



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΓΕΩΡΓΑΚΑ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΙ ΠΟΡΟΙ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2009



**UNIVERSITY OF
PIRAEUS**

**MSc in
Health Management**



**TEI OF
PIRAEUS**

GEORGAKA GEORGIA

HUMAN RESOURCES IN HEALTH SECTOR

Graduate Thesis Submitted for the
Degree “Master in Health Management”

Piraeus, 2009



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΓΕΩΡΓΑΚΑ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΙ ΠΟΡΟΙ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Επιβλέπων Καθηγητής :
Καθηγητής Παπαηλίας Θεόδωρος

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2009

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή κ. Παπαηλία Θεόδωρο για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε αναθέτοντας μου την παρούσα εργασία, την προθυμία του να ακούσει τους προβληματισμούς μου, όπως επίσης για την πολύτιμη βοήθειά του και για το υλικό που μου παραχώρησε για τη σύνταξη αυτής της μελέτης.

Πανεπιστήμιο Πειραιά

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ «το ανθρώπινο δυναμικό είναι ο πιο σημαντικός συντελεστής ενός συστήματος υγείας». Η εργασία αυτή αποτελεί μια επισκόπηση της προσφοράς της ανάπτυξης, καθώς και της παρούσας κατάστασης των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα. Η ετήσια παραγωγή τους από τα Ανώτατα Ιδρύματα παραμένει σε σταθερή σε υψηλά επίπεδα σε όλα τα τμήματα που εξετάστηκαν, με εξαίρεση αυτό της Φαρμακευτικής και της Οδοντιατρικής. Οι θέσεις εργασίας τους πολλαπλασιάστηκαν για το διάστημα 1993-2006, αντικατοπτρίζοντας μια αυξανόμενη ζήτηση. Η Ελλάδα παραμένει πρώτη στην πυκνότητα των γιατρών ανά κάτοικο και τελευταία στην πυκνότητα των νοσηλευτών μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Επίσης, καταγράφεται άνιση κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού στις γεωγραφικές περιοχές και των ιατρών μεταξύ των ειδικοτήτων που αποκτούν. Το εισόδημα, επίσης, των γιατρών είναι χαμηλό σε σχέση με το εισόδημα συναδέλφων τους σε άλλες χώρες του ΟΟΣΑ, ενώ για τους νοσηλευτές κυμαίνεται στο μέσο όρο. Η επιστημονική μετανάστευση δε φαίνεται να έχει επηρεάσει ιδιαίτερα την Ελλάδα. Για την επίτευξη μιας μακροχρόνιας ισορροπίας μεταξύ της προσφοράς και της ζήτησης επαγγελματιών υγείας, απαιτείται καταγραφή δεδομένων, προγραμματισμός και αποτελεσματική διοίκηση σε όλα τα στάδια από την παραγωγή μέχρι την απορρόφηση από την αγορά εργασίας. Για την εύρυθμη λειτουργία του υγειονομικού τομέα είναι απαραίτητη η σωστή διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού.

Λέξεις κλειδιά – Φράσεις: Ανθρώπινο δυναμικό, τομέας υγείας, επαγγελματίες υγείας, εκπαίδευση, εισόδημα, μετανάστευση

ΠΣ

ABSTRACT

HUMAN RESOURCES IN HEALTH SECTOR

GEORGAKA GEORGIA

Human resources for health represent the most important input of a health system. The purpose of the current study is to review the supply, the development as well as the demand for health personnel in Greece. In our county, their supply from Universities and Technological Institutes remains stable and high levelled in all school departments, except for Pharmaceutical and Dentistry. Their workplaces increased during the period 1993-2006, representing a growing demand. The density of physician per habitant in Greece remains higher than in any other OECD country, according to geographical imbalances and unequal allocation among medical specialities. On the other hand, the density of nurses per inhabitant is still much lower than the OECD average. Moreover, the relative income of Greek doctors is rather low in comparison to their colleagues' in other OECD countries, but nurses' income reaches the average. Medical migration does not seem to affect significantly the Greek health market. Human resources management is crucial for policies' development and health sector reformations, to ensure that the health system will be able to respond effectively to its changing nature. A detailed analysis and data registration in all levels - from education and production of health professionals to workforce recruitment - are required for the achievement of balance between supply and demand. Subsequently, the necessity of adequate human resources management is essential and will make a major contribution to the provision of effective, efficient and high quality health services.

Keywords- Phrases: Human resources, health sector, health professionals, education, income, migration

Graduate Thesis Submitted for the Degree "Master in Health Management" University of Piraeus-TEI of Piraeus, Greece.

Supervisor: Dr Papaelias Theodoros

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη - Λέξεις Κλειδιά - Φράσεις.....	iii
Abstract - Keywords - Phrases.....	iv
Περιεχόμενα.....	v
Πίνακες και Διαγράμματα.....	vii
Συντομεύσεις.....	x
Πρόλογος	1
Κεφάλαιο 1 ^ο : Οι Επαγγελματίες Υγείας και το Ελληνικό Εκπαιδευτικό Σύστημα	
1.1 Οι Επαγγελματίες Υγείας και η ταξινόμησή τους σύμφωνα με το σύστημα ISCO ..	4
1.2 Προσφορά επαγγελματιών υγείας από τα Ανώτατα Ιδρύματα	6
1.2.1 Σχολές Επιστημών Υγείας	7
1.2.2 Σχολές Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας.....	12
1.3 Εκπαίδευση επιστημόνων υγείας στην Ευρώπη	19
Κεφάλαιο 2 ^ο : Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας	
2.1 Εισαγωγή.....	22
2.2 Δημόσιος Τομέας Υγείας.....	23
2.3 Ιδιωτικός Τομέας Υγείας	25
2.4 Η χρηματοδότηση και οι δαπάνες του Συστήματος Υγείας της Ελλάδας	25
Κεφάλαιο 3 ^ο : Το Ανθρώπινο Δυναμικό στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας	
3.1 Ζήτηση Επαγγελματιών Υγείας.....	29
3.2. Το ανθρώπινο δυναμικό στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας	32
3.3 Μισθοδοσία των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα	38
Κεφάλαιο 4 ^ο : Το Ανθρώπινο Δυναμικό του τομέα Υπηρεσιών Υγείας Διεθνώς	
4.1 Η παγκόσμια κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού των υπηρεσιών υγείας.....	41
4.2 Η διεθνής κατανομή επαγγελματιών παροχής υπηρεσιών υγείας	43
4.3 Αμοιβές γιατρών και νοσηλευτών σε χώρες του ΟΟΣΑ	49

