η
ενσωμάτωση τους από το Εκπαιδευτικό Σύστημα προς το Σύστημα
Υγείας της Ελλάδας

Επιβλέπων καθηγητής:
Σακελλαρόπουλος Θεόδωρος

Διπλωματική Εργασία για την Απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος
Ειδίκευσης

Πειραιάς 2013



**UNIVERSITY
OF PIRAEUS**

MASTER IN HEALTH MANAGEMENT



**TEI
OF PIRAEUS**

Konstantinos Moutsios

The outflow of human resources, the absorption and incorporation from
the educational system to the Health System in Greece

Graduate thesis Submitted for the Degree
“Master of Science in Health Management”

Supervisor Professor: Sakellaropoulos Theodoros

Piraeus, 2013

Ευχαριστίες

Η παρούσα εργασία αποτελεί το κλείσιμο ενός μεγάλου κύκλου εκπαίδευσης που έπαιξε μεγάλο ρόλο στη διαμόρφωση μου. Οι άνθρωποι που με συντροφεύουν σε συνδυασμό με τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος δημιούργησαν λίγο έως πολύ τον τρόπο της σκέψης και αυτόν της γραφής μου. Είναι καίρια η συμβολή όλων τους στην διπλωματική εργασία αυτή.

Θέλω λοιπόν να ευχαριστήσω την οικογένεια μου, τους φίλους μου και τους δασκάλους μου για την εργασία αυτή αλλά και για ό,τι ζω και αντιλαμβάνομαι. Για την πολύτιμη βοήθεια τους στη συγκεκριμένη εργασία θα ήθελα να ευχαριστήσω τους Διονύση Κομμάτα, Βασίλη Σιδέρη, Στεφανία Δελμηήτσου και Μυρτώ Μουστάκα.

Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Θεόδωρο Σακελλαρόπουλο χωρίς τις πολύτιμες συμβουλές του οποίου αυτή η εργασία πιθανόν να έμενε για πάντα ημιτελής.

Με χαρά για τη μοιρασιά της σκέψης και την προσπάθεια για ένα πιο όμορφο και αξιομνημόνευτο πέρασμα από εδώ.

Περίληψη

Η παρούσα μελέτη στοχεύει μέσα από βιβλιογραφική έρευνα να συγκεντρώσει τα στοιχεία εκείνα που θα δώσουν στον αναγνώστη της μια αδρή αλλά ολοκληρωμένη πρώτη εικόνα για τις εκροές ανθρώπινου δυναμικού από το σύστημα εκπαίδευσης προς το σύστημα υγείας της Ελλάδας καθώς και για την απορρόφηση τους από αυτό. Στοχεύει λοιπόν να δώσει σε έναν ερευνητή τις βάσεις για την ενασχόληση του με το ανθρώπινο δυναμικό της υγείας στην Ελλάδα και τις βιβλιογραφικές αναφορές για την συνέχιση και περαιτέρω εξειδίκευση της έρευνας του.

Το πρώτο κεφάλαιο αποτελείται από δύο μέρη. Στο πρώτο από αυτά γίνεται μια σύντομη αναφορά στο εκπαιδευτικό σύστημα, τη δομή του και το σύνολο των προσφερόμενων υπηρεσιών του, στον τρόπο λειτουργίας του αλλά και στη διάρθρωση του. Ενώ στο δεύτερο παρουσιάζονται οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα της υγείας στην Ελλάδα σε επίπεδο πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης. Αναφέρονται οι οργανισμοί που παρέχουν αυτές τις υπηρεσίες καθώς και οι τρόποι για να λάβει ο πολίτης τις υπηρεσίες αυτές.

Στο δεύτερο κεφάλαιο η μελέτη ασχολείται με την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Παρατίθενται αναλυτικά στοιχεία για τη Σχολή Επιστημών Υγείας και την Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας & Πρόνοιας. Γίνεται παρουσίαση των στοιχείων που αφορούν τον αριθμό φοιτητών και πτυχιούχων για τις σχολές Ιατρικής, Φαρμακευτικής, Οδοντιατρικής, Νοσηλευτικής και τα τμήματα Νοσηλευτικής, Μαιευτικής, Φυσικοθεραπείας, Διοίκησης Μονάδων Υγείας & Πρόνοιας. Αναλύονται οι ροές των σπουδαστών από αυτές τις σχολές διαχρονικά και γίνεται προσπάθεια για πρόβλεψη των μελλοντικών ροών. Παρουσιάζονται επίσης οι σπουδές που προσφέρονται από τον ιδιωτικό τομέα μέσω ΙΕΚ και ΚΕΣ αλλά και από δημόσια ΙΕΚ.

Το τρίτο κεφάλαιο μας εισάγει στην εργασιακή πραγματικότητα των επαγγελματιών υγείας της χώρας. Αρχικά αναφέρονται κάποια γενικά στοιχεία για τα οικονομικά της υγείας στην Ελλάδα σε σύγκριση με τους μέσους όρους των χωρών του ΟΟΣΑ και αναλύεται η τεράστια σημασία του ανθρώπινου δυναμικού στη λειτουργία των συστημάτων υγείας αλλά και τα προβλήματα και οι δυσλειτουργίες

που παρατηρούνται. Οι άνθρωποι που εργάζονται στο χώρο της υγείας είναι που δημιουργούν ένα αποτελεσματικό ή όχι σύστημα και αποτελούν το πιο δαπανηρό αλλά και το πιο σημαντικό του κομμάτι. Στη συνέχεια η μελέτη προχωρά σε αριθμητικά δεδομένα για το πλήθος ιατρών, οδοντιάτρων, νοσηλευτικού προσωπικού, φαρμακοποιών και φυσικοθεραπευτών καθώς και το γενικό σύνολο των εργαζομένων στην υγεία και την κοινωνική ασφάλιση και τα συγκρίνει με τα αντίστοιχα δεδομένα για τις χώρες του ΟΟΣΑ. Δίνεται μια λεπτομερής περιγραφή των συνθηκών της εργασιακής τους πραγματικότητας και παρατίθενται οι προβλέψεις για την εξέλιξη των επαγγελμάτων αυτών.

Στο τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο της μελέτης προσπαθούμε να δώσουμε μια εικόνα των αμοιβών των επαγγελματιών της υγείας στο Ευρωπαϊκό περιβάλλον. Εστιάζοντας κυρίως στους ιατρούς (γενικούς-παθολόγους και ειδικούς, μισθωτούς και ελεύθερους επαγγελματίες) και στο νοσηλευτικό προσωπικό, παραθέτουμε αναλυτικά στοιχεία για τα εισοδήματα τους στο χρονικό διάστημα από το 2006 έως το 2011 και τα συγκρίνουμε με το μέσο εισόδημα κάθε χώρας αλλά και μεταξύ τους. Το κεφάλαιο κλείνει με ειδική αναφορά στην σημερινή ελληνική πραγματικότητα των αμοιβών στο χώρο της υγείας.

Ακολουθούν στο κλείσιμο της εργασίας τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την μελέτη της βιβλιογραφίας, στα οποία έχουν ενσωματωθεί και κάποιες προτάσεις του γράφοντος.

Λέξεις κλειδιά: Σύστημα παιδείας, Σύστημα υγείας (ΕΣΥ), φοιτητές, απόφοιτοι, επαγγελματίες υγείας, ιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί, αριθμός, αμοιβή

The outflow of human resources, the absorption and incorporation from the educational system to the Health System in Greece

Konstantinos Moutsios

Graduate thesis Submitted for the Degree “Master of Science in Health Management”

University of Piraeus-TEI of Piraeus, Greece

Supervisor: Prof. Sakellaropoulos Th.

ABSTRACT:

The present thesis aims, through literature search, at collecting the data that will give the reader a rough but integrated view for the flow of human capital from the Educational System to the health system of Greece, as well as their absorption from it. It, also, intends to give a researcher the base for their practice with the human capital of health in Greece and the literature references for the continuation and further specialization of their study.

The first chapter consists of two parts. The first part includes a brief reference to the Educational System, its structure and the total of its services, the way it operates and its infrastructure. The second part presents the health services provided by the state or private health sector in Greece on the level of primary, secondary and tertiary care. The organizations providing these services and the ways citizens can receive them are also mentioned.

In the second chapter the thesis deals in the education of the health care professionals. Detailed data for the faculty of Health Sciences and the faculty of Health & Social Welfare are also provided. The data related to the number of students and graduates from the faculties of Medicine, Pharmaceutics, Dentistry, Nursing and the Departments of Obstetrics, Nursing, Physiotherapy, Management of Health Units and Social Welfare are presented. The flows of students from them are analyzed and there is an attempt to foresee forthcoming flows. The studies available from the private sector through IEK & KES and the public IEK are presented as well.

The third chapter is an introduction to the working reality of health care professionals in our country. Initially, there are some general data about the financial situation of the health care system in Greece in comparison to the average of the OECD countries. In addition, the great importance of the human resources in the operation of the Health Care Systems and the related problems and malfunctions are also analyzed. People who work at the sector of health care services, are those who create an effective or ineffective system and they are its most expensive and significant part. The study continues with the numerical data related to the number of doctors, dentists, nursing staff, pharmacists and physiotherapists and, generally, all the people working in the healthcare services and the social security and it compares them to the data of the OECD countries. Moreover, there is a detailed description of the real working conditions and projections for the development of these professions.

In the fourth chapter there is an attempt to present the remunerations of the health care professionals in the European environment. We present detailed data about the income of doctors (general and specialist pathologists, employees and freelance) and nursing staff from 2006 to 2011. These data are compared to the average income of each country and among them. In the end, there is a special reference to the remunerations in the Greek health care sector nowadays.

Finally, the conclusions of the literature search are presented, including also some proposals of the author.

Keywords: educational system, national health care system, students, graduates, healthcare professionals, doctors, nursing staff, dentists, pharmacists, number, remuneration.

Πίνακας περιεχομένων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	1
1.1. ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	1
1.2. ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	10
2.ΣΧΟΛΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	10
2.1 Σχολή Επιστημών Υγείας.....	10
2.1.1.ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	12
2.1.2.ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ	14
2.1.3.ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ.....	15
2.1.4. ΤΜΗΜΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ.....	16
2.2. Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας	17
2.2.1.ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ.....	18
2.2.2 ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ.....	19
2.2.3 ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	20
2.2.4 ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	21
2.3. ΙΔΙΩΤΙΚΑ & ΔΗΜΟΣΙΑ ΙΕΚ & ΚΕΣ	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	24
3.Το Ανθρώπινο Δυναμικό της Υγείας	24
Γενικά Στοιχεία	24
3.1.Το Ανθρώπινο Δυναμικό της Υγείας	25
3.1.1. Ιατροί.....	28
3.1.2. Οδοντίατροι.....	34
3.1.3. Νοσηλευτικό Προσωπικό.....	35
3.1.4. Φαρμακοποιοί.....	37
3.1.5 Φυσικοθεραπευτές.....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	40
4. Οι Αμοιβές των επαγγελματιών υγείας στην Ευρώπη	40
4.1. Συλλογή στοιχείων-μορφές απασχόλησης	40

4.2. Αποδοχές-μέθοδοι αποζημίωσης.....	41
4.3. ΓΕΝΙΚΟΙ ΙΑΤΡΟΙ.....	44
4.4. ΕΙΔΙΚΟΙ ΙΑΤΡΟΙ.....	48
4.5. Νοσηλευτικό Προσωπικό.....	52
Η οικονομική κατάσταση του χώρου στην Ελλάδα.....	56
Συμπεράσματα μελέτης.....	58
Εκπαίδευση.....	58
Εκπαιδευτικό σύστημα.....	58
Σχολές εκπαίδευσης επαγγελματιών υγείας.....	58
Πανεπιστημιακές σχολές.....	59
Σχολές των ΤΕΙ.....	60
Υγεία.....	62
Σύστημα & υπηρεσίες υγείας.....	62
Δημόσιος τομέας.....	62
Ιδιωτικός τομέας.....	63
Οικονομικός τομέας.....	63
Ανθρώπινο δυναμικό.....	64
Τα προβλήματα.....	64
Ιατροί.....	65
Οδοντίατροι.....	67
Νοσηλευτικό προσωπικό.....	68
Φαρμακοποιοί.....	69
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	70
Ελληνική:.....	70
Ξενόγλωσση:.....	71
Ηλεκτρονική-Ιστοσελίδες.....	72

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα	Τίτλος	Σελίδα
1	Σχολή Επιστημών Υγείας φοιτητές-πτυχιούχοι 1974-2010	11
2	Τμήμα Ιατρικής φοιτητές-πτυχιούχοι 1974-2010	12
3	Τμήμα Φαρμακευτικής φοιτητές-πτυχιούχοι 1974-2010	14
4	Τμήμα Νοσηλευτικής φοιτητές-πτυχιούχοι 1982-2010	15
5	Τμήμα Οδοντιατρικής φοιτητές-πτυχιούχοι 1974-2010	16
6	Τμήμα Νοσηλευτικής (ΤΕΙ) φοιτητές-πτυχιούχοι 1974-2010	18
7	Τμήμα Μαιευτικής φοιτητές-πτυχιούχοι 1974-2010	20
8	Τμήμα Φυσικοθεραπείας φοιτητές-πτυχιούχοι 1974-2010	21
9	Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας & Πρόνοιας φοιτητές-πτυχιούχοι 1974-2010	22

10	Νοσοκομειακοί Ιατροί ανά 1000 κλίνες, σταθμισμένες ως προς την πληρότητα	32
11	Προβολή της ηλικιακής σύνθεσης των Ελλήνων ιατρών, 2001-2021	33
12	Αριθμός Οδοντιάτρων ανά 10.000 κατοίκους	34
13	Νοσοκομειακοί νοσηλευτές και Μαίες ανά 1000 κλίνες σταθμισμένες ως προς την πληρότητα σε Ευρωπαϊκές χώρες, 2008	36

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας	Τίτλος	Σελίδα
1	Αριθμός ιατρών κατά ειδικότητα & αριθμός οδοντιάτρων στην Ελλάδα το 2010	28
2	Κατανομή Ιατρών & Οδοντιάτρων ανά Γεωγραφική Περιφέρεια	30
3	Θεραπευτήρια, κλίνες & νοσηλευτικό προσωπικό, κατά ειδικότητα θεραπευτηρίων 2009	35

4	Φαρμακεία και φαρμακαποθήκες στην Ελλάδα 2006-2009	38
5	Αριθμός φαρμακείων ανά γεωγραφική περιφέρεια	38
6	Φυσικοθεραπευτές ανά γεωγραφική περιφέρεια 2008-2010	39
7	Αμοιβές Γενικών Ιατρών Ετήσιο εισόδημα σε χιλιάδες ευρώ 2006-2011	45
8	Αμοιβές Γενικών Ιατρών Μέσος όρος ετήσιου εισοδήματος σε χιλιάδες ευρώ 2006-2011	46
9	Αμοιβές Γενικών Ιατρών Ετήσιος μισθός γενικών ιατρών ανά μέσο ετήσιο μισθό σε χιλιάδες ευρώ 2006-2011	47
10	Αμοιβές Ειδικών Ιατρών Ετήσιο εισόδημα σε χιλιάδες ευρώ 2006-2011	49
11	Αμοιβές Ειδικών Ιατρών Μέσος όρος ετήσιου εισοδήματος σε χιλιάδες ευρώ 2006-2011	50
12	Αμοιβές Ειδικών Ιατρών Ετήσιος μισθός γενικών ιατρών ανά μέσο ετήσιο μισθό σε χιλιάδες ευρώ 2006-2011	51
13	Αμοιβές Νοσηλευτικού Προσωπικού Ετήσιο εισόδημα σε χιλιάδες ευρώ 2006-2011	53

14	Αμοιβές Νοσηλευτικού Προσωπικού Μέσος όρος ετήσιου εισοδήματος σε χιλιάδες ευρώ 2006-2011	54
15	Αμοιβές Νοσηλευτικού Προσωπικού Ετήσιος μισθός γενικών ιατρών ανά μέσο ετήσιο μισθό σε χιλιάδες ευρώ 2006-2011	55
16	Αμοιβές ιατρών ΕΣΥ 2010 & 2012	56

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Πρόλογος

Η διπλωματική αυτή εργασία αποτελεί μια μελέτη της διεθνούς και εγχώριας βιβλιογραφίας σχετικά με το ανθρώπινο δυναμικό που απασχολείται στον χώρο της Υγείας. Οι εκροές ανθρωπίνου δυναμικού από το ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα προς αυτό της Υγείας, η απορρόφηση τους και το ισοζύγιο προσφοράς και ζήτησης επαγγελματιών Υγείας είναι το κύριο αντικείμενο της παρούσας μελέτης.

Η Υγεία είναι ένα από τα σημαντικότερα, αν όχι το σημαντικότερο αγαθό για την ανθρώπινη ύπαρξη και τα σύγχρονα κράτη στην πλειοψηφία τους παρεμβαίνουν ενεργά στην διαμόρφωση της πολιτικής υγείας που εφαρμόζεται εντός των ορίων τους. Το επίπεδο της Υγείας ενός πληθυσμού είναι ένας δείκτης που μπορεί να μας πληροφορήσει για τις πραγματικές συνθήκες ζωής σε μια χώρα και να δώσει την τελική πληροφορία για το επίπεδο στο οποίο βρίσκεται η οικονομική και η κοινωνική ανάπτυξη ενός λαού. Ένα αναπτυσσόμενο κράτος που θέλει να έχει κοινωνικό χαρακτήρα οφείλει να λάβει πολύ σοβαρά υπ' όψιν την πληροφορία αυτή στην χάραξη της πολιτικής του.

Οι προκλήσεις τις οποίες καλείται να αντιμετωπίσει κάθε πολιτική σχεδιασμού και διαχείρισης των ανθρωπίνων πόρων στην υγεία, ως επί το πλείστον αφορούν την επαρκή στελέχωση του συστήματος τόσο σε αριθμό επαγγελματιών υγείας όσο και στην επαρκή επιστημονική και εργασιακή τους κατάρτιση, στην επίτευξη του άριστου μείγματος επαγγελματιών διαφορετικών ειδικοτήτων και την κατανομή τους ανά την περιφέρεια βάσει των αναγκών και της ζήτησης. Επιπλέον, οι συνθήκες εργασίας όπως η αποζημίωση τα κίνητρα και η ασφάλεια στο εργασιακό περιβάλλον αποτελούν διαρκείς προκλήσεις και ζητούμενο στην ορθή στελέχωση και λειτουργία του συστήματος.

Συμπεραίνουμε λοιπόν, πως ο σκοπός του σχεδιασμού για το ανθρώπινο δυναμικό στην υγεία είναι η επίτευξη και η διατήρηση του κατάλληλου αριθμού επαγγελματιών υγείας με τις κατάλληλες ικανότητες στο σωστό μέρος και τη σωστή στιγμή. Το προσωπικό θα πρέπει να διαθέτει τη σωστή συμπεριφορά και τα κατάλληλα κίνητρα, να δεσμεύει μια ορθολογική ποσότητα πόρων και να ασχολείται με το σωστό αντικείμενο βάσει αναγκών και ειδίκευσης. το ελληνικό σύστημα υγείας εμφανίζει αδυναμίες ως προς αυτόν τον τομέα γεγονός το οποίο οδηγεί σε δυσχέρειες στην

πρόσβαση και συνεπώς εντείνει φαινόμενα ανισότητας και αποκλίσεων μεταξύ των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας.

Η πορεία ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα είναι στενά συνδεδεμένη με τις πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις που επικράτησαν στην χώρα μας ιδιαίτερα μετά την ανεξαρτησία της. Γεγονότα που σημάδεψαν τον τόπο όπως η Μικρασιατική καταστροφή, οι παγκόσμιοι πόλεμοι, ο εμφύλιος, οι δικτατορίες και άλλοι παράγοντες καθόρισαν την πορεία ανάπτυξης του κοινωνικού κράτους και των υπηρεσιών υγείας. Οι καταστάσεις αυτές καθυστέρησαν την ανάπτυξη του ελληνικού κράτους και του τομέα της Υγείας του.

Το μεγαλύτερο μέρος των υπηρεσιών Υγείας παρέχεται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) που σύμφωνα με την διακήρυξη της ίδρυσης του το 1983: «Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υγείας στο σύνολο των πολιτών και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση». Οι πηγές χρηματοδότησης του Ελληνικού Συστήματος Υγείας είναι ο Κρατικός Προϋπολογισμός, η Κοινωνική ασφάλιση και οι ιδιωτικές πληρωμές. Βεβαίως, σεβαστό μέρος υπηρεσιών παρέχεται και από τον ιδιωτικό τομέα που ανταγωνίζεται εντόνως το ΕΣΥ παρέχοντας μια πλήρη γκάμα υπηρεσιών στηριζόμενος στις ιδιωτικές πληρωμές αλλά και σε συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία και τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.

Η ζήτηση για υπηρεσίες Υγείας και συνεπώς για ανθρώπινο δυναμικό που θα τις παρέχει διαμορφώνεται κατά κύριο λόγο από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και το επιδημιολογικό προφίλ του πληθυσμού. Ρόλο στη διαμόρφωση της παίζουν επίσης, η διαθέσιμη τεχνολογία, οι προτιμήσεις των καταναλωτών και η χρηματοδότηση του συστήματος Υγείας. Επιπλέον, οι μεταρρυθμίσεις που λαμβάνουν χώρα στον τομέα της Υγείας, η παγκοσμιοποιημένη αγορά εργασίας και οι αυξημένες μετακινήσεις εντός και εκτός συνόρων για εργασιακούς λόγους συμβάλλουν στη διαμόρφωση της.

Η παροχή Υπηρεσιών υγείας από τους ιατρούς, τα νοσοκομεία, τις κλινικές, τους νοσηλευτές κλπ, η προσφορά δηλαδή υπηρεσιών Υγείας από τους προμηθευτές της επηρεάζεται πρωτίστως από την ποιότητα, την ποσότητα και την επάρκεια των ανθρώπινων πόρων καθώς και την κατανομή τους εντός του συστήματος. Δευτερευόντως επηρεάζεται από την διαθεσιμότητα των υλικών πόρων, το

επιδημιολογικό πρότυπο και την γενικότερη κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη της κάθε χώρας.

Το σύγχρονο οικονομικό και κοινωνικό περιβάλλον της Ελλάδας που έχει βαθύτατα επηρεαστεί από την παγκόσμια χρηματοοικονομική και κοινωνική-αξιών κρίση αφήνει έντονο το αποτύπωμα του στην εγχώρια ζήτηση και προσφορά υπηρεσιών Υγείας. Στην παρούσα οικονομική και πολιτική συγκυρία το ελληνικό κράτος έχει ανάγκη εξορθολογισμού στα οικονομικά του, στον τρόπο οργάνωσης καθώς και στον τρόπο λειτουργίας του. Ο υγειονομικός τομέας απορροφώντας το 2009 το 9,7% του ΑΕΠ (ΟΟΣΑ Health Data 2011), δαπάνη εκ της οποίας το 62% καλυπτόταν από δημόσιους πόρους, αποτέλεσε το επίκεντρο δράσεων εξορθολογισμού και αναδιάρθρωσης.

Στις χώρες του ΟΟΣΑ, η υγεία απασχολεί περίπου το 5% του εργατικού δυναμικού. Το ανθρώπινο δυναμικό της, απορροφά το 60% των δαπανών και είναι ο κύριος παράγοντας που επηρεάζει τη λειτουργία των υπηρεσιών και κατ' επέκταση τη στάθμη του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Στην Ελλάδα υπάρχει πληθώρα ιατρών, οδοντιάτρων και φαρμακοποιών ενώ ο υπόλοιπος τομέας υγείας είναι μάλλον υποστελεχωμένος. Το σύνολο των εργαζομένων στην υγεία και την κοινωνική ασφάλιση (για το 2007, τελευταία διαθέσιμα στοιχεία) ήταν 240.854, ή 21,52 άτομα ανά 1000 κατοίκους και το 5,33% του συνόλου του εργατικού δυναμικού της χώρας (ΟΟΣΑ Health Data 2011).

Στην παραγωγή οι αποκλίσεις μεταξύ των ακαδημαϊκών στόχων αλλά και των απαιτήσεων των υπηρεσιών, των χρηστών και της γενικότερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, είναι σημαντικές. Το μοντέλο είναι ιατροκεντρικό, με έμφαση στην επεμβατική Ιατρική. Η πρόληψη, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) και η αποκατάσταση έρχονται σε δεύτερη μοίρα. Τα πανεπιστήμια περιορίζουν τις θέσεις τους, ενώ οι ακαδημαϊκοί δάσκαλοι αντιμετωπίζουν προβλήματα επάρκειας και σύγχρονης εκπαίδευσης.

Σε αντίθεση με την ιατρική πληθώρα, η Ελλάδα αντιμετωπίζει σημαντικό πρόβλημα στη στελέχωση των νοσοκομείων με νοσηλευτικό προσωπικό. Παρότι ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού έχει σχεδόν διπλασιαστεί από τη δεκαετία του '80, τα κενά στα δημόσια ελληνικά νοσοκομεία και κέντρα υγείας παραμένουν σημαντικά, τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η εκπαίδευση στην Ελλάδα είναι υποχρεωτική για όλα τα παιδιά ηλικίας 6-15 ετών και περιλαμβάνει την Πρωτοβάθμια (Δημοτικό) και την κατώτερη Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Γυμνάσιο). Η σχολική ζωή των μαθητών, όμως, μπορεί να ξεκινά από την ηλικία των 2,5 ετών (προσχολική εκπαίδευση) σε ιδρύματα (ιδιωτικά και δημόσια) που ονομάζονται Βρεφονηπιακοί Παιδικοί Σταθμοί.

Η διάρκεια φοίτησης στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση (Δημοτικό) είναι εξαετής, με ηλικία εισόδου το 6ο έτος. Η Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση παρέχεται σε δύο κύκλους: την υποχρεωτική (κατώτερη) Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση και τη μετά-υποχρεωτική (ανώτερη) Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση. Η Υποχρεωτική Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση παρέχεται στο Γυμνάσιο. Η φοίτηση στο Γυμνάσιο διαρκεί τρία χρόνια και απευθύνεται σε μαθητές ηλικίας 12-15 ετών.

Η μετά-υποχρεωτική Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση περιλαμβάνει δύο κύριους τύπους σχολείων: τα Ενιαία Λύκεια και τα Τεχνικά Επαγγελματικά Εκπαιδευτήρια (ΤΕΕ). Η διάρκεια φοίτησης είναι τριετής στα Ενιαία Λύκεια και διετής (α΄ κύκλος σπουδών) ή τριετής (β΄ κύκλος σπουδών) στα Τεχνικά Επαγγελματικά Εκπαιδευτήρια, ενώ δεν αποκλείονται αμοιβαίες μετακινήσεις από τον ένα τύπο σχολείου στον άλλο.

Παράλληλα με τα κοινά σχολεία της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης λειτουργούν και Ειδικά Νηπιαγωγεία, Δημοτικά, Γυμνάσια, Λύκεια και λυκειακές τάξεις, που απευθύνονται σε μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Επίσης λειτουργούν και Μουσικά, Εκκλησιαστικά και Αθλητικά Γυμνάσια και Λύκεια, τα οποία ωστόσο αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα χρηματοδότησης τα τελευταία χρόνια με συνέπεια να δυσκολεύονται να παραμείνουν ανοιχτά και να διεκπεραιώνουν το έργο τους.

Στη μετά-υποχρεωτική Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση εντάσσονται και τα Ινστιτούτα Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΙΕΚ), τα οποία προσφέρουν επίσημη αλλά

αδιαβάθμητη εκπαίδευση. Τα Ιδρύματα αυτά χαρακτηρίζονται αδιαβάθμητα, γιατί δέχονται τόσο αποφοίτους Γυμνασίου όσο και αποφοίτους Λυκείου, ανάλογα με τις επιμέρους ειδικότητες που προσφέρουν.

Στην Ανώτερη Εκπαίδευση (Τριτοβάθμια) υπάγονται διάφορες σχολές που παρέχουν επαγγελματική ειδίκευση σε συγκεκριμένους τομείς που αφορούν στη θρησκεία, στην τέχνη, στον τουρισμό, στο ναυτικό, στο στρατό και στη δημόσια τάξη.

