

ΕΛΕΓΧΟΣ

ΑΝΤΩΝΙΟΣ ΚΩΣΤΑΣ

13

ΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ  
ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Προγραμματισμός - Διαχείριση - Εκπαίδευση - Ανάπτυξη

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ  
ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ - ΤΕΙ ΠΕΙΡΑΙΑ

ΠΑΝΕΠΙ.	
Μ.ΣΤ.	53693 +CD
Κ.Α.	35752
Τ.Π.	658.3 ΚΟΣ
ΠΕΙΡΑΙΑΣ	

ΠΕΙΡΑΙΑΣ 2006



00153693

ΑΝΤΩΝΙΟΣ ΚΩΣΤΑΣ

**ΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ  
ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Προγραμματισμός - Διαχείριση - Εκπαίδευση - Ανάπτυξη

*Επόπτης:*

ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ

Καθηγητής τμήματος Κοινωνιολογίας - Πάντειο Πανεπιστήμιο

*Μέλη:*

Μελέτη για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ – ΤΕΙ ΠΕΙΡΑΙΑ

ΠΕΙΡΑΙΑΣ 2006

ANTONIOS KOSTAS

**HUMAN RESOURCES  
IN THE GREEK HEALTH SYSTEM**

Planning - Management - Education - Development

Graduate Thesis Submitted for the Degree  
“Master in Health Management”  
University of Piraeus, Greece

*Supervisor:*

Dr THEODOROS SAKELLAROPOYLOS  
Professor in the Department of Sociology - Panteios University

PIRAEUS 2006

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ - ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Το σύστημα υγείας είναι σύστημα εντάσεως εργασίας, διότι απασχολεί πολυάριθμο, διαφορετικής εκπαίδευσης και κατάρτισης ανθρώπινο δυναμικό, με πολύ υψηλό καταμερισμό της εργασίας. Ο ρόλος του ανθρώπινου κεφαλαίου είναι εξαιρετικά σημαντικός για την κατεύθυνση της παραγωγής των υγειονομικών υπηρεσιών, για τη διανομή των υγειονομικών φροντίδων στους πολίτες και για την άσκηση αποδοτικής και αποτελεσματικής πολιτικής υγείας.

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η περιγραφή και η κατανόηση του προγραμματισμού, της διαχείρισης, της εκπαίδευσης και της ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού στο ελληνικό σύστημα υγείας. Αποτελεί μια εισαγωγή με επίκεντρο την εξέλιξη της απασχόλησης στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα κατά τις δύο τελευταίες δεκαετίες, τον σχεδιασμό και την οργάνωση του υγειονομικού συστήματος ως προς τη στελέχωσή του, τη σημερινή ελληνική πραγματικότητα, το μοντέλο εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, τα προβλήματα της παραγωγής, του σχεδιασμού και της διοίκησης των ανθρώπινων πόρων, καθώς και τις προτεινόμενες λύσεις που αρμόδιοι φορείς επιλέγουν για την άρση των δυσχερειών.

Για την ολοκλήρωση της μελέτης αυτής συνέβαλλαν άμεσα και έμμεσα κάποια άτομα που θα ήταν παράλειψη μου να μην εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες.

Καταρχήν, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα Καθηγητή μου κο Θεόδωρο Σακελλαρόπουλο, τον οποίο είχα την τιμή να γνωρίσω στα πλαίσια των μαθημάτων του μεταπτυχιακού προγράμματος ειδίκευσης στη «διοίκηση της υγείας» και κατά τη διάρκεια της συγγραφής και εκπόνησης της συγκεκριμένης διπλωματικής εργασίας. Η καθοδήγηση του, οι συμβουλές του, οι γνώσεις που μου μετέδωσε, καθώς και οι παρεμβάσεις του στην ανάπτυξη της εργασίας μου, ήταν καθοριστικές και πολύτιμες. Επιπλέον η συνεργασία μας, διέυρνε τους επιστημονικούς μου "ορίζοντες" και τους επαγγελματικούς μελλοντικούς μου στόχους.

Επίσης, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον Καθηγητή κο Θεόδωρο Παπαηλία, στους Καθηγητές/Διδάσκοντες και σε όσους συνέβαλλαν στη σχεδίαση και υλοποίηση του μεταπτυχιακού προγράμματος «διοίκηση της υγείας» του Πανεπιστημίου και του ΤΕΙ Πειραιά, για τα εφόδια και την εμπειρία που απέκτησα από την παρακολούθηση του, τα δύο τελευταία χρόνια. Αυτό το πρόγραμμα σπουδών, εμπλούτισε και διεύρυνε τις γνώσεις και τις ικανότητες μου στους τομείς των οικονομικών, της διοίκησης και της υγείας και μου έδωσε την ευκαιρία να γνωρίσω και να συνεργαστώ με πολλούς αξιόλογους συναδέλφους.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τη Διοικήτρια του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, κα Χριστίνα Οικονομοπούλου, η οποία από το προπτυχιακό μου επίπεδο με προσανατόλισε στο "χώρο" της οργάνωσης και διοίκησης των υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, μου έδωσε την ευκαιρία να παρακολουθήσω πως λειτουργεί και πως διοικείται ένα νοσοκομείο, ως ασκούμενος με τη μορφή πρακτικής άσκησης, ενώ με τροφοδότησε με πλούσιο επιστημονικό υλικό για την πολιτική, τα οικονομικά και τη διοίκηση της υγείας, απαραίτητο για την ολοκλήρωση της διπλωματικής αυτής εργασίας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το ανθρώπινο κεφάλαιο κατέχει εξέχοντα ρόλο στην παραγωγή υγειονομικών υπηρεσιών και στην άσκηση αποδοτικής πολιτικής υγείας. Ο συντελεστής εργασία είναι η κυριότερη εισροή των συστημάτων υγείας, διότι είναι συστήματα εντάσεως και καταμερισμού της εργασίας. Η ιδιαιτερότητα και η πολυπλοκότητα του υγειονομικού τομέα, απαιτεί διαφορετικής εκπαίδευσης και κατάρτισης ανθρώπινο δυναμικό, προκειμένου να ανταποκριθεί στα κριτήρια της αποδοτικής και αποτελεσματικής χρήσης των πόρων και στην ικανοποίηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας. Το ευρύ αυτό φάσμα ειδικοτήτων, υψηλού επιπέδου γνώσεων και δεξιοτήτων, αποτελείται κυρίως από ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων και εξειδικεύσεων, οδοντιάτρους, φαρμακοποιούς, νοσηλευτές, παραϊατρικό, διοικητικό και ειδικό τεχνικό προσωπικό, μάντζερς, οικονομολόγους, χειριστές ιατρικών μηχανημάτων και προγραμματιστές Η/Υ.

Η ανάπτυξη όμως του ανθρώπινου δυναμικού στην Ελλάδα υπήρξε απρογραμματίστη. Δεν υλοποιήθηκε κανένας κεντρικός εθνικός προγραμματισμός, ούτε σχεδιασμένες πολιτικές που συνδέουν το σύστημα υγείας με το σύστημα εκπαίδευσης και εξισορροπούν τη προσφορά ανθρώπινων πόρων με τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας. Παρατηρούνται απουσία κατάλληλου προγραμματισμού του ανθρώπινου δυναμικού, υπερπροσφορά ειδικευμένων ιατρών και ταυτόχρονα άνιση γεωγραφική κατανομή τους, ελλείψεις εκπαιδευμένου νοσηλευτικού και εξειδικευμένου διοικητικού προσωπικού, αδυναμίες ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της γενικής/οικογενειακής ιατρικής, καθώς και αδυναμίες στο σύστημα εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας.

Κρίνονται απαραίτητες οι επενδύσεις για τον προγραμματισμό και την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στις υπηρεσίες υγείας, για την αύξηση του αριθμού των γενικών ιατρών και των νοσηλευτών, για την προαγωγή της ΠΦΥ, για την αναδιοργάνωση της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, καθώς και για την αύξηση της απασχόλησης ορισμένων εξειδικευμένων κατηγοριών εργαζομένων. Η άρση των προβλημάτων λοιπόν, προϋποθέτει σχεδιασμό, οργάνωση και ορθή διαχείριση του συστήματος υγείας ως προς τη διοίκηση και τη στελέχωσή του.

## ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Αγορά Εκπαίδευσης	Εκπαίδευση	Οικογενειακή Ιατρική
Αγορά Εργασίας	Ελλείψεις	Παραϊατρικό Προσωπικό
Αγωγή Υγείας	Έλεγχος	Περιφέρεια
Αμοιβές	Εξειδίκευση	Πληθυσμός
Ανάγκες	Εξέλιξη	Ποιότητα
Ανάλογια Δυναμικού	Επαγγέλματα Υγείας	Πολιτική Υγείας
Ανάπτυξη	Επένδυση	Ποσότητα
Ανθρώπινο Δυναμικό	Επικοινωνία	Προβλήματα
Ανθρώπινο Κεφάλαιο	Επιστήμες	Προγραμματισμός
Ανθρώπινοι Πόροι	Εργαζόμενοι	Πρόληψη
Ανισοκατανομή	Έρευνα	Πρόσληψη
Αξιολόγηση	Ζήτηση	Προσφορά
Απασχόληση	Θεραπεία	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
Αποδοτικότητα	Ιατρικό Δυναμικό	Στελέχωση
Αποκατάσταση	Ιατρικός Πληθωρισμός	Συνεργασία
Αποτελεσματικότητα	Ικανοποίηση	Συνθήκες Απασχόλησης
Αστικά Κέντρα	Ικανότητες	Συντονισμός
Βιοϊατρική Τεχνολογία	Καταμερισμός της Εργασίας	Σύστημα Εντάσεως Εργασίας
Γενική Ιατρική	Κατανομή Δυναμικού	Σχεδιασμός
Δαπάνες Υγείας	Κατάρτιση	Τεχνικό Προσωπικό
Δεξιότητες	Κατηγορίες Επαγγελματιών	Υγεία
Δημόσια Υγεία	Λοιπό Προσωπικό	Υγειονομικός Τομέας
Διάγνωση	Μάνατζερς	Υπερπροσφορά
Διαχείριση	Μεταρρύθμιση	Υπηρεσίες Υγείας
Διοίκηση	Μέτρηση	Υποστελέχωση
Διοίκηση της Υγείας	Νοσηλευτικό Δυναμικό	Φαρμακ/Οδοντ. Δυναμικό
Διοικητικό Προσωπικό	Νοσοκομεία	Φροντίδα Υγείας
Ειδικότητες	Οργάνωση	Χρηματοδότηση

## ABSTRACT

Human resources possess a very important role in the production of sanitary services and in the exercise of efficient health policy. The working factor is the dominant surge of health systems, because they are systems of work intensity. The particularity and the complexity of sanitary sector, requires varied educated and trained human staff, in order to correspond to the criteria of efficient and effective use of financial resources and to the satisfaction of the demand for health services.

This wide spectrum of specialties, high of knowledge and capabilities, is mainly constituted by doctors of various specialties and specializations, dentists, pharmacists, nurses, paramedic, administrative and special technical personnel, managers, economists and PC programmers.

The development of human resources in Greece though, has been unorganized. That is because no central national planning has been materialized, nor any drawn policies that connect the health care system with the education system and counterbalance the offer of human resources with the demand of health services. It is observed an excessive supply of specialized doctors and at the same time an unequal geographic distribution of them, as well as, a lack of educated nursing staff and specialized administrative personnel. So a suitable planning of human potential is absent. Moreover there are problems in the development of primary health care and in the general medicine, as well as, weakness in the education system of health professions.

Investments are imperative for the increase of the number of general doctors and nurses, for the development of primary health care, for the rearrangement of the health care education system, as well as, for the increase of employment for certain specialized categories of health professionals. Programming, planning, organization, administration and also equitable management are needed in order to find the necessary solutions for the problems of human resources in the health system.



## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΕΙΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	3
1.1. Συγκεντρωτικά στοιχεία του Ανθρώπινου Δυναμικού του Υ.Υ.Κ.Α., 31/10/2005 ...	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°: ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ .....	13
Εισαγωγή .....	13
2.1. Προγραμματισμός, σχεδιασμός, διοίκηση, διαχείριση .....	14
2.2. Ιατρικό, οδοντιατρικό, φαρμακευτικό δυναμικό .....	15
2.3. Νοσηλευτικό δυναμικό .....	16
2.4. Άλλα επαγγέλματα υγείας .....	17
2.5. Εκπαίδευση .....	17
2.6. Συνθήκες απασχόλησης .....	18
2.7. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας .....	19
2.8. Βιοϊατρική τεχνολογία .....	20

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>:

### Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ..... 21

Εισαγωγή .....	21
3.1. Ιατρική Εκπαίδευση .....	22
3.2. Νοσηλευτική Εκπαίδευση .....	23
3.3. Εκπαίδευση Διοικητικού, Παραϊατρικού, Τεχνικού και Λοιπού Προσωπικού .....	24
3.4. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Εκπαίδευση .....	24
3.5. Συνεχιζόμενη κατάρτιση .....	25
3.6. Επίπεδο Εκπαίδευσης του Ανθρώπινου Δυναμικού του Υ.Υ.Κ.Α., σύμφωνα με την τελευταία απογραφή που διεξήχθη στις 31/10/2005 .....	26

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>:

### Ο ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ Ο ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ..... 28

Εισαγωγή .....	28
4.1. Ιατρικό προσωπικό .....	29
4.2. Νοσηλευτικό Προσωπικό .....	30
4.3. Τα Άλλα Επαγγέλματα Υγείας .....	31
4.4. Ο τομέας της ζήτησης .....	31
4.5. Ο τομέας της προσφοράς .....	35
4.6. Παραγωγικότητα Ανθρώπινου Δυναμικού .....	38
4.7. Προβλέψεις Ανθρώπινου Δυναμικού .....	38
4.8. Διαχείριση Ανθρώπινων Πόρων .....	38
4.9. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας .....	41
4.10. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας .....	42
4.11. Οι δαπάνες υγείας .....	45

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>:

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ, ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ  
ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ  
ΥΓΕΙΑΣ ..... 46

Εισαγωγή ..... 46

5.1. Προγραμματισμός, Σχεδιασμός και Διαχείριση των Ανθρώπινων Πόρων ..... 46

5.2. Ιατρικό προσωπικό ..... 49

5.3. Νοσηλευτικό Δυναμικό ..... 50

5.4. Λοιπό Προσωπικό ..... 51

5.5. Εκπαίδευση Επαγγελματιών Υγείας ..... 52

5.6. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ..... 53

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ..... 56

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α' ..... 60

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β' ..... 70

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

### ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1

Ανάπτυξη του Ανθρώπινου Δυναμικού στις Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα κατά την περίοδο 1980 – 2000

### ΠΙΝΑΚΑΣ 1.2

Αριθμός των Εργαζομένων ανά Κατηγορία, (ΥΥΚΑ – ΚΥ ΔΥΠΕ - Νοσοκομείων – ΜΚΦ – Εποπτευόμενων Φορέων)

### ΠΙΝΑΚΑΣ 1.3

Ηλικία Εργαζομένων, (ΥΥΚΑ – ΚΥ ΔΥΠΕ - Νοσοκομείων – ΜΚΦ – Εποπτευόμενων Φορέων).

### ΠΙΝΑΚΑΣ 1.4

Ιατροί, (ΥΥΚΑ – ΚΥ ΔΥΠΕ - Νοσοκομείων – ΜΚΦ – Εποπτευόμενων Φορέων)

### ΠΙΝΑΚΑΣ 1.5

Εργαζόμενοι ανά Κατηγορία – Φύλο, (ΚΥ ΥΥΚΑ – ΚΥ ΔΥΠΕ – Νοσοκομείων – ΜΚΦ – Εποπτευόμενοι φορείς ΥΥΚΑ)

### ΠΙΝΑΚΑΣ 1.6

Συγκεντρωτικός πίνακας Ανθρώπινου Δυναμικού ανά Δ.Υ.ΠΕ

### ΠΙΝΑΚΑΣ 1.7

Προσλήψεις ανά Έτος και Ειδικότητα

### ΠΙΝΑΚΑΣ 1.8

Σύνολα Εργαζομένων του Ε.Σ.Υ., (ΥΥΚΑ – ΚΥ ΔΥΠΕ - Νοσοκομείων – ΜΚΦ – Εποπτευόμενων Φορέων)

### ΠΙΝΑΚΑΣ 1.9

Εργαζόμενοι και Μισθοδοτούμενοι των Νοσοκομείων του ΕΣΥ

### ΠΙΝΑΚΑΣ 1.10

Μισθοδοτούμενοι – Σχέσεις Εργασίας

### ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1

Επίπεδο Εκπαίδευσης ανά Ειδικότητα

## ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ

### ΑΡΚΤΙΚΟΛΕΞΟ

ΑΕΙ  
Δ.Υ.ΠΕ  
ΕΕ  
ΕΣΥ  
ΕΣΥΕ  
ΕΣΥΚΑ  
Η/Υ  
ΙΚΑ  
Κ.Υ.  
ΚΕ.Σ.Υ.  
ΚΥ  
ΜΚΦ  
Ν.  
Ο.Κ.Α.  
ΟΟΣΑ  
ΟΤΑ  
Πε.Σ.Υ.Π.  
ΠΟΥ  
ΠΦΥ  
ΤΕΙ  
ΥΥΚΑ

### ΑΝΑΠΤΥΓΜΑ

Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα  
Διοικητική Υγειονομική Περιφέρεια  
Ευρωπαϊκή Ένωση  
Εθνικό Σύστημα Υγείας  
Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος  
Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης  
Ηλεκτρονικοί Υπολογιστές  
Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων  
Κέντρα Υγείας  
Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας  
Κεντρικές Υπηρεσίες  
Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας  
Νόμος  
Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης  
Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης  
Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης  
Περιφερειακό Σύστημα Υγείας και Πρόνοιας  
Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας  
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας  
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα  
Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πολυπλοκότητα των υπηρεσιών υγείας απαιτεί ανθρώπινο δυναμικό, όχι μόνο με σημαντική αριθμητική υπεροχή σε σχέση με άλλους κλάδους παραγωγής, αλλά και ευρύτατου φάσματος ειδικοτήτων, υψηλού επιπέδου επιστημονικών γνώσεων και δεξιοτήτων, λόγω του υψηλού καταμερισμού της εργασίας. Επιπλέον, η καλπάζουσα πρόοδος της ιατρικής επιστήμης, η ανάπτυξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας και η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης δημιουργούν νέες ανάγκες και τάσεις για τον προγραμματισμό του ανθρώπινου δυναμικού. (Μωραΐτης, 2004)

Η συνεισφορά του ανθρώπινου δυναμικού έχει διττή σημασία, τόσο για την παραγωγή υγειονομικών υπηρεσιών, όσο και για τη διανομή των υγειονομικών φροντίδων στους πολίτες. Η συμβολή του είναι καθοριστική για την υλοποίηση και την εφαρμογή της πολιτικής υγείας, για την ΠΦΥ, για τη φροντίδα των ασθενών (πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση) και για τη διαχείριση της βιοϊατρικής τεχνολογίας. (Ανδριώτη, 1994)

Στην Ελλάδα σήμερα, εξαιτίας της ταχείας ανάπτυξης του συστήματος υγείας, το σύνολο των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας είναι σημαντικά αυξημένο σε σχέση με προηγούμενες δεκαετίες. Λειτουργούν μηχανισμοί διαχείρισης και συντονισμού των εργαζομένων αυτών σε συνάρτηση με τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, τη ποσότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών, τις δαπάνες υγείας και τη βιοϊατρική τεχνολογία, με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας, της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας του υγειονομικού συστήματος. (Μωραΐτης, 2004)

Ο ελληνικός υγειονομικός τομέας όμως, έχει αρκετά προβλήματα που οφείλονται κυρίως στην απουσία κατάλληλου σχεδιασμού και ορθής διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού, στην έλλειψη ελέγχου της δημογραφίας των εργαζομένων και στην προβληματική εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. (Οικονόμου, 2004)

Η εκπαίδευση είναι καθοριστική για την προετοιμασία και τη δημιουργία υπεύθυνων επαγγελματιών που θα είναι ο σημαντικότερος μοχλός υλοποίησης της πολιτικής υγείας, θα αναλάβουν διευρυμένους ρόλους και θα εκφράσουν τη φιλοσοφία του αγαθού "υγεία". Παρόλο που έχουν καταγραφεί περισσότερες από 200 κατηγορίες επαγγελματιών υγείας, τα κυριότερα είναι οι γιατροί όλων των ειδικοτήτων, οι νοσηλεύτές/τριες, οι φαρμακοποιοί, οι οδοντίατροι, οι ψυχολόγοι, οι φυσιοθεραπευτές, οι εργοθεραπευτές, οι λογοθεραπευτές, οι κοινωνικοί λειτουργοί, το παραϊατρικό, το διοικητικό και το ειδικό τεχνικό προσωπικό. (Ανδριώτη, 1998)

Η επένδυση στο ανθρώπινο κεφάλαιο, αποτελεί κρίσιμο σημείο της υγειονομικής μεταρρύθμισης της πολιτικής υγείας, αποτελεί άμεση προτεραιότητα στο ελληνικό σύστημα υγείας και προσδιορίζει σε μεγάλο βαθμό την αποδοτική και αποτελεσματική διαχείριση των υλικών και οικονομικών υγειονομικών πόρων. Προκειμένου να υλοποιηθούν αυτά, είναι απαραίτητη η έρευνα της προσφοράς και της ζήτησης του ανθρώπινου δυναμικού, οι οποίες κατά κανόνα βρίσκονται σε ανισορροπία. Η προσφορά, είναι το ενεργό παραγωγικό δυναμικό σε δεδομένη χρονική στιγμή, ενώ η ζήτηση, εξαρτάται από το μέγεθος, το επίπεδο και τη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που ζητά ο πληθυσμός. (Ανδριώτη, 1994)

Ένας κεντρικός εθνικός προγραμματισμός για το ανθρώπινο δυναμικό, είναι απαραίτητος, ώστε να εξασφαλίζει τον κατάλληλο αριθμό και τις αντίστοιχες κατηγορίες ανθρώπων που απασχολούνται στο σύστημα υγείας, καθώς επίσης και τη συνεχή εκπαίδευση και αναπαραγωγή αυτών, με σκοπό την εύρυθμη λειτουργία του υγειονομικού τομέα. (Ρούπας και Πολύζος, 1994)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Από τα στατιστικά στοιχεία που παρουσιάζει ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) και η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ), στα περισσότερα κράτη, το 5% με 6% του εργατικού δυναμικού απασχολείται στον τομέα της υγείας.

Για να αναλυθεί και να αξιολογηθεί το μέγεθος του υγειονομικού δυναμικού στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα, είναι απαραίτητη η παρατήρηση της διαχρονικής εξέλιξής του.

Κατά τις δεκαετίες 1980 - 1990 και 1990 - 2000, παρατηρείται μεγάλη αύξηση του ιατρικού δυναμικού στην Ελλάδα. Το 1980 οι γιατροί αριθμούσαν τους 23.469, το 1990 τους 35.657 και το 2000 ο αριθμός τους έφτανε τους 47.979.