Κεφάλαιο 5^ο: Μετανάστευση των Επαγγελματιών Υγείας

5.1 Εισαγωγή.....	53
5.2 Οι λόγοι που προκαλούν τη μετανάστευση επαγγελματιών υγείας	53
5.3 Μετανάστευση γιατρών και νοσηλευτών από και προς τις χώρες του ΟΟΣΑ.....	56
6. Συμπεράσματα	61
7. Παραρτήματα.....	66
8. Βιβλιογραφία	74

Πανεπιστήμιο Γκ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ, ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Κεφάλαιο 1°

Πίνακας 1.1 Παραδείγματα ταξινόμησης των επαγγελματιών του κλάδου υγείας σύμφωνα με το σύστημα ταξινόμησης ISCO 88 (COM)	6
Διάγραμμα 1.1 Ταξινόμηση των επαγγελματιών υγείας σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.....	5
Διάγραμμα 1.2 Διαδικασία εκπαίδευσης-παραγωγής, ποιοτικού ελέγχου, στρατολόγησης και ένταξης των επαγγελματιών υγείας στο εργατικό δυναμικό του κλάδου της υγείας.....	7
Διάγραμμα 1.3 Φοιτητές και πτυχιούχοι του τμήματος Ιατρικής για το διάστημα 1974-2010.....	8
Διάγραμμα 1.4 Φοιτητές και πτυχιούχοι του τμήματος Οδοντιατρικής για το διάστημα 1974-2010.....	9
Διάγραμμα 1.5 Φοιτητές και πτυχιούχοι του τμήματος Νοσηλευτικής για το διάστημα 1974-2010.....	10
Διάγραμμα 1.6 Φοιτητές και πτυχιούχοι του τμήματος Φαρμακευτικής για το διάστημα 1974-2010.....	11
Διάγραμμα 1.7 Φοιτητές και πτυχιούχοι του τμήματος Νοσηλευτικής για το διάστημα 1974-2010.....	12
Διάγραμμα 1.8 Φοιτητές και πτυχιούχοι του τμήματος Μαιευτικής για το διάστημα 1974-2010.....	13
Διάγραμμα 1.9 Φοιτητές και πτυχιούχοι του τμήματος Επισκεπτών Υγείας για το διάστημα 1974-2010.....	14
Διάγραμμα 1.10 Φοιτητές και πτυχιούχοι του τμήματος Φυσικοθεραπείας για το διάστημα 1974-2010.....	15
Διάγραμμα 1.11 Φοιτητές και πτυχιούχοι του τμήματος Ιατρικών Εργαστηρίων για το διάστημα 1974-2010	16
Διάγραμμα 1.12 Φοιτητές και πτυχιούχοι του τμήματος Τεχνολογίας Ιατρικών Οργάνων για το διάστημα 1974-2010.....	17
Διάγραμμα 1.13 Φοιτητές και πτυχιούχοι του τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας για το διάστημα 1974-2010	18
Διάγραμμα 1.14 Κατανομή των αποφοίτων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (κατοχή πτυχίου και μεταπτυχιακού) στους διαφορετικούς τομείς εκπαίδευσης και κατάρτισης, 2001/02	20
Διάγραμμα 1.15 Αναλογία τίτλων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (κατοχή πτυχίου και μεταπτυχιακού) που απονέμονται σε γυναίκες, ανά τομέα εκπαίδευσης και κατάρτισης, 2001/02	21

Κεφάλαιο 2°

Πίνακας 2.1 Αριθμός θεραπευτηρίων και κλινών σύμφωνα με τη νομική τους μορφή, 2006	24
Πίνακας 2.2 Υποκαταστήματα, μονάδες υγείας και παραρτήματα του Ι.Κ.Α., 2005	25
Πίνακας 2.3 Συνολική, Ιδιωτική και Δημόσια δαπάνη για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ για το 2007.....	28
Διάγραμμα 2.1 Οργανωτική δομή του Εθνικού Συστήματος Υγείας	23
Διάγραμμα 2.2 Χρηματοροές που λαμβάνουν χώρα στο σύστημα υγείας της Ελλάδας	26

Κεφάλαιο 3°

Πίνακας 3.1 Επαγγελματίες του κλάδου υγείας στην Ελλάδα, 1993-2006.....	30
Πίνακας 3.2 Το ανθρώπινο δυναμικό στο σύνολο των θεραπευτηρίων της χώρας	33
Πίνακας 3.3 Συνολικός αριθμός γιατρών, αριθμός νοσοκομειακών γιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα και πυκνότητα γιατρών και νοσηλευτών, 2006	34
Πίνακας 3.4 Αριθμός ιατρών και μόνιμου νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζονται σε θεραπευτήρια με διάκριση εκπαίδευσης	35
Πίνακας 3.5 Αριθμός νοσοκομειακού νοσηλευτικού προσωπικού	35
Πίνακας 3.6 Γιατροί ανά ειδικότητα για το έτος 2006	36
Πίνακας 3.7 Κατανομή θεραπευτηρίων, κλινών, ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού κατά γεωγραφικό διαμέρισμα	37
Πίνακας 3.8 Μισθολόγιο δημοσίων υπαλλήλων για το 2007	39
Γράφημα 3.1 Απασχολούμενοι στον κλάδο υγείας και κοινωνικής μέριμνας, 1993-2006	29
Γράφημα 3.2 Ιατροί και οδοντίατροι, 1993-2006.....	31
Γράφημα 3.3 Νοσοκόμοι και μαίες ΑΕΙ, ΤΕΙ ή άλλων σχολών, 1993-2006	31
Γράφημα 3.4 Επιστήμονες υγείας και τεχνικοί βοηθοί ιατρικής και συναφών προς την ιατρική επιστημών (εκτός νοσηλευτών), 1993-2006	32
Γράφημα 3.5 Κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού στο σύνολο των θεραπευτηρίων της χώρας	33
Γράφημα 3.6 Κατανομή νοσοκομειακών γιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού κατά γεωγραφικό διαμέρισμα	38

Κεφάλαιο 4°

Πίνακας 4.1 Εκτιμώμενος αριθμός των επαγγελματιών υγείας στις περιοχές του WHO το 2004.....	42
--	----