Η δημόσια πανεπιστημιακή εκπαίδευση (Τριτοβάθμια) χωρίζεται σε ΑΕΙ και ΤΕΙ. Η εισαγωγή των φοιτητών σε αυτά τα ιδρύματα εξαρτάται από την επίδοσή τους σε εξετάσεις εθνικού επιπέδου που λαμβάνουν χώρα στη Γ' τάξη του Λυκείου. Επιπρόσθετα, στο ΕΑΠ (Εθνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο) οι φοιτητές γίνονται δεκτοί από την ηλικία των 22 ετών μετά από κλήρωση.

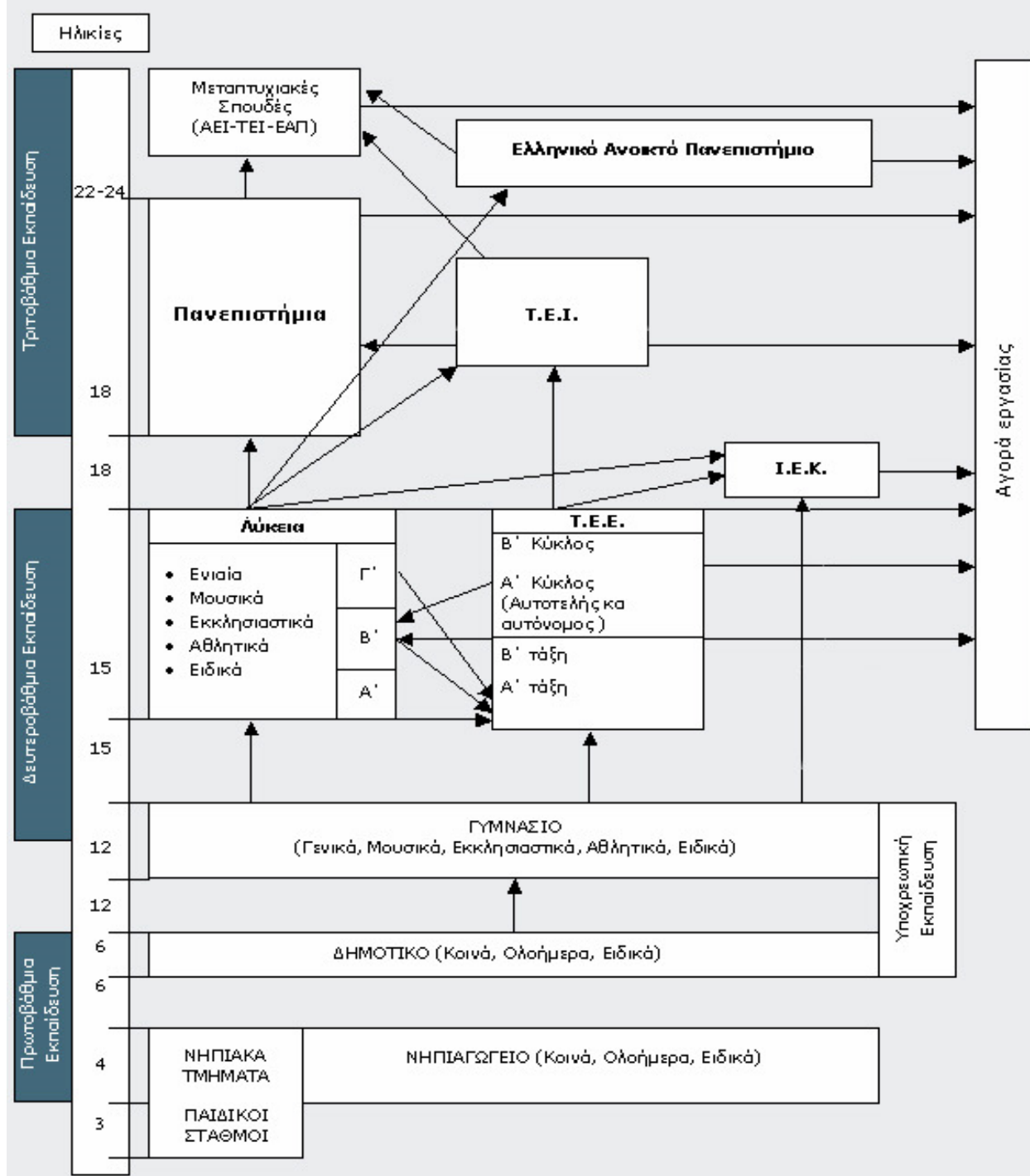
Υπάρχει ακόμα και η Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Κατάρτιση, που περιλαμβάνει το σύνολο των δραστηριοτήτων επαγγελματικής κατάρτισης και επιμόρφωσης που υλοποιούνται εκτός του θεσμοθετημένου συστήματος Αρχικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης. Η Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Κατάρτιση αποβλέπει στη συντήρηση, ανανέωση, αναβάθμιση και εκσυγχρονισμό των επαγγελματικών γνώσεων και δεξιοτήτων των εργαζομένων και των ανέργων που χρειάζονται ειδίκευση, ώστε να ανελιχθούν επαγγελματικά ή να αναζητήσουν εργασία αντίστοιχα. Στην Ελλάδα οι φορείς του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα που υλοποιούν προγράμματα Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης είναι τα Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΚΕΚ), τα οποία πιστοποιούνται από το Εθνικό Κέντρο Πιστοποίησης Δομών Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης και Συνοδευτικών Υποστηρικτικών Υπηρεσιών (ΕΚΕΠΙΣ).

Το διάγραμμα που ακολουθεί παρουσιάζει συνοπτικά τη δομή του ελληνικού εκπαιδευτικού συστήματος, όπως αυτό συγκροτείται από ιδρύματα της επίσημης τυπικής, διαβαθμισμένης ή αδιαβάθμητης εκπαίδευσης. Επισημαίνεται ότι το διάγραμμα δίνει τη γενική εικόνα του εκπαιδευτικού συστήματος σε όσες εκφάνσεις του εποπτεύονται κυρίως από το ΥΠΕΠΘ, που είναι και οι μεγαλύτερες σε έκταση. Όμως, μια ευρύτερη ανάλυση δείχνει ότι το σύνολο των εκπαιδευτικών υπηρεσιών που προσφέρονται στην Ελλάδα αποτελεί ένα πλέγμα πολύ πιο πολύπλοκο,

πολυεπίπεδο και διαφοροποιημένο. Πολλές άλλες εκπαιδευτικές υπηρεσίες, διαβαθμισμένες ή αδιαβάθμητες, προσφέρονται μέσα στο επίσημο εκπαιδευτικό σύστημα και σε συνεργασία με αυτό ή και εντελώς ανεξάρτητες από όσες εντάσσονται στον βασικό πυρήνα του.

Η επίσημη τυπική εκπαίδευση χαρακτηρίζεται από καθορισμένη διάρκεια σπουδών, επαναληψιμότητα, και απονομή επίσημου τίτλου σπουδών στο τέλος τους, ο οποίος αποτελεί και την κρατική νομιμοποίησή της. Η διαβάθμιση των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων συνεπάγεται την υποχρέωση κατοχής του αποδεικτικού τίτλου (απολυτηρίου, πτυχίου κλπ.) του προηγούμενου επιπέδου σπουδών για τη συνέχιση στο επόμενο.

ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ



Πηγή: Υπουργείο Παιδείας Δια Βίου Μάθησης & Θρησκευμάτων

1.2. ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στην Ελλάδα μπορούν να διακριθούν στις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (ανοιχτής) και αυτές της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης (κλειστής ή νοσοκομειακής). Τις υπηρεσίες αυτές παρέχουν διαφόρων ειδών μονάδες υγείας του δημοσίου αλλά και του ιδιωτικού τομέα. Στην εγχώρια παροχή των υπηρεσιών υγείας μπορούμε να παρατηρήσουμε ανισότητες στο είδος, το εύρος και την ποιότητα τους. Οι ανισότητες αυτές οφείλονται, κυρίως, στις αδυναμίες του συστήματος (οργανωτικές και λειτουργικές) και στην γεωγραφική δομή της χώρας.

Δημόσιος Τομέας

Ο δημόσιος τομέας περιλαμβάνει τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας, τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς, τις Ιατρικές Σχολές, την Τοπική Αυτοδιοίκηση, τις Ένοπλες Δυνάμεις και τις κρατικές μονάδες «προνοιακού» χαρακτήρα.

Πρωτοβάθμια Φροντίδα

Στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές της χώρας, η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται κυρίως από τις υγειονομικές μονάδες του ΕΣΥ, στις οποίες ανήκουν τα Κέντρα Υγείας μη αστικού τύπου και τα περιφερειακά (αγροτικά) τους ιατρεία. Τα Κέντρα Υγείας είναι στελεχωμένα κυρίως με γενικούς γιατρούς, ορισμένους γιατρούς ειδικοτήτων, οδοντιάτρους, νοσηλευτικό, παραϊατρικό και διοικητικό προσωπικό. Όλοι είναι δημόσιοι υπάλληλοι και αμείβονται με μισθό από το κράτος.

Στις αστικές περιοχές οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας παρέχονται από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα πολυιατρεία των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης, τους ιδιώτες γιατρούς που έχουν σύμβαση με τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης και τους ελεύθερους επαγγελματίες ειδικευμένους γιατρούς που εξασκούν το επάγγελμα σε ιδιωτικά ιατρεία. Ορισμένοι δήμοι έχουν αναπτύξει δημοτικά ιατρεία που παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, κυρίως προληπτικής ιατρικής, αλλά αυτές αποτελούν πολύ μικρό μέρος της συνολικής προσφοράς των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Κατά πρώτο λόγο το ΙΚΑ-ΕΟΠΥΥ, αλλά και ορισμένα άλλα ταμεία έχουν δικά τους πολυιατρεία, στα μεγάλα αστικά κέντρα, και κυρίως στην Αττική, όπου ένας σημαντικός αριθμός ειδικευμένων γιατρών που αμείβονται με μισθό, προσφέρει υπηρεσίες στους ασφαλισμένους τους, παρέχοντας ένα ευρύ φάσμα θεραπευτικών, προληπτικών και διαγνωστικών υπηρεσιών.

Η ενοποίηση της πλειοψηφίας των ασφαλιστικών ταμείων που εισήλθαν πλέον κάτω από την «ομπρέλα» του ΕΟΠΥΥ έχει δημιουργήσει και συνεχίζει να δημιουργεί μια σειρά αλλαγών στον τρόπο λειτουργίας τους σε σχέση με την υγεία του ασφαλισμένου πληθυσμού. Βρίσκονται ακόμα σε εξέλιξη αλλαγές στον διοικητικό τομέα, στην στελέχωση από ιατρικό και βοηθητικό προσωπικό υγείας, στις κοστολογησεις προϊόντων και υπηρεσιών και την συμμετοχή των ασφαλισμένων και του φορέα ασφάλισης σε αυτές καθώς και στον τρόπο και τον τόπο παροχής των υπηρεσιών αυτών. Οι αλλαγές αυτές είναι συνεχείς και φαίνεται να υπάρχει έλλειψη μακροπρόθεσμου σχεδιασμού και στρατηγικών στόχων. Το θετικό αποτέλεσμα των ενεργειών αυτών είναι η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης που παρουσιάστηκε τα τελευταία δύο έτη. Η μείωση αυτή όμως δεν ήρθε αναίμακτα, έχουν παρατηρηθεί σοβαρές ελλείψεις φαρμάκων και υλικών, ανεπάρκεια ή και αδυναμία παροχής υπηρεσιών υγείας σε πληθυσμό που το έχει ανάγκη, λειτουργικές αδυναμίες και δυσκολίες που δείχνουν να οδηγούν σε απαξίωση το σύστημα υγείας και να συνδέουν την παροχή υπηρεσιών υγείας με την καταβολή του ανάλογου χρηματικού αντιτίμου ολόένα και περισσότερο.

Δευτεροβάθμια & Τρίτοβάθμια Φροντίδα

Η νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται από δημόσια νοσοκομεία, νοσοκομεία που ανήκουν στο ΙΚΑ, στις Ένοπλες Δυνάμεις κλπ.

Οι γιατροί στα δημόσια νοσοκομεία έχουν πλήρη και αποκλειστική απασχόληση και αμείβονται με μισθό χωρίς να επιτρέπεται να διατηρούν ιδιωτικά ιατρεία. Η απαγόρευση αυτή, η οποία καθιερώθηκε το 1983 με την εγκαθίδρυση του ΕΣΥ, σχεδόν ποτέ δεν εφαρμόστηκε στην πράξη, αφού ένας σημαντικός αριθμός γιατρών του ΕΣΥ, ιδιαίτερα στα μεγάλα αστικά κέντρα εξακολουθεί να διατηρεί ιδιωτικά

ιατρεία, όπως και πριν την εφαρμογή του ΕΣΥ, όταν οι γιατροί των δημόσιων νοσοκομείων εργάζονταν στη βάση της πλήρους αλλά όχι αποκλειστικής απασχόλησης και μπορούσαν, εάν το επιθυμούσαν, να έχουν ιδιωτικά ιατρεία.

Οι αλλαγές που συμβαίνουν τα τελευταία έτη στον χώρο της υγείας έχουν επηρεάσει και τη λειτουργία των νοσοκομείων. Η νοσοκομειακή περίθαλψη απορροφούσε παραδοσιακά στην χώρα μας μεγάλο μέρος της παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας εξαιτίας της έλλειψης σωστών δομών για την παροχή της φροντίδας αυτής χωρίς να χρειάζεται ο ασθενής να φθάσει σε ένα νοσηλευτικό ίδρυμα. Η κατάσταση αυτή έχει επιδεινωθεί με τα νοσοκομεία να αντιμετωπίζουν ακόμα μεγαλύτερο αριθμό τέτοιων περιστατικών (περιστατικά παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας, ανασφάλιστος πληθυσμός, μετανάστες) ενώ ταυτόχρονα έχει μειωθεί η χρηματοδότηση τους και παρουσιάζονται έντονες δυσλειτουργίες. Το αποτέλεσμα είναι να ελαττώνεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στην πλειοψηφία των περιπτώσεων ενώ όταν αυτό δεν συμβαίνει συνήθως οφείλεται σε προσωπικές υπερβάσεις μέρους του εργατικού δυναμικού.

Ιδιωτικός Τομέας

Ο ιδιωτικός τομέας υγείας στην χώρα μας έχει μία σημαντική παράδοση και ασκεί και σήμερα έναν ιδιαίτερα καθοριστικό ρόλο. Η αδυναμία και οι αστοχίες ανάπτυξης των δημοσίων υπηρεσιών, σε συνδυασμό με την προσπάθεια των γιατρών -ιδιαίτερα των χειρουργικών ειδικοτήτων- για εξασφάλιση επαγγελματικού χώρου άσκησης της ειδικότητάς τους, ήταν επόμενο να προκαλέσει το επιχειρηματικό ενδιαφέρον του ιδιωτικού τομέα και να οδηγήσει στη δημιουργία ενός μεγάλου αριθμού ιδιωτικών κλινικών. Στη δεκαετία του '80, ο ιδιωτικός τομέας υγείας παρά τους νομοθετικούς και διοικητικούς περιορισμούς καθώς και τη σημαντική διόγκωση του δημόσιου τομέα, παρουσίασε αλματώδη ανάπτυξη. Αυτή ήταν ιδιαίτερα εμφανής στο χώρο των νέων τεχνολογιών και της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, με τη δημιουργία ενός μεγάλου αριθμού «διαγνωστικών κέντρων» υψηλής τεχνολογίας.

Η ραγδαία ανάπτυξη των διαγνωστικών κέντρων στην Ελλάδα τις τελευταίες δεκαετίες δεν έγινε μόνο λόγω της προβλεπόμενης υψηλής κερδοφορίας των συγκεκριμένων επενδύσεων. Στην πράξη αποτέλεσε την εναλλακτική λύση των

επιχειρηματικών δραστηριοτήτων του ιδιωτικού τομέα μετά τη νομοθετική απαγόρευση της δημιουργίας νέων ιδιωτικών κλινικών, και επειδή το ΕΣΥ, στην πορεία της ανάπτυξης του, έδωσε κυρίαρχη έμφαση στο νοσοκομειακό τομέα και όχι στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ως εκ τούτου, οι επενδυτικές δραστηριότητες κατευθύνθηκαν προς το χώρο της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, σε συνδυασμό με την υψηλή βιοϊατρική τεχνολογία.

Τα ιατρικά διαγνωστικά κέντρα λειτουργούν κυρίως σαν αυτόνομες μονάδες («πολυϊατρεία» ή «πολυεργαστήρια» ή συνδυασμός των δύο). Αρκετές ιδιωτικές κλινικές, λόγω και της δυνατότητας που παρέχει το νομοθετικό πλαίσιο για τη συστέγαση - εγκατάσταση στο χώρο τους και άλλων ανεξάρτητων εταιρειών, αξιοποιώντας την υπάρχουσα υποδομή σε βιοϊατρική τεχνολογία, έχουν επεκτείνει τις δραστηριότητες τους και στο χώρο της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Τα άτυπα αυτά «διαγνωστικά κέντρα», στην πράξη δηλαδή ο εργαστηριακός τομέας της κλινικής, προσφέρουν υπηρεσίες διαγνωστικού χαρακτήρα τόσο στους νοσηλευόμενους όσο και σε εξωτερικούς ασθενείς, εξασφαλίζοντας ιδιαίτερα σημαντικά κέρδη.

Η πλειονότητα των μεγάλων και πλέον σύγχρονων διαγνωστικών κέντρων λειτουργούν με τη μορφή εταιρικών σχημάτων, συνήθως πολυμετοχικού χαρακτήρα. Κατά κανόνα διαθέτουν σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό, τον οποίο έχουν τη δυνατότητα να αντικαθιστούν και να ανανεώνουν έγκαιρα, καθώς και υψηλού επιπέδου στελέχωση. Υπάρχουν όμως αρκετά στα οποία η τεχνολογία που χρησιμοποιείται είναι παλαιά και οι διαγνωστικές υπηρεσίες που παρέχουν είναι συχνά χαμηλής ποιότητας, δεδομένου ότι δεν υπάρχει έλεγχος για την ποσότητα, την ποιότητα και την καταλληλότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν, και το σημαντικότερο, δεν υπάρχει νομοθετικό πλαίσιο που θα ορίζει τις προδιαγραφές λειτουργίας τους.

Σχεδόν όλα τα διαγνωστικά κέντρα είναι συμβεβλημένα με τα διάφορα ταμεία υγείας και κλάδους υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών και αμείβονται για τις παρεχόμενες υπηρεσίες κατά πράξη και περίπτωση. Πολλά από αυτά έχουν συμβάσεις και με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες για τη διενέργεια κυρίως προασφαλιστικών ελέγχων, αλλά και γενικότερα την παροχή εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών. Είναι προφανές ότι ο έντονος ανταγωνισμός που έχει αναπτυχθεί, σε συνδυασμό με την ανυπαρξία από την πλευρά των ασφαλιστικών οργανισμών,

μηχανισμών ελέγχου των παραπομπών των ασθενών, οδηγεί συχνά σε πλασματική ζήτηση και υπερκατανάλωση υπηρεσιών.

Τα ασφαλιστικά ταμεία καλούνται συχνά να καταβάλουν υπέρογκα ποσά για τις προσφερόμενες υπηρεσίες υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας, τα οποία τις περισσότερες φορές δεν δικαιολογούνται επαρκώς επιστημονικά. Επιπρόσθετα, είναι κοινό μυστικό ότι ορισμένοι γιατροί του ΕΣΥ διατηρούν «σχέσεις» με ορισμένα διαγνωστικά κέντρα (ή και είναι «αφανείς» μέτοχοι σ' αυτά) και ότι σχεδόν όλα τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα έχουν παρόμοιες «σχέσεις» με γιατρούς των ασφαλιστικών ταμείων και των δημόσιων νοσοκομείων.

Με την πάροδο των χρόνων η ιδιωτική αγορά εντόπισε τις ελλείψεις που παρατηρούταν στην νοσοκομειακή περίθαλψη του δημοσίου τομέα και σταδιακά δημιουργήθηκαν ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα. Τα ιδρύματα αυτά είτε είναι εξειδικευμένα σε συγκεκριμένους τομείς (μαιευτήρια, καρδιοχειρουργικά κέντρα κá) είτε καλύπτουν το φάσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών ενός γενικού νοσοκομείου. Η στελέχωση τους ανταγωνίζεται πλέον το δημόσιο τομέα όσον αφορά το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ στις υπόλοιπες κατηγορίες προσωπικού υπερέχουν ίσως και λόγω της έλλειψης μονιμότητας του προσωπικού, αλλά σίγουρα λόγω καλύτερων υποδομών και διαδικασιών. Υπερέχουν ακόμα στην παροχή ξενοδοχειακών υπηρεσιών. Τα ιδρύματα αυτά έχουν συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία για κάποιες από τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους και αμείβονται ιδιωτικά για κάποιες άλλες. Η υγεία στα ιδρύματα αυτά αντιμετωπίζεται ως ένα πολύτιμο αγαθό που αποτιμάται στην κατάλληλη τιμή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.ΣΧΟΛΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Οι επαγγελματίες του χώρου της υγείας στην Ελλάδα προέρχονται από τις Σχολές Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων, από τις Σχολές Επιστημών Υγείας των Πανεπιστημίων καθώς και από τις σχολές επαγγελματικής κατάρτισης Ιδιωτικών αλλά και Δημόσιων Εκπαιδευτικών Κέντρων.

2.1 Σχολή Επιστημών Υγείας

Τα τμήματα των *Σχολών Επιστημών Υγείας* των Πανεπιστημίων είναι τα τμήματα: Ιατρικής, Κτηνιατρικής, Οδοντιατρικής, Νοσηλευτικής, Φαρμακευτικής, Βιοχημείας-Βιοτεχνολογίας, Βιολογίας, Μοριακής Βιολογίας κ. α.

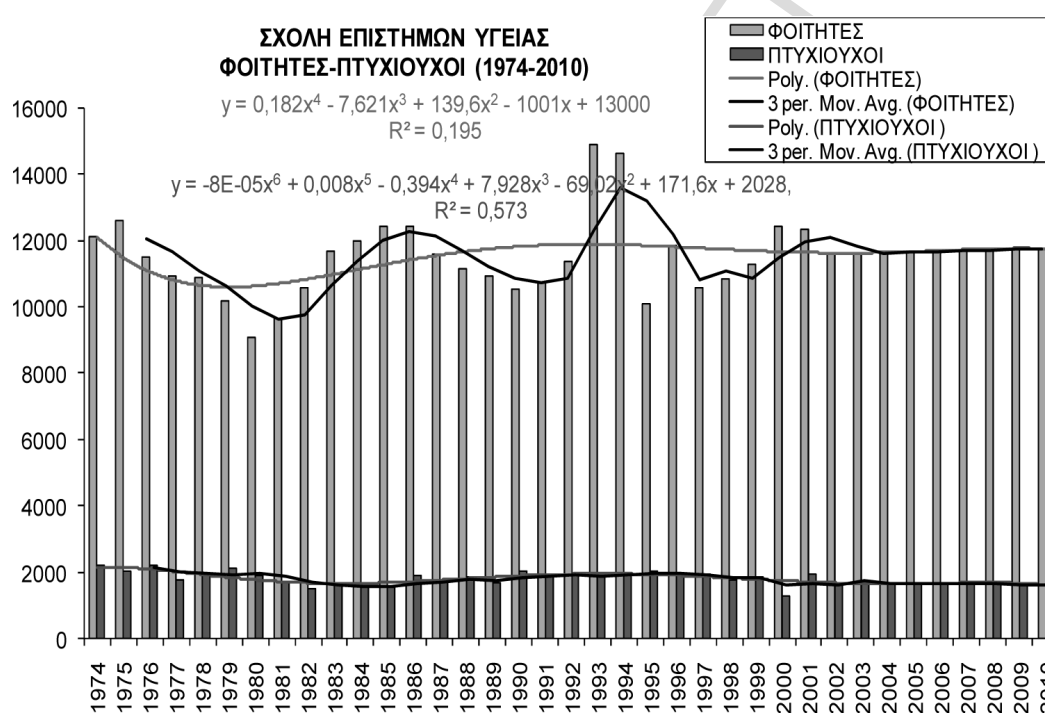
Οι Σχολές Επιστημών Υγείας (η Ιατρική κυρίως) αποτελούσαν, για μεγάλο χρονικό διάστημα, στόχο μεγάλου ποσοστού των Ελλήνων πολιτών. Η κοινωνική (και οικονομική) άνοδος που ερχόταν ως συνέπεια της άσκησης του επαγγέλματος του ιατρού, δημιουργούσε υπερβάλλουσα ζήτηση για αυτές τις σπουδές από την μεταπολεμική (τουλάχιστον) περίοδο. Μετά το 1970 η διόγκωση υπήρξε εντυπωσιακή. Μεγάλο ποσοστό των νέων υποψηφίων για την τριτοβάθμια εκπαίδευση, επιθυμούσαν να γίνουν ιατροί. Σε μια χώρα που διέθετε ελλιπές υγειονομικό σύστημα ο τίτλος του ιατρού οδηγούσε σε καλές οικονομικές απολαβές και κοινωνική καταξίωση. Ο πτυχιούχος απέφευγε την τύχη των χαμηλά μισθοδοτούμενων δημοσίων ή ιδιωτικών υπαλλήλων.

Τα περισσότερα πανεπιστήμια σύστησαν Ιατρικές Σχολές για να απορροφήσουν την ζήτηση που υπήρχε. Επιπλέον, πολλοί νέοι επέλεξαν να κάνουν τις σπουδές τους σε χώρες του εξωτερικού (αποτυχόντες εισαγωγικών εξετάσεων, έχοντας οικονομική άνεση κά). Είναι αξιοσημείωτο ότι η φοιτητική μετανάστευση της Ελλάδος για χρόνια αποτελούσε τη μεγαλύτερη της υφηλίου (αριθμός φοιτητών-μεταναστών ανά κάτοικο). Μεγάλο μέρος της μετανάστευσης αυτής αποτελούσαν οι νέοι που ήθελαν να σπουδάσουν ιατροί. Επίσης, αρκετοί πιο «αδύναμοι» υποψήφιοι στράφηκαν προς

τα ΤΕΙ για «παραϊατρικές» σπουδές. Ένα ποσοστό αυτών μέσω κατατακτηρίων εξετάσεων μετά το πρώτο τους πτυχίο, παρακολούθησε την Ιατρική.