Την ίδια περίοδο, παρατηρείται μια εντυπωσιακή υποκατάσταση των πρακτικών νοσοκόμων από εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Έτσι, από 18.954 νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης που απασχολούνταν στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα το 1980, το 2000 απασχολούνταν 56.164. Την ίδια περίοδο, οι διπλωματούχοι νοσοκόμοι διπλασιάστηκαν, οι βοηθητικές νοσοκόμες πενταπλασιάστηκαν ενώ οι μαιές διατηρήθηκαν στον ίδιο αριθμό, σε αντίθεση με τις πρακτικές νοσοκόμες που από 8.445 μειώθηκαν στις 622. Παρόλα αυτά όμως, οι ανάγκες του ελληνικού συστήματος υγείας για αύξηση του εκπαιδευμένου νοσηλευτικού δυναμικού εξακολουθούν να είναι μεγάλες, ιδιαίτερα για την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Επίσης, στο διοικητικό, τεχνικό και λοιπό προσωπικό παρουσιάζονται στασιμότητα ή μικρές αυξητικές τάσεις κατά την περίοδο 1980 - 2000. (Υφαντόπουλος, 2003)



## ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1

*Ανάπτυξη του Ανθρώπινου Δυναμικού στις Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα κατά την περίοδο 1980 – 2000*

Κατηγορίες	1980	1990	2000
Ιατροί	23.469	35.657	47.979
Νοσοκομειακοί ιατροί	11.871	18.287	27.175
Νοσηλευτικό προσωπικό	18.954	34.582	56.164
Διπλωματούχοι νοσοκόμοι	5.048	8.253	11.277
Βοηθητικές νοσοκόμες	3.596	11.313	21.846
Μαίες	1.704	1.860	1.793
Πρακτικές νοσοκόμες	8.445	9.038	0
Διοικητικό προσωπικό	4.382	6.873	6.202
Τεχνικό προσωπικό	2.094	3.685	5.742
Άλλο προσωπικό	2.298	3.488	6.264

Πηγή: Υφαντόπουλος, Σούλης, Παπαηλιάς, Μανιαδάκης, στο Υφαντόπουλος, 2003

Τέλος, στην ίδια περίοδο, παρουσιάζεται αύξηση του αριθμού των οδοντιάτρων και των φαρμακοποιών, οι οποίοι από 7.646 και 5.170 αντίστοιχα το 1980, έφτασαν τους 13.744 και 11.589 αντίστοιχα το 1998. (Μωραΐτης, 2004)

### 1.1. Συγκεντρωτικά στοιχεία του Ανθρώπινου Δυναμικού του Υ.Υ.Κ.Α., 31/10/2005

Στο σημείο αυτό θα αναφερθούν ενδεικτικά τα συγκεντρωτικά στοιχεία του ανθρώπινου δυναμικού του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, σύμφωνα με την τελευταία αποτύπωση του, που διεξήχθη στις 31 Οκτωβρίου 2005 και δημοσιεύθηκε μέσα από την ιστοσελίδα του υπουργείου.

Την τελευταία αυτή περίοδο, στο ελληνικό σύστημα υγείας, μετρήθηκαν 108.358 εργαζόμενοι, που μαζί με τους πανεπιστημιακούς και στρατιωτικούς ιατρούς, φτάνουν τους 109.667. Το μεγαλύτερο ποσοστό εργαζομένων ανήκει στο νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο είναι περίπου διπλάσιο από το ιατρικό. Ακολουθεί το τεχνικό και υποστηρικτικό προσωπικό, που αριθμεί σχεδόν διπλάσιους υπαλλήλους, από το παραϊατρικό και από το διοικητικό προσωπικό.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 1.2

*Αριθμός των Εργαζομένων ανά Κατηγορία  
(ΥΥΚΑ – ΚΥ ΔΥΠΕ - Νοσοκομείων – ΜΚΦ – Εποπτευόμενων Φορέων)*

Ιατρικό	22472
Νοσηλευτικό	43248
Παραϊατρικό	11000
Διοικητικό	10696
Τεχνικό –Υποστηρικτικό - Λοιπό	20952
Σύνολο	108.358

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης,  
Συγκεντρωτικά Στοιχεία Ανθρώπινου Δυναμικού - 31/10/2005  
(Δεν περιλαμβάνονται Πανεπιστημιακοί και Στρατιωτικοί)

Ο μέσος όρος της ηλικίας των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας, διαφέρει από ειδικότητα σε ειδικότητα. Ο υψηλότερος μέσος όρος ηλικίας παρατηρείται στο ιατρικό δυναμικό, λόγω κυρίως της πολυετής εκπαίδευσης του. Αντίθετα, τον μικρότερο μέσο όρο ηλικιών έχει το νοσηλευτικό δυναμικό και το παραϊατρικό. Τέλος, ο μέσος όρος ηλικίας των εργαζομένων στο διοικητικό και στο τεχνικό - υποστηρικτικό δυναμικό, βρίσκεται κάπου ενδιάμεσα.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 1.3

*Ηλικία Εργαζομένων*

*(ΥΓΚΑ – ΚΥ ΔΥΠΕ - Νοσοκομείων – ΜΚΦ – Εποπτευόμενων Φορέων)*

Μέσος Όρος	
Ειδικότητα	Ηλικία
Ιατρικό	50
Νοσηλευτικό	40
Παραϊατρικό	41
Διοικητικό	44
Τεχνικό - Υποστηρικτικό	46
Λοιπό	41

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης,  
Συγκεντρωτικά Στοιχεία Ανθρώπινου Δυναμικού - 31/10/2005

Το ιατρικό δυναμικό και η κατάλληλη κατανομή του σε σχέση με τις ειδικότητες, καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την αποτελεσματική λειτουργία του υγειονομικού τομέα. Σύμφωνα με την τελευταία απογραφή του εργατικού δυναμικού, μετρήθηκαν 11.953 ειδικευμένοι γιατροί, 662 επικουρικοί, 7.935 ειδικευόμενοι, 1.922 αγροτικοί, 1.128 πανεπιστημιακοί και 181 στρατιωτικοί γιατροί.

Οι γιατροί αυτοί κατανέμονται στα Νοσοκομεία, στο Υ.Υ.Κ.Α., στις κεντρικές υπηρεσίες Δ.Υ.Π.Ε., στις Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας και στους υπόλοιπους Εποπτευόμενους Φορείς:

## ΠΙΝΑΚΑΣ 1.4

### Ιατροί

(ΥΥΚΑ – ΚΥ ΔΥΠΕ - Νοσοκομείων – ΜΚΦ – Εποπτευόμενων Φορέων)

Ειδικευμένοι	11.953
Επικουρικοί	662
Ειδικευόμενοι	7.935
Αγροτικοί	1.922
Μερικό Σύνολο	22.472
Πανεπιστημιακοί	1.128
Στρατιωτικοί	181
Γενικό Σύνολο	23.781

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης,  
Συγκεντρωτικά Στοιχεία Ανθρώπινου Δυναμικού - 31/10/2005.  
(Δεν περιλαμβάνονται τα άτομα του Κ.Ε.Ε.Λ. και του Κ.Ε.Θ.Ε.Α.)

Επιπλέον, στις υπηρεσίες υγείας παρατηρούνται μεγάλες διαφοροποιήσεις σε σχέση με την κατηγορία του επαγγέλματος και το φύλο. Αξιοσημείωτο είναι ότι το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελείται κατά 83,3% από γυναίκες και το παρ'ιατρικό κατά 77,7% από το ίδιο φύλο. Αντίθετα, η κατηγορία εκείνη που υπερτερούν οι άντρες, είναι το τεχνικό, το υποστηρικτικό και το λοιπό προσωπικό, λόγω της φύσης του επαγγέλματος.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 1.5

Εργαζόμενοι ανά Κατηγορία – Φύλο

(ΚΥ ΥΥΚΑ – ΚΥ ΔΥΠΕ – Νοσοκομείων – ΜΚΦ – Εποπτευόμενοι φορείς ΥΥΚΑ)

	Άνδρες	Γυναίκες
Ιατρικό	58,1%	41,9%
Νοσηλευτικό	16,7%	83,3%
Παραϊατρικό	22,3%	77,7%
Διοικητικό	30,1%	69,9%
Τεχνικό – Υποστηρικτικό	63,95%	36,05%
Λοιπό	62,7%	37,3%

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης,  
Συγκεντρωτικά Στοιχεία Ανθρώπινου Δυναμικού - 31/10/2005

Στο ελληνικό σύστημα υγείας η περιφερειακή κατανομή των επαγγελματιών υγείας αποτελεί πολύ σημαντική παράμετρο για την ορθή και ομαλή λειτουργία του. Σύμφωνα με την τελευταία αποτύπωση του ανθρώπινου δυναμικού, παρατηρείται ότι μόνο στην Αττική (Α', Β', Γ' Περιφέρεια Αττικής), στην Κ.Υ. του Υ.Υ.Κ.Α. και στην περιοχή της Θεσσαλονίκης (Α' και Β' περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας), απασχολούνται 58.010 επαγγελματίες υγείας, ποσοστό δηλαδή, 52,9% του συνολικού αριθμού όλων των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα.

Αντίθετα, στην Α' περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου, οι εργαζόμενοι στις υπηρεσίες υγείας αριθμούν μόλις τους 635, στα Ιόνια νησιά οι απασχολούμενοι φτάνουν τους 1787, στο Βόρειο Αιγαίο τους 1914 και στην περιφέρεια της Δυτικής Μακεδονίας τους 2036.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 1.6

*Συγκεντρωτικός πίνακας Ανθρώπινου Δυναμικού ανά Δ.Υ.Π.Ε.*

	<b>Εργαζόμενοι</b>
Κ.Υ. Υ.Υ.Κ.Α.	1.008
Α' Αττικής	16.271
Α' Κεντρικής Μακεδονίας	9.400
Α' Νοτίου Αιγαίου	635
Β' Αττικής	12.084
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	8.754
Β' Νοτίου Αιγαίου	2.186
Γ' Αττικής	10.493
Ανατολικής Μακεδονίας – Θράκης	5.401
Βορείου Αιγαίου	1.914
Δυτικής Μακεδονίας	2.036
Ηπείρου	4.453
Θεσσαλίας	6.186
Ινίων Νήσων	1.785
Κρήτης	7.197
Πελοποννήσου	4.645
Στερεάς Ελλάδας	3.455
Δυτικής Ελλάδας	6.707
Εποπτευόμενοι Φορείς Υ.Υ.Κ.Α.	5.057
Σύνολο	109.667

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης,  
Συγκεντρωτικά Στοιχεία Ανθρώπινου Δυναμικού - 31/10/2005.  
(Δεν περιλαμβάνονται τα άτομα του Κ.Ε.Ε.Α. και του Κ.Ε.Θ.Ε.Α.)

Σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες προσλήψεις επαγγελματιών υγείας ανά ειδικότητα, κατά τη χρονική περίοδο 2000 – 2005, παρατηρείται σταδιακή μείωση όλων των ειδικοτήτων ιατρικού, νοσηλευτικού, παραϊατρικού, διοικητικού, τεχνικού - υποστηρικτικού και λοιπού προσωπικού.

Ωστόσο, αξιοσημείωτη εμφανίζεται η μείωση των προσλήψεων του νοσηλευτικού δυναμικού, που από 1.638 προσλήψεις το 2000 και 2.582 το 2002, το 2005 πραγματοποιήθηκαν μόνο 1.069, γεγονός που αυξάνει ακόμα περισσότερο το πρόβλημα της έλλειψης νοσηλευτικού δυναμικού στην Ελλάδα. Οι άλλες κατηγορίες προσωπικού παρουσιάζουν μικρή μείωση των προσλήψεων κάθε έτος:

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1.7**  
*Προσλήψεις ανά Έτος και Ειδικότητα*

Έτη	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ιατρικό	556	500	553	692	760	357
Νοσηλευτικό	1.638	1.353	2.582	1.618	1.098	1.069
Παραϊατρικό	404	461	536	553	171	326
Διοικητικό	246	263	109	528	289	284
Τεχνικό – Υποστηρικτικό	444	283	547	524	596	146
Λοιπό	3	1	0	0	14	21
Σύνολο	3.291	2.861	4.327	3.915	2.928	2.203

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης,  
Συγκεντρωτικά Στοιχεία Ανθρώπινου Δυναμικού - 31/10/2005.  
(Δεν περιλαμβάνονται τα άτομα του Κ.Ε.Ε.Α. και του Κ.Ε.Θ.Ε.Α.)

Επιπλέον, χρήσιμο είναι να αναφερθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό επαγγελματιών υγείας (περίπου 91%), απασχολείται στα νοσοκομεία σε όλη την επικράτεια, στα οποία προσφέρονται και οι τρεις βαθμίδες φροντίδας υγείας και προσδιορίζουν σε μεγάλο βαθμό το επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

Οι υπόλοιποι εργαζόμενοι κατανέμονται στην κεντρική υπηρεσία του Υ.Υ.Κ.Α., στις κεντρικές υπηρεσίες Δ.Υ.Π.Ε. (πρώην Πε.Σ.Υ.Π.), στις Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας και στους υπόλοιπους Εποπτευόμενους Φορείς του υπουργείου.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 1.8

*Σύνολα Εργαζομένων του Ε.Σ.Υ.*

	Σύνολο Εργαζομένων
Υ.Υ.Κ.Α (Υπουργείο)	1.008
Κεντρικές Υπηρεσίες Δ.Υ.Π.Ε.	686
Νοσοκομεία	99.533
Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας	3.383
Εποπτευόμενοι Φορείς	5.057
Σύνολο	109.667

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης,  
Συγκεντρωτικά Στοιχεία Ανθρώπινου Δυναμικού - 31/10/2005

Τέλος, από τα 100.165 άτομα που μισθοδοτούνται στα νοσοκομεία, οι 97.616 εργάζονται εντός των νοσοκομείων, οι 2.326 είναι αποσπασμένοι σε άλλους φορείς του Ε.Σ.Υ., ενώ οι 220 είναι αποσπασμένοι σε φορείς εκτός του Ε.Σ.Υ. Η εργασία όλων αυτών των απασχολούμενων πρέπει να προάγεται και να στηρίζεται από τους αρμόδιους φορείς, ενώ με τη σειρά τους οι εργαζόμενοι πρέπει να προσφέρουν το μέγιστο δυνατό μέσα από της υπηρεσίες υγείας των νοσοκομείων για τη διατήρηση υψηλού επιπέδου υγείας.



## ΠΙΝΑΚΑΣ 1.9

*Εργαζόμενοι και Μισθοδοτούμενοι των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.*

Νοσοκομεία
------------

1) Μισθοδοτούνται 100.165 άτομα

α) Εργάζονται εντός των νοσοκομείων 97.616

β) Αποσπασμένοι σε φορείς ΕΣΥΚΑ 2.326

γ) Αποσπασμένοι σε φορείς εκτός ΕΣΥΚΑ 220

2) Εργάζονται 99.533 άτομα

α) Οργανική δύναμη των νοσοκομείων 97.616

β) Αποσπασμένοι σε φορείς ΕΣΥΚΑ 1.872

γ) Αποσπασμένοι σε φορείς εκτός ΕΣΥΚΑ 45

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης,  
Ανθρωπογεωγραφία Ε.Σ.Υ.Κ.Α. - 31/10/2005.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

### Εισαγωγή

Από τα πορίσματα ερευνών και την επισκόπηση της σχετικής επιστημονικής βιβλιογραφίας, στο ελληνικό σύστημα υγείας έχουν διαπιστωθεί αρκετά προβλήματα στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού. Αυτά έχουν ποσοτικό και ποιοτικό χαρακτήρα και μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής:

#### Α) Προβλήματα στο σχεδιασμό - προγραμματισμό

Οι αποφάσεις των σχεδιαστών υγείας συχνά βασίζονται σε πρόχειρες εκτιμήσεις, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι δυνάμεις προσφοράς και ζήτησης για το ανθρώπινο δυναμικό. Επιπλέον, παρατηρείται έλλειψη ολοκληρωμένων προγραμμάτων και σχεδίων για την περιφέρεια και ειδικότερα για τα επαγγέλματα υγείας εκτός των γιατρών.

#### Β) Προβλήματα στη παραγωγή - εκπαίδευση

Οι εκπαιδευτικοί φορείς αντιμετωπίζουν προβλήματα επάρκειας και λειτουργίας, με αποτέλεσμα το μοντέλο παραγωγής των επαγγελματιών υγείας να είναι ιατροκεντρικό. Δίνεται βάρος στην επεμβατική ιατρική και όχι στην γενική ιατρική, στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στην πρόληψη, που είναι απαραίτητοι παράγοντες για την ανάπτυξη του συστήματος. Επίσης, παρατηρούνται ελλείψεις στη νοσηλευτική εκπαίδευση και στη συνεχιζόμενη κατάρτιση, ενώ απουσιάζουν εκπαιδευτικά προγράμματα που να προετοιμάζουν κατάλληλα διοικητικά στελέχη με οικονομοτεχνικές γνώσεις.

## Γ) Προβλήματα στη διαχείριση - διοίκηση

Η έλλειψη των οικονομικών, κοινωνικών και ηθικών κινήτρων, προκαλεί σύγχυση ρόλων και αρμοδιοτήτων και οδηγεί στη μη αποδοτική χρησιμοποίηση των υπηρεσιών. Επιπλέον, η απουσία της "κουλτούρας" του μάνατζμεντ, οι προβληματικές συνθήκες απασχόλησης και η έλλειψη ορθολογικών μηχανισμών διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού, μειώνουν την ικανοποίηση και την αποδοτικότητα των απασχολούμενων του συστήματος υγείας. (Υφαντόπουλος, 2003)

### 2.1. Προγραμματισμός, σχεδιασμός, διοίκηση, διαχείριση.

Όπως αναφέρθηκε, στην Ελλάδα δεν υπάρχουν πολιτικές και συγκεκριμένοι στόχοι για τον προγραμματισμό, τη διοίκηση και τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται σημαντικά προβλήματα κατά τη χρήση των υπηρεσιών.

Τα κυριότερα είναι:

- i. Η δυσκολία πρόβλεψης του αριθμού των ατόμων και του επιστημονικού υποβάθρου αυτών, που απαιτούνται για την κάλυψη των αναγκών του τομέα της υγείας.
- ii. Η έλλειψη νομοθετικής κατοχύρωσης των καθηκόντων για τη κάθε κατηγορία εργαζομένων.
- iii. Η συγκρουόμενη και προβληματική σχέση του τομέα της υγείας με τους άλλους κοινωνικοοικονομικούς τομείς της χώρας. (Ανδριώτη, 1998)

Επιπλέον, οι πολιτικές των ανθρώπινων πόρων χαρακτηρίζονται από πλήρη αποσύνδεση των αγορών εκπαίδευσης και απασχόλησης, λόγω έλλειψης συνεργασίας των αρμόδιων υπουργείων. Το υπουργείο Παιδείας είναι υπεύθυνο για την εκπαίδευση και την παραγωγή των στελεχών των υπηρεσιών υγείας, λειτουργεί όμως ανεξάρτητα

από το υπουργείο Υγείας, που είναι υπεύθυνο για τον υγειονομικό τομέα. Δημιουργείται λοιπόν σύγχυση για τις πραγματικές ανάγκες του ανθρώπινου δυναμικού. (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001)

## 2.2. Ιατρικό, οδοντιατρικό, φαρμακευτικό δυναμικό

Στην Ελλάδα παρατηρείται υψηλή πυκνότητα ιατρικού, οδοντιατρικού και φαρμακευτικού δυναμικού, λόγω της απουσίας πολιτικών ελέγχου της παραγωγής και της δημογραφία τους. Ο υψηλός ιατρικός πληθωρισμός, λόγω της άναρχης αύξησης των γιατρών των περισσότερων ειδικοτήτων, δημιουργεί ανωμαλίες στην κατανομή τους, καθώς και συνθήκες για αύξηση των δαπανών υγείας (προκλητή ζήτηση). (Οικονόμου, 2004)

Παράλληλα, παρουσιάζεται υπερσυγκέντρωση ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας στα μεγάλα αστικά κέντρα (Αθηνών και Θεσσαλονίκης) και ανεπαρκή στελέχωση του υγειονομικού τομέα στην επαρχία. Το μέγεθος της άνιση κατανομής διαφαίνεται κυρίως από την αναλογία πληθυσμού ανά γιατρό που διαφέρει από περιοχή σε περιοχή (πληθώρα γιατρών στα μεγάλα αστικά κέντρα και ταυτόχρονα έλλειψη ιατρικού προσωπικού στην περιφέρεια).