Διάγραμμα 4.1 Πυκνότητα επαγγελματιών υγείας (γιατροί, νοσηλευτές, μαίες), 2004.....	43
Διάγραμμα 4.2 Ιατροί ανά 10.000 κατοίκους για το 2006 (ή το τελευταίο διαθέσιμο έτος)	44
Διάγραμμα 4.3 Νοσηλευτικό προσωπικό και μαίες ανά 10.000 κατοίκους για το 2006 (ή το τελευταίο διαθέσιμο έτος)	45
Διάγραμμα 4.4 Αναλογία νοσηλευτών και μαιών προς γιατρούς για το 2006 (ή το τελευταίο διαθέσιμο έτος)	46
Διάγραμμα 4.5 Προσωπικό οδοντιατρικής περίθαλψης ανά 10.000 κατοίκους για το 2006 (ή το τελευταίο διαθέσιμο έτος)	47
Διάγραμμα 4.6 Προσωπικό φαρμακείου ανά 10.000 κατοίκους για το 2006 (ή το τελευταίο διαθέσιμο έτος)	48
Διάγραμμα 4.7 Αμοιβές των ιατρών σε σχέση με το κατά κεφαλήν ΑΕΠ για το 2005 (ή το τελευταίο διαθέσιμο έτος)	50
Διάγραμμα 4.8 Σχετικές αμοιβές ειδικευμένων ιατρών και πυκνότητα των ειδικευμένων ιατρών για το 2005 (ή το τελευταίο διαθέσιμο έτος).....	51
Διάγραμμα 4.9 Αμοιβές των νοσοκομειακών νοσηλευτών σε σχέση με το κατά κεφαλήν ΑΕΠ για το 2005 (ή το τελευταίο διαθέσιμο έτος)	52

Κεφάλαιο 5^ο

Πίνακας 5.1 Αριθμός μεταναστών γιατρών και νοσηλευτών σε χώρες του ΟΟΣΑ, 2000.....	56
Πίνακας 5.2 Ποσοστό μετανάστευσης ανά χώρα για το ιατρικό δυναμικό, 2000.....	59
Πίνακας 5.3 Ποσοστό μετανάστευσης ανά χώρα για το νοσηλευτικό δυναμικό, 2000	60
Διάγραμμα 5.1 Επιλεγμένοι λόγοι εξ' αιτίας των οποίων μεταναστεύουν οι επαγγελματίες υγείας από τέσσερις χώρες της Αφρικής (Καμερούν, Νότια Αφρική, Ουγκάντα, Ζιμπάμπουε)	54
Διάγραμμα 5.2 Κατανομή μεταναστών γιατρών ανά χώρα κατοικίας, στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2000.....	57
Διάγραμμα 5.3 Κατανομή μεταναστών νοσηλευτών ανά χώρα κατοικίας, στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2000.....	58

ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ

ΑΕΙ - Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα

ΑΕΠ - Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν

AFRO: Περιοχή Αφρικής

AMRO: Περιοχή Αμερικής

ΔΕ - Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης

ΕΚΑΒ - Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας

ΕΚΠΑ - Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

EMRO: Περιοχή Ανατολικής Μεσογείου

ΕΣΥ - Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΕΣΥΕ - Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος

EURO: Περιοχή Ευρώπης

ΙΚΑ - Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

ISCO - International Standard Classification of Occupations

ΝΠΔΔ - Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου

ΝΠΙΔ - Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου

ΟΓΑ - Οργανισμό Γεωργικών Ασφαλίσεων

ΟΟΣΑ (OECD) - Οργανισμός για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη
(Organization for Economic Co-operation and Development)

ΟΤΑ - Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης

ΠΕ - Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης

ΠΟΥ (WHO) - Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization)

SEARO: Περιοχή Νοτιοανατολικής Ασίας

ΤΕ - Τεχνολογικής Εκπαίδευσης

ΤΕΙ - Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα

ΥΕ - Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης

WPRO: Περιοχή Δυτικού Ειρηνικού

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Επαγγελματίες υγείας αποτελούν όσοι εργάζονται για την προώθηση, την προστασία ή την βελτίωση της υγείας του ενός πληθυσμού (*World Health Report, 2000, Adams et al., 2003 και Diallo et al., 2003*). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ), «το ανθρώπινο δυναμικό είναι ο πιο σημαντικός συντελεστής ενός συστήματος υγείας» (*World Health Report, 2000*). Πολλές μελέτες έχουν αναφερθεί στη βαρύνουσα σημασία της ανάπτυξης, του προγραμματισμού και της διαχείρισης των ανθρώπινων πόρων στη λειτουργικότητα και αποτελεσματικότητα ενός συστήματος υγείας (*World Health Report, 2006, DalPoz et al., 2006, Diallo et al., 2003, Dubois et al., 2006*). Ο προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού είναι ιδιαίτερα ζωτικής σημασίας για τη διαμόρφωση αποτελεσματικών και βιώσιμων πολιτικών υγείας, οι οποίες είναι απαραίτητες για την εύρυθμη λειτουργία του υγειονομικού τομέα και κατ' επέκταση τη βελτίωση του επιπέδου υγείας μιας χώρας. Η ανάπτυξη σαφών πολιτικών προγραμματισμού του ανθρώπινου δυναμικού βοηθούν αφενός στο να καταδειχτούν ελλείψεις και ανισορροπίες που υπάρχουν σε αυτό και αφετέρου καλλιεργούν ένα πιο γόνιμο έδαφος για μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας (*Dussault et al., 2003*).

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της παρούσας κατάστασης και της ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού του κλάδου της υγείας στην Ελλάδα. Στο πλαίσιο αυτό εξετάζεται η προσφορά των επαγγελματιών υγείας από τα Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα της χώρας και η ζήτηση των ειδικοτήτων αυτών από το σύστημα υγείας της χώρας. Οι δείκτες του ανθρώπινου δυναμικού του ελληνικού τομέα υγείας συγκρίνονται με τα διεθνή δεδομένα, έτσι ώστε να εξεταστούν οι ανισορροπίες στις ειδικότητες αυτές. Τέλος, παρουσιάζονται οι τάσεις που αφορούν στη μετανάστευση των πλέον σημαντικών επαγγελματιών του κλάδου υγείας- για τους οποίους υπάρχουν επαρκή και αξιόπιστα δεδομένα- των ιατρών και των νοσηλευτών.

Χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από την μελέτη του καθηγητού Θεόδωρου Παπαηλία με τίτλο «Προσφορά και Ζήτηση Ειδικοτήτων στο Ελληνικό Εκπαιδευτικό Σύστημα», στατιστικό υλικό από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος (ΕΣΥΕ) 2006, το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), τον Οργανισμό για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (ΟΟΣΑ, OECD), τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ,

WHO) και από τη Eurostat. Επίσης, χρησιμοποιήθηκε βιβλιογραφία από το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, τον ΟΟΣΑ, τον ΠΟΥ, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το ΙΚΑ καθώς και δημοσιευμένα άρθρα σε έγκυρα περιοδικά.

Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται ένας εννοιολογικός προσδιορισμός των επαγγελματιών υγείας και η κατηγοριοποίησή τους σύμφωνα με το σύστημα ταξινόμησης ISCO 88 (COM). Εξετάζεται η προσφορά των σημαντικότερων επαγγελματιών υγείας από τα ελληνικά Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα και τέλος τα ποσοστά των πτυχιούχων του τομέα υγείας και πρόνοιας σε σχέση με άλλους τομείς επαγγελμάτων σε συγκεκριμένες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται συνοπτικά ο κλάδος της υγείας στην Ελλάδα, δηλαδή η υπάρχουσα αγορά εργασίας, η οποία απορροφά τους επαγγελματίες υγείας.

Στο τρίτο κεφάλαιο εξετάζεται η ζήτηση του συνόλου των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα μέσω της αύξησης ή της μείωσης των θέσεων εργασίας για το διάστημα από το έτος 1993 μέχρι και το 2006. Παρουσιάζονται αναλυτικά με γραφήματα οι μεταβολές στη ζήτηση των σημαντικότερων επαγγελμάτων του κλάδου υγείας. Περιγράφεται η κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού ανάμεσα σε διάφορα επαγγέλματα υγείας στο σύνολο των θεραπευτηρίων της χώρας και η πυκνότητα του συνόλου των γιατρών, των νοσοκομειακών γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού. Παρουσιάζεται κατανομή του ιατρικού προσωπικού ανά τομέα ειδίκευσης, του νοσηλευτικού προσωπικού με διάκριση εκπαίδευσης και ειδικότητας, αλλά και η κατανομή γιατρών και νοσηλευτών ανά γεωγραφικό διαμέρισμα. Τέλος, γίνεται μια αναφορά στη μισθοδοσία των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρατίθενται στατιστικά στοιχεία της Ελλάδας, χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του ΟΟΣΑ, που αφορούν το ιατρικό προσωπικό, τους νοσηλευτές και τις μαίες, το προσωπικό οδοντιατρικής περίθαλψης και το προσωπικό φαρμακείου. Επίσης, παρουσιάζονται οι τρόποι πληρωμής, καθώς επίσης και το εισόδημα

των γιατρών (ανειδίκευτοι ή με εξειδίκευση) και των νοσηλευτών σε επιλεγμένες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Στο πέμπτο κεφάλαιο εξετάζεται η μετανάστευση των επαγγελματιών υγείας. Αναφέρονται οι κυριότεροι λόγοι που ωθούν το ανθρώπινο δυναμικό του κλάδου της υγείας να μεταναστεύσει και τα αποτελέσματα αυτού του φαινομένου. Τέλος, παρουσιάζεται ο αριθμός μεταναστών γιατρών και νοσηλευτών σε χώρες του ΟΟΣΑ και της Ευρωπαϊκής Ένωσης και το ποσοστό μετανάστευσης ανά χώρα για το ιατρικό και το νοσηλευτικό δυναμικό.

Στα παραρτήματα εμπεριέχονται πρόσθετες πληροφορίες για το σύστημα ταξινόμησης των επαγγελματιών υγείας, τον τρόπο πληρωμής των γιατρών σε συγκεκριμένες χώρες, καθώς επίσης για τον αριθμό και τα ποσοστά μετανάστευσης των γιατρών και των νοσηλευτών των περισσότερων χωρών του ΟΟΣΑ για την πληρέστερη πληροφόρηση των αναγνωστών.

1. ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

1.1 Οι Επαγγελματίες Υγείας και η ταξινόμησή τους σύμφωνα με το σύστημα ISCO

Επαγγελματίες υγείας αποτελούν όσοι εργάζονται για την προώθηση, την προστασία ή την βελτίωση της υγείας του ενός πληθυσμού (*World Health Report, 2000, Adams et al., 2003 και Diallo et al., 2003*). Ο ορισμός αυτός συμφωνεί με τον ορισμό του Π.Ο.Υ. για τα συστήματα υγείας που συνιστώνται από δραστηριότητες με κύριο στόχο την βελτίωση της υγείας. Με αυτήν όμως την έννοια, τα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος, και οι εθελοντές που συμβάλλουν στην βελτίωση της υγείας, θα πρέπει να συγκαταλέγονται στο «υγειονομικό» εργατικό δυναμικό. Παρόλα αυτά δε συγκαταλέγονται στις διεθνείς βάσεις δεδομένων, όχι μόνο εξαιτίας της έλλειψης στοιχείων, αλλά και λόγω της δυσκολίας που προκύπτει όσον αφορά τα όρια της σύστασης ενός συστήματος υγείας (*Mario et al., 2006*).

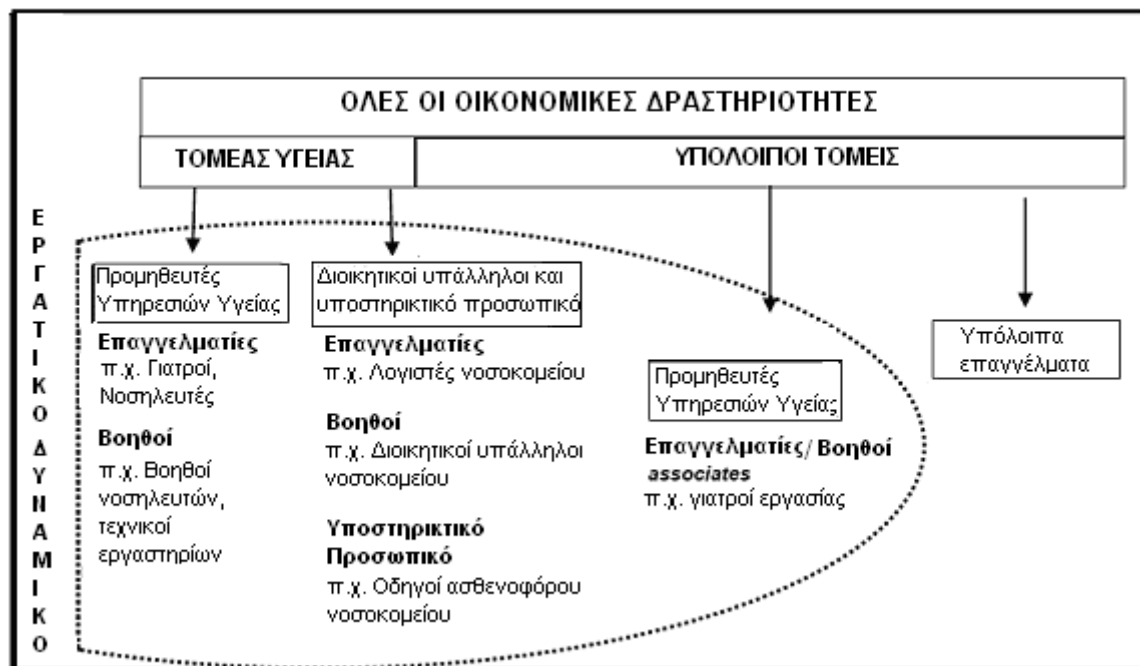
Ο ρόλος των εργαζομένων στον τομέα υγείας ποικίλει μεταξύ χωρών και τα επαγγέλματα συχνά έχουν διαφορετική ιστορία, κουλτούρα και δεοντολογικούς κώδικες. Αυτό σημαίνει ότι μια προσπάθεια καθορισμού του ανθρώπινου δυναμικού διεθνώς πρέπει να περιέχει κάποια κριτήρια εναρμονισμού. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί εν μέρει, σύμφωνα με τα Διεθνή Πρότυπα Ταξινόμησης των Επαγγελμάτων ISCO-88 (International Standard Classification of Occupations)¹. Το ISCO 88 (COM) είναι η ευρωπαϊκή παραλλαγή του ISCO-88, δηλαδή παρέχει ένα πλαίσιο κατηγοριοποίησης των επαγγελμάτων, καθώς και του τύπου και του επιπέδου της εκπαίδευσης, σύμφωνα με τα κοινά τους χαρακτηριστικά μέσα στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ένωσης (*ILO, 1990, Elias et al., 1994*). Σύμφωνα με το σύστημα αυτό, οι επαγγελματίες του κλάδου υγείας διαχωρίζονται με διψήφιους, τριψήφιους, τετραψήφιους και πενταψήφιους κωδικούς που αντιστοιχούν στα επίπεδα του λεπτομερούς διαχωρισμού τους και μπορούν να κατανεμηθούν σε δύο τύπους:

¹ Στο Παράρτημα 1 παρατίθεται ο πίνακας με το διαχωρισμό του συνόλου των επαγγελμάτων υγείας με διψήφιους, τριψήφιους και τετραψήφιους κωδικούς.

- στους επαγγελματίες που παρέχουν υπηρεσίες υγείας και
- άλλους επαγγελματίες που εργάζονται στον κλάδο υγείας, αλλά δεν παρέχουν υπηρεσίες υγείας.

Ο πρώτος τύπος περιλαμβάνει επαγγέλματα και βοηθητικά επαγγέλματα, όπως και άλλα λιγότερο εξειδικευμένα επαγγέλματα που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, ενώ ο δεύτερος τύπος αναφέρεται σε επαγγελματίες οι οποίοι δεν παρέχουν απ' ευθείας υπηρεσίες υγείας στον πληθυσμό, αλλά βοηθούν στη λειτουργία του συστήματος. Τέλος, υπάρχουν και επαγγελματίες υγείας οι οποίοι δεν εργάζονται στον κλάδο υγείας και ανήκουν σε άλλους κλάδους, όπως για παράδειγμα οι γιατροί εργασίας (Διάγραμμα 1.1).

Διάγραμμα 1.1 Ταξινόμηση των επαγγελματιών υγείας σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας



Πηγή: Τροποποιημένο, Department of Human Resources for Health, WHO, 2006

Ο Πίνακας 1.1 αποτελεί ένα παράδειγμα ταξινόμησης των επαγγελματιών του κλάδου υγείας, σύμφωνα με το σύστημα ISCO 88 (COM). Σε κάθε επάγγελμα αντιστοιχεί ένας αριθμός που προσδιορίζει την μείζονα ομάδα, την υποομάδα και την δευτερεύουσα ομάδα στην οποία ανήκει.

Πίνακας 1.1 Παραδείγματα ταξινόμησης των επαγγελματιών του κλάδου υγείας σύμφωνα με το σύστημα ταξινόμησης ISCO 88 (COM)

Επαγγέλματα	Ομάδα	Κωδικός
Επαγγελματίες παροχής υπηρεσιών υγείας		
Επαγγελματίες υγείας (εκτός νοσηλευτών)	Επαγγελματίες	222
Νοσηλευτές και μαίες	Επαγγελματίες	223
Βοηθοί ιατρικών επαγγελμάτων (εκτός νοσηλευτών)	Βοηθοί	322
Βοηθοί νοσηλευτών και μαιών	Βοηθοί	323
Άλλοι επαγγελματίες που εργάζονται στον κλάδο υγείας		
Επαγγελματίες πληροφορικής	Επαγγελματίες	213
Επαγγελματίες κοινωνικής μέριμνας	Επαγγελματίες	244
Διοικητικοί υπάλληλοι	Βοηθοί	343

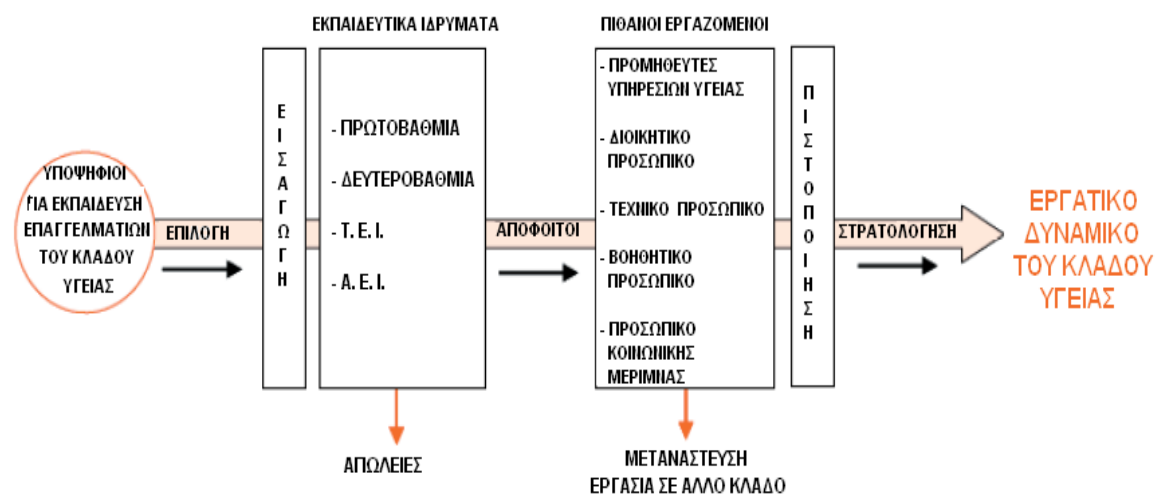
Πηγή: *Institute for Employment Research, 1994*

1.2 Προσφορά επαγγελματιών υγείας από τα Ανώτατα Ιδρύματα

Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στα Ανώτατα Ιδρύματα πραγματοποιείται στις Σχολές Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων και στις Σχολές Επιστημών Υγείας των Πανεπιστημίων.