Σύμφωνα με το διάγραμμα που ακολουθεί, το 1974 φοιτούσαν 12,1 χιλιάδες στην Ιατρική, Οδοντιατρική και Φαρμακευτική, ενώ το 2010 κυμαίνονται σε λίγο χαμηλότερα όρια (11,8 χιλιάδες). Να σημειώσουμε ότι εν τω μεταξύ έχει προστεθεί η Νοσηλευτική και έχει πολλαπλασιασθεί ο αριθμός των Ιατρικών Τμημάτων. Μικρότερη σταθερότητα (με ροπή καθόδου) επέδειξε ο αριθμός των πτυχιούχων: περί τα 2.000 άτομα ετησίως (κατά μέσον όρο). 2,2 χιλιάδες το 1974, 1,6 χιλιάδες το 2010.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1



Πηγή: Θεόδωρος Παπαγλίας, *Προσφορά και ζήτηση ειδικοτήτων στο ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα*, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα 2006

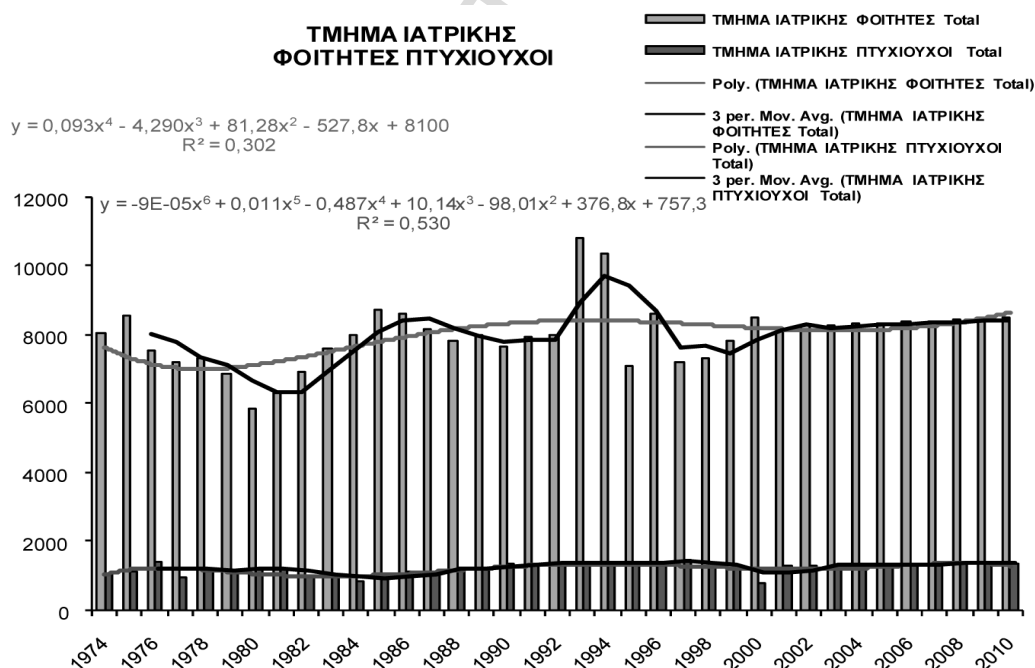
Με διάφορους τρόπους το πλεόνασμα διοχετεύθηκε στα ΤΕΙ (1.000 φοιτητές το 1975, 23 χιλιάδες το 2010). Μετά τη λειτουργία ιδιωτικών Πανεπιστημίων, αναμένεται πολλαπλασιασμός του αριθμού των φοιτητών πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (δημιουργία Ιατρικών Σχολών) και συρρίκνωση αυτού της τεχνολογικής κατεύθυνσης (ΤΕΙ). Αξιοσημείωτο παραμένει ότι σύμφωνα με το

Βρετανικό Συμβούλιο περίπου 2 χιλιάδες Έλληνες (οι πλείστοι ιατροί) εργάζονται στο βρετανικό σύστημα υγείας το 2006.

Στις μέρες μας, όπως φάνηκε και παραπάνω η προτίμηση για σπουδές στην Ιατρική δεν είναι το ίδιο έντονη. Οι ιατρικές σχολές συνεχίζουν να είναι προτιμητέες από αρκετούς υποψήφιους, ωστόσο δεν απολαμβάνουν την αίγλη του παρελθόντος. Η ιατρική πληθώρα που παρατηρείται στη χώρα, οι μειωμένες οικονομικές απολαβές, η πιθανότητα ανεργίας ή μετανάστευσης για εργασία σε συνδυασμό με τα πολλαπλά κενά που παρουσιάζει η σύνδεση του εκπαιδευτικού συστήματος (προσφορά) με το σύστημα υγείας (ζήτηση), κάνουν το επάγγελμα του ιατρού λιγότερο επιθυμητό. Ωστόσο, οι κοινωνικές διεργασίες, ειδικά στην Ελλάδα, απαιτούν τον χρόνο τους. Η στροφή της κοινωνίας προς την επιλογή σπουδών με κριτήρια κυρίως οικονομικής ανταπόδοσης και άμεσης απασχόλησης έχει κάνει την εμφάνιση της, ωστόσο δεν έχει γίνει ο κανόνας.

2.1.1.ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2



Πηγή: Θεόδωρος Παπαηλίας, *Προσφορά και ζήτηση ειδικοτήτων στο ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα*, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα 2006

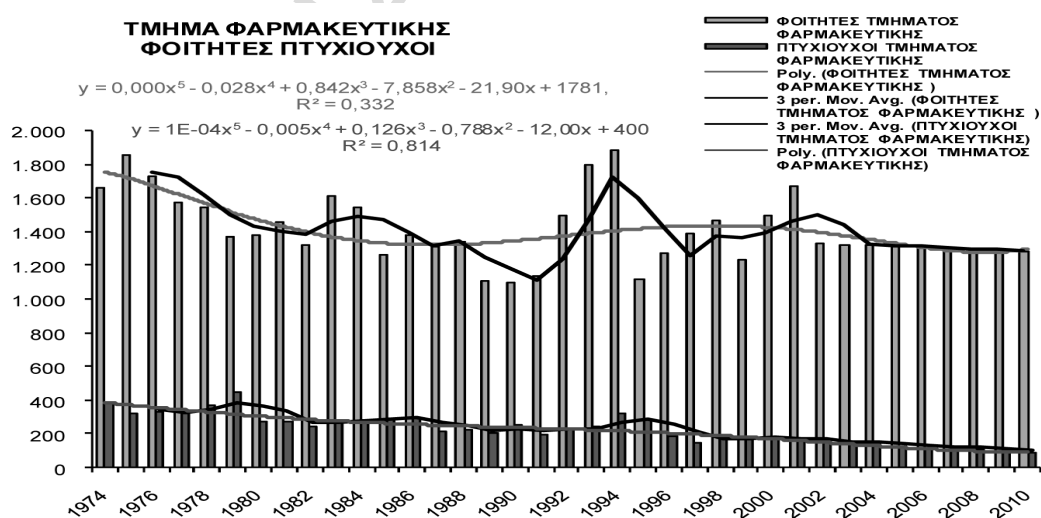
Η καμπύλη του Τμήματος Ιατρικής μεταξύ 1974 και 1975 παρουσιάζει ανοδική τροχιά. Στα χρόνια που ακολουθούν ωστόσο, αν και μεσολαβούν κάποια έτη με θετικούς ρυθμούς, καταγράφεται συνολικά φθίνουσα πορεία έως το 1980. Η κάμψη ξεκινά ενώ ήδη οι φοιτητές ξεπερνούν τις 8 χιλιάδες και είναι μικρού μεγέθους με αποτέλεσμα το Τμήμα να εμφανίζεται ιδιαίτερα πολυπληθές ακόμη και στην περίοδο αυτή της καθοδικής τάσης. Σε διάστημα μιας δεκαετίας μετά το 1980 οι μεταβολές που πραγματοποιούνται είναι ομαλές και έχουν την μεν πρώτη πενταετία ανοδικό χαρακτήρα, με τους εγγραφόμενους να ανέρχονται τελικά σε επίπεδα που ξεπερνούν ελαφρώς εκείνα του 1975, τη δε δεύτερη πτωτικό χωρίς όμως αξιόλογη ελάττωση στον φοιτητικό πληθυσμό. Η ανοδική πορεία που ξεκινά το 1991 χαρακτηρίζεται από την κατακόρυφη αύξηση του πλήθους των φοιτητών το 1993 με συνέπεια να αποκτάται η μέγιστη τιμή σπουδαστών (10.830 άτομα). Ακολουθεί μια εξίσου αξιόλογη κάμψη το 1995, που συνοδεύεται από νέα μεγέθυνση σε αισθητά χαμηλότερα όμως επίπεδα από εκείνα του 1993 και 1994. Μετά το 1997 καταγράφονται και πάλι θετικές εξελίξεις που διαρκούν ως το 2010· ο αριθμός όμως των φοιτητών δεν ξεπερνά τα επίπεδα του 1975.

Ο αριθμός των αποφοίτων κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα καθ' όλη την περίοδο διερεύνησης, γεγονός που συμβαδίζει με τη μεγάλη συγκέντρωση φοιτητών. Στην πρώτη δεκαετία αρχικά η καμπύλη εμφανίζει αυξητικούς ρυθμούς, μετά το 1979 όμως ακολουθεί πτώση που διαρκεί ως το τέλος της. Κατά τη δεύτερη δεκαετία ο όγκος μεγεθύνεται συγκρινόμενος με την προηγούμενη· ιδιαίτερα μετά το 1990 το πλήθος κυμαίνεται μεταξύ των 1.300 και του 1.416. Στο διάστημα 1996-2001 εμφανίζεται τόσο η μέγιστη όσο και η ελάχιστη τιμή, αφού η φθίνουσα τροχιά που ξεκινά το 1996 διακόπτεται το 1997 από μεγέθυνση μεγιστοποιώντας το μέγεθος των πτυχιούχων στους 1.473. Ο όγκος των φοιτητικών εκροών το 2000 λαμβάνει την κατώτερη τιμή (811 άτομα). Από το 2001 και ως το 2010 η τάση είναι ελαφρώς ανοδική.

2.1.2.ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ

Η καμπύλη των φοιτητών του Τμήματος Φαρμακευτικής ανέρχεται το 1975 σε σχέση με το 1974· στα χρόνια ωστόσο που ακολουθούν, αν και μεσολαβούν κάποια με θετικούς ρυθμούς, καταγράφεται συνολικά καθοδική τάση έως το 1990. Στην δεκαετία που έπεται οι μεταβολές οι οποίες αποτυπώνονται στον αριθμό των φοιτητών είναι πιο έντονες, έχοντας αυξητικό χαρακτήρα. Αρχικά για μια τριετία περίπου παρατηρείται ανάκαμψη με τους εγγραφόμενους να αποκτούν τη μέγιστη τιμή το 1994 (1.883 άτομα). Η κατακόρυφη κάμψη στο πλήθος των φοιτούντων το 1995, συνοδεύεται από νέα αυξητική τροχιά σε αισθητά όμως χαμηλότερα επίπεδα από αυτά της προηγούμενης τριετίας. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η πορεία των φοιτητών κατά την εκτιμώμενη περίοδο, όπου παρά τις θετικές εξελίξεις των τελευταίων χρόνων, φαίνεται ότι θα υπάρξει μείωση στο ενδιαφέρον των υποψηφίων για το Τμήμα Φαρμακευτικής. Αντίθετα με την αρχική τάση στην καμπύλη των φοιτητών εκείνη των αποφοίτων είναι πτωτική στην έναρξη της περιόδου· ακολούθως για ένα μικρό χρονικό διάστημα παρουσιάζεται ανοδική, με το πλήθος να κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα στα έτη 1974-1979 και με την μέγιστη τιμή να εμφανίζεται το 1979 (451 άτομα). Εν συνεχεία παρατηρείται αξιόλογη ελάττωση και παρά τις μικρές ανακάμψεις κατά διαστήματα, ακολουθεί μακροχρονίως αρνητική πορεία. Έτσι λοιπόν ενώ ο αριθμός των πτυχιούχων το 1974 ήταν 383, το 2010 θα ανέρχεται μόλις στους 90.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3

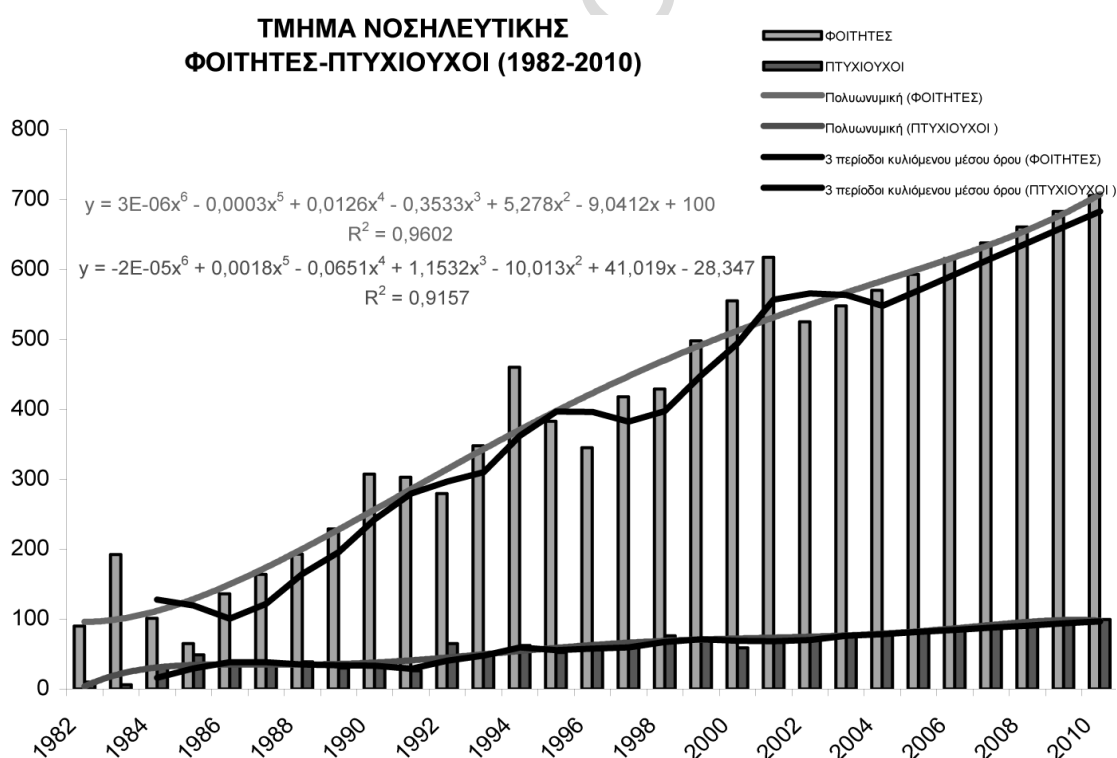


Πηγή: Θεόδωρος Παπαλιάς, *Προσφορά και ζήτηση ειδικοτήτων στο ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα*, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα 2006

2.1.3.ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η εξέλιξη φοιτητών και πτυχιούχων στις Πανεπιστημιακές νοσηλευτικές σχολές αποτυπώνεται στο διάγραμμα που ακολουθεί. Η τάση όπως φαίνεται είναι μακροχρονίως αυξητική. Από 97 άτομα το 1982 αναμένεται να ξεπεράσουν τα 700 το 2010. Αντίστοιχη πορεία ακολουθεί και η καμπύλη των πτυχιούχων. Το 2010 υπολογίζεται να αποφοιτήσουν πλέον των εκατό ατόμων. Το ότι δημιουργήθηκαν Τμήματα Νοσηλευτικής στο Πανεπιστήμιο, ενώ από το 1973 λειτουργούν επιτυχώς αντίστοιχα στα ΤΕΙ είναι κάτι που μόνο ως ελληνική ιδιαιτερότητα μπορεί να εξηγηθεί. Για μεγάλο μέρος της ελληνικής κοινωνίας αλλά και της επονομαζόμενης Πανεπιστημιακής «κοινότητας» οι σπουδές στα ΤΕΙ είναι αντίστοιχες σχεδόν με αυτές των ΙΕΚ, τουτέστιν δεν είναι ανώτατες.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4



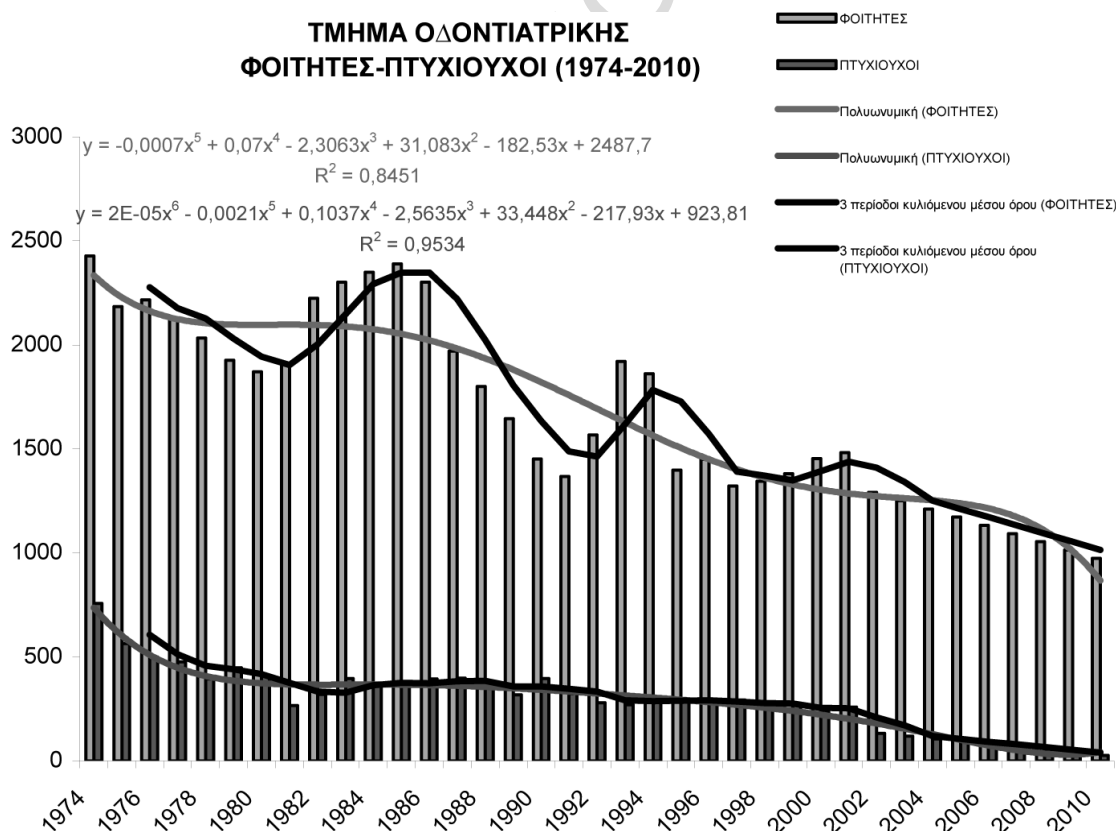
Πηγή: Θεόδωρος Παπαλιάς, *Προσφορά και ζήτηση ειδικοτήτων στο ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα*, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα 2006

2.1.4. ΤΜΗΜΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ

Στο ακόλουθο διάγραμμα ανιχνεύεται η κατάσταση που διαμορφώθηκε, στο διάστημα 1974-2010, στο Τμήμα της Οδοντιατρικής. Παρά τις ταλαντώσεις και ιδιαίτερα την προσπάθεια ανάκαμψης στην πενταετία 1982-86 το πλήθος των φοιτητών μειώνεται, έτσι ώστε το 2001 να είναι κάτω από 1,5 χιλιάδες, ενώ το 1974 ή το 1985 αριθμούσε κάτι λιγότερο από 2,5 χιλιάδες. Το 2010 υπολογίζονται εγγραφέντες σε 1,2 χιλιάδες. Αντίστοιχη μακροχρονίως εξέλιξη με πλέον ήπιες διακυμάνσεις παρουσίασε η γραμμή των πτυχιούχων. Το 1974 ήσαν 750 έναντι 80 το 2010.

Οι τάσεις αυτές αποτυπώνουν τον υπάρχοντα κορεσμό στο επάγγελμα του οδοντιάτρου. Οι ελλείψεις που θα εμφανισθούν στο μέλλον ίσως καταστήσουν εκ νέου ελκυστικό το Τμήμα αυτό.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5



Πηγή: Θεόδωρος Παπαηλίας, *Προσφορά και ζήτηση ειδικοτήτων στο ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα*, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα 2006

2.2. Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας

Στις Σχολές Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων εντάσσονται τα τμήματα: Νοσηλευτικής, Φυσικοθεραπείας, Μαιευτικής, Ιατρικών Εργαστηρίων, Ιατρικών Οργάνων, Ραδιολογίας-Ακτινολογίας, Οδοντοτεχνικής, Δημόσιας Υγιεινής, Διοίκησης Μονάδων Υγείας & Πρόνοιας Εργοθεραπείας, Κοινωνικής Εργασίας, Οπτικής, Αισθητικής και Κοσμετολογίας, Επισκεπτών Υγείας, Βρεφονηπιοκομείας, Λογοθεραπείας κ.α.

Τα τμήματα των Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας εμφάνιζαν στον ελληνικό χώρο υψηλή ζήτηση. Οι νέοι επέλεγαν αυτόν το δρόμο για τις σπουδές τους οδηγούμενοι από μια σειρά φαινομένων. Αρχικά, το χαμηλό επίπεδο υπηρεσιών του συστήματος υγειονομικής πρόληψης και περίθαλψης στην Ελλάδα έχει ως αποτέλεσμα ένα μεγάλο μέρος του εισοδήματος των νοικοκυριών να απορροφάται από παρόμοιες δαπάνες. Έτσι ο κλάδος των παραϊατρικών ανεπτύχθη ραγδαία, αφού σε έναν δημόσιο τομέα γραφειοκρατικό και αργό, προσκολλήθηκε ο ιδιωτικός τομέας για να εκμεταλλευθεί τα όποια κενά. Περαιτέρω τα Τμήματα των ΤΕΙ αποτέλεσαν μια προσωρινή εναλλακτική δίοδο για τους απογοητευμένους των εισαγωγικών εξετάσεων. Οι αποτυχόντες στην Ιατρική εισάγονταν στα ΤΕΙ, κατά κανόνα χωρίς να φοιτούν, και ακολούθως επαναλάμβαναν τις εξετάσεις πολλές φορές. Συχνά, όσοι δεν τα κατάφερναν, μετά το πέρας των σπουδών τους μέσω κατατακτηρίων, εγγράφονταν στην Ιατρική. Επιπλέον, ένα μεγάλο μέρος μετανάστευε στο εξωτερικό σε Ιατρικές Σχολές (συχνά αμφιβόλου ποιότητας) συνήθως στις πρώην Ανατολικές χώρες.

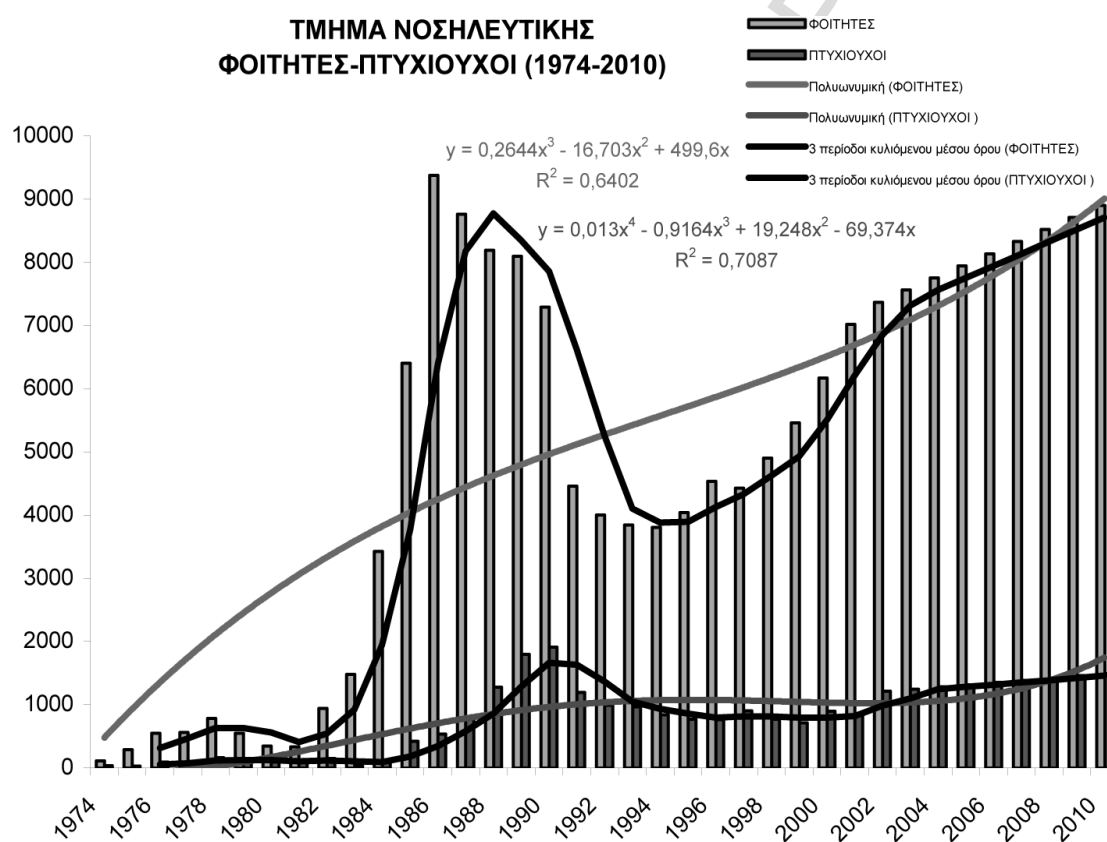
Παρατηρούμε, λοιπόν, πως ενώ το 1974 ο αριθμός των φοιτητών της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας-Πρόνοιας (ΣΕΥΠ) ήταν σχετικά μικρός, το 2003 ξεπέρασε τα 18 χιλιάδες άτομα και το 2010 προσέγγισε τα 23 χιλιάδες¹. Η κάμψη που κατεγράφη μεταξύ 1990 και 1996 υπήρξε παροδική. Αντιθέτως στους πτυχιούχους η κατάσταση είναι διαφορετική: αύξηση μέχρι το 1989¹ ακολούθως μικρή κάμψη και στασιμότητα. Περί τα 2 χιλιάδες άτομα εκτιμώνται οι φοιτητικές εκροές κατ' έτος για το διάστημα 1991-2010. Η ίδρυση μη κρατικών Πανεπιστημίων και η αναγνώριση των Κέντρων

¹ Θεόδωρος Παπαηλίας, *Προσφορά και ζήτηση ειδικοτήτων στο ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα*, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα 2006

Ελευθέρων Σπουδών (ΚΕΣ) φαίνεται ότι δεν θα επηρεάσουν τόσο πολύ τα Τμήματα της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας (ΣΕΥΠ).

2.2.1.ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6



Πηγή: Θεόδωρος Παπαηλίας, *Προσφορά και ζήτηση ειδικοτήτων στο ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα*, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα 2006

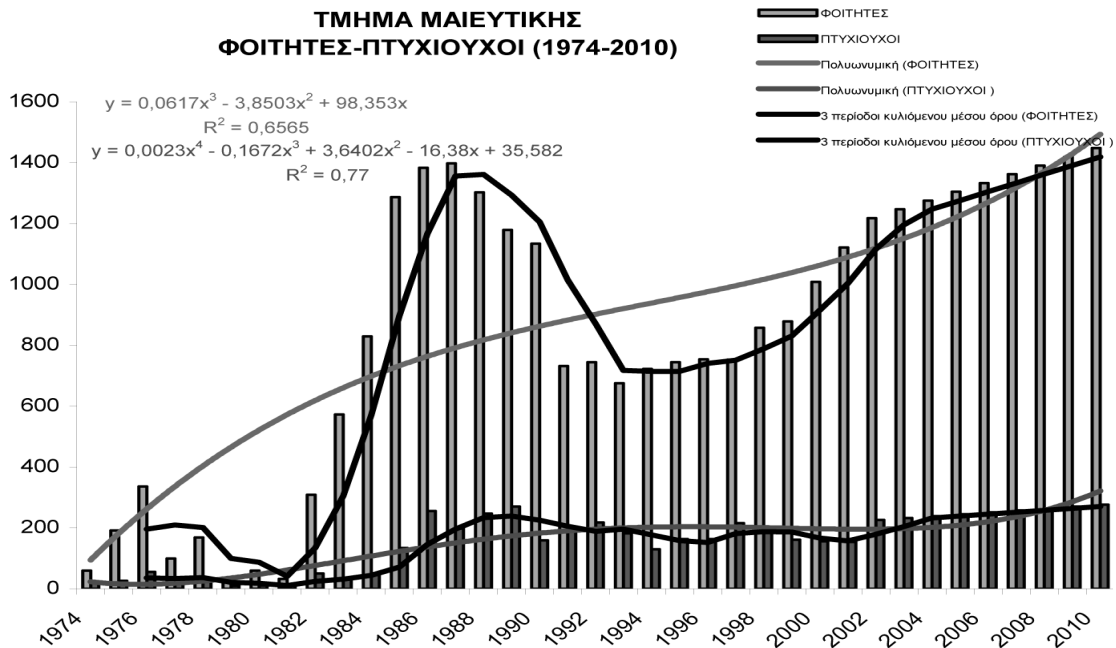
Στο Τμήμα Νοσηλευτικής όπως φαίνεται και στο διάγραμμα που προηγείται, το 1974 φέρονταν εγγεγραμμένοι 115. Έως και το 1982 ο όγκος τους παρουσίασε μικρή άνοδο, αφού μετρήθηκαν 946 άτομα. Το 1983 παρατηρείται περαιτέρω μεγέθυνση με αποτέλεσμα να ανέρχονται πλέον σε 1.485 άτομα, ενώ το 1984, 1985 και 1986 η

μεταβολή είναι ακόμα πιο θεαματική, ανεβάζοντας τον αριθμό τους στα 3.426, 6.405 και 9.378 άτομα αντίστοιχα. Από το 1987 έως και το 1994 εμφανίζεται κάμψη του πλήθους των φοιτητών συρρικνωμένο το 1994 σε 3.809. Η άνοδος που ακολουθεί θα ανεβάσει τον πληθυσμό στα 7.019 άτομα το 2001, ενώ το 2010 αναμένεται να υπερβούν τα 8.900. Οι πτυχιούχοι κυμαίνονταν μέχρι και το 1984 από 40 έως 88 άτομα. Ουσιαστική άνοδος σημειώνεται από το 1985 και έπειτα· το 1990 έφθαναν τους 1.916. Μεγάλη είναι όμως και η κάμψη που ακολουθεί. Το 1992 οι φοιτητικές εκροές ανέρχονται στα 992 άτομα, μείωση δηλαδή κατά 924. Το 2001 οι πτυχιούχοι μετρήθηκαν σε 853, ενώ το 2010 αναμένεται να ανέλθουν στους 1.496.