Η απροθυμία των γιατρών να εργασθούν στην περιφέρεια, μπορεί να εξηγηθεί από την έλλειψη ευκαιριών για επιστημονική και επαγγελματική εξέλιξη. Άνιση κατανομή παρουσιάζεται και μεταξύ των ειδικοτήτων των γιατρών που υπηρετούν σε κέντρο και στη περιφέρεια, με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλη έλλειψη ειδικευμένων ιατρών στις απομακρυσμένες περιοχές. (Ρούπας και Πολύζος, 1994)

Ένα άλλο πρόβλημα που αφορά το ιατρικό σώμα, είναι η οριζόντια ανισοκατανομή των γιατρών ανά ειδικότητα. Παρατηρείται υπερπροσφορά γιατρών εξειδικευμένων ειδικοτήτων και υποπροσφορά γενικών γιατρών, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η ανεργία και η υποαπασχόληση των τελευταίων. Δημιουργούνται λοιπόν τάσεις υπερκατανάλωσης

ιατρικών υπηρεσιών και πελατειακές σχέσεων εις βάρος της οικονομικής σταθερότητας του συστήματος.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γιατρών είναι οι ειδικευμένοι αναισθησιολόγοι, καρδιολόγοι, γυναικολόγοι, ορθοπαιδικοί, μικροβιολόγοι και ακτινολόγοι, σε αντιδιαστολή με τις πραγματικές ανάγκες του υγειονομικού τομέα, για αύξηση των γενικών γιατρών. (Οικονόμου, 2004),

Τέλος, εκτός από τη γενική ιατρική, παρατηρούνται σημαντικές ελλείψεις σε άλλες βασικές ειδικότητες όπως στην ιατρική της εργασίας, στην κοινωνική και προληπτική ιατρική, στην αποκαταστατική ιατρική καθώς και στον τομέα της δημόσιας υγείας. (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001)

### **2.3. Νοσηλευτικό δυναμικό**

Ένα άλλο πολύ σημαντικό πρόβλημα του ελληνικού υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα, είναι οι ελλείψεις σε εκπαιδευμένο νοσηλευτικό δυναμικό, με ταυτόχρονη την άνηση γεωγραφική κατανομή του. Η έλλειψη αυτή οδηγεί στην κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών των δημόσιων νοσοκομείων με την εργασία μεγάλου αριθμού "πρακτικών" νοσοκόμων που δεν έχουν την κατάλληλη θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση. (Οικονόμου, 2004)

Επίσης, πολλές φορές, το εν δυνάμει νοσηλευτικό δυναμικό, δεν μπορεί να απασχοληθεί στις υπηρεσίες υγείας, διότι οι θέσεις που προκηρύσσονται είναι πολύ λιγότερες από την προσφορά ατόμων ή δεν δέχεται τις προσφερόμενες θέσεις για τις οποίες εκπαιδεύτηκε. Έτσι, αναπτύσσεται διάσταση μεταξύ εκπαιδευμένου δυναμικού και απασχόλησης. (Ανδριώτη, 1998, Λανάρα, 2001)

## 2.4. Άλλα επαγγέλματα υγείας

Τα τελευταία χρόνια παρατηρούνται ελλείψεις σε νέα επαγγέλματα που είναι απαραίτητα ώστε να καλυφθούν οι νέες συνεχώς μεταβαλλόμενες ανάγκες των υπηρεσιών υγείας. Απουσιάζουν οι εργαζόμενοι ορισμένων εξειδικευμένων κατηγοριών, όπως οι οικονομολόγοι, οι μανατζερς, οι επιχειρησιακοί ερευνητές, οι κλινικοί μηχανικοί, οι προγραμματιστές Η/Υ, οι φυσικοί της ιατρικής, οι ηλεκτρονικοί ιατρικών μηχανημάτων κ.α. (Μωραΐτης, 2004)

Επιπλέον, το διοικητικό προσωπικό των δημόσιων νοσοκομείων στη χώρα μας, αδυνατεί να ασκήσει αποτελεσματική διοίκηση των ανθρωπίνων πόρων, ενώ το τεχνικό προσωπικό δε μπορεί να διαχειριστεί κατάλληλα τη σύγχρονη ιατρική και βιοϊατρική τεχνολογία, λόγω ελλείψεων εμπειρίας, "κουλτούρας" μανάτζμεντ και επιστημονικού υπόβαθρου. (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001)

## 2.5. Εκπαίδευση

Όσον αφορά την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, παρατηρούνται ποιοτικές και ποσοτικές αδυναμίες, κυρίως σε θέματα που αφορούν την αναλογία διδακτικού προσωπικού, τη διαθεσιμότητα και την καταλληλότητα του εκπαιδευτικού εξοπλισμού, την επάρκεια των χώρων διδασκαλίας κ.τ.λ. Επίσης, ένα μεγάλο μέρος των πηγών χρηματοδότησης για την εκπαίδευση προσφέρεται για την παραγωγή ιατρικού προσωπικού, ενώ για τα άλλα επαγγέλματα υγείας υπάρχει χαμηλότερο ενδιαφέρον οικονομικής στήριξης. Αυτό το πρόβλημα δημιουργείται εξαιτίας της δύναμης και των πιέσεων του ιατρικού σώματος (ιατροκεντρικός χαρακτήρα του συστήματος). (Οικονόμου, 2004)

Το μοντέλο εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, κυρίως των γιατρών, ακολουθεί πρότυπα περασμένων δεκαετιών και οδηγεί σε υπερεξειδίκευση και σε πλήθος κλινικών ειδικοτήτων. Επιπλέον, μετά τη λήξη των σπουδών της ιατρικής, υπάρχει μεγάλη

αναμονή για την απόκτηση ορισμένων ιατρικών ειδικοτήτων, διότι οι λίστες αναμονής στο υπουργείο Υγείας είναι μεγάλες και η προσφορά θέσεων στις νοσηλευτικές μονάδες καθυστερεί. (Ρούπας και Πολύζος, 1994)

Η νοσηλευτική εκπαίδευση παρουσιάζει προβλήματα ποιοτικής και ποσοτικής επάρκειας, κυρίως λόγω της κοινωνικής υποβάθμισης του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Έχει αδυναμίες ως προς τη θεωρητική και πρακτική εφαρμογή της, λόγω έλλειψης τεχνικής εξειδίκευσης, ανθρωπιστικού περιεχομένου της φροντίδας και χαμηλής προσφοράς στην αγωγή υγείας. (Κυριόπουλος, 1995)

Επιπλέον, στις περισσότερες σχολές που εκπαιδεύονται οι επαγγελματίες υγείας, υπάρχουν αρκετές ελλείψεις μαθημάτων και εκπαιδευτικών εξειδικεύσεων, με αποτέλεσμα να μην έχουν ικανοποιητική κατάρτιση σε θέματα υγείας. Τέλος, οι αδυναμίες για συνεχιζόμενη εκπαίδευση, επιμόρφωση και κατάρτιση είναι εμφανείς και οφείλονται στην απουσία μηχανισμών, προγραμμάτων και σχεδίων των αρμόδιων οργάνων κυρίως για τους νέργους. (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001)

## 2.6. Συνθήκες απασχόλησης

Οι συνθήκες απασχόλησης των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα, δεν είναι κατάλληλες. Δεν υπάρχουν ηθικά κίνητρα, δεν έχει καταργηθεί η πελατειακή σχέση γιατρού - ασθενή, το περιβάλλον εργασίας έχει αδυναμίες και τα οικονομικά κίνητρα δεν είναι ικανοποιητικά. (Ρούπας και Πολύζος, 1994)

Καταρχήν, η πολιτική των αμοιβών η οποία χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και από την κοινωνική ή ιδιωτική ασφάλιση, οδηγεί σε οικονομικό όφελος μόνο του γιατρού - καταναλωτή, λόγω της ισχυρής του θέσης. Μόνο αυτός καθορίζει ποιες εξετάσεις ή τι θεραπεία χρειάζεται ο ασθενής και δημιουργεί προκλητή ζήτηση στην αγορά υγειονομικών υπηρεσιών (σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει, η παραοικονομία αυξάνει τα εισοδήματα των γιατρών κυρίως ορισμένων ειδικοτήτων κατά

40% περίπου) και πλήγμα στην ελληνική οικονομία. Το υπόλοιπο προσωπικό του δημόσιου υγειονομικού τομέα και κυρίως το νοσηλευτικό δεν αμείβεται καθόλου ικανοποιητικά.

Επίσης, η έλλειψη οικονομικών, ηθικών, εκπαιδευτικών και άλλων κινήτρων, λειτουργεί ανασταλτικά και μειώνει την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα των εργαζομένων. Δεν υπάρχουν λοιπόν κατάλληλες συνθήκες απασχόλησης, κατάλληλο περιβάλλον εργασίας και αξιοκρατικές αμοιβές με αποτέλεσμα επαγγέλματα όπως η νοσηλευτική, η κοινωνική εργασία και η φυσιοθεραπεία, που συχνά προσφέρουν περισσότερα στον άρρωστο από ότι ο γιατρός, να υποβαθμίζονται. (Κυριόπουλος, 1995)

## 2.7. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Στο ελληνικό σύστημα υγείας, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η γενική ιατρική και η δημόσια υγεία υπολειτουργούν, λόγω έλλειψης γενικών γιατρών και κατάλληλα καταρτισμένου νοσηλευτικού δυναμικού. (Οικονόμου, 2004)

Αποτέλεσμα είναι η δημιουργία περιφερειακών ανισοτήτων, κυρίως μεταξύ κέντρου και περιφέρειας και άλλα πολλά εμπόδια. Αυτά είναι:

1. Η μείωση των δημοσίων δαπανών υγείας για την ΠΦΥ.
  2. Η ελάχιστη συνεργασία μεταξύ Κέντρου Υγείας και Νοσοκομείου.
  3. Η έλλειψη γνώσης των επαγγελματιών υγείας για τη φύση, τον χαρακτήρα και τη σπουδαιότητα της ΠΦΥ.
  4. Η προβληματική και αναποτελεσματική οργάνωση των δομών της ΠΦΥ.
  5. Ο χαμηλός δείκτης ικανοποίησης των χρηστών για την προσπελασιμότητα και την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.
  6. Η δημιουργία ανάγκης των χρηστών να καταφύγουν σε ιδιωτικές πληρωμές και
  7. η δημιουργία φαινομένων παραοικονομίας.
- (Γεωργούση, Κυριόπουλος, Μπεαζόγλου, 2000)



## 2.8. Βιοϊατρική τεχνολογία

Τέλος, βιοϊατρική τεχνολογία είναι ελλιπής και απαρχαιωμένη, κυρίως στις απομακρυσμένες περιοχές. Η απουσία ατόμων με τεχνικές – επιστημονικές δεξιότητες και εξειδικεύσεις καθώς και η έλλειψη κατάλληλου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, συχνά οδηγεί σε μη σωστή διαχείριση εκτάκτων καταστάσεων και κινδύνων υγείας των πολιτών. (Ρούπας και Πολύζος,1994)

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

# Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

### Εισαγωγή

Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας είναι καθοριστική για την προετοιμασία και την παραγωγή κατάλληλα διαμορφωμένου ανθρώπινου δυναμικού με μακρόχρονη εξειδικευμένη εκπαίδευση. Τα στελέχη αυτά θα αναλάβουν σημαντικούς ρόλους και θα υλοποιήσουν τους στόχους της πολιτικής υγείας.

Ο προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού (ιατρικού, νοσηλευτικού, παραϊατρικού, διοικητικού, τεχνικού - υποστηρικτικού), μέσα από το εκπαιδευτικό σύστημα, αποτελεί μια δυναμική διαδικασία με απώτερο σκοπό την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του υγειονομικού συστήματος. Στόχος του είναι η εκπαίδευση και η κατάρτιση κατάλληλου αριθμού ατόμων, που θα ικανοποιήσουν τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας.

Οι επιτελικοί φορείς εκπαιδευτικής και υγειονομικής πολιτικής είναι:

- α) Το Υπουργείο Υγείας, το οποίο διαμορφώνει το θεσμικό πλαίσιο για τον προγραμματισμό και τη χρηματοδότηση της πολιτικής υγείας και καθορίζει τη ζήτηση του ανθρώπινου δυναμικού για τις διάφορες υπηρεσίες.
- β) Το Υπουργείο Παιδείας, το οποίο κάθε χρόνο καθορίζει τον αριθμό των εισακτέων στις σχολές Μέσης Εκπαίδευσης, στα Ανώτερα και Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα και εγκρίνει προγράμματα προπτυχιακών και μεταπτυχιακών σπουδών.

Ο πολιτικές του τομέα της υγείας και του τομέα της εκπαίδευσης έχουν σκοπό την εξισορρόπηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας και της προσφοράς ανθρώπινου δυναμικού για να καλύψουν τις μελλοντικές ανάγκες του συστήματος.

Η εκπαίδευση παρέχεται δωρεάν στους πολίτες του κράτους, διότι είναι συνταγματικά κατοχυρωμένη ως δημόσιο αγαθό. Με τις ετήσιες Γενικές - Πανελλαδικές εξετάσεις, εισάγεται κάθε χρόνο στα Ανώτερα και Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα ένας ορισμένος αριθμός ατόμων, για να εκπαιδευτεί και να καταρτιστεί βάσει του Εθνικού Συμβουλίου Ανώτατης Παιδείας. (Υφαντόπουλος, 2003)

### 3.1. Ιατρική Εκπαίδευση

Στην Ελλάδα λειτουργούν επτά (7) ιατρικές σχολές (Αθηνών, Θεσσαλονίκης, Πάτρας, Ιωαννίνων, Ηρακλείου, Λάρισας και Αλεξανδρούπολης). Η φοίτηση διαρκεί 6 έτη και για την απόκτηση ειδικότητας απαιτούνται άλλα 3 με 6 χρόνια. Ο αριθμός των εισακτέων δεν υπερβαίνει τους εξακόσιους, όμως ο αριθμός αυτός διπλασιάζεται εξαιτίας των διατάξεων για διάφορες ομάδες, όπως για τους ομογενείς και τους μετεγγραφόντες.

Ο ετήσιος αριθμός των πτυχιούχων ιατρικής πλησιάζει τους 2000 μαζί με αυτούς που προέρχονται από πανεπιστήμια του εξωτερικού (πολλοί από τους υποψήφιους οι οποίοι δεν κατόρθωσαν να επιτύχουν στις εισαγωγικές εξετάσεις των Ελληνικών Ιατρικών Σχολών καταφεύγουν στο εξωτερικό, ιδιαίτερα στην Ιταλία και τις ανατολικές χώρες για να εκπαιδευτούν και να αποκτήσουν πτυχίο ιατρικής). Αν συνεχιστεί η πορεία αυτή χωρίς παρεμβάσεις από την Πολιτεία, θα δημιουργηθούν καταστάσεις ανεργίας για το ιατρικό σώμα, όπως συμβαίνει σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες.

Η ιατρική εκπαίδευση που παρέχεται, δε διαφέρει σε σχέση με τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και γενικότερα του εξωτερικού, ως προς τα διδασκόμενα μαθήματα και τους τρόπους διδασκαλίας. Υπάρχει όμως διαφοροποίηση στην αναλογία

διδασκόντων - φοιτητών και στη διαθεσιμότητα κατάλληλου τεχνολογικού εκπαιδευτικού εξοπλισμού.

Τέλος, μετά την απόκτηση του πτυχίου της ιατρικής, οι πτυχιούχοι αναμένουν την έναρξη της διαδικασίας απόκτησης ειδικότητας που καθορίζεται από το υπουργείο Υγείας, ανάλογα με την προσφορά θέσεων στις νοσηλευτικές μονάδες. (Ανδριώτη, 1998)

Στην Ελλάδα η πολιτική που αναπτύχθηκε τα τελευταία χρόνια για μείωση των θέσεων στις ιατρικές σχολές και προσανατολισμό στην γενική και οικογενειακή ιατρική, έχει αρχίσει να παρουσιάζει θετικά αποτελέσματα.

### 3.2. Νοσηλευτική Εκπαίδευση

Η εκπαίδευση του νοσηλευτικού δυναμικού διακρίνεται σε:

1. Νοσηλευτές εκπαιδευμένους στα Τ.Ε.Ι., τις ισότιμες με αυτά σχολές και στο Πανεπιστήμιο. Ειδικότερα, υπάρχουν 10 σχολές νοσηλευτών στα ΤΕΙ, μια πανεπιστημιακής εκπαίδευσης και μια σχολή Αξιωματικών Νοσηλευτικής.
2. Βοηθούς νοσηλευτές ή νοσηλευτές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης με μονοετή ή διετή εκπαίδευση σε μέσες τεχνικές και επαγγελματικές νοσηλευτικές σχολές, σε τεχνικά επαγγελματικά εκπαιδευτήρια ή Ινστιτούτα Επαγγελματικής Κατάρτισης (IEK). Λειτουργούν 54 σχολές 2ετούς φοίτησης για νοσηλευτές απόφοιτους λυκείου και 21 σχολές Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, τεχνικής, επαγγελματικής και νοσοκομειακής κατάρτισης που διαρκούν επίσης 2 χρόνια.
3. Πρακτικές νοσοκόμες χωρίς θεωρητική εκπαίδευση από κάποια σχολή.
4. Αποκλειστικές νοσοκόμες, που επί το πλείστον δεν έχουν θεωρητική εκπαίδευση.

Το υπουργείο Παιδείας τα τελευταία χρόνια έχει προσανατολίσει τους στόχους του στην αύξηση του εκπαιδευμένου και ειδικευμένου νοσηλευτικού δυναμικού. (Ρούπας και Πολύζος, 1994)

### **3.3. Εκπαίδευση Διοικητικού, Παραϊατρικού, Τεχνικού και Λοιπού Προσωπικού**

Η κατάρτιση, η εκπαίδευση και η εξειδίκευση του υπόλοιπου προσωπικού του υγειονομικού τομέα (Διοικητικού, Παραϊατρικού, Τεχνικού και Λοιπού Προσωπικού), λαμβάνει χώρα στα Πανεπιστήμια, στα Τ.Ε.Ι. και στις σχολές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης της χώρας. (Ανδριώτη, 1998)

Είναι φανερό ότι ο δημόσιος τομέας υστερεί στην εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων "μάνατζμεντ" και στη χρήση της επιστήμης της διαχείρισης ανθρώπινων πόρων, σε σχέση με τον ιδιωτικό τομέα. (Λιαρόπουλος, 2004)

Βασικός άξονας των επιστημών αυτών, είναι η επίτευξη του καλύτερου δυνατού τρόπου διαχείρισης του τομέα της υγείας, σε συνάρτηση με τους περιορισμένους πόρους που διατίθενται. Για το λόγω αυτό, η εκπαίδευση προσανατολίζεται προς τις νέες επιστημονικές ειδικότητες που σχετίζονται με την δημόσια υγεία, τη βιοϊατρική τεχνολογία, τις κοινωνικές επιστήμες της υγείας και τις επιστήμες διοίκησης των υπηρεσιών υγείας, οι οποίες αναπτύσσονται στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια. (Νιάκας και Κυριόπουλος, 1994)

### **3.4. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Εκπαίδευση**

Ο προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού στην ΠΦΥ αποδεικνύει τον προσανατολισμό της πολιτείας για την παραγωγή ενός ικανού αριθμού γενικών / οικογενειακών γιατρών, ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες της χώρας.

Για το λόγο αυτό έχει προγραμματισθεί ο διπλασιασμός των θέσεων των ειδικευμένων στη γενική ιατρική στα ελληνικά Πανεπιστήμια. Επιπλέον, ο σχεδιασμός της εκπαίδευσης, η παραγωγή, η οργάνωση και η διαχείριση των υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας (νοσηλευτικό, παραϊατρικό και διοικητικό προσωπικό) αποτελούν προτεραιότητες των υπουργείων Υγείας και Παιδείας για τη βελτίωση της Π.Φ.Υ. (Γεωργούση, Κυριόπουλος, Μπεαζόγλου, 2000)

### 3.5. Συνεχιζόμενη κατάρτιση

Στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια άρχισε να αναγνωρίζεται η ανάγκη για δημιουργία κατάλληλων συνθηκών για καλή απόδοση και επίδοση των εργαζομένων. Η επαγγελματική εκπαίδευση θεσμοθετήθηκε σε εθνικό και οργανωτικό επίπεδο, όμως η λειτουργία κατάλληλων προγραμμάτων με σκοπό την αλλαγή της εργασιακής συμπεριφοράς των απασχολούμενων απουσιάζει.

Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση είναι η βασικότερη προϋπόθεση για να γίνουν οι εργαζόμενοι περισσότερο αποδοτικοί και αποτελεσματικοί, όμως οι διαθέσιμοι χρηματικοί πόροι γι' αυτές είναι ελάχιστοι. Κατά τις τελευταίες μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας, ξεκίνησε η λειτουργία κέντρων - οργανισμών για συνεχιζόμενη κατάρτιση τα οποία εξαρτώνται από:

- Την αφοσίωση των εμπλεκόμενων φορέων για τη βελτίωση της απόδοσης των εργαζομένων σε εθνικό επίπεδο.
  - Τα εκπαιδευτικά προγράμματα, τις διαδικασίες, τις μεθόδους και τους στόχους των οργανισμών αυτών.
  - Τα κίνητρα των εκπαιδευόμενων για συμμετοχή στα προγράμματα αυτά, καθώς και τη σχέση της εκπαίδευσης με το είδος της εργασίας των απασχολούμενων.
- (Πετσετάκη, 2003)

Όταν μιλάμε για εκπαίδευση, δεν εννοούμε μόνο γνώσεις, αλλά στάσεις και συμπεριφορές. Βεβαίως θα πρέπει να χαραχθεί μια στρατηγική σταδιακής εφαρμογής, ώστε να δίδεται ο απαραίτητος χρόνος της αξιολόγησης της πορείας και της διόρθωσης των λαθών για αφομοίωση των θετικών στοιχείων. Η οποιαδήποτε στρατηγική χρειάζεται τα γερά θεμέλια ενός θεσμικού πλαισίου με μηχανισμούς αξιολόγησης και ποιοτικής εξασφάλισης. Βασική προϋπόθεση για όλα αυτά είναι να υπάρχει σταθερή πολιτική βούληση χωρίς παλινδρομήσεις. (Γεωργούση, Κυριόπουλος, Μπεαζόγλου, 2000)

Από την παγκόσμια εμπειρία παρουσιάζονται νέοι ορίζοντες στην εκπαιδευτική διαδικασία. Το πλήθος των νέων επιστημών, των τεχνικών γνώσεων, των πρακτικών και των εμπειριών, προκαλεί θαυμασμό και αισιοδοξία για την ικανοποίηση των αναγκών και την επίτευξη των στόχων. (Ανδριώτη, 1998)

### **3.6. Επίπεδο Εκπαίδευσης του Ανθρώπινου Δυναμικού του Υ.Υ.Κ.Α., σύμφωνα με την τελευταία απογραφή που διεξήχθη στις 31/10/2005**

Ειδικότερα, το προσωπικό υγείας στην Ελλάδα παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης ανά ειδικότητα.

Το ιατρικό δυναμικό αποτελείται μόνο από αποφοίτους πανεπιστημίου, ενώ το νοσηλευτικό πανεπιστημιακής εκπαίδευσης αποτελεί μόνο το 1,34% του συνόλου. Οι νοσηλευτές είναι κυρίως απόφοιτοι Τεχνολογικής και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης κατά 43,81% και 38,80% αντίστοιχα. Το παραϊατρικό και το διοικητικό προσωπικό αποτελούνται από άτομα εκπαιδευμένα σε όλες τις βαθμίδες, αλλά κυρίως στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Τέλος, το τεχνικό – υποστηρικτικό και το λοιπό προσωπικό περιλαμβάνουν επί το πλείστον αποφοίτους δευτεροβάθμιας και υποχρεωτικής εκπαίδευσης. (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2005)

Όπως έχει προαναφερθεί, η εκπαίδευση του υγειονομικού τομέα είναι πολύ ευαίσθητη και προβληματική στην Ελλάδα και επιτάσσει άμεση επέμβαση, ώστε να αυξηθεί το ποσοστό των εκπαιδευμένων εργαζόμενων με στόχο την ποιοτική αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Παρακάτω παρατίθενται τα στατιστικά στοιχεία που αφορούν το επίπεδο εκπαίδευσης ανά ειδικότητα, που δημοσίευσε το Υπουργείο Υγείας για το Ανθρώπινο Δυναμικό, σύμφωνα με την τελευταία αποτύπωση του, που διεξήχθη στις 31 Οκτωβρίου 2005.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1**  
*Επίπεδο Εκπαίδευσης ανά Ειδικότητα*

	ΠΕ		ΤΕ		ΔΕ		ΥΕ	
	Άτομα	%	Άτομα	%	Άτομα	%	Άτομα	%
Ιατρικό	22.472	100%	0	0,00%	0	0,00%	0	0%
Νοσηλευτικό	581	1,34%	18.110	41,87%	18.205	42,09%	6.352	14,69%
Παραϊατρικό	1.906	17,34%	4.815	43,81%	4.264	38,80%	5	0,05%
Διοικητικό	1.954	18,25%	1.552	14,51%	7.155	66,91%	35	0,33%
Τεχνικό - Υποστηρικτικό	471	2,26%	691	3,32%	9.620	46,18%	10.048	48,24%
Λοιπό	33	27,59%	14	10,34%	52	43,10%	23	18,97%
	27.417		25.182		39.296		16.463	

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης,  
Συγκεντρωτικά Στοιχεία Ανθρώπινου Δυναμικού - 31/10/2005.  
(Δεν περιλαμβάνονται τα άτομα του Κ.Ε.Ε.Λ. και του Κ.Ε.Θ.Ε.Α.)