Για την ανάπτυξη λειτουργικών και αποτελεσματικών στρατηγικών που αφορούν το σχεδιασμό, τη διοίκηση και τον ποιοτικό έλεγχο του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα της υγείας και που οδηγούν στην επίτευξη της ισορροπίας μεταξύ της προσφοράς και της ζήτησης των αποφοίτων, είναι απαραίτητη η παρακολούθηση και η εκτίμηση της διαδικασίας εκπαίδευσης (*Spotlight on Statistics, WHO, 2008*). Προϋπόθεση αποτελούν τα αξιόπιστα στοιχεία και ρύθμιση όλων των σταδίων από την εκπαίδευση ως την αγορά εργασίας. Επιτακτική είναι η ανάγκη για τον έλεγχο του αριθμού των εισακτέων φοιτητών, λαμβάνοντας υπ' όψει τις απώλειες των φοιτητών (ορισμένοι δεν τελειώνουν τις σπουδές τους) και των πτυχιούχων (μετανάστευση, επιλογή εργασίας σε άλλο κλάδο), μέχρι την πιστοποίησή τους και τέλος, της στρατολόγησής τους και της ένταξής τους στο εργατικό δυναμικό του τομέα υγείας ανάλογα με τη ζήτηση της αγοράς εργασίας (Διάγραμμα 1.2).

Διάγραμμα 1.2 Διαδικασία εκπαίδευσης-παραγωγής, ποιοτικού ελέγχου, στρατολόγησης και ένταξης των επαγγελματιών υγείας στο εργατικό δυναμικό του κλάδου της υγείας.



Πηγή: *Spotlight on Statistics, Human Resources for Health, WHO, 2008.*

Στην παρούσα ενότητα θα γίνει αναφορά στην εισαγωγή φοιτητών, καθώς και τις φοιτητικές εκροές των σχολών από τις οποίες αποφοιτούν οι επαγγελματίες υγείας στην Ελλάδα. Επίσης, θα μελετηθεί η εξέλιξη των σχολών αυτών μέχρι και το 2010.

Από τις Σχολές Επιστημών Υγείας των Πανεπιστημίων θα μελετηθούν τα τμήματα: Ιατρικής, Οδοντιατρικής, Νοσηλευτικής, Φαρμακευτικής. Επίσης, από τις Σχολές Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων επιλέχθηκαν για μελέτη τα τμήματα: Νοσηλευτικής, Μαιευτικής, Επισκεπτών Υγείας, Φυσικοθεραπείας, Ιατρικών Εργαστηρίων, Ιατρικών Οργάνων και Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας.

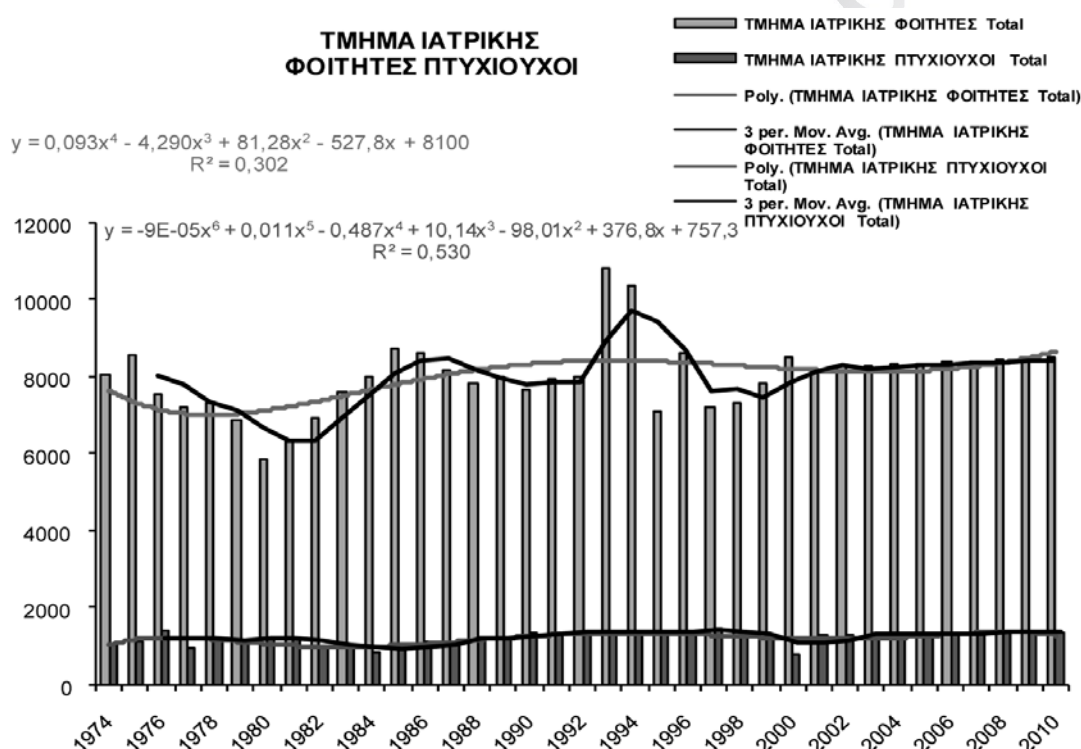
1.2.1 Σχολές Επιστημών Υγείας

Τμήμα Ιατρικής

Τα Πανεπιστήμια Ιατρικής βρίσκονται σε επτά πόλεις (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Ιωάννινα, Ηράκλειο, Λάρισα και Αλεξανδρούπολη), σε καθεμία από τις οποίες βρίσκεται και ένα Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, όπου γίνεται και πρακτική εξάσκηση των φοιτητών. Οι βασικές ιατρικές σπουδές διαρκούν έξι χρόνια και ακολουθεί η ειδίκευσή των αποφοίτων. Σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση με αριθμ. 73202/28-7-2003 περί Αναστολής Εκπλήρωσης Υπηρεσίας Υπαίθρου, η αίτηση για αναμονή στην ιατρική ειδικότητα μπορεί να γίνει απ' ευθείας μετά τη λήψη του πτυχίου.