2.2.2 ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ

Το Τμήμα Μαιευτικής λειτουργούσε το 1974 με 60 εγγεγραμμένους. Ενώ τα πρώτα χρόνια ο αριθμός των φοιτητών παρουσίαζε σημαντικές διαφοροποιήσεις, οι οποίες κυμαίνονται από 32 έως και 336 άτομα, το 1982 αρχίζει ραγδαία άνοδος· το 1987 αγγίζει τους 1.398, μέγεθος το οποίο αποτελεί και το μέγιστο για το Τμήμα. Από το 1998 έως και το 1995 σημειώνεται κάμψη των εγγεγραμμένων, που πλέον αριθμούν τα 744 άτομα. Η σταδιακή άνοδος που ακολουθεί ανεβάζει τον αριθμό των φοιτούντων το 2001 στα 1.121 άτομα, ενώ για το 2010 αυτά προβλέπεται να ανέλθουν στα 1.447. Οι πτυχιούχοι στην οκταετία 1974-81 εμφανίζουν μεταβολές που κυμαίνονται από 9 άτομα το ελάχιστο το 1979 έως και 56 το μέγιστο το 1976. Από το 1982 σημειώνεται αξιόλογη μεγέθυνση· το 1985 ανέρχονται στα 134 άτομα, το 1986 στα 256 και το 1989 στα 270. Το 1990 παρατηρείται και πάλι κάμψη των πτυχιούχων, οι οποίοι μετρώνται πλέον σε 159 άτομα και έως και το 1996 δεν ξεπερνούν τα 220 άτομα. Το 2001 οι φοιτητικές εκροές ανέρχονταν σε 154 άτομα, ενώ το 2010 δεν αναμένεται να ξεπεράσουν τους 276.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7

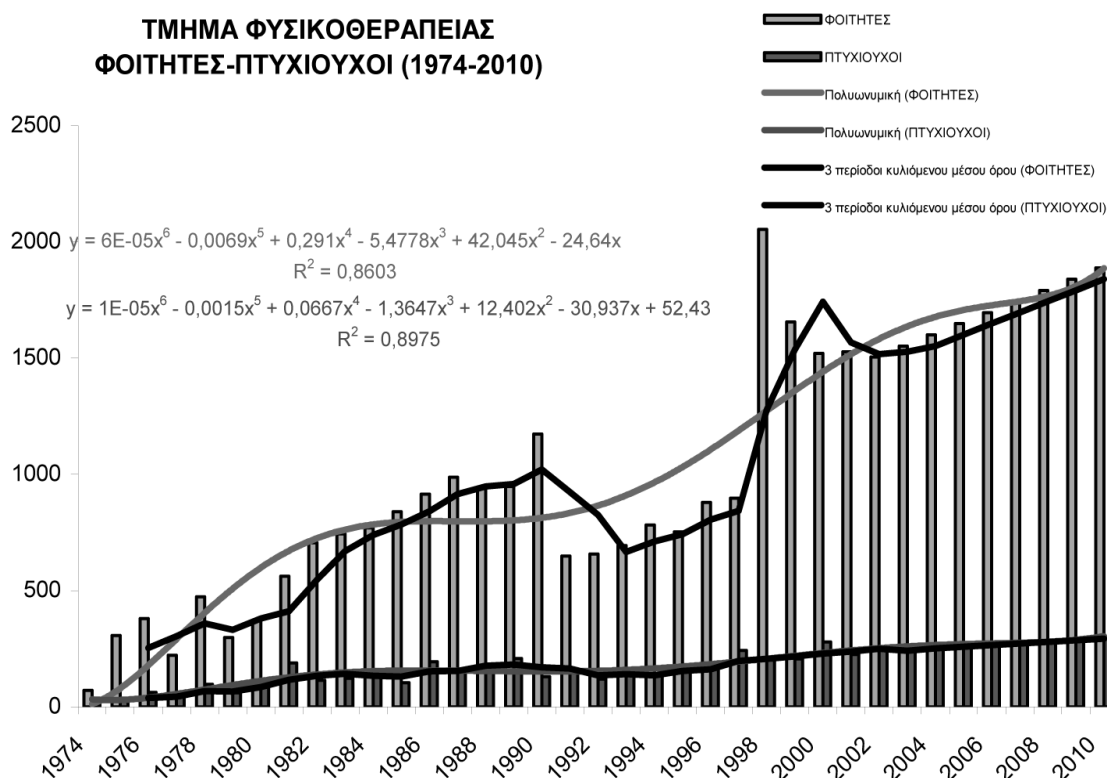


Πηγή: Θεόδωρος Παπαηλίας, *Προσφορά και ζήτηση ειδικοτήτων στο ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα*, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα 2006

2.2.3 ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Το Τμήμα Φυσικοθεραπείας –*Διάγραμμα 15*- το 1974 διέθετε 71 εγγεγραμμένους. Το 1975 αυτοί ανήλθαν σε 308 ενώ το 1984 σε 770 άτομα. Το 1994 άγγιξαν τους 783, αριθμός όμως που προέρχεται ύστερα από πτώση του συνόλου των φοιτητών από 1.174 το 1990 σε 649 το 1991. Ιδιαίτερα σημαντική άνοδος παρουσιάζεται το 1998, αφού από 898 το 1997 έφθασαν τους 2.054. Ακολουθεί κάμψη κατά 398 άτομα, η οποία το 2001 έχει ως συνέπεια ο πληθυσμός να υπερβαίνει τα 1.525 άτομα. Οι εγγραφέντες το 2010, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις, αναμένεται να κυμανθούν στα 1890 άτομα. Οι πτυχιούχοι από 29 το 1974 αυξήθηκαν σε 189 το 1980 και 209 το,1985. Ο μέγιστος αριθμός, 280, εμφανίζεται το 2000, ενώ το 2001 μειώνεται στους 226. Το 2010 οι πτυχιούχοι υπολογίζονται σε 299 άτομα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8

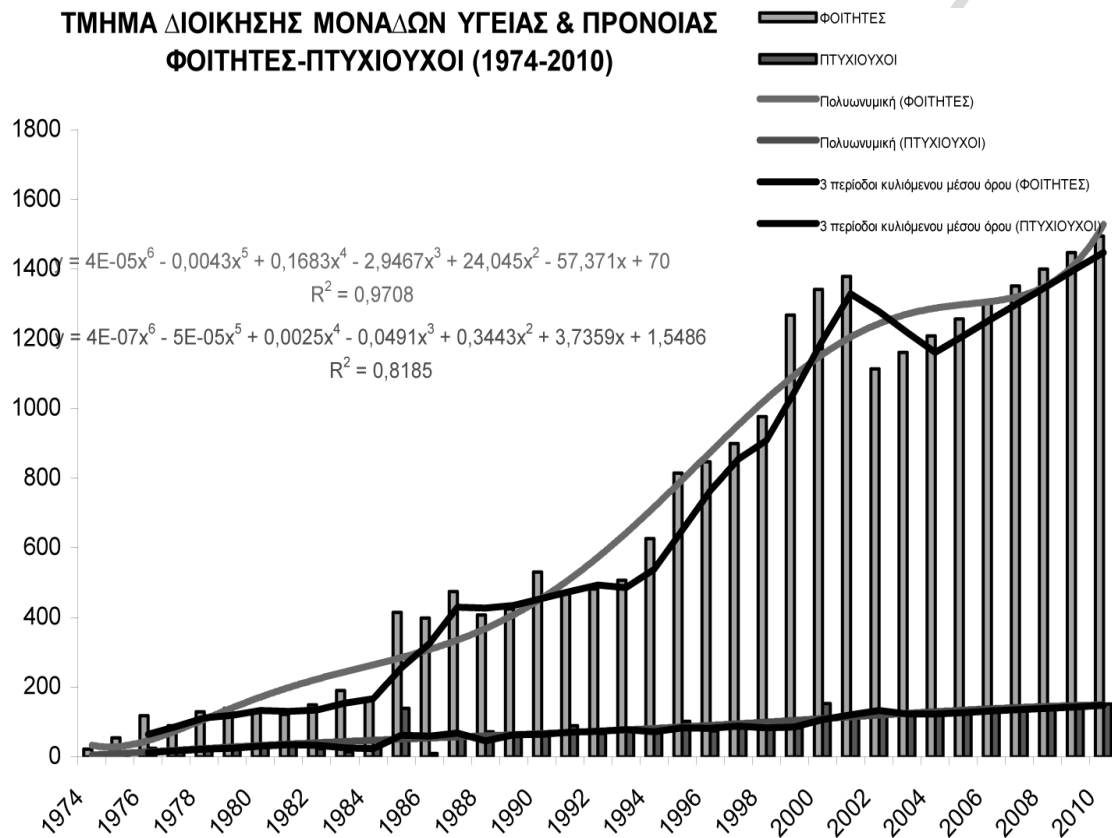


Πηγή: Θεόδωρος Παπαηλίας, *Προσφορά και ζήτηση ειδικοτήτων στο ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα*, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα 2006

2.2.4 ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Το Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας –*Διάγραμμα 11*–λειτούργησε το 1974 με 23 φοιτητές. Είναι ένα από εκείνα που φαίνεται να προσελκύει όλο και περισσότερο το ενδιαφέρον των νέων. Ιδιαίτερα αξιόλογος υπήρξε ο ρυθμός μεταβολής του αριθμού των φοιτητών. Έως και το 1984 η ετήσια αύξηση δεν ξεπερνούσε τα 40 άτομα, φθάνοντας το συγκεκριμένο έτος τα 162. Το 1985 η μεγέθυνση ήταν ραγδαία, αφού η δύναμη του Τμήματος μετρήθηκε σε 415, διαφορά 253 ατόμων έναντι του προηγούμενου έτους. Το 1994 οι φοιτητές είναι 627, ενώ τα έτη 1999, 2000, 2001 μετρήθηκαν σε 1.268, 1.342 και 1.379 αντίστοιχα. Για το 2010 οι εγγραφόμενοι αναμένεται να πλησιάσουν τους 1.495.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9



Πηγή: Θεόδωρος Παπαηλίας, *Προσφορά και ζήτηση ειδικοτήτων στο ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα*, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα 2006

2.3. ΙΔΙΩΤΙΚΑ & ΔΗΜΟΣΙΑ ΙΕΚ & ΚΕΣ

Τα ιδιωτικά και τα δημόσια ΙΕΚ καθώς και τα Κέντρα Ελευθέρων Σπουδών επιλέγονται κυρίως από αποφοίτους λυκείου οι οποίοι συνήθως έχουν αποτύχει στις εισαγωγικές εξετάσεις, από αποφοίτους γυμνασίου, αλλά και από νέους που θέλουν κάτι εξειδικευμένο στην εκπαίδευση τους και στοχεύουν, αρχικά τουλάχιστον, σε καριέρα υπαλλήλου. Αυτά τα ιδρύματα σπουδών, πολλά από τα οποία έχουν αναγνωριστεί από το κράτος, προσφέρουν μια σειρά ειδικοτήτων που μπορούν να απασχοληθούν στο χώρο της υγείας.

Ειδικότητες όπως Βοηθός Ιατρικών και Βιολογικών Εργαστηρίων, Βοηθός Φαρμακείου (τεχνικός φαρμάκων και καλλυντικών), Διαιτολόγος, Ιατρικός Επισκέπτης, Φυσικοθεραπευτής, Οδοντοτεχνίτης, Βοηθός Ιατρών (διαφόρων ειδικοτήτων), βοηθός Ιατρικών Συσκευών και Μηχανημάτων, Νοσηλεύτης (εξειδικευμένος σε διάφορες ειδικότητες π.χ. νοσηλεύτης ΜΕΘ, νοσηλεύτης χειρουργείου κλπ).

Παρατηρούμε πως αρκετές από τις προσφερόμενες ειδικότητες των ΙΕΚ, υπάρχουν και στα ΤΕΙ γεγονός που υπογραμμίζει τα προβλήματα στην λειτουργία του δημόσιου εκπαιδευτικού συστήματος. Η καλύτερη διασύνδεση των ιδιωτικών ιδρυμάτων με την αγορά εργασίας, οι στοχευμένες παροχές τους και κάποιες φορές τα πιο σύγχρονα διδακτικά μέσα έπρεπε να αποτελούν πρόκληση για βελτίωση του δημόσιου συστήματος στους τομείς αυτούς, ειδικότερα από τη στιγμή που η κοινωνία δείχνει να το εμπιστεύεται περισσότερο από την ιδιωτική παιδεία και να απαιτεί από αυτό να ανταπεξέλθει στις σύγχρονες ανάγκες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3. Το Ανθρώπινο Δυναμικό της Υγείας

Γενικά Στοιχεία

Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα αγγίζουν σύμφωνα με τον Ο.Ο.Σ.Α² το 9,6% του ΑΕΠ (σε στοιχεία του 2007, που είναι τα τελευταία διαθέσιμα για τη χώρα μας), ποσοστό ελάχιστα υψηλότερο από τον μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. Ενώ στην κατά κεφαλή δαπάνη για την υγεία η χώρα βρίσκεται χαμηλότερα από τον μέσο όρο του Ο.Ο.Σ.Α (2724\$ έναντι 3223\$).

Σύμφωνα με την ίδια μελέτη, η κατά κεφαλή δαπάνη για την υγεία στην Ελλάδα αυξανόταν από το 2000 μέχρι το 2007 κατά μέσο όρο 6,9% κάθε χρόνο, ενώ ο αντίστοιχος μέσος όρος των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α για τα έτη 2000-2009 ήταν αύξηση 4% το χρόνο. Ένας από τους παράγοντες που επηρέασαν την αύξηση αυτή ήταν η γιγάντωση της φαρμακευτικής δαπάνης, η οποία οφείλεται στην υψηλή συνταγογράφηση και κατανάλωση φαρμάκων, φαινόμενο που συνδέεται με την ιατρική πληθώρα στην οποία θα αναφερθούμε παρακάτω, αλλά και στην χρησιμοποίηση καινοτόμων και πιο ακριβών φαρμάκων.

Η χρηματοδότηση της Υγείας στην Ελλάδα όπως και στις περισσότερες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α (εκτός Η.Π.Α, Μεξικό, Χιλής) γίνεται ως επί το πλείστον από το δημόσιο τομέα. Ωστόσο το 60,3% των δαπανών που καλύπτουν οι δημόσιες πηγές χρηματοδότησης στην Ελλάδα (στοιχεία 2007) είναι αρκετά πιο χαμηλό ποσοστό από τον μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α ο οποίος είναι 71,7% (στοιχεία 2009).

² OECD Health Data 2011, How does Greece compare

3.1. Το Ανθρώπινο Δυναμικό της Υγείας

Στις σύγχρονες κοινωνίες είναι πολύ μεγάλη η σημασία του ανθρώπινου δυναμικού στον χώρο της Υγείας. Ο συντελεστής εργασίας, το ανθρώπινο δυναμικό, αποτελεί τη σημαντικότερη εισροή των συστημάτων υγείας, δεδομένου ότι ο υγειονομικός τομέας εντάσσεται κατά κύριο λόγο στα συστήματα έντασης και καταμερισμού της εργασίας.

Ως επαγγελματίες της υγείας καλούνται, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ, όσοι εργάζονται για την προώθηση, την προστασία ή την βελτίωση της υγείας ενός πληθυσμού και αμείβονται για τις υπηρεσίες αυτές. Οι επαγγελματίες της υγείας αποτελούν, όπως προαναφέρθηκε, τη σημαντικότερη και πιο δαπανηρή εισροή αυτών των συστημάτων και απορροφούν τους περισσότερους οικονομικούς τους πόρους. Σύμφωνα με τα πρότυπα που υιοθετεί ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να διαχωριστούν σε δύο κατηγορίες. Στους προμηθευτές-πάροχους υπηρεσιών υγείας (health service providers) και στους διοικητικούς και υποστηρικτικούς υπαλλήλους των υπηρεσιών υγείας (management and support workers). Στην πρώτη κατηγορία περιλαμβάνονται επαγγελματίες και βοηθοί, ενώ στην δεύτερη περιλαμβάνονται εργαζόμενοι που δεν παρέχουν απ' ευθείας υπηρεσίες υγείας στον πληθυσμό, αλλά αποτελούν μέρος της λειτουργίας των συστημάτων υγείας.

Η πολυπλοκότητα των υπηρεσιών υγείας απαιτεί ανθρώπινο δυναμικό όχι μόνο με σημαντική αριθμητική υπεροχή, σε σχέση με άλλους κλάδους της παραγωγής, αλλά λόγω του υψηλού καταμερισμού εργασίας, απαιτεί ανθρώπινο δυναμικό ευρύτατου φάσματος ειδικοτήτων και υψηλού επιπέδου επιστημονικών γνώσεων και δεξιοτήτων. Γιατροί, διαφόρων ειδικοτήτων και εξειδικεύσεων, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί, νοσηλευτές, παραϊατρικό, διοικητικό και ειδικό τεχνικό προσωπικό αποτελούν τις κύριες κατηγορίες εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας. Ένα αποτελεσματικό σύστημα υγείας, συνεπώς, εξαρτάται κυρίως από την επάρκεια, την ποιότητα και την ορθολογική κατανομή του υγειονομικού του προσωπικού.

Η παραγωγή και η ισόρροπη ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού απαιτεί σχεδιασμό μακράς πνοής, που λαμβάνει υπόψη του την ισότιμη κατανομή ανά κατηγορία και γεωγραφική θέση, παράλληλα με την εσωτερική διαδικασία της

παρακίνησης του προσωπικού και της ορθολογικής διαχείρισής του. Ο Baker αναφέρει³: «ένα νοσοκομείο μπορεί να χτιστεί σε μερικούς μήνες, ένας γιατρός χρειάζεται μία δεκαετία για να εκπαιδευθεί».

Στον σχεδιασμό αυτό, είναι δομικής σημασίας η επαρκής συνεργασία του τομέα της Παιδείας με αυτόν της Υγείας. Το ανθρώπινο δυναμικό που εξέρχεται από τα εκπαιδευτικά ιδρύματα θα πρέπει να είναι έτοιμο, σωστά καταρτισμένο και ικανό να καλύψει τις ανάγκες του συστήματος υγείας που θα κληθεί να το απασχολήσει μελλοντικά⁴ και τελικά τις ανάγκες της χώρας. Οι ανάγκες αυτές, βέβαια, είναι προαπαιτούμενο να καταγράφονται και να είναι γνωστά τα υγειονομικά προβλήματα του πληθυσμού ώστε να τίθενται συγκεκριμένες προτεραιότητες. Η εργασιακή απασχόληση στην υγεία είναι ένας παράγοντας της συνάρτησης βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού.⁵

Στις χώρες του ΟΟΣΑ, η υγεία απασχολεί περίπου το 5% του εργατικού δυναμικού. Το ανθρώπινο δυναμικό της, απορροφά το 60% των δαπανών και είναι ο κύριος παράγοντας που επηρεάζει τη λειτουργία των υπηρεσιών και κατ' επέκταση τη στάθμη του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Στην Ελλάδα, εκτός από την πληθώρα γιατρών, ο τομέας υγείας είναι μάλλον υποστελεχωμένος. Το σύνολο των εργαζομένων στην υγεία και την κοινωνική ασφάλιση (για το 2007, τελευταία διαθέσιμα στοιχεία) ήταν 240.854, ή 21,52 άτομα ανά 1000 κατοίκους και το 5,33% του συνόλου του εργατικού δυναμικού της χώρας⁶.

Τα προβλήματα που εμφανίζονται στα Συστήματα Υγείας ανά τον κόσμο, δυστυχώς κάνουν με διάφορες μορφές την εμφάνισή τους και στην χώρα μας. Είναι προβλήματα ποιοτικά και ποσοτικά και εμφανίζονται σε ποικίλα στάδια της λειτουργίας του συστήματος. Στο σχεδιασμό, οι αποφάσεις συχνά βασίζονται σε πρόχειρες εκτιμήσεις, ενώ η συνεργασία «σχεδιαστών» (υγεία) και «παραγωγών»

³ Baker TD. Health personnel planning. In: Reike WA (Ed) *Health Planning for Effective Management* Ch. 10. Oxford University Press, 1988

⁴ Fullop T. New approaches to a permanent problem—the integrated development of health services and health manpower. *WHO Chronicle* 1976, 30:433–441

⁵ Hoare G, Lee K. Towards a new model of health manpower planning. *Health Services Manpower Review* 1984, 10:4–8

⁶ http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC

(παιδεία) είναι ανύπαρκτη. Τα, όποια, σχέδια βασίζονται περισσότερο στη βεβαιότητα ότι τα χρήματα θα δοθούν εκ των υστέρων⁷ και λιγότερο στην ανάπτυξη προγραμμάτων για συγκεκριμένες ειδικότητες με σαφώς καταγεγραμμένα προσόντα. Οι ελλείψεις είναι πάντοτε σοβαρότερες στις αγροτικές και τις φτωχές περιοχές και σε άλλα, εκτός του ιατρικού, επαγγέλματα. Οι ποιοτικές διευθετήσεις κατανομής και εξειδίκευσης απουσιάζουν.⁸

Στην παραγωγή οι αποκλίσεις μεταξύ των ακαδημαϊκών στόχων αλλά και των απαιτήσεων των υπηρεσιών, των χρηστών και της γενικότερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, είναι σημαντικές. Το μοντέλο είναι ιατροκεντρικό, με έμφαση στην επεμβατική Ιατρική. Η πρόληψη, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) και η αποκατάσταση έρχονται σε δεύτερη μοίρα. Τα πανεπιστήμια περιορίζουν τις θέσεις τους, ενώ οι ακαδημαϊκοί δάσκαλοι αντιμετωπίζουν προβλήματα επάρκειας και σύγχρονης εκπαίδευσης.⁹ Στην διαχείριση η απογοήτευση και η πτώση των ηθικών αξιών είναι σύνηθες φαινόμενο, ιδιαίτερα στους νέους επαγγελματίες υγείας, με έμφαση στους γιατρούς.¹⁰ Η έλλειψη κινήτρων, ιδιαίτερα στις απομακρυσμένες περιοχές, προκαλεί τη μη αποδοτική χρησιμοποίηση των υπηρεσιών. Η σύγχυση ρόλων και αρμοδιοτήτων, μαζί με την έλλειψη συνεχιζόμενης κατάρτισης, μειώνουν την ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού.¹¹

⁷ Abel-Smith B, Calltrop J, Dixon M, Dunning At, Evans R, Holland W, et al. Report on the Greek Health Services, Ministry of Health and Social Welfare, Athens, 1994

Abel-Smith B. The world economic crisis, part 2: Health manpower out of balance. *Health Policy and Planning* 1986, 1:309–316

⁸ Fulop T. Health personnel for “health for all”: progress or stagnation? WHO Chronicle, 1986, 40, part 1:194–199, part 2:222–225 & Mejia A. *Health Manpower out of Balance: conflicts and prospects*. Geneva, Council for International Organization of Medical Sciences, 1987

⁹ Fulop T. Health personnel for “health for all”: progress or stagnation? WHO Chronicle, 1986, 40, part 1:194–199, part 2:222–225 & Mejia A. *Health Manpower out of Balance: conflicts and prospects*. Geneva, Council for International Organization of Medical Sciences, 1987

¹⁰ Breatly S. The medical manpower crisis: who can solve it? *Health Services Manpower Review* 1984, 10:8–10

¹¹ Karalliede LD. Young doctor's preferences in the Third World. *World Health Forum* 1987, 8:504–507

3.1.1. Ιατροί

Ο «ιατρικός πληθωρισμός», η ύπαρξη δηλαδή πολύ μεγάλου αριθμού ιατρών, σύμφωνα με την κατακτηθείσα παγκόσμια γνώση αυξάνει τις δαπάνες των συστημάτων υγείας. Επηρεάζει την εύρυθμη λειτουργία τους, δημιουργεί φαινόμενα προκλητής (ιατρογενούς) ζήτησης υπηρεσιών, ανορθολογικής (οικονομικά) εκτίμησης και αντιμετώπισης των περιστατικών και συχνά σχετίζεται αρνητικά με την κατάσταση υγείας του πληθυσμού. Στην Ελλάδα το πρόβλημα είναι έντονο, μια και οι Έλληνες γιατροί φθάνουν περίπου τους 70.000. Στα στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α για το 2011 (OECD Health Data 2011¹²) παρατηρούμε πως στη χώρα μας υπάρχουν 6,1 ιατροί ανά 1000 κατοίκους, αναλογία που είναι η υψηλότερη ανάμεσα στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α και σχεδόν διπλάσια από τον μέσο όρο τους, που είναι 3,1. Χαρακτηριστικά, στα ίδια στοιχεία μπορούμε να δούμε πως η αναλογία των ιατρών ανά 1000 κατοίκους στην Βρετανία είναι 2,7, στην Γερμανία 3,6, στην Ιταλία 3,4, στην Σουηδία 3,7, στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής 2,4, στην Πορτογαλία 3,9, στην Ισπανία 3,8 και στην Ιρλανδία 3,1.

Εξειδικεύοντας περισσότερο, σύμφωνα με στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής ο αριθμός των ιατρών και των οδοντιάτρων, στην Ελλάδα ,το 2009, ήταν 69030 και 14474 άτομα αντίστοιχα. Κατά ειδικότητα κατανέμονταν όπως φαίνεται στον πίνακα που ακολουθεί:

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Αριθμός ιατρών κατά ειδικότητα & αριθμός οδοντιάτρων στην Ελλάδα το 2010

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΟΙ-ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ	2.266
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΙ	1.784
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΙ	680
ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	2.065

¹² http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC

ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΙ-ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΟΙ	1.092
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΟΙ	542
ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΕΣ	69
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΙ	2.820
ΜΑΙΕΥΤΗΡΕΣ-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΙ	2.747
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ	3.279
ΟΥΡΟΛΟΓΟΙ	982
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΙ	2.092
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟΙ-ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΟΙ	3.754
ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΙ-ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ	2.524
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΙ-ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	653
ΝΕΦΡΟΛΟΓΟΙ	484
ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΙ	1.955
ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΟΙ-ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΟΙ	816
ΠΑΘΟΛΟΓΟΙ	4.373
ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	244
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΟΙ	301
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΙ-ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΟΙ	1.339
ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΙ	2.148
ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΙ ΘΩΡΑΚΑ	344
ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΙ ΠΑΙΔΩΝ	170
ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΟΙ	1.209
ΧΩΡΙΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	27.637
ΛΟΙΠΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ	896
ΣΥΝΟΛΟ	69.265
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ	14661

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή. (Οι ειδικότητες που δεν αναφέρονται στα συγκεκριμένα στοιχεία έχουν συμπεριληφθεί στις λοιπές ειδικότητες: αλλεργιολόγοι, υγεινολόγοι, φυσικής ιατρικής αποκατάστασης, ιατρικής της εργασίας, κλινικής χημείας κλπ.)