## Ο ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ Ο ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

### Εισαγωγή

Ο Προγραμματισμός και ο Σχεδιασμός είναι οι βασικότερες λειτουργίες της διοίκησης, διότι περιλαμβάνουν τις διαδικασίες επιλογής μεταξύ των εναλλακτικών δράσεων και ενεργειών, ώστε να διασφαλίζεται η κατάλληλη αναλογία του προσωπικού και τα απαιτούμενα προσόντα (δεξιότητες και ικανότητες), ανάλογα με τις ανάγκες των υπηρεσιών υγείας. (Λανάρα, 2001)

Ο προγραμματισμός προσανατολίζεται στην παροχή ικανοποιητικών κινήτρων και στη παροχή επαγγελματικών ευκαιριών στα άτομα που εργάζονται στις υπηρεσίες υγείας, ώστε να εξασφαλιστεί υψηλό επίπεδο ατομικής και ομαδικής απόδοσης.

Ο σχεδιασμός αφορά τον καθορισμό του αριθμού του απαιτούμενου προσωπικού, τον τρόπο επιλογής αυτού, την εκπαίδευση του, την λειτουργία και τη δράση του, τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του, την αποχώρηση και τη συνταξιοδότηση του, με σκοπό την επίλυση των προβλημάτων του συστήματος υγείας.

Ειδικότερα, το κόστος του προσωπικού αποτελεί το μεγαλύτερο ποσοστό του συνολικού κόστους. Τα περισσότερα άτομα που απασχολούνται έχουν μακρόχρονη και εξειδικευμένη εκπαίδευση και πρέπει να τοποθετούνται στις κατάλληλες θέσεις εργασίας, ώστε να εξασφαλιστεί η ισορροπία του συστήματος υγείας.

Οι σχεδιαστές υγείας πρέπει να παρέχουν προτάσεις και λύσεις για την άρση των προβλημάτων και των δυσχερειών του υγειονομικού τομέα, με τη χρήση διαφόρων επιστημονικών μεθόδων και εμπειρικών τεχνικών. (Ανδριώτη, 1998)

#### 4.1. Ιατρικό προσωπικό

Ο γιατρός έχει δυο βασικούς ρόλους στον τομέα της υγείας:

A) παρέχει πληροφόρηση σχετικά την κατάσταση υγείας του ασθενή, τις συγκεκριμένες μεθόδους θεραπείας και τις επιπτώσεις από τις προτεινόμενες ενέργειες.

B) παρέχει τις απαραίτητες υγειονομικές φροντίδες που αφορούν την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση της υγείας του ασθενή.

Ένα πρόβλημα που εμφανίζεται όμως από τις ιδιότητες του γιατρού ως παροχέα και διαμεσολαβητή των υγειονομικών φροντίδων, είναι ότι πολλοί γιατροί παίρνουν αποφάσεις για θεραπείες βασισμένοι σε μερική ή ελλιπή πληροφόρηση για τα αποτελέσματα, λόγω έλλειψης εκπαίδευσης και εμπειρίας.

Το ιατρικό δυναμικό αποτελεί την επαγγελματική ομάδα του υγειονομικού τομέα που δέχεται την μεγαλύτερη χρονικά εκπαίδευση, ενώ αποτελεί ένα μικρό ποσοστό από τους ανθρώπινους πόρους που απασχολούνται στις υπηρεσίες υγείας. Μια νέα κατεύθυνση, κυρίως στα νοσοκομεία, είναι η υποκατάσταση κάποιων εργασιών του ιατρικού προσωπικού από εκπαιδευμένους νοσηλευτές που μπορούν να αναλάβουν τη χορήγηση φαρμάκων, την παρακολούθηση και καθοδήγηση των ασθενών, και άλλες καθημερινές εργασίες για τη φροντίδα της υγείας των ασθενών. (Παρασκευόπουλος, 2004)

Στην Ελλάδα, οι γιατροί που εργάζονται στα δημόσια νοσοκομεία αμείβονται με περίπου διπλάσια χρήματα από τους υπόλοιπους δημόσιους υπαλλήλους αν προστεθούν και οι αμοιβές από τις εφημερίες. Οι ειδικευμένοι γιατροί των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, θεωρούνται μόνιμοι δημόσιοι υπάλληλοι και δεν τους επιτρέπεται η διπλοθεσία ή η παροχή υπηρεσιών υγείας σε ιδιωτική βάση.

Αντίθετα, οι μισοί περίπου από το σύνολο των γιατρών που απασχολούνται ή έχουν σύμβαση με τους Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης, εργάζονται και σε δικά τους ιδιωτικά ιατρεία. Οι τιμές των ιατρικών πράξεων για τους ασφαλισμένους καθορίζονται από το υπουργείο Υγείας και διατηρούνται σε χαμηλό επίπεδο. Οι αμοιβές κατά πράξη των γιατρών λοιπόν, δεν είναι ικανοποιητικές και καταφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα. (Ρούπας και Πολύζος, 1994)

#### 4.2. Νοσηλευτικό Προσωπικό

Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί εξίσου σημαντική κατηγορία με το ιατρικό για την εύρυθμη και ομαλή λειτουργία των υπηρεσιών υγείας. Αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για το σύστημα υγείας, διότι η νοσηλευτική εργασία είναι η βάση για τη παροχή φροντίδων και τη βελτίωση της υγείας του ασθενή. (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001)

Στην Ελλάδα, οι δείκτες νοσηλευτικού δυναμικού είναι αρκετά πιο χαμηλοί από τους δείκτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σύμφωνα με την τελευταία απογραφή του ανθρώπινου δυναμικού του υγειονομικού τομέα, οι νοσηλευτές αποτελούν την κατηγορία με το μεγαλύτερο μέγεθος (39,9% του συνόλου των επαγγελματιών υγείας), και ανέρχονται στους 43.248. Παρόλα αυτά όμως, ο αριθμός αυτός απέχει κατά πολύ από τις πραγματικές «οργανικές» ανάγκες του συστήματος σε νοσηλευτικό δυναμικό (65.000 θέσεις). Η αναλογία των νοσηλευτών σε σχέση με τον αριθμό των ιατρών πρέπει να διπλασιαστεί για να επιτευχθεί η επιθυμητή (τέσσερις Νοσηλευτές για κάθε Γιατρό). (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2005)

Το 80% περίπου του νοσηλευτικού προσωπικού απασχολείται στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., το 10% σε ιδιωτικά νοσοκομεία και το υπόλοιπο 10% στο Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) και στα Κέντρα Υγείας. (Υφαντόπουλος, 2003)

### 4.3. Τα Άλλα Επαγγέλματα Υγείας

Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει το παραϊατρικό, το διοικητικό, το τεχνικό – υποστηρικτικό και το λοιπό προσωπικό. Το παραϊατρικό και το διοικητικό έχουν σχεδόν το ίδιο μέγεθος και αποτελούν περίπου το 20% του συνόλου των εργαζομένων (από 10% το καθένα), ενώ το τεχνικό – υποστηρικτικό και λοιπό προσωπικό, αποτελεί περίπου το 19% των απασχολούμενων. Οι κατηγορίες αυτές εργάζονται κυρίως στα δημόσια νοσοκομεία, στα κέντρα υγείας, στα πολυϊατρεία του Ι.Κ.Α. και στον ιδιωτικό τομέα. (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2005)

Για τον προγραμματισμό του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθεί έρευνα και εκτίμηση της προσφοράς και της ζήτησης. Η προσφορά, είναι ο αριθμός του διαθέσιμου ανθρώπινου υγειονομικού δυναμικού της χώρας, δηλαδή το ενεργό παραγωγικό δυναμικό σε δεδομένη χρονική στιγμή, ενώ η ζήτηση εξαρτάται από το μέγεθος, το επίπεδο και τη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που ζητά ο πληθυσμός μίας χώρας, σε δεδομένη χρονική περίοδο. (Ανδριώτη, 1998)

### 4.4. Ο τομέας της ζήτησης

Η εκτίμηση και η μέτρηση της ζήτησης είναι πολύ δύσκολη διότι πολλοί παράγοντες επιδρούν και την επηρεάζουν ποιοτικά και ποσοτικά. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

- α. Δημογραφικοί, που αφορούν τον τρόπο σύνθεσης του πληθυσμού, ανάλογα με τις ηλικιακές κατηγορίες, το φύλο και τον τόπο εγκατάστασής τους.
- β. Επιδημιολογικοί, οι οποίοι αφορούν τις μεταβολές του νοσολογικού φάσματος, όπου τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μεταστροφή από τα λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα, στα χρόνια και εκφυλιστικά.
- γ. Τεχνολογικοί. Η βιοϊατρική τεχνολογία και η καθοριστική σημασία της στην λειτουργία του υγειονομικού τομέα.

ε. Βιολογικοί. Το βιοτικό επίπεδο συνεχώς μεταλλάσσεται και οδηγεί σε αύξηση της ζήτησης για καλύτερες ποσοτικά και ποιοτικά υπηρεσίες υγείας.

Τα τελευταία χρόνια αναπτύχθηκαν πολλές μέθοδοι προγραμματισμού, σχεδιασμού και διαχείρισης των ανθρώπινων πόρων στα διάφορα συστήματα υγείας. Η επιστήμη της διοίκησης ανθρώπινων πόρων σε συνάρτηση με άλλες επιστήμες όπως της επιχειρησιακής έρευνας, της επιδημιολογίας, της οικονομετρίας, της δημογραφίας, της βιοστατιστικής και της πληροφορικής, προσπαθούν να δώσουν λύσεις στον φλέγον θέμα της διοίκησης του ανθρώπινου δυναμικού στον υγειονομικό τομέα.

Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία προτείνονται τέσσερις μέθοδοι για τον προγραμματισμό των ανθρώπινων πόρων σε σχέση με τον τομέα της ζήτησης:

#### 1) Εκτίμηση των αναγκών υγείας

Με τη μέθοδο αυτή προσδιορίζεται το είδος, η ποσότητα και η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που είναι απαραίτητες για τη διατήρηση ενός υψηλού επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Η μέθοδος αυτή είναι απαραίτητη για να προσδιοριστεί η ζήτηση, διότι υπολογίζει τους δείκτες ειδικής θνησιμότητας και νοσηρότητας σε περιφερειακό ή εθνικό επίπεδο. Επίσης, παρουσιάζει την ποσότητα και την ποιότητα των παρερχομένων φροντίδων και καθορίζει το χρόνο και τον τρόπο απασχόλησης του εργατικού δυναμικού, με σκοπό την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των πολιτών και την κάλυψη των αναγκών τους. Τέλος, μετράει την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα των εργαζομένων και εκτιμά τη δυνατότητα χρήσης της νέας βιοϊατρικής τεχνολογίας και των νέων επιστημονικών πρακτικών.

Αντίθετα, η μέθοδος της εκτίμησης των αναγκών υγείας, πολλές φορές οδηγεί σε υψηλό κόστος, σε αναποτελεσματικότητα των υπηρεσιών και σε ευνοϊκή μεταχείριση της από το ιατρικό σώμα, το οποίο δρα ανεξέλεγκτα όσον αφορά την διανομή των υπηρεσιών υγείας.

## 2) Στόχοι υπηρεσίας

Αυτή η μέθοδος καθορίζει την παραγωγή και τη διανομή των υγειονομικών υπηρεσιών ανάλογα με τις υγειονομικές ανάγκες, τη ζήτηση και τις προσδοκίες του καταναλωτή. Για να λειτουργήσει σωστά είναι απαραίτητη η συνεργασία όλων των υγειονομικών υπηρεσιών και των αρμόδιων φορέων, ώστε να επιτευχθεί ισορροπία μεταξύ των αναγκών και των προσδοκιών του πληθυσμού.

Τα πλεονεκτήματα της παραπάνω μεθόδου διαφαίνονται από το γεγονός ότι διευκολύνεται η διαδικασία μέτρησης της ζήτησης, της παραγωγικότητας και του προγραμματισμού του προσωπικού, καθώς και η απλοποίηση της εκτίμησης των δαπανών υγείας.

Αντίθετα, πολλές φορές δημιουργούνται πλασματικές προσδοκίες από τους πολίτες για τις υπηρεσίες υγείας και τα αρμόδια όργανα καταλήγουν σε λανθασμένους σχεδιασμούς σε σχέση με τη πραγματική ζήτηση.

## 3) Ζήτηση υπηρεσιών υγείας

Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας παρουσιάζει τη σχέση ανάμεσα στο είδος, τον αριθμό και το μέγεθος του κόστους των παραγόμενων υπηρεσιών υγείας. Η ζήτηση των υπηρεσιών αυτών εξαρτάται από το εισόδημα, την ηλικία, το φύλο και την εκπαίδευση του κάθε καταναλωτή, τις τιμές των προσφερόμενων υπηρεσιών, την προσβασιμότητα και την προσπελασιμότητα τους.

Η μέθοδος αυτή βοηθάει στο να εκτιμηθεί η αναμενόμενη αύξηση της ζήτησης, να μετρηθεί η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα των απασχολούμενων και να καθοριστεί ένας νέος ορθολογικός προγραμματισμός σε σχέση με τη ζήτηση που να παρέχει κατάλληλες και χρήσιμες υπηρεσίες.

Αντίθετα "αδιαφορεί" για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και για την παραγωγικότητα του προσωπικού, με αποτέλεσμα να αδυνατεί να οδηγήσει σε κατάλληλο σχεδιασμό. Επιπλέον, δημιουργεί εμπόδια στην προσπελασιμότητα των υπηρεσιών σε βάρος των υγειονομικών αναγκών των πολιτών.

#### 4) Μέθοδος της αναλογίας

Στόχος αυτής της μεθόδου είναι να χρησιμοποιεί τις αναλογίες του ανθρώπινου δυναμικού ως προς τον πληθυσμό, με σκοπό να εκτιμηθεί η ζήτηση του και να καθοριστεί η προσφορά του. Αυτός ο στόχος επιτυγχάνεται με τη χρήση δημογραφικών στοιχείων για το ανθρώπινο δυναμικό και τον πληθυσμό. Είναι ευρύτερα διαδεδομένη μέθοδος επειδή διακρίνεται από ευκολία στη χρήση και χαμηλό κόστος.

Με τη μέθοδο της αναλογίας δίδεται η δυνατότητα στους σχεδιαστές υγείας να δημιουργήσουν μια βάση δεδομένων για τον αριθμό, τις ειδικότητες και τις κατηγορίες των εργαζομένων. Παρόλα αυτά, υπάρχουν πολλοί κίνδυνοι για δημιουργία πλασματικών καταστάσεων και λανθασμένες επιλογές. Ακόμη, δε μπορεί να μετρηθεί και να κατανοηθεί πλήρως η ζήτηση με αποτέλεσμα να μη γίνεται δίκαιη κατανομή και διανομή των υπηρεσιών υγείας.

Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί και παρουσιαστεί νέες μέθοδοι προγραμματισμού, πολύ πιο σύνθετες και πολυεπίπεδες, που χρησιμοποιούν κυρίως στατιστικά δεδομένα, οικονομοτεχνικούς και επιδημιολογικούς όρους, καθώς και τη βιοστατιστική επιστήμη.

Σύμφωνα με τις υγειονομικές ανάγκες της χώρας, καθώς και με τις δυνατότητες για σχεδιασμό, καταβάλλεται προσπάθεια να προγραμματιστεί σε εθνικό και τοπικό επίπεδο το ανθρώπινο δυναμικό. Ανάλογα λοιπόν με τη ζήτηση που εκφράζεται, τη προσφερόμενη ποσότητα και ποιότητα των υπηρεσιών, το εισόδημα, τις ανάγκες των καταναλωτών και τη προσβασιμότητα - προσπελασιμότητα των υπηρεσιών υγείας, οι σχεδιαστές υγείας αποφασίζουν για το ποια μέθοδο προγραμματισμού των θα επιλέξουν.

#### 4.5. Ο τομέας της προσφοράς

Το προσφερόμενο ανθρώπινο δυναμικό του υγειονομικού τομέα εκφράζεται με τρεις διαστάσεις: την προσφορά, την αύξηση και τις απώλειες των εργαζομένων. Ενδεικτικά:

Α) Η προσφορά αφορά τον συνολικό αριθμό όλου του προσωπικού και των κατηγοριών αυτού, που εργάζονται κάθε δεδομένη χρονική στιγμή στον τομέα της υγείας.

Για να μετρηθεί και να εκτιμηθεί η προσφορά των επαγγελματιών υγείας, χρησιμοποιούνται τα επίσημα στατιστικά στοιχεία που παρουσιάζουν το υπουργείο Υγείας, το υπουργείο Παιδείας, η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος (ΕΣΥΕ), οι αρμόδιες υπηρεσίες της Νομαρχιακής και Τοπικής Αυτοδιοίκησης, καθώς και άλλοι επαγγελματικοί φορείς. Επίσης, είναι απαραίτητη η αξιοπιστία των μεθόδων μέτρησης, η διαθεσιμότητα των στατιστικών στοιχείων και η συγκρισιμότητά τους. Η εκτίμηση αυτή γίνεται με τη μέτρηση των εισροών και των εκροών των εργαζομένων σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, βάση του υπάρχον πληθυσμού. Η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων και των συμπερασμάτων βασίζεται στα διαθέσιμα στοιχεία και στην κατάλληλη επιλογή των εφαρμοσμένων τεχνικών και πρακτικών.

Β) Η αύξηση προσδιορίζεται από τον αριθμό των αποφοίτων όλων των σχολών των επαγγελματιών υγείας (ιατρικών, νοσηλευτικών, διοικητικών, παραϊατρικών), εσωτερικού και εξωτερικού, τους παλιννοστούντες επαγγελματίες υγείας και το ανθρώπινο δυναμικό από άλλα επαγγέλματα, που προσλαμβάνονται στον υγειονομικό τομέα σε δεδομένες χρονικές περιόδους.

Όταν υπάρχουν ανάγκες για αύξηση του ανθρώπινου δυναμικού, η πολιτική ηγεσία μπορεί να αποφασίσει την αύξηση της παραγωγικότητας των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων και του αριθμού των εισακτέων, είτε με την αύξηση του αριθμού των σχολών ή των σπουδαστών, είτε με τη λήψη μέτρων για τη μείωση των διαρροών κατά τη διάρκεια των σπουδών,



Η δυνατότητα των σχολών να απορροφήσουν περισσότερους σπουδαστές εξαρτάται από παράγοντες εσωτερικούς και εξωτερικούς.

- 1) Εσωτερικοί παράγοντες είναι: Ο χώρος διδασκαλίας, οι διδάσκοντες, ο εξοπλισμός, οι οικονομικοί πόροι και η ποιότητα της παρεχόμενης εκπαίδευσης.
- 2) Εξωτερικοί παράγοντες είναι: Οι ενέργειες και οι αποφάσεις της πολιτικής εξουσίας και των αρμόδιων οργάνων, όσον αφορά το εκπαιδευτικό σύστημα της χώρας και τον τρόπο λειτουργίας του.

Γ) Οι *απώλειες* αναφέρονται στο αργούν παραγωγικό δυναμικό, στα άτομα δηλαδή που έχουν κατάλληλη εκπαίδευση και εξειδίκευση για εργασία στις υπηρεσίες υγείας, αλλά αποχώρησαν από το επάγγελμα, ή απασχολούνται σε διαφορετικό φορέα ή κλάδο. Επιπλέον απώλειες μπορεί να υπάρχουν στο ανθρώπινο δυναμικό λόγω παραίτησης, μετανάστευσης, συνταξιοδότησης ή θανάτου.

Για την πρόβλεψη των μελλοντικών απωλειών του υγειονομικού τομέα, εκτιμώνται οι παράγοντες που ενδεχομένως θα οδηγήσουν το ανθρώπινο δυναμικό σε αποχώρηση από το επάγγελμα. Τέτοιοι παράγοντες είναι:

- Οικονομικοί: Χαμηλό ύψος των εισοδημάτων, έλλειψη δυνατότητας για επαγγελματική ανέλιξη.
- Κοινωνικοί: Μειωμένη κοινωνική καταξίωση του επαγγέλματος, άνηση μεταχείριση κατηγοριών εργαζομένων, αποθάρρυνση των εγγάμων γυναικών και των μητέρων για μερική απασχόληση.
- Ψυχολογικοί: Εργασιακές πιέσεις, έλλειψη ικανοποίησης από την άσκηση της εργασίας, αβεβαιότητα σταθερής απασχόλησης.
- Ηθικοί: έλλειψη κινήτρων για προσφορά στην κοινωνία και στον άνθρωπο, σύγκρουση συμφερόντων.

- Συνθηκών εργασίας: ωράριο, επαχθείς όροι ασφάλειας στην εργασία, έλλειψη κατάλληλου τεχνολογικού εξοπλισμού. (Ανδριώτη, 1998)

Τα τελευταία χρόνια στον ελληνικό υγειονομικό τομέα γίνεται μια προσπάθεια ριζικής μεταρρύθμισης της δημογραφίας των επαγγελματιών υγείας. Αυτή εστιάζεται:

- Στον αναπροσανατολισμό της εκπαίδευσης, της ειδίκευσης και της κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας.
- Στον καθορισμό κοινωνικών, εκπαιδευτικών και οικονομικών κινήτρων για το νοσηλευτικό δυναμικό, καθώς και πολιτικών για αύξηση της παραγωγής τους.
- Στη δημιουργία νέων εκπαιδευτικών επαγγελματικών κατευθύνσεων και στην ανακατανομή των ρόλων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.
- Στη θέσπιση μηχανισμών παραγωγής διεθυντικών και διοικητικών στελεχών.
- Στην έναρξη εποικοδομητικού διαλόγου μεταξύ κεντρικής διοίκησης και επαγγελματιών υγείας, ώστε να αναζητηθούν κοινά αποδεκτές λύσεις και για τα δύο μέρη. (Νιάκας και Κυριόπουλος, 1994)

Επιπλέον η πολιτική εξουσία και οι αρμόδιοι φορείς συμβάλλουν:

- Στη δημιουργία οικονομικών κυρίως κινήτρων για το νοσηλευτικό και το παραϊατρικό προσωπικό ώστε να απασχοληθούν σε επίπεδο περιφέρειας.
- Στην αύξηση και στην αναβάθμιση της ποσότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.
- Στην αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας και στην προώθηση της προληπτικής και κοινωνικής ιατρικής.
- Στην κατάλληλη κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού, ανάλογα με οικονομικούς, κοινωνικούς, δημογραφικούς και επιδημιολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

#### 4.6. Παραγωγικότητα Ανθρώπινου Δυναμικού

Η παραγωγικότητα επηρεάζει σημαντικά την ισορροπία των δυνάμεων της προσφοράς και της ζήτησης του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας και μπορεί να μετρηθεί ποσοτικά και ποιοτικά..