Η κοινωνική άνοδος και καταξίωση που απολάμβανε ένας γιατρός δημιουργούσε υπερβάλλουσα ζήτηση για τις αντίστοιχες σπουδές, οπύ μετά το 1979 έγινε εντυπωσιακή (Παπαηλίας, 2006). Το επάγγελμα του γιατρού ήταν ήδη κορεσμένο από τη δεκαετία του 1980 (415 γιατροί ανά κάτοικο), παρόλα αυτά δημιουργήθηκαν πέντε νέες ιατρικές σχολές. Επιπλέον, το γεγονός ότι πολλοί ακολουθούν σπουδές ιατρικής στο εξωτερικό εντείνει το πρόβλημα της υπερπροσφοράς γιατρών στην χώρα.

Διάγραμμα 1.3 Φοιτητές και πτυχιούχοι του τμήματος Ιατρικής για το διάστημα 1974-2010



Πηγή: Παπαηλίας Θ., 2006

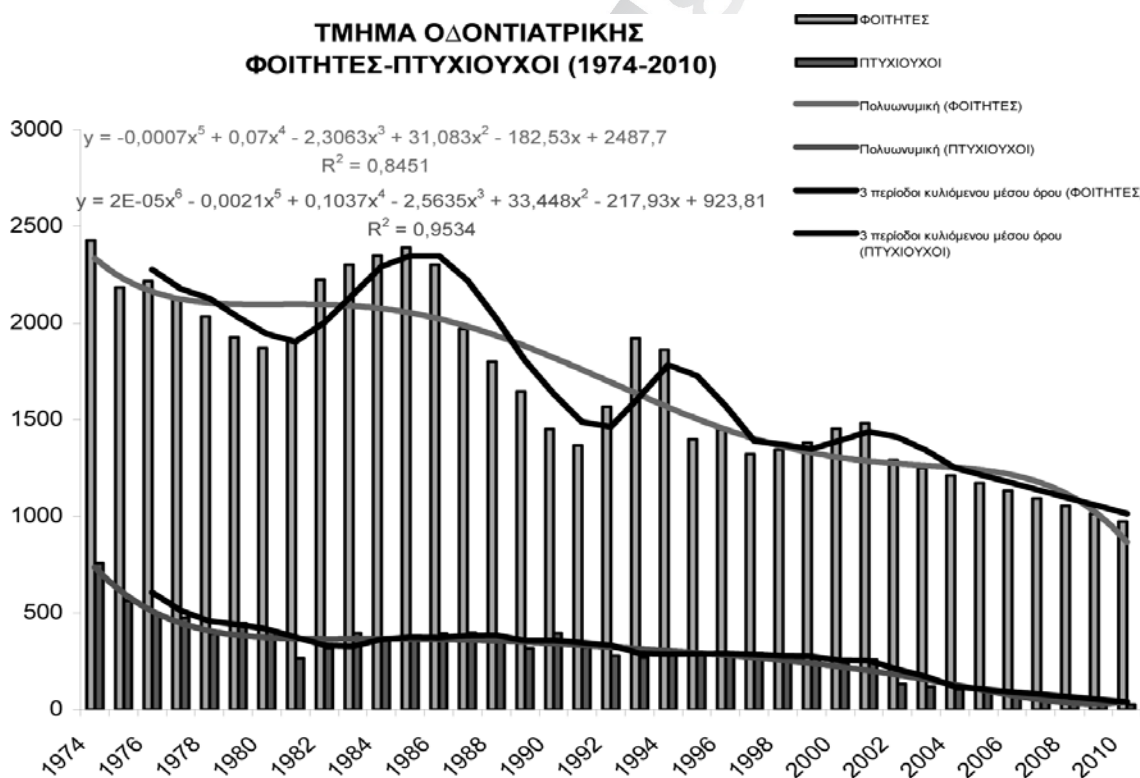
Η καμπύλη του τμήματος Ιατρικής (Διάγραμμα 1.3) παρουσιάζει μια σημαντική μείωση των φοιτητών από το έτος 1975 μέχρι και το 1980. Ακολουθεί μια ανοδική πορεία του αριθμού των φοιτητών μέχρι και το 1984, αλλά έπειτα εμφανίζεται μία στασιμότητα. Στα έτη 1993 και 1994 παρουσιάζεται μια κατακόρυφη άνοδος των φοιτητών σε 10.830 από 8.000 που ήταν το 1992. Ακολουθεί μείωση του αριθμού των φοιτητών 1995 και αύξηση το 1996. Μετά το 1997, όπου πάλι μειώνεται, ο όγκος των φοιτητών θα ακολουθήσει ελαφρώς ανοδική πορεία μέχρι το έτος 2010 όπου υπολογίζεται ότι θα φοιτούν περίπου 8.000. Μεγάλος είναι και ο όγκος των αποφοίτων του τμήματος Ιατρικής. Η μέγιστη τιμή των αποφοίτων παρουσιάζεται το 1997 (1.473)

και η ελάχιστη το 2000 (811). Γενικότερα, όμως η καμπύλη των αποφοίτων του τμήματος είναι σταθερή (Παπαηλίας, 2006).

Τμήμα Οδοντιατρικής

Η επιστήμη της Οδοντιατρικής διδάσκεται στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης και στο Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σύμφωνα με τον οδηγό σπουδών του τμήματος οδοντιατρικής του ΕΚΠΑ, «ένας πτυχιούχος οδοντίατρος με το πέρας των σπουδών του πρέπει να έχει αναπτύξει τις απαραίτητες εκείνες γνώσεις, δεξιότητες και στάσεις, που θα του επιτρέψουν την άσκηση της γενικής οδοντιατρικής, με στόχο την αποκατάσταση καθώς και διατήρηση της στοματικής αλλά και της γενικής υγείας του πληθυσμού».

Διάγραμμα 1.4 Φοιτητές και πτυχιούχοι του τμήματος Οδοντιατρικής για το διάστημα 1974-2010