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΙΑΤΡΩΝ & ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ ΑΝΑ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΙΑΤΡΟΙ	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ
ΑΤΤΙΚΗ	34.082	7.138
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	1.691	468
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	3.811	658
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	2.213	560
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	3.553	856
ΗΠΕΙΡΟΣ	2.101	352
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ & ΘΡΑΚΗ	2.944	563
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	11.387	2.544
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	818	265
ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	888	164
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	822	155
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	1.076	275
ΚΡΗΤΗ	3.879	663

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Είναι, λοιπόν, φανερό πως εκτός από υπερπληθείς, οι ιατροί στην Ελλάδα δεν είναι αρμονικά κατανομημένοι στις περιφέρειες της. Ο μισός ιατρικός πληθυσμός της χώρας βρίσκεται στην Αττική (34654) και το ίδιο ισχύει και για τους οδοντιάτρους (7143). Η δομή του συστήματος προκαλεί συνωστισμό ανθρώπινου δυναμικού στα μεγάλα αστικά κέντρα της χώρας και ιδιαίτερα στην Αττική και Θεσσαλονίκη, ενώ στις απομακρυσμένες περιοχές υπάρχουν ελλείψεις προσωπικού αλλά και συγκεκριμένων ειδικοτήτων. Τα κίνητρα που δίνονται στους νέους κυρίως, επαγγελματίες για να ασκήσουν το επάγγελμα τους στην περιφέρεια είναι ελάχιστα και οι προοπτικές εξέλιξης σε ατομικό και επιστημονικό επίπεδο μηδαμινές, με αποτέλεσμα αυτοί να συνωστίζονται στις μεγάλες πόλεις εντείνοντας τον ανταγωνισμό, με ότι αυτό συνεπάγεται σε οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο.

Ο μεγάλος αριθμός των ιατρών και η τουλάχιστον ανεπαρκής λειτουργία του συστήματος απόκτησης ειδικότητας, στο οποίο οι αναμονές για κάποιες ειδικότητες φθάνουν ακόμα και τα 8 έτη δημιουργούν μεγάλα προβλήματα στον κλάδο. Η ανεργία καλπάζει, η υποαπασχόληση επίσης και εμφανίζονται φαινόμενα «μαύρης» εργασίας. Επιπρόσθετα, πολλοί από τους νεότερους ειδικευόμενους (ή προς ειδίκευση) ιατρούς μεταναστεύουν σε χώρες της Κεντρικής κυρίως, Ευρώπης σε αναζήτηση καλύτερων συνθηκών απασχόλησης, ταχύτερης απόκτησης ειδικότητας, σωστότερης και αρτιότερης επιστημονικής γνώσης του αντικειμένου τους και υψηλότερων οικονομικών αμοιβών. Μάλιστα, πολλοί από τους μεταναστεύοντες ιατρούς αποτελούν το πιο δυναμικό και ελπιδοφόρο κομμάτι του κλάδου το οποίο στην παραγωγικότερη ηλικία του, προσφέρει τις υπηρεσίες του εκτός της χώρας. Τα προβλήματα αυτά επιδεινώνει περισσότερο το γεγονός πως οι πτυχιούχοι των ιατρικών σχολών αγγίζουν τους 2000 κάθε χρόνο (1600 από ιατρικές σχολές Ελλάδας & 400 πτυχιούχοι ιατρικών σχολών εξωτερικού), ενώ οι συνταξιοδοτήσεις αγγίζουν τις 800 ανά έτος.

Η κατάσταση, όμως, που περιγράφηκε επιδεινώνεται από το γεγονός ότι στην ελληνική κοινωνία το ιατρικό επάγγελμα εξακολουθεί (έστω και λιγότερο) να ελκύει, ο προγραμματισμός της πολιτείας όπως έχει ήδη αναφερθεί, έχει προβλήματα και πολλά ξένα πανεπιστήμια (κατά κύριο λόγο, χωρών της πρώην Ανατολικής Ευρώπης) επανέρχονται προσφέροντας σπουδές (και στην Αγγλική γλώσσα) στις ιατρικές τους σχολές. Επιπλέον, οι 7 ιατρικές μας σχολές (10.000 φοιτητές) δεν πληρούν τα κριτήρια που έχει θεσπίσει η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, με αποτέλεσμα οι Έλληνες γιατροί να αντιμετωπίζουν έμμεσα τον περιορισμό της ελεύθερης επαγγελματικής τους διακίνησης προς άλλες χώρες και να επιτείνεται η διόγκωση του ιατρικού σώματος στη χώρα μας.

Στα νοσοκομεία της χώρας μας παρατηρούνται ελλείψεις ιατρών κάποιων ειδικοτήτων όπως και αναντιστοιχία στις ιατρικές ειδικότητες σε σχέση με τις ανάγκες. Η «δυσανάλογη ανά ειδικότητα κατανομή των γιατρών»¹³ δημιουργεί

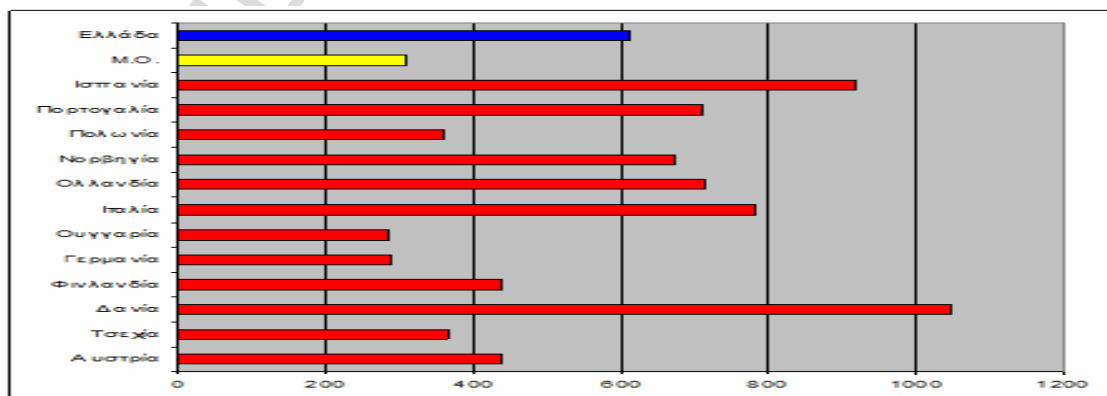
¹³ Sorkin AL. *Health Manpower: An Economic Perspective*. Lexington Books, 1977

υπερβάλλουσα ζήτηση προς τις ειδικότητες με το μεγαλύτερο αριθμό γιατρών. Είναι αξιοσημείωτο ότι ενώ υπάρχει υπερπροσφορά γιατρών σε ειδικότητες όπως η χειρουργική, η γυναικολογία, η παθολογία κ.λπ., παρατηρείται σημαντική έλλειψη σε ειδικότητες όπως γενικής ιατρικής, γηριατρικής, αποκατάστασης, κοινωνικής ιατρικής, δημόσιας υγείας κ.λπ. Προς τα εκεί, ίσως θα πρέπει να στραφεί η πολιτική υγείας, για να καλύψει το παρόν και μελλοντικό πρόβλημα ανεργίας, αλλά και για την καλύτερη αξιοποίηση του δυναμικού.

Είναι αξιοσημείωτο επίσης, πως από την 1^η θέση στην αναλογία ιατρών ανά 1000 κατοίκους των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α, πηγαίνουμε στην 7^η ανάμεσα στις ίδιες χώρες όταν αναφερόμαστε στην αναλογία νοσοκομειακών ιατρών προς 1000 κλίνες σταθμισμένες ως προς την πληρότητα τους. Τα στοιχεία αυτά είναι μια ακόμα απεικόνιση της ελλιπούς αξιοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού των ιατρών στη χώρα μας. Η πληθώρα των ιατρών δεν αξιοποιείται στο έπακρο, δεν κατανέμεται ιδανικά στα νοσοκομεία και δεν χρησιμοποιεί το σύνολο των παραγωγικών της δυνατοτήτων. Τα προβλήματα αυτά μπορούν να αποδοθούν στις οργανωτικές αδυναμίες του συστήματος, στα δομικά του προβλήματα, στην ελλιπή χρηματοδότηση καθώς και στην κακή συνεργασία του με το σύστημα εκπαίδευσης. Εξάλλου η απογοήτευση των Ελλήνων από το σύστημα υγείας τους αποτυπώνεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα στις έρευνες που διεξάγονται από τις υπηρεσίες της Ε.Ε (π.χ. Ευρωβαρόμετρο).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10

Νοσοκομειακοί Ιατροί ανά 1000 κλίνες, σταθμισμένες ως προς την πληρότητα

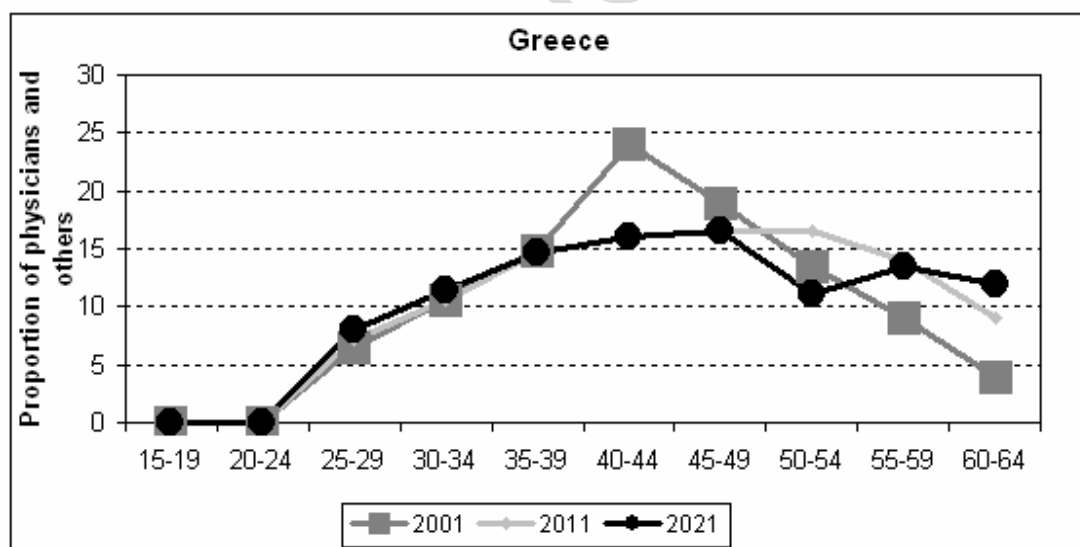


Πηγή: OECD HEALTH DATA 2010, June

Ένα άλλο πρόβλημα του εγχώριου συστήματος υγείας είναι η γήρανση του (νοσοκομειακού και μη) ιατρικού δυναμικού. Σύμφωνα με τα στοιχεία του διαγράμματος που ακολουθεί το 2011, το 10% περίπου των Ελλήνων γιατρών είναι ηλικίας μεταξύ 60 και 64. Στο σύνολο των 70.000 γιατρών, η αναλογία μας δίνει 7.000, σε καθεστώς συνταξιοδότησης μέχρι το 2015. Βέβαια, η προβλεπόμενη αποχώρηση των γιατρών που προσελήφθησαν ή εντάχθηκαν μαζικά στο ΕΣΥ στα μέσα της 10ετίας του 1980 κατά την 5ετία 2011-2015 θα δώσει στο σύστημα τη δυνατότητα ανανέωσης και ποιοτικής αναβάθμισης και, εν μέρει, τη δυνατότητα διόρθωσης της ανισοκατανομής κατά ειδικότητα. Ωστόσο, κανείς δεν είναι βέβαιος ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας θα αρπάξει αυτήν την ευκαιρία, αμβλύνοντας τα υπάρχοντα προβλήματα και θέτοντας στέρεες βάσεις για τη συνέχειά του.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11

Προβολή της ηλικιακής σύνθεσης των Ελλήνων ιατρών, 2001-2021

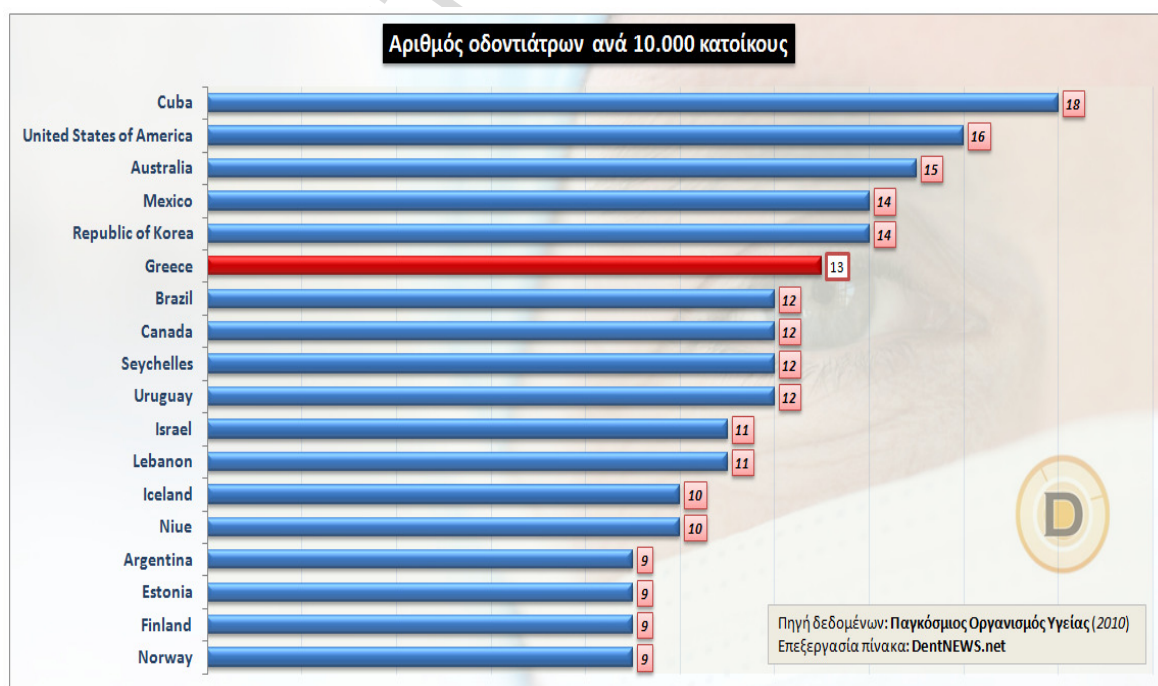


Πηγή: OECD 2003 Human Resources for HealthCare project, Paris, 2003.

3.1.2. Οδοντίατροι

Η εικόνα και στους οδοντίατρους εμφανίζει την Ελλάδα με πολύ μεγάλο αριθμό σε σχέση με τον πληθυσμό της. Η χώρα βρισκόταν το 2009, στη δεύτερη θέση παγκοσμίως, όμως το 2010, εμφανίζεται έκτη (6η) στον κόσμο και πρώτη ανάμεσα στις χώρες της Ευρώπης, με αναλογία 13 οδοντιάτρων για κάθε 10.000 κατοίκους (ή 770 άτομα για κάθε οδοντίατρο). Οι συνθήκες για τους επαγγελματίες του χώρου είναι παρόμοιες με αυτές των ιατρών. Παρατηρούνται φαινόμενα κορεσμού στην αγορά εργασίας, συγκέντρωση μεγάλου αριθμού επαγγελματιών στα μεγάλα αστικά κέντρα, δυσκολία έναρξης της επαγγελματικής σταδιοδρομίας, υποαπασχόληση, «μαύρη εργασία» και ανεργία. Οι συνθήκες αυτές έχουν δημιουργήσει μια μείωση στην παραγωγή νέων οδοντιάτρων, η οποία σταδιακά θα ισορροπήσει την αγορά του επαγγέλματος. Ωστόσο, ακριβείς εκτιμήσεις δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν καθώς η διαδικασία εξισορρόπησης είναι χρονοβόρα και διεξάγεται μέσα σε ένα περιβάλλον διεθνούς ανταγωνισμού πλέον (χαρακτηριστικό παράδειγμα οι μετακινήσεις κατοίκων της Βόρειας κυρίως, Ελλάδας στις Βαλκανικές χώρες για οδοντιατρικές επεμβάσεις, λόγω χαμηλότερου κόστους).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12



3.1.3. Νοσηλευτικό Προσωπικό

Το νοσηλευτικό προσωπικό των θεραπευτηρίων της Ελλάδος σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή αποτελείται από 37.905 ανθρώπους. Από αυτούς οι 1.110 είναι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, 18.515 είναι τεχνολογικής εκπαίδευσης, 17.151 είναι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και 1.129 είναι υποχρεωτικής εκπαίδευσης. Ωστόσο σύμφωνα με τον Ο.Ο.Σ.Α¹⁴ αριθμεί 37.306 ανθρώπους. Αυτό συμβαίνει γιατί στα δεδομένα του Ο.Ο.Σ.Α δεν περιλαμβάνεται το προσωπικό υποχρεωτικής εκπαίδευσης, ενώ αντίθετα περιλαμβάνονται οι 530 επισκέπτριες υγείας. Στο ανθρώπινο δυναμικό των ελληνικών θεραπευτηρίων υπάρχουν και 2.626 μαίες. Τα στοιχεία αυτά απεικονίζονται στον ακόλουθο πίνακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Θεραπευτήρια, κλίνες & νοσηλευτικό προσωπικό, κατά ειδικότητα θεραπευτηρίων 2009

	Θεραπευτήρια	κλίνες	Νοσοκόμοι				Επισκέπτριες	μαίες
			Π.Ε (2)	Τ.Ε (3)	Δ.Ε (4)	Υ.Ε (5)		
Ειδικότητα θεραπευτηρίων								
Σύνολο	313	54704	1110	18515	17151	1129	530	2626
Γενικά	187	39003	930	15853	13755	852	403	1889
Μικτά	14	1194	14	148	200	11	0	187
Αντικαρκινικά	4	1224	36	502	370	0	17	27
Αφροδισίων-Δερματικά	2	140	3	51	63	0	6	0
Καρδιολογικά	0	0	0	0	0	0	0	0
Λοιμωδών-Λεπτοκομείο	1	93	1	30	0	0	0	0
Μαιευτικά-Γυναικολογικά	32	1154	14	99	244	29	3	512
Νευροψυχιατρικά	48	8975	45	796	1821	166	69	5
Ορθοπαιδικά	3	423	0	13	48	41	3	0
Οφθαλμολογικά	3	65	5	22	35	1	0	0
Παθολογικά	9	486	1	49	37	15	2	0
Παιδιατρικά	6	1701	43	675	491	2	26	6
Φυματιολογικά	1	52	1	19	22	6	1	0
Χειρουργικά	2	152	17	258	65	6	0	0
Ωτορινολαρυγγολογικά	1	42	0	0	0	0	0	0

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή,

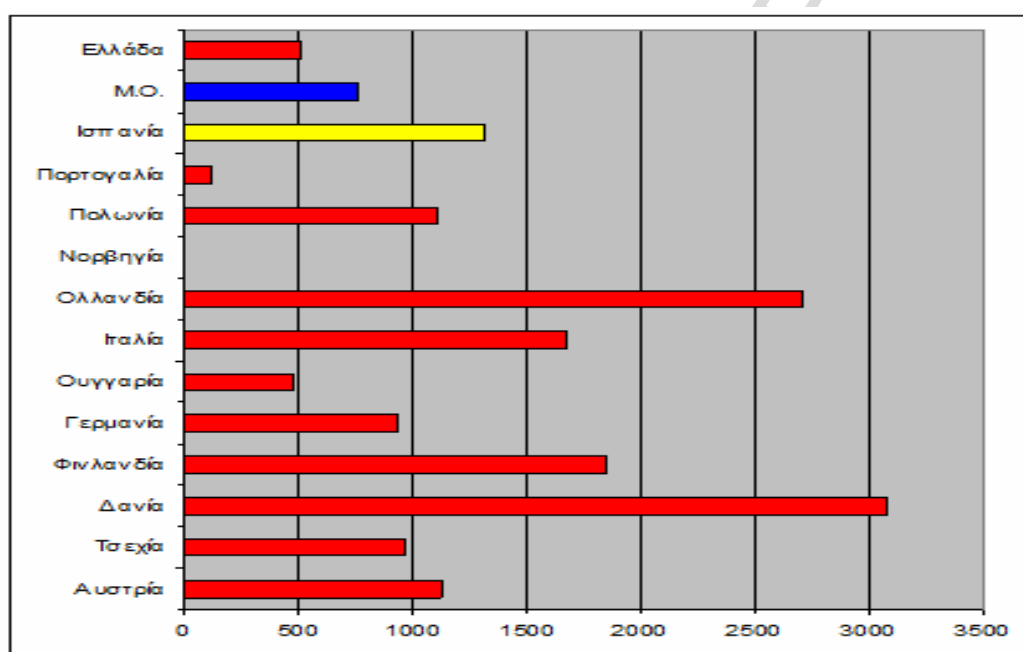
(1) Δεν περιλαμβάνονται τα Στρατιωτικά Νοσοκομεία και οι κλίνες τους, (2) Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, (3) Τεχνολογικής εκπαίδευσης, (4) Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, (5) Υποχρεωτικής εκπαίδευσης

¹⁴ http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT

Σύμφωνα με τον αριθμό του νοσηλευτικού προσωπικού που δίνει ο Ο.Ο.Σ.Α, Στην Ελλάδα αντιστοιχούν 3,3 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους για το 2009, ποσοστό αρκετά μικρό σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες μέλη του Ο.Ο.Σ.Α. Αν επεκτείνουμε την ανάλυση στο ποσοστό των νοσοκομειακών νοσηλευτών ανά 1000 κλίνες σταθμισμένες ως προς την πληρότητα τους παρατηρούμε πως η Ελλάδα έχει ένα από τα μικρότερα ποσοστά μεταξύ ευρωπαϊκών χωρών.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13

Νοσοκομειακοί νοσηλευτές και Μαίες ανά 1000 κλίνες σταθμισμένες ως προς την πληρότητα σε Ευρωπαϊκές χώρες, 2008



Πηγή: OECD HEALTH DATA 2010

Οι νοσηλευτές πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, τεχνολογικής εκπαίδευσης και οι επισκέπτριες υγείας (20.155 άτομα, το 2009) είναι 1,79 άτομα ανά 1.000 κατοίκους¹⁵. Ενώ αυτοί της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (17.151 άτομα, το 2009) είναι 1,52 άτομα ανά 1.000 κατοίκους¹⁴. Όσον αφορά το ποσοστό των μαϊών ανά 1.000 κατοίκους αυτό είναι 0,23, ενώ ανά 1.000 γεννήσεις ζωντανών παιδιών υπάρχουν 21,89 μαίες (τελευταία διαθέσιμα στοιχεία 2008).

¹⁵ http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT

Σε αντίθεση με την ιατρική πληθώρα, η Ελλάδα αντιμετωπίζει σημαντικό πρόβλημα στη στελέχωση των νοσοκομείων με νοσηλευτικό προσωπικό. Παρότι ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού έχει σχεδόν διπλασιαστεί από τη δεκαετία του '80, τα κενά στα δημόσια ελληνικά νοσοκομεία και κέντρα υγείας παραμένουν σημαντικά, τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά. Ειδικότερα η σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού στη χώρα μας εμφανίζει σημαντικά ποιοτικά ελλείμματα με τους πτυχιούχους (Πανεπιστημίων, ΤΕΙ) νοσηλευτές να αποτελούν μόνο το 52% του συνολικού νοσηλευτικού προσωπικού, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό του Δημόσιου τομέα και το μεγαλύτερο κομμάτι του ιδιωτικού καλύπτεται από αποφοίτους σχολών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (βοηθούς νοσηλευτές) και υποχρεωτικής εκπαίδευσης, ίσως χωρίς τα απαιτούμενα προσόντα. Πρέπει να αναφερθεί ακόμα πως υπάρχει, μάλλον διαχρονικά, σημαντικός αριθμός κενών οργανικών θέσεων νοσηλευτών στο Σύστημα Υγείας. Παρατηρούνται, επίσης, φαινόμενα μαζικών αποσπάσεων ή μετατάξεων (με «άνωθεν υποδείξεις») εξαιτίας των χαμηλών απολαβών σε συνδυασμό με τις δύσκολες συνθήκες εργασίας. Συχνά, νοσηλεύτριες χωρίς τα απαραίτητα προσόντα καταλαμβάνουν θέσεις διοικητικού προσωπικού. Τέλος, πολλοί από τους υπάρχοντες νοσηλευτές εργάζονται με συμβάσεις ορισμένου χρόνου, γεγονός που επηρεάζει την ισορροπία και τη λειτουργία του συστήματος, ενώ ο αριθμός των ατόμων που συνταξιοδοτούνται κάθε χρόνο είναι περίπου ίσος με τον αριθμό των νέων προσλήψεων με συνέπεια οι όποιες ελλείψεις προσωπικού να μην εξαλείφονται.

3.1.4. Φαρμακοποιοί

Οι φαρμακοποιοί στην Ελλάδα σύμφωνα με τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α (αφορούν το 2006)¹⁶ ήταν 9.837 άτομα και η αναλογία τους ανά 1.000 κατοίκους ήταν 0,88. Σε αυτούς περιλαμβάνονται και οι φαρμακοποιοί που εργάζονται στα φαρμακεία των νοσοκομείων, θεραπευτηρίων κλπ. Τα φαρμακεία στη χώρα το 2009 ήταν 10.458 (στοιχεία Ε.Σ.Υ.Ε) και οι φαρμακαποθήκες 130. Το δίκτυο των φαρμακείων στην Ελλάδα είναι απλωμένο σχεδόν σε όλη την επικράτεια. Την

¹⁶ Τα δημοσιευμένα στοιχεία της Ε.Σ.Υ.Ε αφορούν φαρμακεία και όχι φαρμακοποιούς.

μερίδα του λέοντος έχουν και σε αυτόν τον κλάδο οι μεγάλες πόλεις της χώρας όπου τα φαρμακεία υπερκαλύπτουν τις πληθυσμιακές ανάγκες.

Οι μελέτες που έχουν γίνει για τον κλάδο του φαρμακείου στην Ελλάδα κάνουν λόγο για 4.000 με 4.500 φαρμακεία που μπορεί να αντέξει το σύστημα σε όλη την επικράτεια. Εντούτοις, υπάρχουν 10.458 φαρμακεία, δηλαδή περίπου ένα φαρμακείο ανά 1.000 κατοίκους, ποσοστό που είναι ένα από τα μεγαλύτερα στην Ευρώπη. Θα μπορούσαμε ακόμα να πούμε πως σε κάποιο βαθμό ο φαρμακοποιός υποκαθιστά την πρωτοβάθμια φροντίδα περίθαλψης που χωλαίνει στην χώρα όπως προαναφέραμε.