Οι παράγοντες και οι παράμετροι που επηρεάζουν την παραγωγικότητα είναι η εισαγωγή νέας τεχνολογίας, η νομοθετική κατοχύρωση του προσωπικού, η οργάνωση, η δομή των υπηρεσιών υγείας και ο τρόπος απασχόλησης και διαχείρισης του προσωπικού.

#### 4.7 Προβλέψεις Ανθρώπινου Δυναμικού

Οι μελλοντικές προβλέψεις για τους επαγγελματίες υγείας μπορούν να εκτιμηθούν με τρεις τρόπους:

1) Με τον αριθμό του πραγματικού εργατικού δυναμικού που απασχολείται στον υγειονομικό τομέα και τη μελλοντική διακύμανση του αριθμού αυτού.

2) Με την εκπαίδευση, την κατάρτιση και την εξειδίκευση του προσωπικού που δυναμικά μπορεί να απασχοληθεί στον υγειονομικό τομέα.

3) Με την προοπτική αύξησης της προσφοράς των επαγγελματιών υγείας, μέσω της ίδρυσης νέων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων και σχολών, είτε μέσω της επέκτασης των ήδη υπάρχοντων με την εισροή περισσότερων σπουδαστών και φοιτητών. (Ανδριώτη, 1998)

#### 4.8. Διαχείριση Ανθρώπινων Πόρων

Η διαχείριση ανθρώπινων πόρων στον υγειονομικό τομέα είναι μέρος της διοίκησης και του προγραμματισμού του συστήματος υγείας. Συμπεριλαμβάνει πολιτικές, στρατηγικές, διαδικασίες και λειτουργίες για την αποδοτική και αποτελεσματική χρήση των ανθρώπινων πόρων. Βασίζεται στις επιστήμες διοίκησης, διαχείρισης και

οικονομίας, στις κοινωνικές και πολιτικές επιστήμες, καθώς και στην οργανωτική ψυχολογία που μελετά πως αποδίδει καλύτερα ο εργαζόμενος στο περιβάλλον ενός οργανισμού. Ο ευαίσθητος υγειονομικός τομέας λόγω του μεγέθους και της πολυπλοκότητάς του, στηρίζεται στο σχεδιασμό και στην αποτελεσματική διαχείριση του μεγάλου και πολυσύνθετου ανθρώπινου δυναμικού του. (Λιαρόπουλος, 2004)

Όλες οι λειτουργίες της διοίκησης (μάνατζμεντ) έχουν άμεση σχέση με τον άνθρωπο/εργαζόμενο. Σε «μικροεπίπεδο» αναφερόμαστε στην οργάνωση και διαχείριση του εργαζομένου ώστε να συμβάλλει να επιτευχθούν οι στόχοι ενός οργανισμού. Αντίθετα, σε «μακροεπίπεδο», οι άνθρωποι πόροι και οι ενέργειες διαχειριστές τους, αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο διοίκησης του συστήματος και της διαμόρφωσης των πολιτικών υγείας. (Καριώτης, 1992)

Ένα βασικό πρόβλημα των σχεδιαστών της απασχόλησης στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, είναι ότι πολλές φορές αναλώνονται στην ποσότητα και στην κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού και αγνοούν την ποιότητα και τις επιδόσεις του. Απαιτείται λοιπόν εφαρμογή και υλοποίηση πολιτικών που θα εμπυχνώνουν, θα κινητοποιούν, θα προασπίζουν, θα αναβαθμίζουν και θα ανταμείβουν τους επαγγελματίες υγείας, με απώτερο σκοπό την βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας.

Η διαχείριση ανθρώπινων πόρων στον τομέα της υγείας περιλαμβάνει τους ακόλουθους τομείς:

- Παραγωγή και ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού.
- Σχεδιασμό και διαμόρφωση των θέσεων εργασίας.
- Επιλογή και στελέχωση των υπηρεσιών υγείας.
- Έλεγχο και αξιολόγηση της απόδοσης των εργαζομένων.
- Εκπαίδευση, κατάρτιση και επιμόρφωση των απασχολούμενων.
- Εργασιακές σχέσεις και συνθήκες εργασίας των επαγγελματιών υγείας.
- Υγεία και ασφάλεια στο χώρο των υπηρεσιών υγείας.

Κάθε μια από τις παραπάνω διαδικασίες έχει και πολλές υπολειτουργίες που βασίζονται στις επιστήμες διοίκησης. Η διαχείριση ανθρώπινων πόρων αποτελεί πολύ σημαντικό παράγοντα για τη βελτίωση των επιδόσεων των εργαζομένων και είναι απαραίτητη η χρησιμοποίηση ατόμων με ειδικές γνώσεις, εμπειρίες, ικανότητες και δεξιότητες για την εφαρμογή των σύγχρονων πρακτικών διοίκησης. Η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα των ανθρώπινων πόρων πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα του συστήματος διαχείρισης του υγειονομικού τομέα κατά την πραγμάτωση πολιτικών, σχεδιασμών και προγραμμάτων. (Πετσετάκη, 2003)

Οι τελευταίες μεταρρυθμιστικές προτάσεις που έγιναν στην Ελλάδα για την πολιτική και τη διαχείριση των ανθρώπινων πόρων στον υγειονομικό τομέα βασίζονται στην προσπάθεια σύστασης ενός κατάλληλου θεσμικού πλαισίου που επικεντρώνεται στο σύστημα εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, κυρίως των ιατρών, ώστε να υποβαθμιστεί ο ιατροκεντρικός χαρακτήρας του.

Οι σημαντικότεροι παράμετροι της προσπάθειας αυτής αφορούν:

- Τον έλεγχο και τον περιορισμό του αριθμού των εισαγόμενων στις ιατρικές σχολές.
- Την κατάλληλη αριθμητική κατανομή των θέσεων για απόκτηση ειδικότητας
- Τον καθορισμό ανώτατου αριθμού ιατρών ανά ειδικότητα για κάθε περιφέρεια.
- Τον αναπροσανατολισμό του προγράμματος σπουδών της ιατρικής επιστήμης.
- Την μετατροπή του συστήματος αξιολόγησης για την χορήγηση αδειών άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.
- Τον διαχωρισμό απόκτησης πτυχίου και άδειας άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.
- Την επένδυση στο σύστημα δια βίου εκπαίδευσης, με προγράμματα συνεχούς εκπαίδευσης, κατάρτισης και επιμόρφωσης.
- Τη δημιουργία οικονομικών, κοινωνικών και ηθικών κινήτρων για την αύξηση της παραγωγικότητας, της αποδοτικότητας των επαγγελματιών υγείας και την προσπάθεια υποκατάστασης του ιατρικού από νοσηλευτικό προσωπικό.

Για να επιτευχθούν τα παραπάνω γίνεται προσπάθεια καθιέρωσης ενός ολοκληρωμένου σχεδίου από τα αρμόδια υπουργεία, λαμβάνοντας υπόψη τον αριθμό των φοιτητών των ιατρικών σχολών της ημεδαπής, τον αριθμό θέσεων που προσφέρουν τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας για απόκτηση ειδικότητας, τον αριθμό των αποφοίτων από τις ιατρικές σχολές της αλλοδαπής που θέλουν να εργαστούν στην Ελλάδα, τα ήδη υπάρχοντα προγράμματα σπουδών, το σύστημα εξετάσεων των ελληνικών Πανεπιστημίων, καθώς και τις συγκεκριμένες ανάγκες για τις διάφορες κατηγορίες υγειονομικού δυναμικού σε κέντρο και περιφέρεια. (Κοντιάδης και Σουλιώτης, 2005)

#### 4.9. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Οι προτεραιότητες της πολιτείας για την υγειονομική μεταρρύθμιση στη Ελλάδα, έχει επικεντρωθεί στην ανάπτυξη της ΠΦΥ, με βασικό γνώμονα την ανάπτυξη της γενικής και οικογενειακής ιατρικής και την αναβάθμιση του ρόλου των νοσηλευτών. (Γεωργούση, Κυριόπουλος, Μπεαζόγλου, 2000)

Τα τελευταία χρόνια, οι σχεδιαστές υγείας και παιδείας υλοποιούν δράσεις για την προαγωγή της ΠΦΥ. Τα βήματα που υλοποιούνται είναι η:

- Αύξηση των θέσεων των ειδικευόμενων στην γενική ιατρική.
- Δημιουργία νέου εκπαιδευτικού προγράμματος, όπου οι γενικοί γιατροί θα εκπαιδεύονται στα κέντρα υγείας και στα ιατρεία ειδικευμένων οικογενειακών γιατρών.
- Διδασκαλία, συντονισμός και επίβλεψη της εκπαίδευσης στην οικογενειακή ιατρική από κατάλληλα εκπαιδευμένους γενικούς γιατρούς (πανελλαδική επιστημονική επιτροπή).
- Ίδρυση και στελέχωση τμημάτων γενικής ιατρικής σε όλες τις ιατρικές σχολές.
- Δημιουργία προγραμμάτων επιμόρφωσης και επανεκπαίδευσης των εκπαιδευτών, μέσω σεμιναρίων ευρωπαϊκής διάστασης (Ευρωπαϊκή Ακαδημία Δασκάλων Γενικής Ιατρικής).

- Καθιέρωση προγραμμάτων επιμόρφωσης, κατάρτισης και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για όλα τα επαγγέλματα υγείας που έχουν σχέση με την ΠΦΥ.
- Εκπαίδευση των διοικητικών στελεχών των υπηρεσιών υγείας, με ταυτόχρονη ευαισθητοποίηση τους σε θέματα ΠΦΥ. (Γεωργούση, Κυριόπουλος, Μπεαζόγλου, 2000)
- Επένδυση σε φυσικά κεφάλαια από το κράτος για την ΠΦΥ, για απόκτηση ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού (εξειδικευμένα ιατρικά, διαγνωστικά και θεραπευτικά μηχανήματα). (Παρασκευόπουλος, 2004)

«Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι μια νέα φιλοσοφία, μια νέα αντίληψη για την υγεία και την αρρώστια, ένα σύγχρονο κοινωνικό ρεύμα για ένα νέο τρόπο ζωής. Για να αναπτυχθεί και να αποδώσει, δεν χρειάζεται μόνο κτίρια και μηχανήματα, αλλά ανθρώπους με σύγχρονες αντιλήψεις και πίστη στο σταθερό και αμετακίνητο στόχο την Υγεία για όλους.» (Μωραΐτης, 1995)

#### 4.10. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας

Το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ιδιαίτερα πολύπλοκο ως προς τις διαδικασίες και τους χρηματοοικονομικούς μηχανισμούς του. Πρόκειται για ένα μικτό σύστημα, στο οποίο συνυπάρχουν το πρότυπο Bismark και Beveridge από την πλευρά του δημόσιου τομέα, με ταυτόχρονα μια μεγάλη εύρους ιδιωτική αγορά υγείας. Είναι ένα σύστημα από το οποίο απουσιάζουν θεσμοθετημένοι κανόνες και παγιωμένοι χρηματοδοτικοί μηχανισμοί και το οποίο προσπαθεί να «ισορροπήσει» μεταξύ ελεύθερης αγοράς και κεντρικού προγραμματισμού, στοιχείο που αποτελεί και το σημαντικότερο παράγοντα για το ύψος, τις πηγές και την κατανομή των πόρων. (Βοζίκης, 2005)

Γενικά, το σύστημα χρηματοδότησης είναι ανοικτό και οδηγείται κυρίως από τη ζήτηση. Δεν υπάρχουν σφαιρικοί προϋπολογισμοί ή όρια προς τα πάνω για τις δαπάνες, ενώ δεν γίνονται οργανωμένες προσπάθειες για εφαρμογή πολιτικών συγκράτησης του

κόστους. Οι πληρωμές προέρχονται από διάφορες πηγές χωρίς τον αναγκαίο μεταξύ τους συντονισμό.

Βασικές πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας (δημόσιων και ιδιωτικών), αποτελούν ο κρατικός προϋπολογισμός, και οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης (ασφαλιστικά ταμεία και ταμεία υγείας), ενώ ιδιαίτερα σημαντικό μερίδιο κατέχουν οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας και οι ιδιωτικές πληρωμές.

#### A) Κρατικός Προϋπολογισμός

Από τα μέσα της δεκαετίας του '70, ο κρατικός προϋπολογισμός άρχισε να εμπλέκεται όλο και πιο ενεργά στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Συνέπεια αυτής της πολιτικής ήταν η δημιουργία μεγάλων ελλειμμάτων στους νοσοκομειακούς προϋπολογισμούς. Μέχρι το τέλος της δεκαετίας του '80, η χρηματοδότηση των δημόσιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων μέσω του κρατικού προϋπολογισμού, δεν περιοριζόταν μόνο στην κάλυψη των δαπανών μισθοδοσίας, αλλά κάλυπτε και μέρος των τρεχουσών δαπανών λειτουργίας.

Με τις αυξήσεις στις τιμές των νοσηλίων στις αρχές της δεκαετίας του '90, και τη θέσπιση του νόμου 2519/97 έχει αρχίσει η κατάσταση να αντιστρέφεται. Σήμερα, η πλειοψηφία των δημοσίων νοσοκομείων επιτυγχάνει την κάλυψη του λειτουργικού κόστους, ενώ η κρατική επιχορήγηση εκτιμάται ότι δεν ξεπερνά το 50%.

#### B) Η Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας

Οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης αποτελούν τη δεύτερη μεγάλη πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, καλύπτοντας το μεγαλύτερο μέρος του κόστους



της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και σημαντικό μέρος του κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης των ασφαλισμένων τους.

Η κύρια πηγή εσόδων των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης προέρχεται από τις εισφορές των εργαζομένων και φθάνει το 65 % των συνολικών εσόδων. Στις εισφορές των εργοδοτών περιλαμβάνονται επίσης και οι εισφορές των αυτοαπασχολούμενων. Οι κρατικές επιχορηγήσεις παρουσιάζουν αυξητικές τάσεις, αλλά αποτελούν τη σχετικά μικρότερη πηγή εσόδων για τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης.

### Γ) Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας

Η ιδιωτική ασφάλιση τα τελευταία τουλάχιστον δέκα χρόνια, διαδραματίζει ένα συνεχώς αυξανόμενο ρόλο στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Αν ληφθεί υπόψη, σαν κριτήριο της ανάπτυξης του κλάδου, το συνολικό ποσό των εισπραχθέντων ασφαλιστρών ζωής ανά έτος, είναι εμφανής η θεαματική μεγέθυνση του.

### Δ) Οι Ιδιωτικές Πληρωμές

Οι ιδιωτικές πληρωμές αποτελούν την τρίτη μεγαλύτερη πηγή χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας και ιδιαίτερα του ιδιωτικού τομέα. Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας ήταν και εξακολουθούν και μετά την καθιέρωση του ΕΣΥ, να παραμένουν ιδιαίτερα υψηλές. Ο βασικός λόγος στον οποίο αποδίδεται το μεγάλο ύψος των ιδιωτικών δαπανών υγείας, είναι η υπανάπτυξη του ελληνικού υγειονομικού συστήματος, το οποίο αδυνατεί να καλύψει τις πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού. (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001)

#### 4.11. Οι δαπάνες υγείας

##### A) Οι δημόσιες δαπάνες υγείας

Οι δημόσιες δαπάνες υγείας στην Ελλάδα αποτελούν περίπου το 60% των συνολικών δαπανών υγείας. Περιλαμβάνουν ποσά που διατίθενται από τον κρατικό προϋπολογισμό και τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, με σκοπό την αποζημίωση των προμηθευτών για όλα τα επίπεδα των παρεχομένων υπηρεσιών, τις λειτουργικές δαπάνες της διοίκησης, τις επενδύσεις, κλπ.

##### B) Οι Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας

Ιδιαίτερα σημαντική πηγή χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα και ιδιαίτερα του ιδιωτικού, είναι οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας που προέρχονται από τα οικογενειακά εισοδήματα των ελληνικών νοικοκυριών. Αυτές ανέρχονται σε ποσοστό 3% του ΑΕΠ και το υπερβαίνουν συμπεριλαμβανομένης της παραοικονομίας. Οι ιδιωτικές δαπάνες αποτελούν το 40% περίπου των συνολικών δαπανών υγείας, ενώ αντίστοιχα εκτιμάται ότι η παραοικονομία ανέρχεται περίπου στο 20%, ποσοστό το οποίο σαφέστατα θα αύξανε επίσημα την ιδιωτική κατανάλωση εάν λαμβανόταν υπόψη. (Υφαντόπουλος, 2003)

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

#### ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ, ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

##### Εισαγωγή

Η δυσλειτουργία στην πολιτική ανθρωπίνων πόρων, είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα του ελληνικού συστήματος υγείας. Ο ιατρικός πληθωρισμός, η έλλειψη εκπαιδευμένου νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού, οι περιφερειακές ανισότητες, τα προβλήματα του συστήματος εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και η ανεπαρκής στελέχωση των υπηρεσιών υγείας, αποτελούν τα κυριότερα ελλείμματα του υγειονομικού τομέα στη χώρα μας. (Κοντιάδης και Σουλιώτης, 2005)

Κρίνεται απαραίτητος λοιπόν, ένας κεντρικός εθνικός προγραμματισμός για το ανθρώπινο δυναμικό, που θα εξασφαλίζει τον κατάλληλο αριθμό, την κατάλληλη κατανομή και τις αντίστοιχες κατηγορίες ανθρώπων που απασχολούνται στο σύστημα υγείας. (Ρούπας και Πολύζος, 1994)

##### 5.1. Προγραμματισμός, Σχεδιασμός και Διαχείριση των Ανθρώπινων Πόρων

Όλα τα συστήματα υγείας όσο καλά σχεδιασμένα και οργανωμένα να είναι, αν δεν μπορούν να διαχειριστούν σωστά το ανθρώπινο δυναμικό τους, θα οδηγηθούν σε αποτυχία. Στην Ελλάδα, δε φαίνεται να υπάρχουν συγκεκριμένοι στόχοι, δράσεις και σχέδια για το ανθρώπινο δυναμικό. Πολιτικές που θα αναπτύσσουν προβλέψεις συνδυάζοντας προσφορά και ζήτηση και θα συνδέουν το σύστημα υγείας με το σύστημα εκπαίδευσης δεν έχουν ακόμα εφαρμοστεί από τα αρμόδια όργανα.

Κρίνεται λοιπόν απαραίτητος ο προγραμματισμός του υγειονομικού τομέα με τη θεσμοθέτηση ενός κατάλληλου θεσμικού πλαισίου, ώστε:

- Να εξασφαλίζει την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, να καθορίζει τους ρόλους των εργαζομένων και να δημιουργεί κίνητρα.
- Να οριοθετεί και να καθορίζει τις εργασιακές σχέσεις, τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των υπαλλήλων.
- Να αμείβει αξιοκρατικά τους επαγγελματίες υγείας, να ικανοποιεί και να καλύπτει τις ανάγκες των εργαζομένων, ώστε να παράγουν καλύτερες ποσοτικά και ποιοτικά υπηρεσίες υγείας.
- Να προάγει έναν αξιόπιστο και διαφανή μηχανισμό ελέγχου και αξιολόγησης.  
(Γεωργούση, Κυριόπουλος, Μπεαζόγλου, 2000)

Για να αναβαθμιστεί και να εκσυγχρονιστεί το σύστημα υγείας, πρέπει να συνδεθεί η αγορά εκπαίδευσης με την αγορά εργασίας (συνεργασία υπουργείου Υγείας και Παιδείας για σχεδιασμό μακροχρόνιων πολιτικών) και να δημιουργηθούν κίνητρα για αύξηση αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των εργαζομένων. (Κυριόπουλος 1995)

Επιπλέον, είναι απαραίτητη η σύσταση ενός Κεντρικού Συμβουλευτικού Οργάνου που θα εποπτεύεται από τα αρμόδια υπουργεία (Υγείας και Παιδείας) και θα εκτιμά τις ανάγκες εξέλιξης του υγειονομικού τομέα. Το όργανο αυτό θα έχει τη δικαιοδοσία να προγραμματίζει τον ανώτατο και τον κατώτατο αριθμό επαγγελματιών υγείας, τη γεωγραφική κατανομή και την κατανομή σε ειδικότητες, του ιατρικού, νοσηλευτικού, παραϊατρικού, διοικητικού και λοιπού υγειονομικού δυναμικού.

Οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας επιτάσσουν τη δημιουργία κατάλληλου συστήματος διαχείρισης των ανθρώπινων πόρων κατά την εφαρμογή των πολιτικών και των δράσεων. Απαιτείται κατάλληλη στελέχωση και κατανομή των επαγγελματιών υγείας στις προσφερόμενες θέσεις, ορθολογική κατανομή του εκπαιδευμένου προσωπικού, έλεγχος της ιατρικής δημογραφίας, αύξηση των εκπαιδευμένων νοσηλευτών και υποκατάσταση του ιατρικού προσωπικού από αυτούς. (Κοντιάδης και Σουλιώτης, 2005)

Επίσης, η λειτουργία ενός πλήρες Ολοκληρωμένου Συστήματος Πληροφόρησης, που θα παρέχει αξιόπιστη πληροφόρηση για τις σημερινές τάσεις, τις προοπτικές και τις προκλήσεις του μέλλοντος, τα προβλήματα και τις ανάγκες του υγειονομικού δυναμικού, το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, τις υγειονομικές ανάγκες της κάθε περιοχής, την ποσότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, το μέγεθος, το είδος και τον τρόπο εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και που θα περιλαμβάνει συνεχώς νέες και ανανεωμένες πληροφορίες, είναι απαραίτητη. (Κυριόπουλος, 1995)

Οι πληροφορίες αυτές θα αφορούν:

- Την εκπαιδευτική πολιτική του Υπουργείου Παιδείας.
- Τον αριθμό των εισαγομένων και εγγεγραμμένων σπουδαστών και φοιτητών στις σχολές Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης της χώρας.
- Τον αριθμό των αποφοίτων των πανεπιστημίων της αλλοδαπής.
- Τον αριθμό των φοιτητών που διακόπτουν τις σπουδές τους.
- Το διδακτικό προσωπικό και την ποιότητα της διδασκαλίας.
- Τον τεχνολογικό και εκπαιδευτικό εξοπλισμό των σχολών.
- Την προγραμματισμένη ίδρυση νέων σχολών.
- Την πρόσληψη και το διορισμό των επαγγελματιών υγείας στους φορείς και στις διάφορες υπηρεσίες.
- Την προσέλκυση νέων ατόμων από άλλα επαγγέλματα υψηλής εξειδίκευσης.
- Τις απώλειες σε ανθρώπινο δυναμικό από μετακινήσεις, μεταναστεύσεις, παραιτήσεις, συνταξιοδοτήσεις και θανάτους. (Ανδριώτη, 1998)

Με τη βοήθεια των πληροφοριών αυτών, παρέχεται η δυνατότητα καθορισμού του ανθρώπινου δυναμικού που είναι απαραίτητο για τη στελέχωση των υπηρεσιών υγείας της χώρας.