Η παρούσα κατάσταση στην χώρα μας περιέχει μια σειρά διαβουλεύσεων για το «άνοιγμα» του επαγγέλματος του φαρμακοποιού. Το άνοιγμα της αγοράς από τη στιγμή που τα φαρμακεία είναι υπεράριθμα, ωστόσο, μάλλον θα οδηγήσει σε μεγαλύτερη αποδυνάμωση των φαρμακοποιών και ενδεχομένως σε μεγαλύτερη απώλεια θέσεων εργασίας. Επιπλέον, οι νέοι φαρμακοποιοί που αντιμετωπίζουν τώρα το φάσμα της ανεργίας, θα έρθουν μελλοντικά σε δυσκολότερη θέση. Η πιθανότερη προοπτική θα είναι η αναζήτηση κάποιας θέσης υπαλλήλου σε αλυσίδες φαρμακείων ή σε φαρμακεία μεγάλων καταστημάτων, υπενοικιάζοντας ουσιαστικά την άδεια ασκήσεως του επαγγέλματος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Φαρμακεία και Φαρμακαποθήκες

	2006	2007	2008	2009
Φαρμακεία	9606	9472	10265	10458
Φαρμακαποθήκες	160	132	134	130

Πηγή: Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος, Ελληνική Στατιστική Αρχή

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Αριθμός φαρμακείων ανά γεωγραφική περιφέρεια

Αριθμός Φαρμακείων/Γεωγραφική Περιφέρεια	2006	2007	2008	2009
Αττική	3776	3536	4006	4008
Στερεά Ελλάδα	395	410	415	425

Δυτική Ελλάδα	534	541	586	543
Πελοπόννησος	440	439	439	470
Θεσσαλία	725	721	750	778
Ήπειρος	288	292	294	311
Ανατολική Μακεδονία & Θράκη	471	481	481	508
Κεντρική Μακεδονία	1785	1836	2046	2101
Δυτική Μακεδονία	220	221	223	231
Ιόνια Νησιά	158	167	168	178
Βόρειο Αιγαίο	144	146	146	154
Νότιο Αιγαίο	198	197	205	233
Κρήτη	472	485	506	518

Πηγή: Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος, Ελληνική Στατιστική Αρχή

3.1.5 Φυσικοθεραπευτές

Οι φυσικοθεραπευτές στην Ελλάδα ,σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής για το 2010, είναι 5.118 άτομα και κατανέμονται στις περιφέρειες της χώρας όπως φαίνεται στον ακόλουθο πίνακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

Φυσικοθεραπευτές ανά γεωγραφική περιφέρεια

	2008	2009	2010
ΣΥΝΟΛΟ ΧΩΡΑΣ	3881	4521	5118
Βόρεια Ελλάδα	1132	1294	1544
Ανατολική Μακεδονία & Θράκη	315	324	360
Κεντρική Μακεδονία	592	725	841
Δυτική Μακεδονία	42	50	84
Θεσσαλία	183	195	259
Κεντρική Ελλάδα	573	679	818
Ήπειρος	93	101	115
Ιόνιοι Νήσοι	55	69	95
Δυτική Ελλάδα	123	152	167
Στερεά Ελλάδα	193	221	215
Πελοπόννησος	109	136	226
Αττική	1854	2193	2360
Νήσοι Αιγαίου, Κρήτη	322	355	396
Βόρειο Αιγαίο	54	62	65
Νότιο Αιγαίο	65	70	75
Κρήτη	203	223	256

Πηγή: Πανελλήνιος Σύλλογος Φυσικοθεραπευτών, Ελληνική Στατιστική Αρχή

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4. Οι Αμοιβές των επαγγελματιών υγείας στην Ευρώπη

Στο κεφάλαιο αυτό θα προσπαθήσουμε να δώσουμε μια εικόνα για τα έσοδα των επαγγελματιών υγείας στην Ευρώπη. Η σύγχρονη πραγματικότητα επηρεάζει το περιβάλλον της αγοράς εργασίας. Οι μετακινήσεις ή η μετανάστευση για λόγους εργασιακούς είναι ευκολότερη καθώς και πιο συχνή σήμερα και η ανάλυση των εσόδων του ανθρώπινου δυναμικού της υγείας θα είναι πληρέστερη αν αναφερθούμε σε ένα σύνολο χωρών μπαίνοντας ωστόσο σε κάποιες παραπάνω λεπτομέρειες για τις εγχώριες αμοιβές.

Εξάλλου, ο στόχος της συνολικής μελέτης είναι να αποκτήσει ο αναγνώστης μια εικόνα για τις εκροές ανθρώπινου δυναμικού από το σύστημα εκπαίδευσης της Ελλάδας προς το σύστημα υγείας και γενικότερα τις υπηρεσίες υγείας καθώς και την απορρόφηση τους από αυτό. Συνεπώς κλείνοντας την εργασία με τα στοιχεία της σύγχρονης οικονομικής πραγματικότητας για τους επαγγελματίες του χώρου της υγείας ολοκληρώνουμε την παρουσίαση των στοιχείων εκείνων που χρειάζονται στον αναγνώστη για να σχηματίσει μια αδρή αλλά ολοκληρωμένη εικόνα σχετικά με το αντικείμενο της μελέτης.

4.1. Συλλογή στοιχείων-μορφές απασχόλησης

Στο κεφάλαιο αυτό θα αναφερθούμε στις αμοιβές (ετήσιους μισθούς) των επαγγελματιών στο χώρο της υγείας για τα έτη 2006-2011 σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τις οποίες υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία. Το κύριο βάρος δίνεται στις αποδοχές των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού. Τα στοιχεία προέρχονται από τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ).

Κατά την συλλογή των στοιχείων προέκυψαν κάποιες ανομοιομορφίες κυρίως εξαιτίας των διαφορετικών εθνικών πηγών δεδομένων. Οι εθνικές πηγές δεδομένων αναφέρονται συχνά αποκλειστικά στην κύρια δραστηριότητα που αποδίδει μέρος του εισοδήματος των ιατρών αγνοώντας τις επιμέρους δραστηριότητες που συνεισφέρουν στη διαμόρφωση του συνολικού εισοδήματος. Επιπλέον τα δεδομένα που θα

παρατεθούν στο κεφάλαιο αυτό αφορούν, για τις περισσότερες των χωρών, τους ιατρούς που εργάζονται σε πλήρες ωράριο. Ωστόσο σε κάποιες χώρες τα δεδομένα αναφέρονται στο σύνολο των ιατρών ανεξαρτήτως της ολικής ή μερικής απασχόλησης τους. Από την στιγμή όμως που το κεφάλαιο αυτό αποτελεί ένα μέρος του συνόλου της μελέτης θα αρκεστούμε στην επαρκή εικόνα που μας δίνει για τις υπάρχουσες διαφοροποιήσεις στις αμοιβές των επαγγελματιών της υγείας ανά την Ευρώπη.

Στον χώρο της υγείας όπως και στο σύνολο σχεδόν της αγοράς εργασίας οι αμοιβές διαμορφώνονται σε σημαντικό βαθμό από την προσφορά και την ζήτηση υπηρεσιών. Η προσφορά εργασίας από τους επαγγελματίες υγείας και η ζήτηση για τις υπηρεσίες τους καθορίζουν το ύψος των μισθών και των αποζημιώσεων για τις ιατρικές πράξεις, τον αριθμό των εργαζομένων και τις ώρες απασχόλησης τους. Σημαντικό ρόλο παίζει και η πολιτική για την υγεία που χαράσσεται από το κάθε κράτος. Σε πολλά κράτη οι κυβερνήσεις επηρεάζουν το επίπεδο των αμοιβών και τη διάρθρωσή τους είτε άμεσα με τον ρόλο του βασικού εργοδότη-αγοραστή υπηρεσιών υγείας είτε έμμεσα μέσω ρυθμίσεων στην αγορά εργασίας.

Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να είναι μισθωτοί, αυτοαπασχολούμενοι ή υπό προϋποθέσεις να συνδυάζουν και τους δύο τρόπους απασχόλησης. Υπάρχουν ιατροί που είναι αποκλειστικά μισθωτοί και προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο Εθνικό Σύστημα Υγείας ή τα ασφαλιστικά ταμεία, ιατροί που εξασκούν το επάγγελμα τους ιδιωτικά σε ιατρεία ή και ιδιωτικές κλινικές, ιατροί ιδιώτες που παράλληλα είναι συμβεβλημένοι με τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης ή προσφέρουν ως επιστημονικοί συνεργάτες τις υπηρεσίες τους σε ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία καθώς και συνδυασμοί των ανωτέρω μορφών απασχόλησης.

4.2. Αποδοχές-μέθοδοι αποζημίωσης

Ως αποδοχές των επαγγελματιών υγείας ορίζουμε το σύνολο του ακαθάριστου ετησίου εισοδήματος στο οποίο συμπεριλαμβάνονται οι εισφορές κοινωνικής ασφάλισης και η φορολογία που καταβάλλονται από τον εργαζόμενο, οι πρόσθετες επίσημες πληρωμές (επιδόματα, εφημερίες, υπερωρίες) καθώς και τα συμπληρωματικά εισοδήματα.

Οι τρόποι της αποζημίωσης των ιατρών στις χώρες της Ευρώπης εμπεριέχονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες την αμοιβή με μισθό, την αμοιβή με βάση την παρεχόμενη υπηρεσία και την κατά κεφαλήν αμοιβή. Η σύγχρονη πραγματικότητα ωστόσο και η εξέλιξη των συστημάτων υγείας και του περιβάλλοντος τους δημιουργεί την ανάγκη για εξελιγμένες μορφές πληρωμών που να ανταμείβουν δίκαια, να παρακινούν και να ικανοποιούν τους επαγγελματίες του χώρου.

Αμοιβή με μισθό:

Αφορά την καταβολή ενός συμφωνηθέντος ποσού χρημάτων σε αντάλλαγμα για την εργασία ενός συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος. Ο μισθός συνήθως καθορίζεται με βάση τα προσόντα των γιατρών, το επίπεδο-ιεραρχία της θέσης ή την αρχαιότητα. Η πληρωμή κατά κανόνα δεν επηρεάζεται από τον αριθμό των ασθενών που έλαβαν θεραπεία ή από την τιμή των υπηρεσιών. Πρόσθετες πληρωμές μπορούν να παρέχονται ωστόσο, για υπερωριακή εργασία, για εργασία κατά τη διάρκεια του σαββατοκύριακου ή για νυχτερινή εργασία.

Αμοιβή με βάση την προσφερόμενη υπηρεσία:

Αφορά την καταβολή ενός χρηματικού αντιτίμου για κάθε παρεχόμενη υπηρεσία. Το επίπεδο της αμοιβής καθορίζεται από την αμοιβή που έχει συμφωνηθεί να καταβάλλεται για τις υπηρεσίες αυτές και τον αριθμό τους. Οι αμοιβές ανά υπηρεσία είναι προϊόν διαπραγμάτευσης μεταξύ των αγοραστών των υπηρεσιών και των παρόχων τους.

Αμοιβή κατά κεφαλήν:

Αφορά την καταβολή ενός συγκεκριμένου ποσού χρημάτων στον ιατρό για κάθε ασθενή που θα παρακολουθείται με την προϋπόθεση ότι για ένα συμφωνημένο χρονικό διάστημα (συνήθως ενός έτους) ο ιατρός θα ανταποκριθεί στις ανάγκες περίθαλψης ενός αριθμού ασθενών. Η αμοιβή εδώ επηρεάζεται από τον αριθμό των ασθενών και το προβλεπόμενο για κάθε ασθενή ποσό.

Όπως προαναφέρθηκε τα συστήματα αμοιβών των ιατρών εξελίσσονται για να προσαρμοστούν στις σύγχρονες ανάγκες του χώρου της υγείας. Ο βασικός προβληματισμός έχει να κάνει με την σύνδεση των αμοιβών των επαγγελματιών υγείας με την αποδοτικότητα τους και την επίτευξη ποιοτικών στόχων.

Τα συστήματα αμοιβών είναι σημαντικά για τη λειτουργία των συστημάτων υγείας αφού επηρεάζουν όπως είναι λογικό τη συμπεριφορά των ιατρών. Σε ένα σύστημα αμοιβής κατά υπηρεσία ή κατά κεφαλή για παράδειγμα η εξυπηρέτηση μεγαλύτερου αριθμού ασθενών προσφέρει μεγαλύτερα έσοδα στον επαγγελματία. Αυτό του δίνει κίνητρο να εξυπηρετήσει μεγαλύτερο αριθμό ασθενών από έναν μισθωτό ιατρό μπορεί όμως να οδηγήσει σε μείωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Για την αποφυγή αυτών των φαινομένων ένα σύστημα αμοιβών θα πρέπει να είναι δομημένο έτσι ώστε να οδηγεί στην μέγιστη δυνατή αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των ιατρών, διασφαλίζοντας την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και δίνοντας κίνητρα για συνεχή βελτίωση. Διατηρώντας την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στα επιθυμητά επίπεδα και ασκώντας παράλληλα τον απαραίτητο έλεγχο στις δαπάνες του συστήματος.

Πολλές χώρες έχουν προχωρήσει σε μεικτά συστήματα αμοιβών χρησιμοποιώντας και αρκετούς «νεωτερισμούς» από άλλους τομείς της αγοράς για να πετύχουν τους προαναφερθέντες στόχους. Συνέπεια αυτού είναι βέβαια η δυσκολία αξιολόγησης κάθε μεμονωμένης μεθόδου αποζημίωσης στα επίπεδα των αμοιβών αλλά και στην προκύπτουσα από αυτήν συμπεριφορά των ιατρών.

Οι αμοιβές των επαγγελματιών υγείας επηρεάζονται, όπως είναι λογικό από το επίπεδο της οικονομικής ανάπτυξης κάθε χώρας. Παρατηρούνται βέβαια σημαντικές διαφορές στις αμοιβές των ιατρών σε σχέση με το μέσο εισόδημα των εργαζομένων της χώρας. Διαφορές υπάρχουν και μεταξύ των αμοιβών των διάφορων ιατρικών ειδικοτήτων καθιστώντας έτσι κάποιες ειδικότητες περισσότερο ελκυστικές.

4.3. ΓΕΝΙΚΟΙ ΙΑΤΡΟΙ

ΕΜΜΙΣΘΟΙ ΚΑΙ ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ

Στοιχεία σχετικά με τις αμοιβές των έμμισθων γενικών ιατρών-παθολόγων έχουν συλλεγεί από 13 χώρες της Ευρώπης (πίνακες 7,8 και 9). Για να είναι δυνατή η σύγκριση τους, έχει υπολογιστεί ο μέσος όρος των αμοιβών για τα έτη όπου υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία σε κάθε χώρα (πίνακας 8). Όσον αφορά τους αυτοαπασχολούμενους παθολόγους, διαθέσιμα στοιχεία υπάρχουν για 9 χώρες.

Παρατηρούμε αρχικά ότι οι παθολόγοι και οι γενικοί ιατροί που αυτοαπασχολούνται έχουν κατά κανόνα υψηλότερα έσοδα από τους συναδέλφους τους που αμείβονται με μισθό. Στις περισσότερες περιπτώσεις μάλιστα υπάρχει σημαντική διαφορά εσόδων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν η Αγγλία, η Ολλανδία και η Γερμανία. Στην Αγγλία και την Ολλανδία τα έσοδα των αυτοαπασχολούμενων παθολόγων είναι σχεδόν διπλάσια από τα έσοδα των μισθωτών και στην Γερμανία τα έσοδα των μισθωτών παθολόγων είναι κατά 34,71% μικρότερα από αυτά των αυτοαπασχολούμενων παθολόγων. Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται και στις υπόλοιπες χώρες οδηγώντας σε μια σαφή διαφοροποίηση στον τομέα των εσόδων μεταξύ των αυτοαπασχολούμενων και των μισθωτών παθολόγων και γενικών ιατρών.

Θεωρώντας ως δεδομένο ότι οι οικονομικές απολαβές είναι ένας από τους κύριους παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή του επαγγέλματος αλλά και τον τρόπο άσκησης αυτού είναι εύκολο να αντιληφθούμε πως οι παραπάνω διαφορές επηρεάζουν τον χώρο των ιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας, τις επαγγελματικές τους επιλογές καθώς και τον τρόπο εξάσκησης του επαγγέλματος τους.

Στους πίνακες που παρατίθενται παρακάτω μπορούμε επίσης να παρατηρήσουμε πως η χρηματοοικονομική κρίση των τελευταίων ετών δεν έχει επηρεάσει σημαντικά τα εισοδήματα των παθολόγων και των γενικών ιατρών με εξαίρεση κάποιες χώρες που βρίσκονται χαμηλά στην κατάταξη των εισοδημάτων των ιατρών (μεταξύ αυτών και η Ελλάδα).

Σημαντική ακόμα είναι η διαφορά των μισθών των παθολόγων και των γενικών ιατρών από τον μέσο μισθό κάθε χώρας. Οι μισθοί τους είναι κατά πολύ υψηλότεροι από το μέσο μισθό κάθε χώρας. Στις περισσότερες χώρες είναι πάνω από δύο φορές

υψηλότεροι μάλιστα και όσον αφορά τα έσοδα των αυτοαπασχολούμενων, οι διαφορές με τον μέσο μισθό είναι ακόμα μεγαλύτερες. Οι αμοιβές των ιατρών αυτών λοιπόν, παραμένουν σεβαστές και σχετικά υψηλές στο σύγχρονο χρηματοοικονομικό περιβάλλον.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

ΑΜΟΙΒΕΣ ΓΕΝΙΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ (Ετήσιο εισόδημα σε χιλιάδες ευρώ)							
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΧΩΡΑ	ΕΤΗ					
		2006	2007	2008	2009	2010	2011
Έμμισθοι	Δανία	116.723,00	120.902,00	129.387,00	136.671,77	139.330,70	..
	Εσθονία	10.862,24	12.974,38	16.682,92	17.622,74	17.205,91	17.488,73
	Φινλανδία	58.164,00	60.834,00	63.831,00	64.120,00	65.333,00	..
	Γερμανία	75.733,00	..	..	..	..	..
	Ουγγαρία	12.591,68	12.626,20	13.341,22	12.983,92	12.654,96	..
	Ισλανδία	..	69.742,86	78.124,08	80.322,67	76.606,31	78.645,83
	Ολλανδία	64.614,72	67.454,18	68.040,42	70.078,33	..	..
	Πολωνία	..	..	..	..	20.321,29	..
	Σλοβακία	13.776,14	16.166,90	18.448,98	19.196,28	19.992,00	..
	Σλοβενία	36.494,61	37.172,00	44.504,00	52.256,00	51.607,00	..
	Ισπανία	..	..	..	..	66.240,39	..
	Τουρκία	14.525,94	16.081,83	16.244,14	16.645,25	16.917,09	..
	Αγγλία	63.854,94	66.048,65	67.822,93	68.651,49	..	..
Αυτοαπασχολούμενοι	Αυστρία	92.830,00	92.762,00	..	..	..	..
	Βέλγιο	73.490,00	76.552,00	85.135,00	91.646,00	90.427,00	..
	Τσεχία	..	29.525,56	37.345,98	..	..	..
	Δανία	134.499,67	..	..	143.914,93	..	..
	Γαλλία	67.400,00	70.900,00	71.700,00	72.600,00	71.300,00	..
	Γερμανία	..	116.000,00	..	..	..	..
	Ιρλανδία	138.988,00	153.539,00	166.229,00	164.598,00	..	..
	Ολλανδία	123.191,00	128.756,00	123.101,00	125.325,00	..	..
	Αγγλία	127.399,50	125.513,22	124.599,73	125.065,27	..	..

Πηγή: OECD Health Data

ΠΙΝΑΚΑΣ 8

ΑΜΟΙΒΕΣ ΓΕΝΙΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ (Μέσος όρος ετήσιου εισοδήματος σε χιλιάδες ευρώ για τα έτη 2006 - 2011)			
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΧΩΡΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΙΑΘΕΣΙΜΩΝ ΕΤΩΝ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ
Έμμισθοι	Δανία	5	128.602,89
	Εσθονία	6	15.472,82
	Φινλανδία	5	62.456,40
	Γερμανία	1	75.733,00
	Ουγγαρία	5	12.839,60
	Ισλανδία	5	76.688,35
	Ολλανδία	4	67.546,91
	Πολωνία	1	20.321,29
	Σλοβακία	5	17.516,06
	Σλοβενία	5	44.406,72
	Ισπανία	1	66.240,39
	Τουρκία	5	16.082,85
	Αγγλία	4	66.594,50
Αυτοαπασχολούμενοι	Αυστρία	2	92.796,00
	Βέλγιο	5	83.450,00
	Τσεχία	2	33.435,77
	Δανία	2	139.207,30
	Γαλλία	5	70.780,00
	Γερμανία	1	116.000,00
	Ιρλανδία	4	155.838,50
	Ολλανδία	4	125.093,25
	Αγγλία	4	125.644,43

Πηγή: OECD Health Data

ΠΙΝΑΚΑΣ 9

ΑΜΟΙΒΕΣ ΓΕΝΙΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ (Ετήσιος μισθός γενικών ιατρών ανά μέσο ετήσιο μισθό, σε χιλιάδες ευρώ)

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΧΩΡΑ	ΕΤΗ						Μ.Ο.
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Έμμισθοι	Δανία	2,57	2,58	2,66	2,74	2,71	..	2,65
	Εσθονία	1,36	1,3	1,54	1,69	1,65	..	1,50
	Φινλανδία	1,82	1,83	1,83	1,8	1,79	..	1,81
	Γερμανία	2,46	..	..	..	..	..	2,46
	Ουγγαρία	1,61	1,52	1,5	1,47	1,4	..	1,50
	Ισλανδία	..	2,18	2,27	2,5	2,31	2,23	2,30
	Ολλανδία	1,78	1,79	1,75	1,75	..	..	1,77
	Πολωνία	..	..	..	..	2,26	..	2,26
	Σλοβακία	1,6	1,72	1,89	1,85	1,84	..	1,78
	Σλοβενία	2,02	1,94	2,16	2,5	2,36	..	2,20
	Ισπανία	..	..	..	..	2,51	..	2,51
	Τουρκία	2,15	2,16	1,97	2,06	1,81	..	2,03
Αγγλία	1,96	1,92	1,95	1,92	..	..	1,94	
Αυτοαπό-σχολούμενοι	Αυστρία	2,81	2,73	..	..	..	..	2,77
	Βέλγιο	2,03	2,05	2,2	2,34	2,29	..	2,18
	Τσεχία	..	2,8	3,3	..	..	..	3,05
	Δανία	2,96	..	..	2,89	..	..	2,93
	Γαλλία	2,1	2,15	2,13	2,12	2,04	..	2,11
	Γερμανία	..	3,7	..	..	..	..	3,70
	Ιρλανδία	3,15	3,33	3,46	3,37	..	..	3,33
	Ολλανδία	3,38	3,41	3,16	3,14	..	..	3,27
Αγγλία	3,91	3,65	3,57	3,5	..	..	3,66	

Πηγή: OECD Health Data

4.4. ΕΙΔΙΚΟΙ ΙΑΤΡΟΙ

ΕΜΜΙΣΘΟΙ ΚΑΙ ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ

Στοιχεία σχετικά με τις αμοιβές των έμμισθων ειδικών ιατρών, ήταν δυνατό να συλλεγούν από 18 ευρωπαϊκές χώρες (πίνακες 10,11 και 12). Για τους ειδικούς γιατρούς, 7 ευρωπαϊκές χώρες ήταν σε θέση να παράσχουν στοιχεία σχετικά με το ετήσιο εισόδημα από αυτοαπασχόληση για την συγκεκριμένη ομάδα επαγγελματιών.

Για τους μισθωτούς ειδικούς γιατρούς στοιχεία για το ύψος του μισθού τους σε σχέση με τον μέσο όρο μισθών, υπάρχουν για 18 χώρες της Ευρώπης (πίνακας 12). Όσον αφορά τους αυτοαπασχολούμενους ειδικούς γιατρούς, τα αποτελέσματα είναι μεγαλύτερα από αυτά για τους έμμισθους και στις 7 χώρες για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία.

Στην κατηγορία των ειδικών ιατρών παρατηρούμε πως τα έσοδα των μισθωτών υστερούν κατά πολύ σε σχέση με τα έσοδα των αυτοαπασχολούμενων. Στην Ολλανδία για παράδειγμα είναι κατά 48,84% μικρότερα, στη Δανία κατά 33,41%, στη Γερμανία κατά 51,76%, στη Γαλλία κατά 35,71% και στην Τσεχία κατά 41,05%. Οι μειώσεις των μισθών εξαιτίας της χρηματοοικονομικής κρίσης ήταν μεγάλες μόνο σε δύο χώρες (Ελλάδα, Ιρλανδία), ενώ στις υπόλοιπες που παρουσιάστηκαν ήταν μικρής έντασης. Για την κατηγορία των αυτοαπασχολούμενων, παρατηρούνται μόνο αυξήσεις για όλα τα διαθέσιμα έτη και μάλιστα μεγάλης έντασης. Οι μισθοί των ειδικών ιατρών ξεπερνούν κατά πολύ τον μέσο μισθό κάθε χώρας, φτάνοντας στις περισσότερες υπό εξέταση χώρες να είναι 2,5 φορές και σε κάποιες άλλες πάνω από 3,5 φορές υψηλότεροι. Για τους αυτοαπασχολούμενους των οποίων τα έσοδα είναι πολύ μεγαλύτερα από αυτά των μισθωτών, οι διαφορές από τον μέσο μισθό είναι αξιοσημείωτες καθιστώντας τους, τους πιο καλοπληρωμένους επαγγελματίες της υγείας από τις προς εξέταση επιλεγμένες κατηγορίες.

Αξίζει τέλος να αναφέρουμε πως από την ανάλυση των διαθέσιμων δεδομένων προκύπτει ότι οι ειδικοί γιατροί με μισθό, στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης αμείβονται πολύ καλύτερα από τους μισθωτούς παθολόγους-γενικούς ιατρούς. Αυτό δε συμβαίνει στις περιπτώσεις της Δανίας και της Γερμανίας, όπου οι μισθοί βρίσκονται στα ίδια περίπου επίπεδα, αλλά και στην Ισλανδία και την Πολωνία όπου οι μισθοί των ειδικών ιατρών είναι χαμηλότεροι από αυτούς των γενικών ιατρών.

Όσον αφορά στους αυτοαπασχολούμενους γιατρούς και των δύο ειδικοτήτων, οι ειδικοί γιατροί έχουν σε όλες τις χώρες που εξετάζονται έσοδα κατά πολύ υψηλότερα από τους παθολόγους-γενικούς ιατρούς.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10

ΑΜΟΙΒΕΣ ΕΙΔΙΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ (Ετήσιο εισόδημα σε χιλιάδες ευρώ)							
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΧΩΡΑ	ΕΤΗ					
		2006	2007	2008	2009	2010	2011
Έμμισθοι	Τσεχία	18.942,03	19.134,76	20.258,00	21.451,34	22.773,40	..
	Δανία	116.724,61	120.899,07	129.373,28	136.658,78	139.332,01	..
	Εσθονία	14.978,98	17.418,48	22.665,44	22.446,54	21.817,52	23.036,82
	Φινλανδία	83.577,00	84.334,00	89.686,00	93.592,00	96.069,00	..
	Γαλλία	71.385,00	75.665,00	78.012,00	73.284,00	..	..
	Γερμανία	75.733,00	..	..	..	..	..
	Ελλάδα	..	..	..	61.815,88	47.668,00	..
	Ουγγαρία	12.955,64	13.612,15	14.863,02	14.511,92	14.599,77	..
	Ισλανδία	..	70.253,34	73.236,17	74.149,47	73.416,14	77.850,30
	Ιρλανδία	168.201,00	171.566,00	180.252,00	208.034,00	181.826,00	180.918,00
	Ιταλία	73.112,65	68.352,24	74.668,09	71.754,63	75.695,49	73.743,15
	Ολλανδία	108.025,77	111.945,68	115.014,38	118.431,01	..	..
	Νορβηγία	95.587,84	97.214,73	98.061,92	101.251,51	103.328,32	107.345,75
	Πολωνία	11.294,27	..	14.664,27	..	14.959,48	..
	Σλοβενία	43.615,13	43.108,00	51.331,00	58.866,00	55.652,00	..
	Ισπανία	..	..	..	..	71.277,24	..
	Τουρκία	24.156,46	23.733,68	31.494,65	31.605,01	33.142,14	..
Αγγλία	..	84.418,38	92.089,68	94.013,63	96.001,54	93.077,08	
Αυτοαπασχολούμενοι	Αυστρία	147.050,00	148.835,00	..	..	..	..
	Βέλγιο	207.139,62	215.211,60	226.672,48	239.762,52	..	..
	Τσεχία	..	31.937,35	37.653,90	..	..	..
	Δανία	..	..	193.137,55	..	..	..
	Γαλλία	111.100,00	113.900,00	116.800,00	118.000,00	120.300,00	..
	Γερμανία	..	157.000,00	..	..	..	..
	Ολλανδία	186.999,00	205.059,00	235.105,00	259.131,00	..	..