## 5.2. Ιατρικό προσωπικό

Ο προγραμματισμός του αριθμού των φοιτητών της ιατρικής επιστήμης και ο σχεδιασμός στις πολιτικές χορήγησης αδειών ασκήσεως επαγγέλματος και της κατανομής των ειδικοτήτων, είναι απαραίτητοι παράγοντες για τον περιορισμό της υπερπροσφοράς του ιατρικού δυναμικού και την ποιοτική αναβάθμιση του ρόλου της ιατρικής. (Ρούπας και Πολύζος, 1994)

Ειδικότερα, το προγραμματισμένο άνοιγμα περισσότερων θέσεων για ειδικότητα στη γενική ιατρική και τις άλλες αναγκαίες ειδικότητες (γηριατρικής, αποκατάστασης, κοινωνικής ιατρικής, δημόσιας υγείας κ.λπ.), με αντίστοιχη μείωση στις «κορεσμένες» ειδικότητες, όπως η χειρουργική, η γυναικολογία, η παθολογία, η ωτορινολαρυγγολογία κ.λπ., είναι αναγκαίο. (Πολύζος και Υφαντόπουλος, 2000)

Τα βήματα υλοποίησης των στρατηγικών για το ιατρικό σώμα, είναι:

- Η γενική αναδιάρθρωση του συστήματος ιατρικής εκπαίδευσης με την αναμόρφωση της πολιτικής υγείας και της θεσμικής οργάνωσης του συστήματος.
- Η μετατροπή του συστήματος χορήγησης ιατρικών αδειών άσκησης επαγγέλματος και του ελέγχου του αριθμού γιατρών ανά ειδικότητα για κάθε περιφέρεια, με τη δημιουργία ενός ενιαίου συστήματος αξιολόγησης, σε πανελλαδικό επίπεδο (διαχωρισμός απόκτησης πτυχίου και άδειας ασκήσεως επαγγέλματος).
- Η μείωση του ρυθμού παραγωγής του ιατρικού πληθυσμού, ο σχεδιασμός, ο προγραμματισμός και η εκπαίδευση του ιατρικού δυναμικού σε σχέση με τις ειδικότητες (προσθήκη, κατάρτιση, τροποποίηση του περιεχομένου ειδικοτήτων ανάλογα με τις ανάγκες).
- Η συνεχιζόμενη και διαρκής εκπαίδευση, κατάρτιση και επιμόρφωση του ιατρικού δυναμικού, μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων και σεμιναρίων, με στόχο την καλύτερη αξιοποίηση του.

- Ο προσανατολισμός της εκπαίδευσης στις ειδικότητες της γενικής, οικογενειακής και κοινωνικής ιατρικής, προς όφελος της Π.Φ.Υ.
- Ο συντονισμός, ο έλεγχος και η αξιολόγηση της εργασίας και της προσφοράς των γιατρών.
- Η διασφάλιση αξιοκρατικών μεθόδων και διαδικασιών κρίσης των ιατρών στην αγορά εργασίας του Ε.Σ.Υ.
- Η κατάργηση της αναχρονιστικής επετηρίδας για την επιλογή ειδικοτήτων με ένα ορθολογικό σύστημα περιοδικής εξέτασης από κατάλληλη επιστημονική επιτροπή.
- Η απαγόρευση άσκησης της ιατρικής στους συνταξιούχους ιατρούς.
- Η δημιουργία κινήτρων πρόωρης συνταξιοδότησης των γιατρών.
- Η απαγόρευση κατοχής παραπάνω από μία θέσεις στο δημόσιο και στα ασφαλιστικά ταμεία.
- Η δημιουργία συστήματος διασφάλισης ποιότητας.  
(Κοντιάδης και Σουλιώτης, 2005, Οικονόμου, 2004)

### 5.3. Νοσηλευτικό Δυναμικό

Η πολιτεία πρέπει άμεσα να αναθεωρήσει και να αναπροσαρμόσει πολιτικές αναφορικά με τις αποδοχές, την εκπαίδευση και την αναβάθμιση της νοσηλευτικής ειδικότητας, ώστε να αποκτήσει κύρος, φυσιογνωμία και σεβασμό.

Αυτό προϋποθέτει:

- Αναπροσαρμογή και επαναπροσδιορισμό του ρόλου της νοσηλευτικής ως επάγγελμα. (Κυριόπουλος, 1995)
- Αύξηση της προσφοράς του εκπαιδευμένου κυρίως νοσηλευτικού δυναμικού, ώστε να επιτευχθεί η επιθυμητή αναλογία σε σχέση με το ιατρικό δυναμικό (1 γιατρός ανά 4 νοσηλευτές). (Νιάκας και Κυριόπουλος, 1994)

- Κατάργηση των αποκλειστικών νοσοκόμων και αντικατάσταση των πρακτικών νοσοκόμων με εκπαιδευμένους νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. (Ανδριώτη, 1994)
- Δημιουργία ισχυρών οικονομικών, εκπαιδευτικών και άλλων κινήτρων που θα αναβαθμίσει το κοινωνικό κύρος, το εισόδημα και την εκπαιδευτική στάθμη του επαγγέλματος.
- Βελτίωση του επιπέδου γνώσεων της νοσηλευτικής επιστήμης και προσανατολισμός της στην αγωγή υγείας και στην τεχνική εξειδίκευση της φροντίδας. (Λανάρα, 2001)

Το επίπεδο εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού δε μπορεί να αλλάξει βραχυπρόθεσμα. Θα χρειασθούν μεγάλες επενδύσεις και κατάλληλα οργανωμένες και σχεδιασμένες εκπαιδευτικές πολιτικές, ώστε να χαραχθούν σημαντικές τομές. Παρόλα αυτά όμως, αν συγκρίνουμε τις ανάγκες που υπάρχουν σήμερα για αύξηση του νοσηλευτικού δυναμικού, με τον αριθμό νοσηλευτών που απασχολούνται και αυτών που αναμένουν να μπουν στην αγορά εργασίας, αντιλαμβανόμαστε ότι η ανάγκη εκπαίδευσης του υπάρχοντος προσωπικού είναι επιτακτική. (Ρούπας και Πολύζος, 1994)

#### 5.4. Λοιπό Προσωπικό

Είναι αναγκαία η αύξηση της απασχόλησης ορισμένων εξειδικευμένων κατηγοριών ανθρώπινου δυναμικού. Οι σημαντικότερες κατηγορίες από αυτές, είναι: Οικονομολόγοι, Μαντζερς, Επιχειρησιακοί Ερευνητές, Κλινικοί Μηχανικοί, Προγραμματιστές Η/Υ, Επόπτες Δημόσιας Υγείας, Επισκέπτριες Υγείας, Κοινωνικοί Λειτουργοί και επιστήμονες από παραϊατρικά επαγγέλματα. (Ζηλιδης, 2002)

Επιπλέον, τα νέα στελέχη που θα τοποθετηθούν στις διευθυντικές θέσεις σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο, θα πρέπει να έχουν αποδεδειγμένη εμπειρία διοίκησης και γνώσης των προβλημάτων του τομέα υγείας, να γνωρίζουν τις διαδικασίες οικονομικής



διαχείρισης και να αποφεύγουν τις αναποτελεσματικές δημοσιοϋπαλληλικές πρακτικές. (Πολυζος και Υφαντόπουλος, 2000)

Ειδικότερα, απαιτείται πρόσληψη διοικητικού προσωπικού τριτοβάθμιας κυρίως εκπαίδευσης, με εξειδικεύσεις στη διοίκηση, τα οικονομικά και την πολιτική της υγείας, στην έρευνα, στον οικονομικό έλεγχο, στην ανάπτυξη διαδικασιών κόστους - αποδοτικότητας και κόστους - αποτελεσματικότητας, στη διαχείριση κινδύνου, στο δίκαιο της υγείας, στο μάρκετινγκ της υγείας, στην οργανωτική ψυχολογία, στην στατιστική, στην κατάρτιση προϋπολογισμών και στη διαχείριση της βιοϊατρικής τεχνολογίας (Ανδριώτη, 1998, Καριώτης, 1992)

### 5.5. Εκπαίδευση Επαγγελματιών Υγείας

Είναι απαραίτητη η παρέμβαση της πολιτείας για αναδιοργάνωση και αναβάθμιση της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, με την αναδιαμόρφωση των προγραμμάτων προπτυχιακής και μεταπτυχιακής εκπαίδευσης των ιατρικών και των νοσηλευτικών σχολών, καθώς και των υπόλοιπων σχολών επαγγελματιών υγείας. (Κοντιάδης και Σουλιώτης 2005)

Οι σπουδαστές πρέπει να καταρτίζονται από το προπτυχιακό τους επίπεδο στα θέματα και στις έννοιες της ΠΦΥ, της γενικής, προληπτικής και κοινωνικής ιατρικής, στα θέματα που αφορούν την αγωγή και προαγωγή της υγείας, καθώς και στην οργάνωση, διοίκηση και διαχείριση των υπηρεσιών υγείας. (Γεωργούση, Κυριόπουλος, Μπεαζόγλου, 2000)

Για το λόγο αυτό προτείνεται:

- Οικονομική ενίσχυση των Α.Ε.Ι. και Τ.Ε.Ι., ώστε να αναβαθμίσουν τα προγράμματα εκπαίδευσης και να εισάγουν μηχανισμούς ελέγχου της ποιότητας, της εκπαίδευσης και των εκπαιδευτών. (Κυριόπουλος, 1995)

- Ετήσιος σχεδιασμός και καθορισμός των εισακτέων στα ανώτερα και ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα, από τα υπουργεία Υγείας και Παιδείας. (Ανδριώτη, 1994)
- Δημιουργία τμημάτων γενικής ιατρικής και πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε όλες τις ιατρικές και νοσηλευτικές σχολές αντίστοιχα.
- Στήριξη και ενίσχυση όλων των εκπαιδευτικών φορέων που προσανατολίζονται στην κοινωνική και προληπτική ιατρική, στη δημόσια υγεία και στην αγωγή υγείας.
- Θέσπιση προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, κατάρτισης, επιμόρφωσης και ανάδειξη νέων εκπαιδευτικών προγραμμάτων στη γενική και την οικογενειακή ιατρική.
- Αναπροσαρμογή και αύξηση των θέσεων της ειδικότητας της γενικής ιατρικής, με αντίστοιχη σταδιακή μείωση των θέσεων για απόκτηση ειδικότητας σε άλλες εργαστηριακές και κλινικές ειδικότητες, με γνώμονα τις πραγματικές ανάγκες στελέχωσης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. (Μωραΐτης, 1995)
- Εκπαίδευση και εξειδίκευση των διοικητικών υπαλλήλων των υπηρεσιών υγείας με σκοπό να διοικούν σύμφωνα με τις σύγχρονες τεχνικές του μάνατζμεντ, να επιλέγουν, να εμψυχώνουν, να ελέγχουν και να αξιολογούν το προσωπικό, να καταρτίζουν προϋπολογισμούς, να διαχειρίζονται πληροφορίες, να ασκούν δημόσιες σχέσεις, κ.τ.λ..
- Παραγωγή εξειδικευμένων τεχνικών στελεχών με γνώσεις, δεξιότητες και ικανότητες, ώστε να διαχειρίζονται τη σύγχρονη και πολυδιάστατη βιοϊατρική τεχνολογία. (Ανδριώτη, 1998)

Η ανάπτυξη της "κουλτούρας" μάνατζμεντ και ενός συστήματος διοίκησης, διαχείρισης και ανάπτυξης ανθρώπινων πόρων σε εθνικό και οργανωτικό επίπεδο θα πρέπει να είναι η βάση των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών, στον τομέα της υγείας. (Πετσετάκη, 2003)

## 5.6. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Έχει αποδειχθεί διεθνώς από τις εμπειρίες άλλων χωρών, ότι η δημιουργία των δικτύων ΠΦΥ είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος βελτίωσης της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας.

Η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ στη χώρα μας είναι εξαιρετικής προτεραιότητας για την πολιτική εξουσία. Για να γίνει αυτό είναι απαραίτητος ο στρατηγικός σχεδιασμός, βασισμένος σε ένα θεσμικό πλαίσιο που θα στοχεύει στην αποσύνδεση των δικτύων ΠΦΥ από το νοσοκομείο και τη σύνδεση της με την Τοπική Αυτοδιοίκηση (ΟΤΑ). Η στρατηγική αυτή πρέπει να εφαρμοσθεί σταδιακά με κατάλληλο χρονοδιάγραμμα, να βασίζεται σε εμπειρικά επιστημονικά στοιχεία και να αξιολογείται διαρκώς, ώστε να προσφέρει ποιοτικά, οικονομικά και κοινωνικά οφέλη. Η προετοιμασία και η εξασφάλιση του κατάλληλου προσωπικού, με τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες, είναι απαραίτητα στοιχεία για την ανάδειξη και την ανάπτυξη της. (Γεωργούση, Κυριόπουλος, Μπεαζόγλου, 2000)

Επιπλέον, προτεραιότητα αποτελεί όχι μόνο η παραγωγή, αλλά η προσέλκυση και η παραμονή του κατάλληλου και αναγκαίου ανθρώπινου δυναμικού στον υγειονομικό τομέα. Η συμβολή της νομαρχιακής και τοπικής αυτοδιοίκησης μπορεί να οδηγήσει στον καθορισμό ενός νέου πλαισίου ανάπτυξης της ΠΦΥ με γνώμονα:

- Την ανάπτυξη της γενικής / οικογενειακής ιατρικής ώστε να παρέχονται λύσεις σε καθημερινά προβλήματα υγείας, με περισσότερο ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα.
- Τη δημιουργία πολυεπιστημονικών ομάδων απ' όλα τα επαγγέλματα υγείας, που θα συνεργάζονται κατά κόρον με τους γενικούς οικογενειακούς γιατρούς.
- Τη συνεχή, αρμονική και σταθερή συνεργασία όλων των παρεμφερών τομέων με το σύστημα υγείας. (Μωραΐτης, 1997)
- Την επαρκή στελέχωση των επαρχιακών νοσοκομείων και των αγροτικών κέντρων υγείας.

- Την καθιέρωση προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής και αγωγής της υγείας, σε συνάρτηση με τους τομείς κοινωνικής ιατρικής και δημόσιας υγείας.
- Την αποκέντρωση, τον σχεδιασμό, τον προγραμματισμό, τον έλεγχο και τη συνεχή αξιολόγηση των προγραμμάτων σε επίπεδο κοινότητας, με σκοπό την προαγωγή της υγείας. (Μωραΐτης, 1995)

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ανδριώτη Δ. (1994), *Οι Ανθρώπινοι Πόροι στον Υγειονομικό Τομέα*, Ακαδημία Επαγγελματιών υγείας, Αθήνα.
- Ανδριώτη Δ. (1998), *Τα Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα*, Εξάντας, Αθήνα.
- Βοζίκης Α. (2005), *Σημειώσεις για τους σπουδαστές του μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκηση της Υγείας»*, Πανεπιστήμιου - ΤΕΙ Πειραιά.
- Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ., Μπεαζόγλου Τ. (επιμ) (2000), *Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία*, Θεμέλιο, Αθήνα.
- Δημιολιάτης Γ., Κυριόπουλος Γ., Λάγγας Δ., Φύλλαλης Τ. (επιμ) (2002), *Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα*, Θεμέλιο, Αθήνα.
- Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001), *Συστήματα Υγείας*, Παπαζήση, Αθήνα.
- Καριώτης Π. (1992), *Management Υπηρεσιών Υγείας και Βιοϊατρική Τεχνολογία*, Euroclinica, Αθήνα.
- Κοντιάδης Ξ., Σουλιώτης Κ. (2005), *Σύγχρονες Προκλήσεις στην Πολιτική Υγείας: Τέσσερις Κρίσιμες Νομοθετικές Παρεμβάσεις*, Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή.
- Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1994), *Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής Υγείας*. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.
- Κυριόπουλος Γ. (1995), *Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: Στο Σταυροδρόμι των Επιλογών*, Θεμέλιο, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ. (1998), στο Ανδριώτη Δ. (1998), *Τα Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα*, Εξάντας, Αθήνα.

Λανάρα Β. (2001), *Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών: Θεωρητικό και Οργανωτικό Πλαίσιο*, Η' έκδοση, Ηγεσία, Αθήνα.

Λιαρόπουλος Λ., (2002), *Οργάνωση Συστημάτων Υγείας*, Διαπανεπιστημιακό – Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών του Πανεπιστημίου Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα.

Μωραϊτης Ε. κ.α. (1995), *Μελέτη για την Οργάνωση και Λειτουργία Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας*, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.

Μωραϊτης Ε. κ.α. (1997), *Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας: Σχέδιο Εφαρμογής των Διατάξεων του Νόμου 2519/1997 για τον Εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ*, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.

Μωραϊτης Ε. (2004), *Επισκόπηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας: Σημειώσεις για τους Σπουδαστές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διοίκηση της Υγείας»*, Πανεπιστήμιου - Τ.Ε.Ι. Πειραιά.

Οικονόμου Χ. (2004), *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και στις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες*, Διόνικος, Αθήνα.

Παρασκευόπουλος Λ. (2004), *Συστήματα Υγείας, Θέματα Οργάνωσης και Διαχείρισης Συστημάτων Υγειονομικής Φροντίδας: Σημειώσεις Διδασκαλίας του Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας*, Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας.

Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Γ. (2000), *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 17 (6): 627-639, Αθήνα.

Ρούπας Θ., Πολύζος Ν. (1994), *Ανθρώπινο Δυναμικό στο: Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας, Ανάλυση και Δομή του Συστήματος*, Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα.

Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας – Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, *Η Ανάπτυξη των Ανθρώπινων Πόρων στον Υγειονομικό Τομέα: Τόμος 5, Σειρά Εκδόσεων για τη Δημόσια Υγεία και τη Φροντίδα Υγείας στα Βαλκάνια*, ΕΣΔΥ, Αθήνα.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, *Ανθρωπογεωγραφία Ε.Σ.Υ.Κ.Α.*, Αποτύπωση Ανθρώπινου Δυναμικού 31 Οκτωβρίου 2005, Αθήνα.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, *Συγκεντρωτικά Στοιχεία Ανθρώπινου Δυναμικού Υ.Υ.Κ.Α.*, Αποτύπωση Ανθρώπινου Δυναμικού 31 Οκτωβρίου 2005, Αθήνα.

Υφαντόπουλος Γ., Σούλης Σ., Παπαηλίας Θ., Μανιαδάκης Ν. (1993), *Οι Ανάγκες σε Ανθρώπινο Δυναμικό στον Τομέα Υγείας στην Ελλάδα 1980-2000*, Έκθεση στην Ε.Ε, Αθήνα.

Υφαντόπουλος Γ. (2003), *Τα Οικονομικά της Υγείας: Θεωρία και Πολιτική*, Τυπωθήτω, Αθήνα.







ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

# Συγκεντρωτικά Στοιχεία Ανθρώπινου Δυναμικού Υ.Υ.Κ.Α.



«Αποτύπωση Ανθρώπινου Δυναμικού 31 Οκτωβρίου 2005»

Δεν περιλαμβάνονται τα άτομα του Κ.Ε.Ε.Λ. και του Κ.Ε.Θ.Ε.Α

## Σύνολα Εργαζομένων και Μισθοδοτούμενων

Φορέας	Δύναμη εκτός αποσπασμένων	Αποσπασμένοι από τον Φορέα	Αποσπασμένοι προς τον Φορέα	Σύνολο Μισθοδοτούμενων	Σύνολο Εργαζομένων
Υ.Υ.Κ.Α (Υπουργείο)	791	91	217	882	1.008
Κεντρ. Υπηρεσίες Δ.Υ.ΠΕ.	516	134	170	650	686
Νοσοκομεία	97.616	2.549	1.917	100.165	99.533
Μον. Κοινων. Φροντίδας	3.223	154	160	3.377	3.383
Εποπτευόμενοι Φορείς	4.974	60	83	5.034	5.067
<b>Σύνολο</b>	<b>107.120</b>	<b>2.988</b>	<b>2.547</b>	<b>110.108</b>	<b>109.667</b>

Σημείωση: Δεν εμπεριέχονται τα άτομα του Κ.Ε.Ε.Λ. και του Κ.Ε.Θ.Ε.Α

**Αποσπασμένοι από τον Φορέα:** είναι όσοι έχουν αποσπασθεί από το Υπουργείο ή Κ.Υ. των Δ.Υ.ΠΕ., ή Νοσοκομεία, ή Μ.Κ.Φ., και εποπτευόμενους Φορείς, στους Φορείς του Ε.Σ.Υ.Κ.Α ή άλλους Φορείς π.χ. Νομαρχίες.

**Αποσπασμένοι προς τον Φορέα:** είναι όσοι έχουν αποσπασθεί από άλλους φορείς (Ε.Σ.Υ.Κ.Α ή άλλους), στο Υπουργείο ή Κ.Υ. των Δ.Υ.ΠΕ., ή Νοσοκομεία, ή Μ.Κ.Φ., ή εποπτευόμενους Φορείς.

**Η ΔΙΑΦΟΡΑ 2.988-2.547** δηλώνει ότι το Υπουργείο, οι Κ.Υ. των Δ.Υ.ΠΕ., τα Νοσοκομεία και οι Μ.Κ.Φ. επιβαρύνουν τον προϋπολογισμό τους με τις αμοιβές των **441** ατόμων.