Πηγή: OECD Health Data

ΠΙΝΑΚΑΣ 11

ΑΜΟΙΒΕΣ ΕΙΔΙΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ (Μέσος όρος ετήσιου εισοδήματος σε χιλιάδες ευρώ για τα έτη 2006 - 2011)			
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΧΩΡΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΙΑΘΕΣΙΜΩΝ ΕΤΩΝ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ
Έμμισθοι	Τσεχία	5	20.511,91
	Δανία	5	128.597,55
	Εσθονία	6	20.393,96
	Φινλανδία	5	89.451,60
	Γαλλία	4	74.586,50
	Γερμανία	1	75.733,00
	Ελλάδα	2	54.751,94
	Ουγγαρία	5	14.108,50
	Ισλανδία	5	73.781,08
	Ιρλανδία	6	181.799,50
	Ιταλία	6	72.887,73
	Ολλανδία	4	113.354,21
	Νορβηγία	6	100.465,01
	Πολωνία	3	13.639,34
	Σλοβενία	5	50.514,43
	Ισπανία	1	71.277,24
	Τουρκία	5	28.826,39
Αγγλία	5	91.920,06	
Αυτοαπασχο-λούμενοι	Αυστρία	2	147.942,50
	Βέλγιο	4	222.196,56
	Τσεχία	2	34.795,62
	Δανία	1	193.137,55
	Γαλλία	5	116.020,00
	Γερμανία	1	157.000,00
	Ολλανδία	4	221.573,50

Πηγή: OECD Health Data

ΠΙΝΑΚΑΣ 12

ΑΜΟΙΒΕΣ ΕΙΔΙΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ (Ετήσιος μισθός ειδικών ιατρών ανά μέσο ετήσιο μισθό, σε χιλιάδες ευρώ)

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΧΩΡΑ	ΕΤΗ						Μ.Ο.
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Εμμισθοι	Τσεχία	1,91	1,82	1,79	1,86	1,93	..	1,86
	Δανία	2,57	2,58	2,66	2,74	2,71	..	2,65
	Εσθονία	1,87	1,75	2,09	2,15	2,09	..	1,99
	Φινλανδία	2,62	2,54	2,58	2,62	2,64	..	2,60
	Γαλλία	2,22	2,3	2,32	2,14	..	..	2,24
	Γερμανία	2,46	..	..	..	..	..	2,46
	Ελλάδα	..	..	..	2,75	2,18	..	2,46
	Ουγγαρία	1,66	1,63	1,67	1,64	1,61	..	1,64
	Ισλανδία	..	2,19	2,13	2,31	2,21	2,21	2,21
	Ιρλανδία	3,82	3,72	3,75	4,25	3,76	..	3,86
	Ιταλία	2,85	2,6	2,75	2,65	2,73	..	2,72
	Ολλανδία	2,97	2,96	2,95	2,96	..	..	2,96
	Νορβηγία	1,95	1,88	1,8	1,8	1,77	..	1,84
	Πολωνία	1,52	..	1,74	..	1,67	..	1,64
	Σλοβενία	2,42	2,24	2,49	2,81	2,54	..	2,50
	Ισπανία	..	..	..	..	2,7	..	2,70
	Τουρκία	3,58	3,19	3,83	3,91	3,55	..	3,61
Αγγλία	..	2,58	2,65	2,64	2,64	..	2,63	
Αυτοαπασχολούμενοι	Αυστρία	4,46	4,37	..	..	..	..	4,42
	Βέλγιο	5,71	5,77	5,87	6,13	..	..	5,87
	Τσεχία	..	3,03	3,33	..	..	..	3,18
	Δανία	..	..	3,98	..	..	..	3,98
	Γαλλία	3,46	3,46	3,47	3,44	3,44	..	3,45
	Γερμανία	..	5,01	..	..	..	..	5,01
	Ολλανδία	5,14	5,43	6,04	6,49	..	..	5,77

Πηγή: OECD Health Data

4.5. Νοσηλευτικό Προσωπικό

Στοιχεία σχετικά με τους ετήσιους μισθούς των νοσηλευτών είναι διαθέσιμα για 20 χώρες της Ευρώπης και για τις περισσότερες από αυτές αφορούν όλα τα έτη, από το 2006 έως και το 2011 (πίνακες 13,14 και 15).

Στα δεδομένα που αφορούν τους μισθούς του νοσηλευτικού προσωπικού παρατηρούμε πως οι μισθολογικές διαφορές ανάμεσα στις Ευρωπαϊκές χώρες είναι πολύ μεγάλες. Π.χ. ο μέσος όρος του Λουξεμβούργου είναι υπερδιπλάσιος του μέσου όρου όλων των χωρών υπό εξέταση, ο οποίος είναι και μικρότερος από αυτόν της Νορβηγίας κατά 47,08%. Από την άλλη πλευρά ο μέσος όρος της Ουγγαρίας είναι κατά 77,13% χαμηλότερος από τον μέσο όρο όλων των εξεταζόμενων χωρών. Οι πτωτικές τάσεις, παρατηρούνται κυρίως μετά το 2008, αλλά αφορούν λίγες χώρες και είναι μικρής έντασης. Οι αυξητικές τάσεις αντίθετα αφορούν σε πολλές περισσότερες χρονιές και είναι μεγαλύτερης έντασης, φανερώνοντας πως η οικονομική κρίση δεν έχει επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό ούτε τους μισθούς των νοσοκόμων. Αυτό όμως δεν αναιρεί το γεγονός ότι οι νοσοκόμοι είναι οι πιο κακοπληρωμένοι σε σύγκριση με τις άλλες δύο κατηγορίες επαγγελματιών της υγείας αλλά και το ότι υστερούν και σε σχέση με τους υπόλοιπους επαγγελματίες σε αρκετές χώρες της Ευρώπης. Πιο συγκεκριμένα σε 8 από τις συνολικά 21 χώρες υπό εξέταση ο μισθός των νοσοκόμων είναι κατώτερος του μέσου μισθού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13

ΑΜΟΙΒΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ (Ετήσιο εισόδημα σε χιλιάδες ευρώ)						
ΧΩΡΑ	ΕΤΗ					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Βέλγιο	39.382,00	40.282,00	42.580,00	43.510,00	..	..
Τσεχία	9.358,96	10.038,79	10.537,87	11.466,51	12.007,27	..
Δανία	47.877,04	50.699,46	53.138,27	55.517,05	56.737,20	..
Εσθονία	7.112,95	7.791,60	11.152,90	10.614,19	10.488,28	10.590,64
Φινλανδία	30.339,00	30.747,00	33.756,00	35.026,00	36.013,00	..
Γαλλία	29.613,87	30.498,17	30.794,39	31.523,08	..	..
Γερμανία	36.044,00	..	..	..	..	..
Ελλάδα	..	..	..	23.410,45	21.748,00	..
Ουγγαρία	6.403,87	6.660,86	7.263,02	7.102,16	7.152,27	..
Ισλανδία	..	31.593,53	34.620,93	33.328,94	32.704,33	34.768,90
Ιρλανδία	45.486,00	46.397,00	48.745,00	48.745,00	46.012,00	53.161,00
Ιταλία	28.434,97	26.535,29	29.385,74	29.063,56	29.073,65	29.137,49
Λουξεμβούργο	66.013,45	68.025,34	70.049,72	71.933,02	73.861,78	76.011,06
Ολλανδία	35.430,00	36.332,74	37.722,28	38.812,21	..	..
Νορβηγία	50.016,56	54.324,66	57.234,44	58.601,00	60.298,62	63.080,69
Πολωνία	..	..	..	..	10.361,52	..
Σλοβακία	6.525,39	7.633,14	8.587,33	8.915,16	9.248,88	..
Σλοβενία	16.512,80	17.158,00	19.181,00	22.016,00	21.872,00	..
Ισπανία	..	..	..	..	31.456,06	..
Τουρκία	7.421,14	8.440,16	9.017,97	9.478,67	10.134,21	..
Αγγλία	..	36.309,23	37.857,16	38.956,97	40.110,73	40.701,95

Πηγή: OECD Health Data

ΠΙΝΑΚΑΣ 14

ΑΜΟΙΒΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ (Μέσος όρος ετήσιου εισοδήματος σε χιλιάδες ευρώ για τα έτη 2006 - 2011)		
ΧΩΡΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΙΑΘΕΣΙΜΩΝ ΕΤΩΝ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ
Βέλγιο	4	41.438,50
Τσεχία	5	10.681,88
Δανία	5	52.793,80
Εσθονία	6	9.625,09
Φινλανδία	5	33.176,20
Γαλλία	4	30.607,38
Γερμανία	1	36.044,00
Ελλάδα	2	22.579,22
Ουγγαρία	5	6.916,44
Ισλανδία	5	33.403,33
Ιρλανδία	6	48.091,00
Ιταλία	6	28.605,12
Λουξεμβούργο	6	70.982,40
Ολλανδία	4	37.074,31
Νορβηγία	6	57.259,33
Πολωνία	1	10.361,52
Σλοβακία	5	8.181,98
Σλοβενία	5	19.347,96
Ισπανία	1	31.456,06
Τουρκία	5	8.898,43
Αγγλία	5	38.787,21

Πηγή: OECD Health Data

ΠΙΝΑΚΑΣ 15

ΑΜΟΙΒΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ (Ετήσιος μισθός νοσοκόμων ανά μέσο ετήσιο μισθό, σε χιλιάδες ευρώ)								
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΧΩΡΑ	ΕΤΗ						Μ.Ο.
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Έμμισθοι	Βέλγιο	1,09	1,08	1,10	1,11	..	..	1,10
	Τσεχία	0,95	0,95	0,93	0,99	1,02	..	0,97
	Δανία	1,05	1,08	1,09	1,11	1,10	..	1,09
	Εσθονία	0,89	0,78	1,03	1,02	1,01	..	0,95
	Φινλανδία	0,95	0,93	0,97	0,98	0,99	..	0,96
	Γαλλία	0,92	0,93	0,91	0,92	..	..	0,92
	Γερμανία	1,17	..	..	..	..	..	1,17
	Ελλάδα	..	..	..	1,04	0,99	..	1,02
	Ουγγαρία	0,82	0,80	0,81	0,80	0,79	..	0,81
	Ισλανδία	..	0,99	1,01	1,05	0,99	1,00	1,01
	Ιρλανδία	1,03	1,01	1,02	1,00	0,95	..	1,00
	Ιταλία	1,11	1,01	1,08	1,07	1,05	..	1,06
	Λουξεμβούργο	1,43	1,41	1,42	1,43	1,44	..	1,43
	Ολλανδία	0,97	0,96	0,97	0,97	..	..	0,97
	Νορβηγία	1,02	1,05	1,05	1,04	1,03	..	1,04
	Πολωνία	..	..	..	..	1,15	..	1,15
	Σλοβακία	0,76	0,81	0,88	0,86	0,85	..	0,83
	Σλοβενία	0,92	0,89	0,93	1,05	1,00	..	0,96
	Ισπανία	..	..	..	..	1,19	..	1,19
Τουρκία	1,11	1,14	1,10	1,18	1,09	..	1,12	
Αγγλία	..	1,06	1,09	1,10	1,10	..	1,09	

Πηγή: OECD Health Data

Η οικονομική κατάσταση του χώρου στην Ελλάδα

Το ΕΣΥ απασχολεί επαγγελματικά μεγάλη μερίδα των ελλήνων ιατρών. Η κατάσταση του συστήματος δυστυχώς σε σημαντικό βαθμό συμβαδίζει με την γενικότερη κατάσταση της χώρας. Οι ιατροί έχουν δεχθεί μειώσεις στις αποδοχές τους και το ετήσιο εισόδημα τους μέσα στο 2012 μειώθηκε από 26% έως 34%, αναλόγως του βαθμού ιεραρχίας τους, σε σχέση με το αντίστοιχο μέγεθος του 2010. Ενώ από 40% έως 64% έχει μειωθεί η ακαθάριστη αμοιβή της ενεργής εφημερίας για τους γιατρούς του ΕΣΥ, σε σχέση επίσης με το αντίστοιχο μέγεθος του 2010. Αναλυτικά τα στοιχεία παραθέτονται στον πίνακα 16.

ΠΙΝΑΚΑΣ 16

Αμοιβές ιατρών ΕΣΥ

Βαθμός ιεραρχίας/αμοιβές	Ακαθάριστος ετήσιος μισθός σε χιλιάδες ευρώ 2010	Ακαθάριστος ετήσιος μισθός σε χιλιάδες ευρώ 2012	Ακαθάριστη αμοιβή μέσης ενεργής εφημερίας σε ευρώ 2010	Ακαθάριστη αμοιβή μέσης ενεργής εφημερίας σε ευρώ 2012
Συντονιστής δντης Α ζώνης	55.997	36.825	903	320
Συντονιστής δντης Β & Γ ζώνης	55.997	36.825	251	108
Διευθυντής	54.305	34.152	251	108
Επιμελητής Α	42.660	29.376	198	104
Επιμελητής Β	32.372	23.004	169	93
Ειδικευόμενος	22.008	16.275	125	75

Πηγή: Ένωση Ιατρών Νοσοκομείων Αθηνών - Πειραιώς (ΕΙΝΑΠ)

Οι αμοιβές των ιδιωτών ιατρών δεν είναι εύκολο να εντοπισθούν με ακρίβεια οστόσο μπορούμε να παραθέσουμε κάποια στοιχεία για την οικονομική πραγματικότητα της αγοράς εργασίας τους. Η πλειοψηφία των ιδιωτών ιατρών διατηρεί ένα ιατρείο στο οποίο δέχεται ασθενείς. Υπάρχουν ιατρεία αμιγώς ιδιωτικά (με ιδιωτική πληρωμή από τον ασθενή ανά επίσκεψη) και ιατροί που είναι συμβεβλημένοι με τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης αλλά και συνδυασμός

των δύο. Πολλοί ιατροί εργάζονται ως εξωτερικοί-επιστημονικοί συνεργάτες σε ιδιωτικά αλλά και δημόσια νοσοκομεία αμειβόμενοι με συμφωνίες για τις υπηρεσίες τους. Επίσης παρατηρούνται φαινόμενα «μαύρης εργασίας» προσφερόμενης κυρίως από νέους επαγγελματίες στην προσπάθεια τους να σταδιοδρομήσουν.

Τα ιατρεία προσπαθούν να βρουν τρόπους να διατηρήσουν τουλάχιστον σταθερά τα έσοδα τους που βλέπουν να μειώνονται εξαιτίας της πτώσης της τιμής της επίσκεψης, της αργοπορίας εξόφλησης των οφειλών των ασφαλιστικών ταμείων και της μείωσης της επισκεψιμότητας που παρατηρείται. Προσθέτουν καινούριες υπηρεσίες και υιοθετούν διαφορετική αντιμετώπιση περισσότερο ολιστική απέναντι στον ασθενή τους με σκοπό να τον διατηρήσουν στο ιατρείο. Δεν μπορούμε βέβαια να παραβλέψουμε ότι υπάρχουν ιατρεία που σταματούν τη λειτουργία αδυνατώντας να ανταπεξέλθουν στις συνθήκες ωστόσο υπάρχει σε ένα μικρό βαθμό και η αποκατάσταση της παλαιότερης ιδιαίτερης σχέσης του ιατρού με τον ασθενή του.

Ακόμα και στις σημερινές συνθήκες οι ιδιώτες ιατροί και στην Ελλάδα αμείβονται περισσότερο για τις υπηρεσίες τους από τους μισθωτούς αναλαμβάνοντας βέβαια το ρίσκο της ελεύθερης άσκησης επαγγέλματος. Ο χώρος της υγείας αλλάζει περιβάλλον και θα ήταν ιδανικό στις αλλαγές που πραγματοποιούνται να ενσωματωθεί η οριστική διαγραφή φαινομένων που μόνο προβλήματα προκαλούσαν, όπως και να δοθεί ο μεγαλύτερος δυνατός σεβασμός στο αγαθό της υγείας.

Συμπεράσματα μελέτης

Εκπαίδευση

Εκπαιδευτικό σύστημα

Το ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα παρουσιάζει σημαντικές ελλείψεις και δυσλειτουργίες. Η δομή έχει παραμείνει ουσιαστικά παρόμοια για μεγάλο χρονικό διάστημα αδυνατώντας συχνά να ανταποκριθεί στις σύγχρονες ανάγκες εκπαίδευσης και μόρφωσης των μαθητών και των φοιτητών. Οι δυσκολίες χρηματοδότησης του συστήματος είναι ορατές στη λειτουργία σχολικών μονάδων όλων των βαθμίδων, ανώτερων και ανώτατων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων. Χαρακτηριστικές είναι οι συγχωνεύσεις σχολείων και ιδρυμάτων ή ακόμα και η παύση της λειτουργίας τους. Το φαινόμενο της διακοπής της λειτουργίας εμφανίζεται περισσότερο σε σχολεία που εκπαιδεύουν άτομα με ειδικές ανάγκες, ειδικά σχολεία (αθλητικά, μουσικά κλπ) και σχολεία απομακρυσμένων περιοχών αλλά και σε ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης μικρών επαρχιακών πόλεων.

Σχολές εκπαίδευσης επαγγελματιών υγείας

Οι σχολές εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας καλύπτουν όλο το φάσμα των επαγγελμάτων που σχετίζονται με τον χώρο της υγείας και παρέχονται κατά κύριο λόγο από το κράτος με τον ιδιωτικό τομέα ωστόσο να αναπτύσσεται ταχέως. Οι σχολές των οποίων οι απόφοιτοι εξασκούν επαγγέλματα με υψηλές οικονομικές απολαβές (Ιατρική κυρίως, Φαρμακευτική, Οδοντιατρική) και κοινωνική αναγνώριση απορροφούσαν σε μεγαλύτερο βαθμό και απορροφούν μέχρι σήμερα πολλούς μαθητές. Μάλιστα οι αποτυχόντες των εισαγωγικών εξετάσεων για αυτές τις σχολές αποτελούν στη συνέχεια δυναμικό κομμάτι της φοιτητικής μετανάστευσης της χώρας μας, η οποία για χρόνια ήταν η μεγαλύτερη παγκοσμίως (αριθμός μεταναστών φοιτητών ανά κάτοικο). Επίσης, αρκετοί πιο αδύναμοι υποψήφιοι στράφηκαν προς τα Τεχνολογικά Ιδρύματα για «παραϊατρικές» σπουδές και πολλοί από αυτούς στρέφονταν έπειτα μέσω κατατακτηρίων εξετάσεων στις Ιατρικές σχολές.

Πανεπιστημιακές σχολές

Στις μέρες μας, όπως φάνηκε και παραπάνω η προτίμηση για σπουδές στην Ιατρική δεν είναι το ίδιο έντονη. Οι ιατρικές σχολές συνεχίζουν να είναι προτιμητέες από αρκετούς υποψήφιους, ωστόσο δεν απολαμβάνουν την αίγλη του παρελθόντος. Η ιατρική πληθώρα που παρατηρείται στη χώρα, οι μειωμένες οικονομικές απολαβές, η πιθανότητα ανεργίας ή μετανάστευσης για εργασία, η πτώση του επιπέδου των σπουδών και η μεγάλη αναμονή για την απόκτηση ειδικότητας κάνουν το επάγγελμα του ιατρού λιγότερο επιθυμητό. Ωστόσο, οι κοινωνικές διεργασίες, ειδικά στην Ελλάδα, απαιτούν τον χρόνο τους. Η στροφή της κοινωνίας προς την επιλογή σπουδών με κριτήρια κυρίως οικονομικής ανταπόδοσης και άμεσης απασχόλησης έχει κάνει την εμφάνιση της, ωστόσο δεν έχει γίνει ο κανόνας.

Σε σταθερά επίπεδα με τάσεις μείωσης κυμαίνονται οι φοιτητές της Φαρμακευτικής ενώ οι πτυχιούχοι μειώνονται αργά και σταθερά. Παρόμοιοι με τους προαναφερθέντες είναι οι λόγοι που οδηγούν στο φαινόμενο αυτό καθώς η χώρα μας έχει πολύ μεγάλο αριθμό φαρμακείων, έντονο ανταγωνισμό στον οποίο συνεχώς μπαίνουν και άλλοι χώροι της αγοράς (καταστήματα καλλυντικών, super market κα) και δυσκολίες που συνεχώς αυξάνονται για έναν νέο ή μη φαρμακοποιό.

Στο πανεπιστημιακό τμήμα της Νοσηλευτικής παρατηρούμε στα τριάντα έτη της λειτουργίας του μια συνεχώς αυξητική τάση στον αριθμό φοιτητών και πτυχιούχων. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι ενώ από το 1973 λειτουργούσαν με επιτυχία τμήματα Νοσηλευτικής στα ΤΕΙ δημιουργήθηκαν το 1982 τα πανεπιστημιακά τμήματα, γεγονός που μόνο ως ελληνική ιδιαιτερότητα μπορεί να εκληφθεί. Η ελληνική κοινωνία αλλά και μέρος της Πανεπιστημιακής «κοινότητας» έχει την τάση να θεωρεί κατώτερες τις σπουδές στα ΤΕΙ από εκείνες των Πανεπιστημίων.

Το τμήμα της Οδοντιατρικής παρουσιάζει μια μακροχρόνια πτωτική τάση από την έναρξη της λειτουργίας του το 1974 έως και σήμερα στον αριθμό φοιτητών και πτυχιούχων. Η πορεία αυτή είναι αποτέλεσμα του κορεσμού που υπάρχει στο επάγγελμα του οδοντιάτρου καθώς είμαστε τα τελευταία χρόνια μια από τις πρώτες χώρες στον κόσμο στην αναλογία των οδοντιάτρων προς τον πληθυσμό της χώρας.

Σχολές των ΤΕΙ

Τα τμήματα των ΤΕΙ απαρτίζουν τις Σχολές Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας που εφοδιάζουν την αγορά εργασίας του χώρου της υγείας με επαγγελματίες βοηθητικών κυρίως ειδικοτήτων. Τα τμήματα αυτά εμφανίζουν υψηλή ζήτηση. Οι υποψήφιοι επέλεξαν να τα παρακολουθήσουν οδηγούμενοι από μια σειρά φαινομένων. Αρχικά, το χαμηλό επίπεδο υπηρεσιών του συστήματος υγειονομικής πρόληψης και περίθαλψης στην Ελλάδα έχει ως αποτέλεσμα ένα μεγάλο μέρος του εισοδήματος των νοικοκυριών να απορροφάται από παρόμοιες δαπάνες. Έτσι ο κλάδος των παραϊατρικών ανεπτύχθη ραγδαία, αφού σε έναν δημόσιο τομέα γραφειοκρατικό και αργό, προσκολλήθηκε ο ιδιωτικός τομέας για να εκμεταλλευθεί τα όποια κενά. Περαιτέρω τα Τμήματα των ΤΕΙ αποτέλεσαν μια προσωρινή εναλλακτική δίοδο για τους απογοητευμένους των εισαγωγικών εξετάσεων όπως προαναφέρθηκε. Οι φοιτητές και οι απόφοιτοι των τμημάτων αυτών αυξανόταν με ταχείς ρυθμούς και συνεχίζουν να αυξάνονται με βραδύτερο ρυθμό, ενώ φαίνεται να υπάρχει τάση για σταθεροποίηση του αριθμού τους. Η ίδρυση μη κρατικών Πανεπιστημίων και η αναγνώριση των Κέντρων Ελευθέρων Σπουδών (ΚΕΣ) φαίνεται ότι δεν θα επηρεάσουν τόσο πολύ τα Τμήματα της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας (ΣΕΥΠ).

Στο Τμήμα της Νοσηλευτικής ο αριθμός των φοιτητών παρουσίασε μεγάλη αύξηση μια δεκαετία με την ίδρυση του και τον ακολούθησε ο αριθμός των πτυχιούχων. Η αύξηση αυτή εν πολλοίς οφειλόταν στην ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και τη δημιουργία μόνιμων θέσεων εργασίας στις οποίες στόχευσε σημαντικός αριθμός υποψηφίων. Στα επόμενα χρόνια της λειτουργίας υπήρξαν αυξομειώσεις του αριθμού φοιτητών και πτυχιούχων που διατηρούνται όμως σε αρκετά υψηλά επίπεδα.

Στο Τμήμα Μαιευτικής οι φοιτητές και οι πτυχιούχοι αυξάνονται διαχρονικά εκτός από μια καμπή που υπήρξε την δεκαετία 1988-1998. Στο Τμήμα Φυσικοθεραπείας παρατηρούμε επίσης αυξητική τάση διαχρονικά με τον μέγιστο αριθμό φοιτητών να φτάνει τους 2054 το 1998 ενώ ο μέγιστος αριθμός των πτυχιούχων ήταν τα 280 άτομα του 2000. Το Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας παρουσιάζει

διαχρονική αύξηση του αριθμού φοιτητών και πτυχιούχων με τις δύο πιο ραγδαίες ανόδους να ξεκινούν το 1985 και το 1999.

Ο ιδιωτικός τομέας ασχολείται ενεργά και δυναμικά με την παροχή προγραμμάτων σπουδών για τους μελλοντικούς επαγγελματίες της υγείας. Τα προγράμματα αυτά λαμβάνουν χώρα σε ιδιωτικά και δημόσια ΙΕΚ καθώς και σε Κέντρα Ελευθέρων Σπουδών, πολλά από τα οποία είναι αναγνωρισμένα από το κράτος. Οι ειδικότητες που παρέχονται είναι κυρίως βοηθητικές και υποστηρικτικές και επιλέγονται κυρίως από νέους οι οποίοι συνήθως έχουν αποτύχει στις εισαγωγικές εξετάσεις, από αποφοίτους γυμνασίου, αλλά και από νέους που θέλουν κάτι εξειδικευμένο στην εκπαίδευση τους και στοχεύουν, αρχικά τουλάχιστον, σε καριέρα υπαλλήλου.

Πολλές ειδικότητες των ιδρυμάτων αυτών υπάρχουν και στα ΤΕΙ γεγονός που υπογραμμίζει τα προβλήματα στην λειτουργία του δημόσιου εκπαιδευτικού συστήματος. Η καλύτερη διασύνδεση των ιδιωτικών αυτών ιδρυμάτων με την αγορά εργασίας, οι στοχευμένες παροχές τους και κάποιες φορές τα πιο σύγχρονα διδακτικά μέσα έπρεπε να αποτελούν πρόκληση για βελτίωση του δημόσιου συστήματος στους τομείς αυτούς, ειδικότερα από τη στιγμή που η κοινωνία δείχνει να το εμπιστεύεται περισσότερο από την ιδιωτική παιδεία και να απαιτεί από αυτό να ανταπεξέλθει στις σύγχρονες ανάγκες.

Αξίζει τέλος να αναφερθεί ότι οι συνθήκες της σύγχρονης πραγματικότητας δείχνουν ότι επίκειται η ίδρυση και η λειτουργία ιδιωτικών πανεπιστημίων που θα στοχεύουν στις πιο περιζήτητες πανεπιστημιακές σπουδές με στόχο να απορροφήσουν ποσοστό φοιτητών από τα ΑΕΙ της Σχολής Επιστημών Υγείας.

Υγεία

Σύστημα & υπηρεσίες υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στην Ελλάδα μπορούν να διακριθούν στις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (ανοιχτής) και αυτές της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης (κλειστής ή νοσοκομειακής). Τις υπηρεσίες αυτές παρέχουν διαφόρων ειδών μονάδες υγείας του δημοσίου αλλά και του ιδιωτικού τομέα.

Οι ανεπτυγμένες χώρες, μεταξύ αυτών και η Ελλάδα, έχουν οργανώσει την παροχή βασικών υπηρεσιών υγείας στις οποίες η πρόσβαση κατοχυρώνεται είτε μέσω των δικαιωμάτων του πολίτη (εθνικά συστήματα τύπου Beveridge), είτε μέσω της συμμετοχής σε κοινωνικό-επαγγελματικές κατηγορίες (συστήματα τύπου Bismarck) (Roemer M., 1993 ;Wall A., 1996).