**Συγκεντρωτικός Πίνακας Ανθρώπινου Δυναμικού ανά Δ.Υ.ΠΕ  
Εργαζομένων και Μισθοδοτούμενων**

<b>Δ.Υ.ΠΕ.</b>	<b>Δύναμη εκτός υποσημασμένων</b>	<b>Απασπασμένοι από τον Φορέα</b>	<b>Απασπασμένοι από τον Φορέα</b>	<b>Μισθοδοτούμενοι</b>	<b>Εργαζόμενοι</b>
Κ.Υ. Υ.Υ.ΚΑ	791	91	217	882	1.008
Α' Αττικής	16.148	410	123	16.558	16.271
Α' Κεντρικής Μακεδονίας	9.236	274	165	9.509	9.400
Α' Νοτίου Αιγαίου	623	18	12	641	635
Β' Αττικής	11.879	510	205	12.389	12.084
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	8.596	201	158	8.797	8.754
Β' Νοτίου Αιγαίου	2.145	55	41	2.200	2.186
Γ' Αττικής	10.220	159	273	10.379	10.493
Ανατολ. Μακεδ. Θράκης	5.198	145	203	5.343	5.401
Βορείου Αιγαίου	1.845	61	69	1.906	1.914
Δυτικής Μακεδονίας	1.956	61	81	2.016	2.036
Ηπείρου	4.336	78	117	4.414	4.453
Θεσσαλίας	5.966	153	220	6.119	6.186
Ιονίων Νήσων	1.752	74	33	1.826	1.785
Κρήτης	6.959	297	238	7.256	7.197
Πελοποννήσου	4.543	121	102	4.664	4.645
Στερεάς Ελλάδας	3.389	82	66	3.471	3.455
Δυτικής Ελλάδος	6.566	138	141	6.704	6.707
ΕΠΟΠΤ. Φορείς Υ.Υ.Κ.Α.	4.974	60	83	5.034	5.057
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>107.120</b>	<b>2.988</b>	<b>2.547</b>	<b>110.108</b>	<b>109.667</b>

Δεν εμπιρεύονται τα άτομα του Κ.Ε.Ε.Λ. και του Κ.Ε.Θ.Ε.Α

# Μισθοδοτούμενοι - Σχέσεις Εργασίας

	Κ.Υ. Υ.Υ.Κ.Α.	Κ.Υ. Δ.Υ.Π.Ε.	Νοσοκομ.	Μ.Κ.Φ.	Εποπτ. Φορείς Υ.Υ.Κ.Α.	Σύνολο
Οργανική Θέση	527	410	87.127	2.692	3.467	94.223
Προσωπαγ. Θέση	217	193	3.878	409	105	4.802
Ιδιωτ. Δικ. Αορ. Χρ.	48	38	2.768	146	1.248	4.248
Επικουρικοί	0	0	583	1	76	660
Πρακτικ. Άσκηση	1	1	1.548	22	10	1.582
Stage	27	1	992	47	1	1.068
Λοιποί	62	7	1.973	58	127	2.227
<b>Σύνολο</b>	<b>882</b>	<b>650</b>	<b>98.869</b>	<b>3.375</b>	<b>5.034</b>	<b>108.810</b>
Πανεπιστημιακοί	0	0	1.125	0	0	1.125
Στρατιωτικοί	0	0	171	2	0	173
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>882</b>	<b>650</b>	<b>100.165</b>	<b>3.377</b>	<b>5.034</b>	<b>110.108</b>

Δεν εμπεριέχονται τα άτομα του Κ.Ε.Ε.Α. και του Κ.Ε.Θ.Ε.Α

# Εργαζόμενοι ανά Κατηγορία

(ΚΥ ΥΥΚΑ - ΚΥ ΔΥΠΕ - Νοσοκομείων - ΜΚΦ - Εποπτευόμενοι Φορείς Υ.Υ.Κ.Α.)

Ιατρικό	:	22.472
Νοσηλευτικό	:	43.248
Παραϊατρικό	:	10.990
Διοικητικό	:	10.696
Τεχνικό-Υποστηρικτικό	:	20.830
Λοιπό	:	122
Γενικό Σύνολο	:	108.358

# Εργαζόμενοι ανά Κατηγορία – Φύλο

(ΚΥ ΥΥΚΑ - ΚΥ ΔΥΠΕ – Νοσοκομείων – ΜΚΦ – Εμπορευόμενοι Φορείς Υ.Υ.Κ.Α.)

	Άνδρες	Γυναίκες
Ιατρικό	58,1%	41,9%
Νοσηλευτικό	16,7%	83,3%
Παραϊατρικό	22,3%	77,7%
Διοικητικό	30,1%	69,9%
Τεχνικό-Υποστηρικτικό	63,95%	36,05%
Λοιπό	62,7%	37,3%

## Προσλήψεις ανά Έτος και Ειδικότητα

<b>ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ</b>	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ιατρικό	445	562	447	592	556	500	553	692	760	357
Νοσηλευτικό	975	2.113	1.389	705	1.538	1.353	2.582	1.618	1.098	1.069
Παραϊατρικό	283	609	319	268	404	461	536	553	171	326
Διοικητικό	196	199	97	104	246	263	109	528	289	284
Τεχνικό - Υποστηρικτικό	450	1.174	564	354	444	283	547	524	596	146
Λοιπό	6	1	1	1	3	1	0	0	14	21
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>2.355</b>	<b>4.658</b>	<b>2.817</b>	<b>2.024</b>	<b>3.291</b>	<b>2.861</b>	<b>4.327</b>	<b>3.915</b>	<b>2.928</b>	<b>2.203</b>

Σημειώσεις: Δεν συμπεριλαμβάνονται Πανεπιστημιακοί και Στρατιωτικοί, Ειδικευόμενοι, Αγροτικοί και Επικουρικοί Ιατροί και Εκπαιδευόμενοι

Δεν περιλαμβάνονται τα άτομα του Κ.Ε.Ε.Λ. και του Κ.Ε.Θ.Ε.Α

## Επίπεδο Εκπαίδευσης ανά Ειδικότητα

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΠΕ		ΤΕ		ΔΕ		ΥΕ	
	Άτομα	%	Άτομα	%	Άτομα	%	Άτομα	%
Ιατρικό	22.472	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Νοσηλευτικό	581	1,34%	18.110	41,87%	18.205	42,09%	6.352	14,69%
Παραϊατρικό	1.906	17,34%	4.815	43,81%	4.264	38,80%	5	0,05%
Διακνητικό	1.954	18,25%	1.552	14,51%	7.155	66,91%	35	0,33%
Τεχνικό - Υποστηρικτικό	471	2,26%	691	3,32%	9.620	46,18%	10.048	48,24%
Λοιπά	33	27,59%	14	10,34%	52	43,10%	23	18,97%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>27.417</b>		<b>25.182</b>		<b>39.296</b>		<b>16.463</b>	

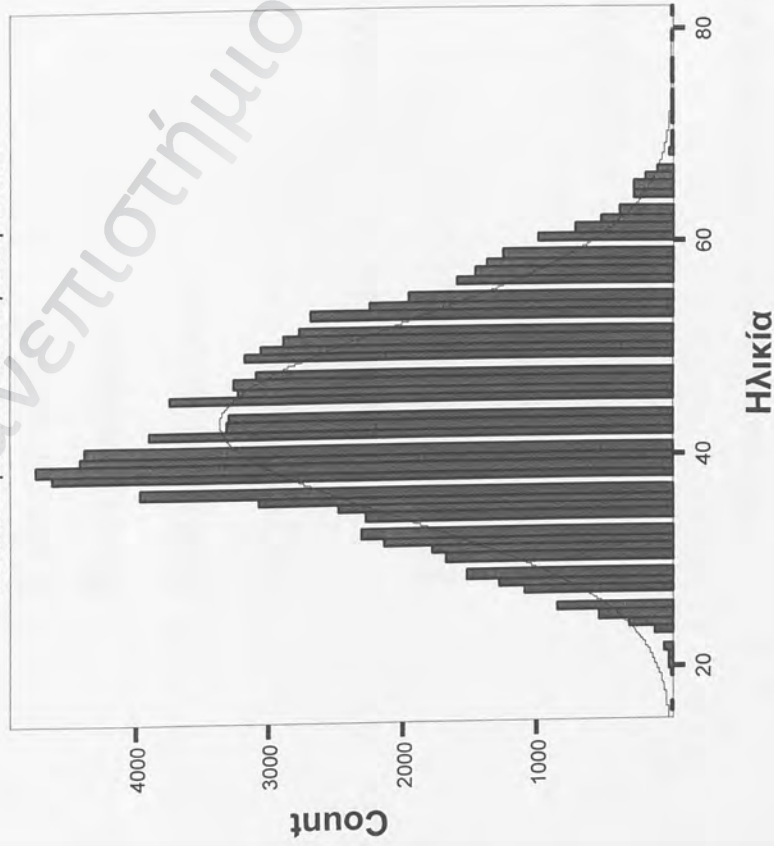
Δεν εμπιρεύονται τα άτομα του Κ.Ε.Ε.Λ. και του Κ.Ε.Θ.Ε.Α



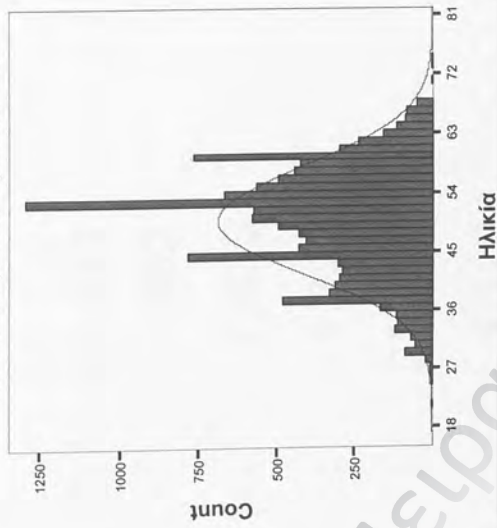
# Ηλικία Εργαζομένων

(ΥΥΚΑ - ΚΥ ΔΥΠΕ - Νοσοκομείων - ΜΚΦ - Ελοπτευόμενων Φορέων)

Ηλικία Προσωπικού Συγκεντρωτικά



Ηλικία Ιατρικού Προσωπικού



Μέσος Όρος	
Ειδικότητα	Ηλικία
Ιατρικά	50
Νοσηλεύσιμα	40
Παραϊατρικά	41
Λιπική	44
Τεχνικά Υποστηρικτικά	46
Λοιπά	41

# Ιατροί

(ΥΥΚΑ - ΚΥ ΔΥΠΕ - Νοσοκομείων - ΜΚΦ - Εποπτευόμενων Φορέων)

Ειδικευμένοι	:	11.953
Επικουρικοί	:	662
Ειδικευόμενοι	:	7.935
Αγροτικοί	:	1.922
Μερικό Σύνολο	:	22.472
Πανεπιστημιακοί	:	1.128
Στρατιωτικοί	:	181
Γενικό Σύνολο	:	23.781

Δεν εμπριέχονται τα άτομα του Κ.Ε.Ε.Λ. και του Κ.Ε.Θ.Ε.Α



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

# Ανθρώπινη Γεωγραφία ΕΣΥΚΑ

Κεντρική Υπηρεσία Υπουργείου (Υ.Υ.Κ.Α.)

Κεντρικές Υπηρεσίες Δ.Υ.ΠΕ.

Νοσοκομεία

Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας (Μ.Κ.Φ.)

Ελοπτευόμενοι Φορείς του Υ.Υ.Κ.Α.



«Αποτύπωση Ανθρώπινου Δυναμικού 31 Οκτωβρίου 2005»

Δεν εμπεριέχονται τα άτομα του Κ.Ε.Ε.Λ. και του Κ.Ε.Θ.Ε.Α

# Κεντρική Υπηρεσία Υ.Υ.Κ.Α.

## 1) Μισθοδοτούνται 882 άτομα

- a) Εργάζονται εντός της Κ.Υ. Υ.Υ.Κ.Α. : 791
- b) Αποσπασμένοι σε φορείς ΕΣΥΚΑ : 57
- c) Αποσπασμένοι σε φορείς εκτός ΕΣΥΚΑ : 34

## 2) Εργάζονται 1.008 άτομα

- a) Οργανική δύναμη της Κ.Υ. Υ.Υ.Κ.Α. : 791
- b) Αποσπασμένοι από φορείς ΕΣΥΚΑ : 136
- c) Αποσπασμένοι από φορείς εκτός ΕΣΥΚΑ : 81

**Εργαζόμενοι - Μισθοδοτούμενοι της Κ.Υ. Υ.Υ.Κ.Α.**

<b>Φορέας</b>	<b>Δύναμη εκτός αποσπασμένων</b>	<b>Αποσπασμένοι από τον Φορέα</b>	<b>Αποσπασμένοι προς τον Φορέα</b>	<b>Σύνολο Μισθοδοτούμενων</b>	<b>Σύνολο Εργαζομένων</b>
Κ.Υ. Υ.Υ.Κ.Α	692	56	142	748	834
ΣΕΥΠ ΑΘΗΝΩΝ	14	24	47	38	61
ΣΕΥΠ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	6	8	16	14	22
ΕΣΔΥ	79	3	12	82	91
<b>Σύνολο</b>	<b>791</b>	<b>91</b>	<b>217</b>	<b>882</b>	<b>1.008</b>

## ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ ΣΤΗΝ ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΟΥ Υ.Υ. Κ.Α

Υ.Υ.Κ.Α.	
Δύναμη εκτός αποσπασμένων	791
Αποσπασμένοι προς τον Φορέα	217
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>1.008</b>

## Αποσπασμένοι προς την Κεντρική Υπηρεσία του Υ.Υ. Κ.Α

Υ.Υ.Κ.Α.	
Εντός Ε.Σ.Υ.Κ.Α.	136
Εκτός Ε.Σ.Υ.Κ.Α.	81
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>217</b>

## Αποσπασμένοι από την Κεντρική Υπηρεσία του Υ.Υ.Κ.Α

Υ.Υ.Κ.Α.	
Εντός Ε.Σ.Υ.Κ.Α.	57
Εκτός Ε.Σ.Υ.Κ.Α.	34
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>91</b>

# ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΤΗΣ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΤΟΥ Υ.Υ.Κ.Α.

## Επίπεδο Εκπαίδευσης

Υ.Υ.Κ.Α	ΠΕ	ΤΕ	ΔΕ	ΥΕ
	438	102	377	91
%	43,50	10,10	37,40	9,00

## Ηλικία

Υ.Υ.Κ.Α	<17	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>65
	0	3	143	335	349	161	17
%	0,00	0,30	14,19	33,23	34,62	15,97	1,69

## Ειδικότητα

Υ.Υ.Κ.Α	Ιατρικό	Νοσηλευτικό	Παραϊατρικό	Διοικητικό	Τεχνικό - Υποστηρικτικό	Λοιποί	ΣΥΝΟΛΟ
	29	26	91	640	200	22	1,008
%	2,90	2,60	9,00	63,50	19,80	2,20	100,00

## Έτη Πρόσληψης (1996 - 2005)

Υ.Υ.Κ.Α	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
	39	17	21	14	20	28	16	20	53	26

## Κεντρικές Υπηρεσίες Δ.Υ.Π.Ε.

<b>1) Μισθοδοτούνται 650 άτομα</b>	
a) Εργάζονται εντός των Δ.Υ.Π.Ε.	: 516
b) Αποσπασμένοι σε φορείς ΕΣΥΚΑ	: 126
c) Αποσπασμένοι σε φορείς εκτός ΕΣΥΚΑ	: 8
<b>2) Εργάζονται 686 άτομα</b>	
a) Οργανική δύναμη των Δ.Υ.Π.Ε.	: 516
b) Αποσπασμένοι από φορείς ΕΣΥΚΑ	: 163
c) Αποσπασμένοι από φορείς εκτός ΕΣΥΚΑ	: 7



## Αποτύπωση Κίνησης Ανθρωπίνων Πόρων των Κ.Υ. των Δ.Υ.ΠΕ.

Δ.Υ.ΠΕ.	Δύναμη εκτός αποσπασμ.	Αποσπασμένοι από τις Κ.Υ. των Δ.Υ.ΠΕ		Αποσπασμένοι προς τις Κ.Υ. των Δ.Υ.ΠΕ		Σύνολο Εργαζομένων στις Κ.Υ. των Δ.Υ.ΠΕ.	Σύνολο Μισθοδοτούμ. από τις Κ.Υ. των Δ.Υ.ΠΕ.
		Προς Φορείς του Ε.Σ.Υ.Κ.Α.	Προς Φορείς εκτός του Ε.Σ.Υ.Κ.Α.	από Φορείς του Ε.Σ.Υ.Κ.Α.	από Φορείς εκτός του Ε.Σ.Υ.Κ.Α.		
Α' Αττικής	65	32	3	3	1	69	100
Α' Κεντρικής Μακεδονίας	13	3	1	33	0	46	17
Α' Νοτίου Αιγαίου	20	4	0	0	0	20	24
Β' Αττικής	43	24	0	13	0	56	67
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	26	3	0	19	0	45	29
Β' Νοτίου Αιγαίου	20	2	0	4	0	24	22
Γ' Αττικής	52	21	0	15	0	67	73
Ανατολ. Μακεδ. Θράκης	26	2	0	4	0	30	28
Βορείου Αιγαίου	9	1	1	10	1	20	11
Δυτικής Μακεδονίας	29	3	0	1	0	30	32
Ηπείρου	35	0	1	5	0	40	36
Θεσσαλίας	29	9	0	11	0	40	38
Ιονίων Νήσων	19	0	0	11	1	31	19
Κρήτης	28	5	0	12	2	42	33
Πελοποννήσου	30	6	1	12	2	44	37
Στερεάς Ελλάδας	33	7	0	1	0	34	40
Δυτικής Ελλάδος	39	4	1	9	0	48	44
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>516</b>	<b>126</b>	<b>8</b>	<b>163</b>	<b>7</b>	<b>686</b>	<b>660</b>

Σημειώσεις: Δεν συμπεριλαμβάνονται Πανεπιστημιακοί και Στρατιωτικοί.

Έτη Πρόσληψης Εργαζομένων Κ.Υ. των Δ.Υ.Π.Ε. (1996 - 2005)

Δ.Υ.Π.Ε.	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Α' Αττικής	4	2	0	0	2	3	2	13	4	1
Α' Κεντρικής Μακεδονίας	0	2	1	0	3	4	1	9	2	0
Α' Νοτίου Αιγαίου	0	0	0	0	0	0	0	11	7	2
Β' Αττικής	1	1	0	1	5	2	2	2	3	1
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	1	3	1	0	1	3	1	14	3	1
Β' Νοτίου Αιγαίου	0	0	0	0	0	0	1	15	2	0
Γ' Αττικής	1	4	0	0	4	1	3	13	3	1
Ανατολ. Μακεδ. Θράκης	0	1	0	0	0	1	1	16	1	0
Βορείου Αιγαίου	0	0	3	0	1	1	0	8	3	0
Δυτικής Μακεδονίας	0	1	0	0	0	0	2	17	5	1
Ηπείρου	1	3	1	1	2	0	0	9	6	0
Θεσσαλίας	1	4	0	0	0	1	2	11	5	2
Ιονίων Νήσων	0	0	0	1	2	0	1	17	1	1
Κρήτης	1	2	0	0	0	0	0	14	2	0
Πελοποννήσου	0	2	1	0	2	0	0	13	2	1
Στερεάς Ελλάδας	0	2	0	1	0	0	0	11	4	2
Δυτικής Ελλάδος	1	0	0	0	1	0	2	11	16	0
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>11</b>	<b>27</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>23</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>204</b>	<b>69</b>	<b>13</b>

## Ηλικίες Εργαζομένων Κ.Υ. ΤΩΝ Δ.Υ.ΠΕ.

Δ.Υ.ΠΕ.	<17	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>65
Α' Αττικής	0	0	23	22	20	4	0
Α' Κεντρικής Μακεδονίας	0	0	13	23	8	2	0
Α' Νοτίου Αιγαίου	0	0	16	4	0	0	0
Β' Αττικής	0	0	13	23	15	4	1
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	0	0	22	11	11	1	0
Β' Νοτίου Αιγαίου	0	0	14	4	5	1	0
Γ' Αττικής	0	0	19	22	21	5	0
Ανατολ. Μακεδ. Θράκης	0	0	18	8	3	1	0
Βορείου Αιγαίου	0	0	15	4	1	0	0
Δυτικής Μακεδονίας	0	0	21	7	1	1	0
Ηπείρου	0	0	18	16	6	0	0
Θεσσαλίας	0	0	19	16	5	0	0
Ιονίων Νήσων	0	0	17	8	4	2	0
Κρήτης	0	0	13	17	10	2	0
Πελοποννήσου	0	0	17	16	7	4	0
Στερεάς Ελλάδας	0	0	14	12	7	1	0
Δυτικής Ελλάδος	0	0	22	17	8	1	0
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>294</b>	<b>230</b>	<b>132</b>	<b>29</b>	<b>1</b>
	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>42,86%</b>	<b>33,53%</b>	<b>19,24%</b>	<b>4,23%</b>	<b>0,15%</b>

Σημειώσεις: Δεν συμπεριλαμβάνονται Πανεπιστημιακοί και Στρατιωτικοί.

## Ειδικότητες Εργαζομένων Κ.Υ. των Δ.Υ.ΠΕ.

Δ.Υ.ΠΕ.	Ιατρικό	Νοσηλεύτ ικό	Παραϊατρ ικό	Διοικητικό	Τεχνικό- Υποστηρί κτικό	Λοιποί	ΣΥΝΟΛΟ
Α' ΑΤΤΙΚΗΣ	2	4	3	49	11	0	69
Α' Κεντρικής Μακεδονίας	2	13	3	23	5	0	46
Α' Νοτίου Αιγαίου	1	2	3	14	0	0	20
Β' ΑΤΤΙΚΗΣ	3	2	0	42	9	0	56
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	2	4	3	31	5	0	45
Β' Νοτίου Αιγαίου	2	1	3	18	0	0	24
Γ' ΑΤΤΙΚΗΣ	2	0	6	45	14	0	67
Ανατολ. Μακεδ. Θράκης	3	2	2	20	3	0	30
Βορείου Αιγαίου	0	3	2	15	0	0	20
Δυτικής Μακεδονίας	2	5	4	19	0	0	30
Ηπείρου	3	7	2	26	3	0	40
Θεσσαλίας	1	6	9	21	3	0	40
Ιονίων Νήσων	3	1	3	21	3	0	31
Κρήτης	3	1	3	32	3	0	42
Πελοποννήσου	1	5	2	28	8	0	44
Στερεάς Ελλάδας	0	8	2	22	2	0	34
Δυτικής Ελλάδος	1	6	7	30	4	0	48
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>31</b>	<b>70</b>	<b>57</b>	<b>455</b>	<b>73</b>	<b>0</b>	<b>686</b>

Σημειώσεις : Δεν συμπεριλαμβάνονται Πανεπιστημιακοί και Στρατιωτικοί. "Λοιποί" είναι κυρίως το Επτοχικό Προσωπικό, Συμβάσεις Ιδιωτικού Δικαίου Ορισμένου Χρόνου, Υπεράριθμοι Ειδικεύομενοι, Αντιρρηστές

# Επίπεδο Εκπαίδευσης Εργαζομένων Κ.Υ. Δ.Υ.Π.Ε.

Δ.Υ.Π.Ε.	ΠΕ	ΤΕ	ΔΕ	ΥΕ
Α' ΑΤΙΚΗΣ	28	17	19	5
Α' Κεντρικής Μακεδονίας	16	10	18	2
Α' Νοτίου Αιγαίου	10	10	0	0
Β' ΑΤΙΚΗΣ	14	9	24	9
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	17	17	9	2
Β' Νοτίου Αιγαίου	11	8	5	0
Γ' ΑΤΙΚΗΣ	24	17	20	6
Ανατολ. Μακεδ. Θράκης	12	11	6	1
Βορείου Αιγαίου	9	7	4	0
Δυτικής Μακεδονίας	13	14	3	0
Ηπείρου	21	8	9	2
Θεσσαλίας	16	18	5	1
Ιονίων Νήσων	14	11	6	0
Κρήτης	16	12	14	0
Πελοποννήσου	15	12	12	5
Στερεάς Ελλάδας	13	15	5	1
Δυτικής Ελλάδας	17	18	11	2
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>266</b>	<b>214</b>	<b>170</b>	<b>36</b>
	<b>38,78%</b>	<b>31,20%</b>	<b>24,78%</b>	<b>5,25%</b>

# Νοσοκομεία

**1) Μισθοδοτούνται 100.165 άτομα**

**a) Εργάζονται εντός των Νοσοκομείων : 97.616**

**b) Αποσπασμένοι σε φορείς ΕΣΥΚΑ\* : 2.326**

**c) Αποσπασμένοι σε φορείς εκτός ΕΣΥΚΑ : 220**

**2) Εργάζονται 99.533 άτομα**

**a) Οργανική δύναμη των Νοσοκομείων : 97.616**

**b) Αποσπασμένοι από φορείς ΕΣΥΚΑ : 1.872**

**c) Αποσπασμένοι από φορείς εκτός ΕΣΥΚΑ : 45**

## Αποτύπωση Κίνησης Ανθρωπίνων Πόρων των Νοσοκομείων

Δ.Υ.ΠΕ.	Δύναμη εκτός αποσπασμ.	Αποσπασμένοι από τα Νοσοκομεία		Αποσπασμένοι προς τα Νοσοκομεία		Σύνολο Εργαζομένων των Νοσοκομείων	Σύνολο Μισθοδοτούμ. των Νοσοκομείων
		προς Φορείς του Ε.Σ.Υ.Κ.Α.	προς Φορείς εκτός του Ε.Σ.Υ.Κ.Α.	από Φορείς του Ε.Σ.Υ.Κ.Α.	από Φορείς εκτός του Ε.Σ.Υ.Κ.Α.		
Α' Αττικής	15.860	340	34	116	3	15.979	16.234
Α' Κεντρικής Μακεδονίας	8.626	249	7	118	4	8.748	8.882
Α' Νοτιου Αιγαίου	599	12	1	10	0	609	612
Β' Αττικής	11.437	413	24	146	5	11.588	11.874
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	8.300	177	18	137	0	8.437	8.495
Β' Νοτιου Αιγαίου	2.026	41	3	30	0	2.056	2.070
Γ' Αττικής	9.259	96	13	241	4	9.504	9.368
Ανατολ. Μακεδ. Θράκης	4.868	125	9	186	4	5.058	5.002
Βορείου Αιγαίου	1.761	47	11	67	0	1.808	1.809
Δυτικής Μακεδονίας	1.843	48	3	65	3	1.911	1.894
Ηπείρου	4.048	65	8	90	1	4.139	4.121
Θεσσαλίας	5.608	120	19	197	3	5.808	5.747
Ιονίων Νήσων	1.672	67	7	19	0	1.691	1.746
Κρήτης	6.536	261	26	208	3	6.747	6.823
Πελοποννήσου	4.478	101	10	78	4	4.560	4.589
Στερεάς Ελλάδας	3.164	59	8	58	2	3.224	3.231
Δυτικής Ελλάδος	6.245	105	19	113	1	6.359	6.369
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>96.320</b>	<b>2.326</b>	<b>220</b>	<b>1.869</b>	<b>37</b>	<b>98.226</b>	<b>98.866</b>

Σημειώσεις: Δεν συμπεριλαμβάνονται Πανεπιστημιακοί και Στρατιωτικοί.

## Έτη Πρόσληψης Εργαζομένων Νοσοκομείων (1996 - 2005)

Δ.Υ.Π.Ε.	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Α' Αττικής	323	434	315	249	384	311	653	420	428	165
Α' Κεντρικής Μακεδονίας	63	434	154	101	160	236	418	257	194	215
Α' Νοτίου Αιγαίου	7	11	17	12	32	14	47	25	16	42
Β' Αττικής	345	455	275	150	208	188	507	258	211	113
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	65	294	191	316	444	297	391	253	303	252
Β' Νοτίου Αιγαίου	21	112	44	29	62	66	90	71	33	80
Γ' Αττικής	553	402	259	199	446	208	430	435	384	212
Ανατολ. Μακεδ. Θράκης	72	239	156	105	102	135	235	252	99	129
Βορείου Αιγαίου	26	116	51	31	41	68	86	59	42	68
Δυτικής Μακεδονίας	26	99	51	26	47	68	70	92	22	58
Ηπείρου	64	210	89	95	168	102	112	181	46	33
Θεσσαλίας	80	213	94	152	315	175	257	211	78	99
Ιονίων Νήσων	37	87	26	30	37	40	49	55	19	70
Κρήτης	80	404	151	105	175	165	197	258	69	130
Πελοποννήσου	42	299	101	90	103	156	105	122	53	114
Στερεάς Ελλάδας	40	203	82	54	70	63	66	108	36	98
Δυτικής Ελλάδος	92	375	144	119	208	278	197	234	123	141
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>1936</b>	<b>4387</b>	<b>2200</b>	<b>1863</b>	<b>3002</b>	<b>2570</b>	<b>3910</b>	<b>3291</b>	<b>2156</b>	<b>2019</b>

Σημειώσεις: Δεν συμπεριλαμβάνονται Πανεπιστημιακοί και Στρατιωτικοί. \*Λοιποί είναι κυρίως το Εποχικό Τροσωπικό, Συμβάσεις Ιδιωτικού Δικαίου Ορισμένου Χρόνου, Υπεράριθμοι Ειδικευόμενοι, Ανιρρηστές Συνεδρητές



## Ηλικίες Εργαζομένων Νοσοκομείων

Δ.Υ.ΠΕ.	<17	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>65
Α' Αττικής	0	368	3.534	5.495	4.578	1.883	117
Α' Κεντρικής Μακεδονίας	42	269	1.576	3.415	2.529	846	56
Α' Νοτίου Αιγαίου	0	8	219	203	141	38	0
Β' Αττικής	15	177	2.266	4.116	3.488	1.404	86
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	0	41	2.010	3.176	2.304	844	51
Β' Νοτίου Αιγαίου	0	35	428	743	603	240	7
Γ' Αττικής	0	191	2.370	3.445	2.545	898	55
Ανατολ. Μακεδ. Θράκης	8	88	1.105	2.085	1.308	436	28
Βορείου Αιγαίου	4	42	508	614	476	155	9
Δυτικής Μακεδονίας	0	27	459	639	580	194	12
Ηπείρου	0	8	800	1.850	1.173	295	13
Θεσσαλίας	0	148	1.526	2.213	1.495	393	33
Ιονίων Νήσων	0	20	385	631	482	164	8
Κρήτης	0	93	1.465	2.614	1.971	574	30
Πελοποννήσου	8	113	1.070	1.657	1.315	374	23
Στερεάς Ελλάδας	7	162	714	1.165	888	267	20
Δυτικής Ελλάδος	16	152	1.396	2.566	1.732	431	20
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>100</b>	<b>1.942</b>	<b>21.831</b>	<b>36.627</b>	<b>27.608</b>	<b>9.436</b>	<b>568</b>
	0,10%	1,98%	22,25%	37,33%	28,14%	9,62%	0,58%

Σημειώσεις: Δεν συμπεριλαμβάνονται Πανεπιστημιακοί και Στρατιωτικοί.

## Ειδικότητες Εργαζομένων Νοσοκομείων

Δ.Υ.ΠΕ.	Ιατρικό	Νοσηλευτικό	Παράϊατρικό	Διοικητικό	Τεχνικό - Υποστηρικτικό	Λοιποί	ΣΥΝΟΛΟ
Α' Αττικής	3.925	6.454	1.753	1.690	2.157	0	15.979
Α' Κεντρικής Μακεδονίας	2.062	3.795	930	642	1.319	0	8.748
Α' Νοτίου Αιγαίου	233	164	49	52	111	0	609
Β' Αττικής	2.653	4.733	1.249	1.019	1.931	3	11.588
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	1.976	3.772	739	704	1.236	10	8.437
Β' Νοτίου Αιγαίου	324	891	150	198	491	2	2.056
Γ' Αττικής	1.882	4.087	1.077	862	1.595	1	9.504
Ανατολ. Μακεδ. Θράκης	1.084	2.348	492	362	772	0	5.058
Βορείου Αιγαίου	430	731	169	142	335	1	1.808
Δυτικής Μακεδονίας	437	841	170	133	329	1	1.911
Ηπείρου	702	1.981	365	305	785	1	4.139
Θεσσαλίας	1.243	2.621	604	435	906	0	5.808
Ιονίων Νήσων	377	686	150	152	321	5	1.691
Κρήτης	1.569	2.722	630	538	1.288	0	6.747
Πελοποννήσου	1.048	1.830	368	396	907	11	4.560
Στερεάς Ελλάδας	816	1.309	266	255	578	0	3.224
Δυτικής Ελλάδος	1.325	2.788	607	563	1.073	3	6.359
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>22.086</b>	<b>41.753</b>	<b>9.768</b>	<b>8.448</b>	<b>16.133</b>	<b>38</b>	<b>98.226</b>

Σημειώσεις : Δεν συμπεριλαμβάνονται Ιατροπληθυσμικοί και Στρατιωτικοί. "Λοιποί" είναι κυρίως το ΕΠΟΧΙΚό Ι Ιοσωπτικό. Συμβάσεις Ιδιωτικού Δικαίου Οριομένου Χρόνου, Υπεράριθμοι Είδικευόμενοι, Ανιρρητοίτες, Συνείδητοίτες

## Επίπεδο Εκπαίδευσης Εργαζομένων Νοσοκομείων

Δ.Υ.ΠΕ.	ΠΕ	ΤΕ	ΔΕ	ΥΕ
Α' Αττικής	4.692	4.001	5.135	2.151
Α' Κεντρικής Μακεδονίας	2.295	2.468	2.865	1.120
Α' Νοτίου Αιγαίου	243	85	219	62
Β' Αττικής	3.109	2.683	3.981	1.815
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	2.276	2.291	2.691	1.179
Β' Νοτίου Αιγαίου	385	268	852	551
Γ' Αττικής	2.336	2.146	3.321	1.702
Ανατολ. Μακεδ. Θράκης	1.206	1.218	2.006	628
Βορείου Αιγαίου	482	391	670	265
Δυτικής Μακεδονίας	490	545	615	261
Ηπείρου	901	969	1.658	611
Θεσσαλίας	1.417	1.625	1.969	797
Ιονίων Νήσων	440	347	627	277
Κρήτης	1.749	1.591	2.279	1.128
Πελοποννήσου	1.147	907	1.756	750
Στερεάς Ελλάδας	882	688	1.119	636
Δυτικής Ελλάδος	1.515	1.519	2.344	981
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>25.564</b>	<b>23.742</b>	<b>34.107</b>	<b>14.813</b>
	<b>26,03%</b>	<b>24,17%</b>	<b>34,72%</b>	<b>15,08%</b>

# Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας (Μ.Κ.Φ.)

## 1) Μισθοδοτούνται 3.377 άτομα

- a) Εργάζονται εντός των Μ.Κ.Φ. : 3.223
- b) Αποσπασμένοι σε φορείς ΕΣΥΚΑ : 132
- c) Αποσπασμένοι σε φορείς εκτός ΕΣΥΚΑ : 22

## 2) Εργάζονται 3.383 άτομα

- a) Οργανική δύναμη των Μ.Κ.Φ. : 3.223
- b) Αποσπασμένοι από φορείς ΕΣΥΚΑ : 155
- c) Αποσπασμένοι από φορείς εκτός ΕΣΥΚΑ : 5

# Αποτύπωση Κίνησης Ανθρώπινων Πόρων των Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας

Δ.Υ.ΠΕ.	Δύναμη εκτός αποσπασμ.	Αποσπασμένοι από τις Μ.Κ.Φ.		Αποσπασμένοι προς τις Μ.Κ.Φ.		Σύνολο Εργαζομένων στις Μ.Κ.Φ.	Σύνολο Μισθοδοτούμ. από τις Μ.Κ.Φ.
		Προς Φορείς του Ε.Σ.Υ.Κ.Α.	Προς Φορείς εκτός του Ε.Σ.Υ.Κ.Α.	από Φορείς του Ε.Σ.Υ.Κ.Α.	από Φορείς εκτός του Ε.Σ.Υ.Κ.Α.		
Α' Αττικής	19	0	1	0	0	19	20
Α' Κεντρικής Μακεδονίας	294	11	0	9	1	304	305
Α' Νοτίου Αιγαίου	4	1	0	1	1	6	5
Β' Αττικής	316	42	7	28	2	346	365
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	182	2	1	2	0	184	185
Β' Νοτίου Αιγαίου	99	7	1	7	0	106	107
Γ' Αττικής	784	25	4	13	0	797	813
Ανατολ. Μακεδ. Θράκης	208	8	1	9	0	217	217
Βορείου Αιγαίου	85	2	0	1	0	86	87
Δυτικής Μακεδονίας	83	7	0	12	0	95	90
Ηπείρου	139	4	0	20	1	160	143
Θεσσαλίας	249	3	2	9	0	258	254
Ιονίων Νήσων	61	0	0	2	0	63	61
Κρήτης	304	3	2	13	0	317	309
Πελοποννήσου	35	3	0	6	0	41	38
Στερεάς Ελλάδας	192	6	2	5	0	197	200
Δυτικής Ελλάδος	169	8	1	18	0	187	178
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>3.223</b>	<b>132</b>	<b>22</b>	<b>155</b>	<b>5</b>	<b>3.363</b>	<b>3.377</b>

Σημειώσεις: Δεν συμπεριλαμβάνονται Πανεπιστημιακοί και Στρατιωτικοί.

Έτη Πρόσληψης Εργαζομένων στις Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας  
(1996 - 2005)

Δ.Υ.Π.Ε.	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Α' Αττικής	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Α' Κεντρικής Μακεδονίας	21	0	2	3	16	6	1	17	7	2
Α' Νοτίου Αιγαίου	0	0	0	0	1	4	0	0	0	1
Β' Αττικής	30	4	0	12	11	3	1	3	2	2
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	2	0	0	1	6	6	3	14	0	0
Β' Νοτίου Αιγαίου	0	0	1	1	0	0	0	8	0	3
Γ' Αττικής	72	21	26	4	14	2	3	26	3	4
Ανατολ. Μακεδ. Θράκης	25	1	0	4	5	24	4	6	8	6
Βορείου Αιγαίου	0	0	0	3	2	5	0	10	2	1
Δυτικής Μακεδονίας	1	1	0	2	0	5	2	8	13	3
Ηπείρου	25	1	2	1	15	6	1	7	5	0
Θεσσαλίας	33	2	0	2	26	8	2	15	18	4
Ιονίων Νήσων	0	0	0	0	1	4	0	1	0	1
Κρήτης	9	1	1	3	16	1	0	14	5	6
Πελοποννήσου	9	2	0	3	3	3	1	4	0	0
Στερεάς Ελλάδας	38	4	1	2	3	8	4	1	4	3
Δυτικής Ελλάδος	12	0	0	2	9	3	2	8	1	2
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>278</b>	<b>37</b>	<b>33</b>	<b>43</b>	<b>128</b>	<b>88</b>	<b>24</b>	<b>142</b>	<b>68</b>	<b>38</b>

Σημειώσεις: Δεν συμπεριλαμβάνονται Πανεπιστημιακοί και Στρατιωτικοί.

# Ηλικίες Εργαζομένων στις Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας

Δ.Υ.ΠΕ.	<17	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>65
Α' Αττικής	0	0	1	4	10	4	0
Α' Κεντρικής Μακεδονίας	0	0	31	111	113	48	1
Α' Νοτίου Αιγαίου	0	0	3	2	1	0	0
Β' Αττικής	0	0	32	113	145	52	4
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	0	2	18	54	74	35	1
Β' Νοτίου Αιγαίου	0	3	9	38	35	20	1
Γ' Αττικής	0	17	76	363	243	92	6
Ανατολ. Μακεδ. Θράκης	0	7	37	73	64	36	1
Βορείου Αιγαίου	0	1	19	27	26	11	2
Δυτικής Μακεδονίας	0	1	20	31	28	15	0
Ηπείρου	0	0	32	40	64	22	2
Θεσσαλίας	0	8	56	89	69	30	4
Ιονίων Νήσων	0	0	3	18	26	16	1
Κρήτης	0	9	26	104	127	49	2
Πελοποννήσου	0	0	13	11	7	9	1
Στερεάς Ελλάδας	0	5	22	86	59	23	2
Δυτικής Ελλάδος	0	2	19	75	62	25	4
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>0</b>	<b>55</b>	<b>417</b>	<b>1.239</b>	<b>1.152</b>	<b>486</b>	<b>32</b>
	<b>0,00%</b>	<b>1,63%</b>	<b>12,33%</b>	<b>36,65%</b>	<b>34,07%</b>	<b>14,37%</b>	<b>0,95%</b>

Σημειώσεις: Δεν συμπεριλαμβάνονται Ι Ιανεπιστημιακοί και Στρατιωτικοί.

## Ειδικότητες Εργαζομένων στις Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας

Δ.Υ.ΠΕ.	Ιατρικό	Νοσηλευτικό	Παράϊατρικό	Διοικητικό	Τεχνικό - Υποστηρικτικό	Λοιποί	ΣΥΝΟΛΟ
Α' Αττικής	0	2	3	5	9	0	19
Α' Κεντρικής Μακεδονίας	3	132	30	43	94	2	304
Α' Νοτίου Αιγαίου	0	1	3	0	1	1	6
Β' Αττικής	5	114	45	69	113	0	346
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	1	74	23	20	66	0	184
Β' Νοτίου Αιγαίου	1	40	9	10	43	3	106
Γ' Αττικής	34	303	100	116	242	2	797
Ανατολ. Μακεδ. Θράκης	3	63	39	40	61	11	217
Βορείου Αιγαίου	1	36	8	8	33	0	86
Δυτικής Μακεδονίας	2	19	21	25	28	0	95
Ηπείρου	2	43	15	18	82	0	160
Θεσσαλίας	5	118	31	19	83	0	256
Ιονίων Νήσων	1	16	8	5	33	0	63
Κρήτης	4	92	35	46	139	1	317
Πελοποννήσου	0	20	5	5	11	0	41
Στερεάς Ελλάδας	0	67	18	18	87	7	197
Δυτικής Ελλάδος	0	38	26	21	102	0	187
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>62</b>	<b>1.178</b>	<b>419</b>	<b>468</b>	<b>1.227</b>	<b>27</b>	<b>3.381</b>

Σημειώσεις : Δεν συμπεριλαμβάνονται Πανεπιστημιακοί και Στρατιωτικοί. "Λοιποί" είναι κυρίως το Εποχικό Προσωπικό, Συμβάσεις Ιδιωτικού Δικαίου Ορισμένου Χρόνου, Υπεράριθμοι Ειδικευμένοι, Αντιρροστές Συνείδησης



# Επίπεδο Εκπαίδευσης Εργαζομένων στις Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας

Δ.Υ.Π.Ε.	ΠΕ	ΤΕ	ΔΕ	ΥΕ
Α' Αττικής	3	3	3	10
Α' Κεντρικής Μακεδονίας	22	43	115	124
Α' Νοτίου Αιγαίου	0	4	2	0
Β' Αττικής	25	50	194	77
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	8	42	66	68
Β' Νοτίου Αιγαίου	3	11	38	54
Γ' Αττικής	63	164	346	224
Ανατολ. Μακεδ. Θράκης	22	51	87	57
Βορείου Αιγαίου	4	12	25	45
Δυτικής Μακεδονίας	11	25	39	20
Ηπείρου	12	24	65	59
Θεσσαλίας	20	42	85	109
Ιονίων Νήσων	4	9	20	30
Κρήτης	29	47	138	103
Πελοποννήσου	1	11	9	20
Στερεάς Ελλάδας	10	33	41	113
Δυτικής Ελλάδος	4	37	66	80
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>241</b>	<b>608</b>	<b>1.339</b>	<b>1.193</b>
	7,13%	17,98%	39,60%	35,29%

## Εποπτευόμενοι Φορείς Υ.Υ.Κ.Α .

### 1) Μισθοδοτούνται 5.034 άτομα

- a) Εργάζονται εντός των Εποπτ. Φορ. ΥΥΚΑ : 4.974
- b) Αποσπασμένοι σε φορείς ΕΣΣΥΚΑ : 38
- c) Αποσπασμένοι σε φορείς εκτός ΕΣΣΥΚΑ : 22

### 2) Εργάζονται 5.057 άτομα

- a) Οργανική δύναμη των Εποπτ. Φορ. ΥΥΚΑ : 4.974
- b) Αποσπασμένοι από φορείς ΕΣΣΥΚΑ : 79
- c) Αποσπασμένοι από φορείς εκτός ΕΣΣΥΚΑ : 4

Συγκεντρωτικός Πίνακας Ανθρώπινου Δυναμικού Εποπτευόμενων Φορέων Υ.Υ.Κ.Α.  
Εργαζομένων και Μισθοδοτούμενων

Δ.Υ.ΠΕ.	Δύναμη εκτός απασπασμένων από τον Φορέα	Απασπασμένοι από τον Φορέα	Αποσπασμένοι προς τον Φορέα	Μισθοδοτούμενοι	Εργαζόμενοι
Ι. Γ.Ν.Ο.Υ.Α.Ε.	23	0	1	23	24
ΑΕΜΥ ΑΕ	38	0	4	38	42
ΕΛΕΠΑΠ	229	1	0	230	229
ΕΙΚ	159	7	0	166	169
ΕΚΑΚΒ	122	7	1	129	123
ΙΚΙΙΑ	144	8	5	152	149
ΟΚΑΝΑ	438	3	2	441	440
ΕΚΕΔΙ	10	0	0	10	10
ΙΥΠ	60	0	0	60	60
ΚΕΑΤ	62	3	2	65	64
ΔΕΠΛΑΝΟΜ	76	0	1	76	77
ΓΚΑΔ	2.919	21	64	2.940	2.983
ΕΟΦ	227	2	0	229	227
ΙΦΦΤ	53	5	0	58	53
ΕΚΕΒΥΛ	16	1	0	16	15
ΕΛΒΙΟΝΥ	63	0	0	63	63
ΕΟΜ	10	0	3	10	13
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ & ΕΡΕΥΝΩΝ	326	2	0	328	326
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	4.974	60	83	5.034	5.057

# ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΟΥΣ ΕΠΟΠΤΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ ΤΟΥ Υ.Υ.Κ.Α.

## Επίπεδο Εκπαίδευσης

Υ.Υ.Κ.Α	ΠΕ	ΤΕ	ΔΕ	ΥΕ
	892	531	3.304	330
%	17,60	10,50	65,30	6,50

## Ηλικία

Υ.Υ.Κ.Α	<17	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>65
	2	49	1.266	2.191	1.113	410	26
%	0,04	0,97	25,03	43,33	22,01	8,11	0,51

## Ειδικότητα

Υ.Υ.Κ.Α	Ιατρικό	Νοσηλευτικό	Παραϊατρικό	Διοικητικό	Τεχνικό-Υποστηρικτικό	Λοιπών	ΣΥΝΟΛΟ
	264	221	655	685	3.197	35	5.057
%	5,20	4,40	13,00	13,50	63,20	0,70	100,00

## Έτη Πρόσληψης (1996 - 2005)

Υ.Υ.Κ.Α	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
	82	128	540	83	124	137	335	266	656	200