Το ελληνικό σύστημα υγείας ανήκει στα συστήματα τύπου Bismarck (βάσει του 1ου άρθρου του νόμου 1397/83, «το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υγείας στο σύνολο των πολιτών και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση»), με τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης να προσφέρουν παροχές σε είδος (εξωνοσοκομειακή, νοσοκομειακή, και φαρμακευτική περίθαλψη), παροχές σε χρήμα (επιδόματα ασθενείας ή ατυχημάτων) είτε συνδυασμό τους.

Στην εγχώρια παροχή των υπηρεσιών υγείας μπορούμε να παρατηρήσουμε ανισότητες στο είδος, το εύρος και την ποιότητα τους. Οι ανισότητες αυτές οφείλονται, κυρίως, στις αδυναμίες του συστήματος (οργανωτικές και λειτουργικές) και στην γεωγραφική δομή της χώρας.

Δημόσιος τομέας

Ο δημόσιος τομέας περιλαμβάνει τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας, τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς, τις Ιατρικές Σχολές, την Τοπική Αυτοδιοίκηση, τις Ένοπλες Δυνάμεις και τις κρατικές μονάδες «προνοιακού» χαρακτήρα. Η πρωτοβάθμια φροντίδα ανάλογα με την περιοχή παρέχεται από κέντρα υγείας αστικού ή μη αστικού τύπου και αγροτικά ιατρεία. Από τα εξωτερικά ιατρεία

των νοσοκομείων, τα πολυϊατρεία των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης, τους ιδιώτες ιατρούς που είναι συμβεβλημένοι με τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης και τα δημοτικά ιατρεία. Η δευτεροβάθμια και η τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχονται από νοσοκομεία δημόσια, πανεπιστημιακά, του ΙΚΑ, των Ενόπλων Δυνάμεων κλπ.

Ιδιωτικός τομέας

Στον ιδιωτικό τομέα η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από ιδιώτες ιατρούς, εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών νοσοκομείων, πολυϊατρεία και διαγνωστικά κέντρα. Η δευτεροβάθμια και η τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχονται από ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές που είτε εξειδικεύονται σε συγκεκριμένες θεραπευτικές κατηγορίες είτε παρέχουν τις υπηρεσίες ενός γενικού νοσοκομείου. Ο ιδιωτικός τομέας εντοπίζει και προσπαθεί να εκμεταλλευτεί τα προβλήματα στην λειτουργία του ΕΣΥ και αποτελεί σημαντικό κομμάτι των προσφερόμενων στη χώρα μας υπηρεσιών υγείας. Η μεγαλύτερη δυνατότητα ελιγμών που του επιτρέπει η διάρθρωση του και η στόχευση στο κέρδος χαράζουν την πορεία του και τον διατηρούν ζωντανό και μάλλον αναπτυσσόμενο στη σημερινή δύσκολη οικονομική συγκυρία.

Οικονομικός τομέας

Στον οικονομικό τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας παρατηρούμε πως η χώρα μας βρίσκεται κοντά στους μέσους όρους των χωρών του ΟΟΣΑ με κάποιες αποκλίσεις ανά κατηγορίες. Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα αγγίζουν σύμφωνα με τον Ο.Ο.Σ.Α το 9,6% του ΑΕΠ, ποσοστό ελάχιστα υψηλότερο από τον μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. Ενώ στην κατά κεφαλή δαπάνη για την υγεία η χώρα βρίσκεται χαμηλότερα από τον μέσο όρο του Ο.Ο.Σ.Α (2724\$ έναντι 3223\$). Η κατά κεφαλή δαπάνη για την υγεία στην Ελλάδα αυξανόταν από το 2000 μέχρι το 2007 κατά μέσο όρο 6,9% κάθε χρόνο, ενώ ο αντίστοιχος μέσος όρος των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α για τα έτη 2000-2009 ήταν αύξηση 4% το χρόνο. Ένας από τους παράγοντες που επηρέασαν την αύξηση αυτή ήταν η υψηλή φαρμακευτική δαπάνη, η οποία οφείλεται στην υψηλή συνταγογράφηση και κατανάλωση φαρμάκων.

Η χρηματοδότηση της Υγείας στην Ελλάδα όπως και στις περισσότερες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α γίνεται ως επί το πλείστον από το δημόσιο τομέα. Ωστόσο το 60,3% των δαπανών που καλύπτουν οι δημόσιες πηγές χρηματοδότησης στην Ελλάδα (στοιχεία 2007) είναι αρκετά πιο χαμηλό ποσοστό από τον μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α ο οποίος είναι 71,7% (στοιχεία 2009).

Ανθρώπινο δυναμικό

Ο υγειονομικός τομέας εντάσσεται κατά κύριο λόγο στα συστήματα έντασης και καταμερισμού της εργασίας. Ένα αποτελεσματικό σύστημα υγείας εξαρτάται κυρίως από την επάρκεια, την ποιότητα και την ορθολογική κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού του. Οι επαγγελματίες της υγείας αποτελούν τη σημαντικότερη και πιο δαπανηρή εισροή αυτών των συστημάτων και απορροφούν τους περισσότερους οικονομικούς τους πόρους. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να διαχωριστούν σε δύο κατηγορίες. Στους προμηθευτές-πάροχους υπηρεσιών υγείας και στους διοικητικούς και υποστηρικτικούς υπαλλήλους των υπηρεσιών υγείας.

Στις χώρες του ΟΟΣΑ, η υγεία απασχολεί περίπου το 5% του εργατικού δυναμικού. Το ανθρώπινο δυναμικό της, απορροφά το 60% των δαπανών και είναι ο κύριος παράγοντας που επηρεάζει τη λειτουργία των υπηρεσιών και κατ' επέκταση τη στάθμη του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Στην Ελλάδα, εκτός από την πληθώρα γιατρών, ο τομέας υγείας είναι μάλλον υποστελεχωμένος. Το σύνολο των εργαζομένων στην υγεία και την κοινωνική ασφάλιση (για το 2007, τελευταία διαθέσιμα στοιχεία) ήταν 240.854, ή 21,52 άτομα ανά 1000 κατοίκους και το 5,33% του συνόλου του εργατικού δυναμικού της χώρας.

Τα προβλήματα

Αρκετά προβλήματα ποιοτικά και ποσοτικά παρατηρούνται στις υπηρεσίες υγείας της Ελλάδας. Ο σχεδιασμός βασίζεται συχνά σε πρόχειρες εκτιμήσεις, ενώ η συνεργασία «σχεδιαστών» (υγεία) και «παραγωγών» (παιδεία) είναι ανύπαρκτη. Οι ελλείψεις είναι πάντοτε σοβαρότερες στις αγροτικές και τις φτωχές περιοχές και σε άλλα, εκτός του ιατρικού, επαγγέλματα. Οι ποιοτικές διευθετήσεις κατανομής και

εξειδίκευσης απουσιάζουν. Στην παραγωγή οι αποκλίσεις μεταξύ των ακαδημαϊκών στόχων αλλά και των απαιτήσεων των υπηρεσιών, των χρηστών και της γενικότερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, είναι σημαντικές. Το μοντέλο είναι ιατροκεντρικό, με έμφαση στην επεμβατική Ιατρική. Η πρόληψη, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) και η αποκατάσταση έρχονται σε δεύτερη μοίρα. Τα πανεπιστήμια περιορίζουν τις θέσεις τους, ενώ οι ακαδημαϊκοί δάσκαλοι αντιμετωπίζουν προβλήματα επάρκειας και σύγχρονης εκπαίδευσης. Στην διαχείριση η απογοήτευση και η πτώση των ηθικών αξιών είναι σύνηθες φαινόμενο, ιδιαίτερα στους νέους επαγγελματίες υγείας, με έμφαση στους γιατρούς. Η έλλειψη κινήτρων, ιδιαίτερα στις απομακρυσμένες περιοχές, προκαλεί τη μη αποδοτική χρησιμοποίηση των υπηρεσιών. Η σύγχυση ρόλων και αρμοδιοτήτων, μαζί με την έλλειψη συνεχιζόμενης κατάρτισης, μειώνουν την ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού.

Ιατροί

Όπως προαναφέραμε στην Ελλάδα υπάρχει «ιατρικός πληθωρισμός», η ύπαρξη του οποίου οδηγεί στην αύξηση των δαπανών ενός συστήματος υγείας. Επηρεάζει την εύρυθμη λειτουργία του, δημιουργεί φαινόμενα προκλητής (ιατρογενούς) ζήτησης υπηρεσιών, ανορθολογικής (οικονομικά) εκτίμησης και αντιμετώπισης των περιστατικών και συχνά σχετίζεται αρνητικά με την κατάσταση υγείας του πληθυσμού. Στην Ελλάδα το πρόβλημα είναι έντονο, μια και οι Έλληνες γιατροί φθάνουν περίπου τους 70.000. Στα στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α για το 2011 (OECD Health Data 2011) παρατηρούμε πως στη χώρα μας υπάρχουν 6,1 ιατροί ανά 1000 κατοίκους, αναλογία που είναι η υψηλότερη ανάμεσα στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α και σχεδόν διπλάσια από τον μέσο όρο τους, που είναι 3,1. Εξειδικεύοντας περισσότερο, σύμφωνα με στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής ο αριθμός των ιατρών και των οδοντιάτρων, στην Ελλάδα, το 2009, ήταν 69030 και 14474 άτομα αντίστοιχα.

Εκτός από υπερπληθείς, οι ιατροί στην Ελλάδα δεν είναι αρμονικά κατανομημένοι στις περιφέρειες της. Ο μισός ιατρικός πληθυσμός της χώρας βρίσκεται στην Αττική (34654) και το ίδιο ισχύει και για τους οδοντιάτρους (7143). Η δομή του συστήματος προκαλεί συνωστισμό ανθρώπινου δυναμικού στα μεγάλα αστικά κέντρα της χώρας και ιδιαίτερα στην Αττική και Θεσσαλονίκη, ενώ στις απομακρυσμένες περιοχές

υπάρχουν ελλείψεις προσωπικού αλλά και συγκεκριμένων ειδικοτήτων. Τα κίνητρα που δίνονται στους νέους κυρίως, επαγγελματίες για να ασκήσουν το επάγγελμα τους στην περιφέρεια είναι ελάχιστα και οι προοπτικές εξέλιξης σε ατομικό και επιστημονικό επίπεδο μηδαμινές, με αποτέλεσμα αυτοί να συνωστίζονται στις μεγάλες πόλεις εντείνοντας τον ανταγωνισμό, με ότι αυτό συνεπάγεται σε οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο.

Ο μεγάλος αριθμός των ιατρών και η τουλάχιστον ανεπαρκής λειτουργία του συστήματος απόκτησης ειδικότητας, στο οποίο οι αναμονές για κάποιες ειδικότητες φθάνουν ακόμα και τα 8 έτη δημιουργούν μεγάλα προβλήματα στον κλάδο. Η ανεργία καλπάζει, η υποαπασχόληση επίσης και εμφανίζονται φαινόμενα «μαύρης» εργασίας. Επιπρόσθετα, πολλοί από τους νεότερους ειδικευόμενους (ή προς ειδίκευση) ιατρούς μεταναστεύουν σε χώρες της Κεντρικής κυρίως, Ευρώπης σε αναζήτηση καλύτερων συνθηκών απασχόλησης, ταχύτερης απόκτησης ειδικότητας, σωστότερης και αρτιότερης επιστημονικής γνώσης του αντικειμένου τους και υψηλότερων οικονομικών αμοιβών. Τα προβλήματα αυτά επιδεινώνει περισσότερο το γεγονός πως οι πτυχιούχοι των ιατρικών σχολών αγγίζουν τους 2000 κάθε χρόνο ενώ οι συνταξιοδοτήσεις αγγίζουν τις 800 ανά έτος.

Η κατάσταση, όμως, που περιγράφηκε επιδεινώνεται από το γεγονός ότι στην ελληνική κοινωνία το ιατρικό επάγγελμα εξακολουθεί (έστω και λιγότερο) να ελκύει, ο προγραμματισμός της πολιτείας όπως έχει ήδη αναφερθεί, έχει προβλήματα και πολλά ξένα πανεπιστήμια (κατά κύριο λόγο, χωρών της πρώην Ανατολικής Ευρώπης) επανέρχονται προσφέροντας σπουδές (και στην Αγγλική γλώσσα) στις ιατρικές τους σχολές. Επιπλέον, οι 7 ιατρικές μας σχολές (10.000 φοιτητές) δεν πληρούν τα κριτήρια που έχει θεσπίσει η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, με αποτέλεσμα οι Έλληνες γιατροί να αντιμετωπίζουν έμμεσα τον περιορισμό της ελεύθερης επαγγελματικής τους διακίνησης προς άλλες χώρες και να επιτείνεται η διόγκωση του ιατρικού σώματος στη χώρα μας.

Στα νοσοκομεία της χώρας μας παρατηρούνται ελλείψεις ιατρών κάποιων ειδικοτήτων όπως και αναντιστοιχία στις ιατρικές ειδικότητες σε σχέση με τις ανάγκες. Η δυσανάλογη ανά ειδικότητα κατανομή των γιατρών δημιουργεί υπερβάλλουσα ζήτηση προς τις ειδικότητες με το μεγαλύτερο αριθμό γιατρών. Είναι

αξιοσημείωτο ότι ενώ υπάρχει υπερπροσφορά γιατρών σε ειδικότητες όπως η χειρουργική, η γυναικολογία, η παθολογία κ.λπ., παρατηρείται σημαντική έλλειψη σε ειδικότητες όπως γενικής ιατρικής, γηριατρικής, αποκατάστασης, κοινωνικής ιατρικής, δημόσιας υγείας κ.λπ. Προς τα εκεί, ίσως θα πρέπει να στραφεί η πολιτική υγείας, για να καλύψει το παρόν και μελλοντικό πρόβλημα ανεργίας, αλλά και για την καλύτερη αξιοποίηση του δυναμικού.

Είναι αξιοσημείωτο επίσης, πως από την 1^η θέση στην αναλογία ιατρών ανά 1000 κατοίκους των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α, πηγαίνουμε στην 7^η ανάμεσα στις ίδιες χώρες όταν αναφερόμαστε στην αναλογία νοσοκομειακών ιατρών προς 1000 κλίνες σταθμισμένες ως προς την πληρότητα τους. Τα στοιχεία αυτά είναι μια ακόμα απεικόνιση της ελλιπούς αξιοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού των ιατρών στη χώρα μας. Η πληθώρα των ιατρών δεν αξιοποιείται στο έπακρο, δεν κατανέμεται ιδανικά στα νοσοκομεία και δεν χρησιμοποιεί το σύνολο των παραγωγικών της δυνατοτήτων. Τα προβλήματα αυτά μπορούν να αποδοθούν στις οργανωτικές αδυναμίες του συστήματος, στα δομικά του προβλήματα, στην ελλιπή χρηματοδότηση καθώς και στην κακή συνεργασία του με το σύστημα εκπαίδευσης.

Ένα άλλο πρόβλημα του εγχώριου συστήματος υγείας είναι η γήρανση του (νοσοκομειακού και μη) ιατρικού δυναμικού. Το 10% περίπου των Ελλήνων γιατρών είναι ηλικίας μεταξύ 60 και 64. Στο σύνολο των 70.000 γιατρών, η αναλογία μας δίνει 7.000, σε καθεστώς συνταξιοδότησης μέχρι το 2015. Βέβαια, η προβλεπόμενη αποχώρηση των γιατρών που προσελήφθησαν ή εντάχθηκαν μαζικά στο ΕΣΥ στα μέσα της 10ετίας του 1980 κατά την 5ετία 2011-2015 θα δώσει στο σύστημα τη δυνατότητα ανανέωσης και ποιοτικής αναβάθμισης και, εν μέρει, τη δυνατότητα διόρθωσης της ανισοκατανομής κατά ειδικότητα. Ωστόσο, κανείς δεν είναι βέβαιος ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας θα αρπάξει αυτήν την ευκαιρία, αμβλύνοντας τα υπάρχοντα προβλήματα και θέτοντας στέρεες βάσεις για τη συνέχειά του.

Οδοντίατροι

Ο αριθμός των οδοντιάτρων είναι επίσης πολύ μεγάλος σε σχέση με τον πληθυσμό της χώρας. Το 2009, η Ελλάδα βρισκόταν στην 2^η θέση και το 2010 στην 6^η παγκοσμίως και 1^η μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών με αναλογία 13 οδοντιάτρων ανά 10.000 κατοίκους. Παρατηρούνται και εδώ φαινόμενα κορεσμού της αγοράς, συγκέντρωσης μεγάλου αριθμού

οδοντιάτρων στα αστικά κέντρα, υποαπασχόλησης, δυσκολίας έναρξης επαγγελματικής σταδιοδρομίας, ανασφάλιστης εργασίας και ανεργίας. Ο ανταγωνισμός είναι έντονος και περνάει τα σύνορα (πχ κάτοικοι της Βόρειας Ελλάδας κάνουν λόγω κόστους οδοντιατρικές επεμβάσεις στις Βαλκανικές χώρες). Η παραγωγή νέων οδοντιάτρων γίνεται με μειωμένους ρυθμούς και λογικά θα οδηγηθούμε σε σταδιακή εξισορρόπηση της αγοράς εργασίας τους.

Νοσηλευτικό προσωπικό

Όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα, σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ αντιστοιχούν 3,3 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους για το 2009, ποσοστό αρκετά μικρό σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες μέλη. Ενώ αν εξειδικεύσουμε στο ποσοστό των νοσοκομειακών νοσηλευτών ανά 1000 κλίνες σταθμισμένες ως προς την πληρότητα τους παρατηρούμε πως η Ελλάδα έχει ένα από τα μικρότερα ποσοστά μεταξύ ευρωπαϊκών χωρών. Οι νοσηλευτές πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, τεχνολογικής εκπαίδευσης και οι επισκέπτριες υγείας (20.155 άτομα, το 2009) είναι 1,79 άτομα ανά 1.000 κατοίκους. Ενώ αυτοί της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (17.151 άτομα, το 2009) είναι 1,52 άτομα ανά 1.000 κατοίκους. Όσον αφορά το ποσοστό των μαιών ανά 1.000 κατοίκους αυτό είναι 0,23, ενώ ανά 1.000 γεννήσεις ζωντανών παιδιών υπάρχουν 21,89 μαίες (τελευταία διαθέσιμα στοιχεία 2008).

Παρατηρούμε λοιπόν πως σε αντίθεση με την ιατρική πληθώρα, η Ελλάδα αντιμετωπίζει σημαντικό πρόβλημα στη στελέχωση των νοσοκομείων με νοσηλευτικό προσωπικό. Παρότι ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού έχει σχεδόν διπλασιαστεί από τη δεκαετία του '80, τα κενά στα δημόσια ελληνικά νοσοκομεία και κέντρα υγείας παραμένουν σημαντικά, τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά. Ειδικότερα η σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού στη χώρα μας εμφανίζει σημαντικά ποιοτικά ελλείμματα με τους πτυχιούχους (Πανεπιστημίων, ΤΕΙ) νοσηλευτές να αποτελούν μόνο το 52% του συνολικού νοσηλευτικού προσωπικού, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό του Δημόσιου τομέα και το μεγαλύτερο κομμάτι του ιδιωτικού καλύπτεται από αποφοίτους σχολών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (βοηθούς νοσηλευτές) και υποχρεωτικής εκπαίδευσης, ίσως χωρίς τα απαιτούμενα προσόντα.

Πρέπει να αναφερθεί ακόμα πως υπάρχει, μάλλον διαχρονικά, σημαντικός αριθμός κενών οργανικών θέσεων νοσηλευτών στο Σύστημα Υγείας. Παρατηρούνται, επίσης, φαινόμενα μαζικών αποσπάσεων ή μετατάξεων (με «άνωθεν υποδείξεις») εξαιτίας των χαμηλών απολαβών σε συνδυασμό με τις δύσκολες συνθήκες εργασίας. Συχνά, νοσηλεύτριες χωρίς τα απαραίτητα προσόντα καταλαμβάνουν θέσεις διοικητικού προσωπικού. Τέλος, πολλοί από τους υπάρχοντες νοσηλευτές εργάζονται με συμβάσεις ορισμένου χρόνου, γεγονός που επηρεάζει την ισορροπία και τη λειτουργία του συστήματος, ενώ ο αριθμός των ατόμων που συνταξιοδοτούνται κάθε χρόνο είναι περίπου ίσος με τον αριθμό των νέων προσλήψεων με συνέπεια οι όποιες ελλείψεις προσωπικού να μην εξαλείφονται.

Φαρμακοποιοί

Οι φαρμακοποιοί στην Ελλάδα σύμφωνα με τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α (αφορούν το 2006) ήταν 9.837 άτομα και η αναλογία τους ανά 1.000 κατοίκους ήταν 0,88. Σε αυτούς περιλαμβάνονται και οι φαρμακοποιοί που εργάζονται στα φαρμακεία των νοσοκομείων, θεραπευτηρίων κλπ. Τα φαρμακεία στη χώρα το 2009 ήταν 10.458 (στοιχεία Ε.Σ.Υ.Ε) και οι φαρμακαποθήκες 130. Το δίκτυο των φαρμακείων στην Ελλάδα είναι απλωμένο σχεδόν σε όλη την επικράτεια. Την μερίδα του λέοντος έχουν και σε αυτόν τον κλάδο οι μεγάλες πόλεις της χώρας όπου τα φαρμακεία υπερκαλύπτουν τις πληθυσμιακές ανάγκες.

Οι μελέτες που έχουν γίνει για τον κλάδο του φαρμακείου στην Ελλάδα κάνουν λόγο για 4.000 με 4.500 φαρμακεία που μπορεί να αντέξει το σύστημα σε όλη την επικράτεια. Εντούτοις, υπάρχουν 10.458 φαρμακεία, δηλαδή περίπου ένα φαρμακείο ανά 1.000 κατοίκους, ποσοστό που είναι ένα από τα μεγαλύτερα στην Ευρώπη. Θα μπορούσαμε ακόμα να πούμε πως σε κάποιο βαθμό ο φαρμακοποιός υποκαθιστά την πρωτοβάθμια φροντίδα περίθαλψης που χωλαίνει στην χώρα όπως προαναφέραμε. Η παρούσα κατάσταση στην χώρα μας περιέχει μια σειρά διαβουλεύσεων για το «άνοιγμα» του επαγγέλματος του φαρμακοποιού. Το άνοιγμα της αγοράς από τη στιγμή που τα φαρμακεία είναι υπεράριθμα, ωστόσο, μάλλον θα οδηγήσει σε μεγαλύτερη αποδυνάμωση των φαρμακοποιών και ενδεχομένως σε μεγαλύτερη απώλεια θέσεων εργασίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική:

1. Ζηλίδης Χ. Αρχές και εφαρμογές πολιτικής υγείας: η μεταρρύθμιση 2000–2004. Αθήνα, Εκδόσεις Mediforce, Αθήνα, 2005.
2. Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., Συστήματα Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα, 2001.
3. Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα, Ετήσια Έκθεση 2009, Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, , Ε. Βίτσου
4. Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών, Οι δραστηριότητες και η απασχόληση των φαρμακευτικών επιχειρήσεων, Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, Ε. Βίτσου, Αθήνα Ιανουάριος 2009
5. Ινστιτούτο εργασίας ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ , Υπηρεσίες υγείας από το δημόσιο αγαθό στο εμπόρευμα, Ηλίας Ιωακείμογλου, Αθήνα 2010
6. Κοντιάδης Ξ, Σουλιώτης Κ., Σύγχρονες προκλήσεις στην πολιτική υγείας, Αθήνα, Εκδόσεις Σάκουλα, 2005.
7. Καραγιάννη Ρ., Μέτρηση και ανάλυση της παραγωγικότητας και της αποτελεσματικότητας των νοσοκομειακών μονάδων στην Ελλάδα, Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη Δεκέμβριος 2007
8. Μωραΐτης Ε., Επισκόπηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, Σημειώσεις για τους Σπουδαστές του ΜΠΣ «Διοίκηση της Υγείας» , Πειραιάς , 2004.
9. Μωραΐτης Ε., Ιστορική Εξέλιξη των Υπηρεσιών Υγείας, Σημειώσεις για τους Σπουδαστές του ΜΠΣ «Διοίκηση της Υγείας» , Πειραιάς, 2007.
10. Μωραΐτης Ε., Οι Σύγχρονες Τάσεις Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας , Σημειώσεις για τους Σπουδαστές του ΜΠΣ «Διοίκηση της Υγείας» , Πειραιάς, 2006.
11. Παπαηλίας Θ., Προσφορά και ζήτηση ειδικοτήτων στο ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα 2006
12. Πολύζος Ν.-Υφαντόπουλος Ι., Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην Υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Οικονομικά της υγείας, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Αθήνα 2000.

13. Τούντας Ι. και συνεργάτες, Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα 1996-2006, Κέντρο μελετών υπηρεσιών υγείας εργαστηρίου υγιεινής και επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα Μάιος 2008.
14. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008-2012, Αθήνα, 2008.
15. Υπουργείο υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, «Σχέδιο Δράσης για τη ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ 2007-2013», Δεκέμβριος 2007.
16. Φιλαλήθης Τ., Οι σύγχρονες εξελίξεις στα συστήματα υγείας, Αθήνα, Εκδόσεις Θεμέλιο & Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, 1996.

Ξενογλώσση:

1. Abel-Smith B. The world economic crisis, part 2: Health manpower out of balance. *Health Policy and Planning* 1986, 1:309–316
2. Abel-Smith B, Calltrop J, Dixon M, Dunning At, Evans R, Holland W, et al. Report on the Greek Health Services, Ministry of Health and Social Welfare, Athens, 1994
3. Baker TD. Health personnel planning. In: Reike WA., *Health Planning for Effective Management Ch. 10*. Oxford University Press, 1988
4. Brearly S., The medical manpower crisis: who can solve it? *Health Services Manpower Review* 1984
5. Economou C., Health systems in transition, Vol. 12, No. 7 2010, Greece Health System Review
6. Fullop T., New approaches to a permanent problem—the integrated development of health services and health manpower. *WHO Chronicle* 1976
7. Fulop T., Health personnel for “health for all”: progress or stagnation? *WHO Chronicle*, 1986
8. Hoare G, Lee K. Towards a new model of health manpower planning. *Health Services Manpower Review* 1984
9. Karalliede LD., Young doctor's preferences in the Third World. *World Health Forum* 1987
10. Mejia A. Health Manpower out of Balance: conflicts and prospects. Geneva, Council for International Organization of Medical Sciences, 1987

Ηλεκτρονική-Ιστοσελίδες:

1. Γενική Γραμματεία Έρευνας και Τεχνολογίας: <http://www.gsrt.gr/>
2. Δίκτυο Πράξη: Δίκτυο Διάχυσης Τεχνολογίας: www.help-forward.gr
3. Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Ελλάδος: www.esne.gr/
4. Ελληνική Στατιστική Αρχή: www.statistics.gr
5. Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος: www.enne.gr/
6. Ερευνητικό Κέντρο Βιοϊατρικών Επιστημών «Αλέξανδρος Φλέμινγκ»: www.fleming.gr
7. Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών: www.bioacademy.gr
8. Ίδρυμα Τεχνολογίας και Έρευνας: www.forth.gr
9. OECD, Health at a Glance: Europe 2010, Multilingual Summaries
10. OECD, Public Management reviews: Strengthening Public Administration Reform in Greece working paper V5 Health Care System In Greece, Jean De Kervasdue
11. Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος: www.pis.gr/
12. Πανελλήνιος Σύλλογος Φυσικοθεραπευτών: www.psf.org.gr/
13. Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος: www.pfs.gr/
14. Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδας: www.sfec.gr
15. Υπουργείο Παιδείας Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων
http://archive.minedu.gov.gr/el_ec_page969.htm