Πηγή: Παπαηλίας Θ., 2006

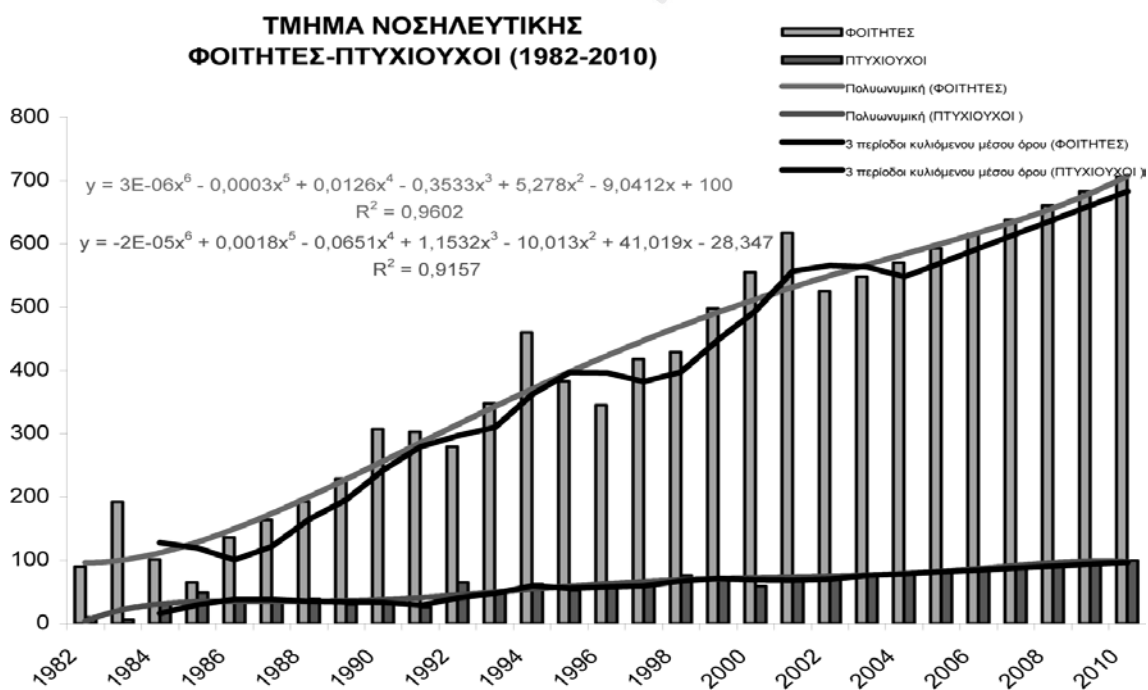
Σύμφωνα με το Διάγραμμα 1.4, οι φοιτητές -ως εκ τούτου και οι απόφοιτοι- οδοντιατρικής ακολουθούν μια σταδιακή μείωση στον αριθμό τους, και εκτιμάται ότι η κατάσταση αυτή θα συνεχιστεί μέχρι και το 2010. Το 2010 υπολογίζεται ότι οι φοιτητές θα είναι περίπου 1200 και οι πτυχιούχοι περίπου 80, ενώ το 1974 ήταν λίγο λιγότεροι από 2.500 και 750 αντιστοίχως (Παπαηλίας, 2006).

Τμήμα Νοσηλευτικής

Πανεπιστημιακά τμήματα Νοσηλευτικής υπάρχουν στο Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών και στο Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, τα οποία είναι τετραετούς φοίτησης. Σύμφωνα με την αποστολή του τμήματος: «το περιεχόμενο της θεωρητικής και πρακτικής κατάρτισης αναφέρεται στη φροντίδα υγείας (πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση) του υγιούς ή ασθενούς ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας». Εκτός από τα Πανεπιστημιακά Τμήματα, υπάρχουν και Τμήματα Νοσηλευτικής στα ΤΕΙ.

Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί, μαζί με τους γιατρούς, τις «θεμελιώδεις» ειδικότητες κάθε συστήματος υγείας. Απασχολείται κατά πλειοψηφία σε νοσηλευτικά ιδρύματα αλλά και σε άλλες δραστηριότητες του τομέα της υγείας, όπως στην πρωτοβάθμια φροντίδα, στα θεραπευτήρια χρόνιως πασχόντων, σε μονάδες αποκατάστασης, γηροκομεία, κλπ.

Διάγραμμα 1.5 Φοιτητές και πτυχιούχοι του τμήματος Νοσηλευτικής για το διάστημα 1974-2010



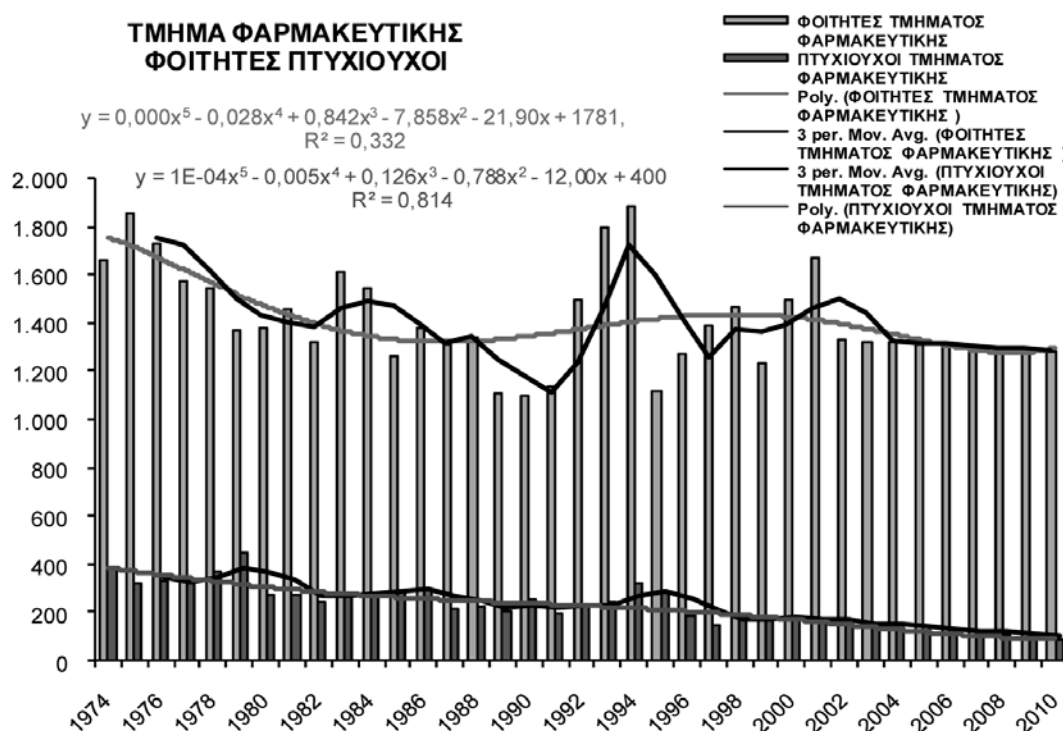
Πηγή: Παπαηλίας Θ., 2006

Στο Διάγραμμα 1.5 παρατηρείται καθαρά μια σταθερή αύξηση των φοιτητών και των αποφοίτων νοσηλευτικής των Πανεπιστημιακών Νοσηλευτικών Σχολών. Το 2010 εκτιμάται ότι θα φοιτούν πάνω από 700 άτομα (97 άτομα το 1982) και οι απόφοιτοι θα ξεπεράσουν τους 100 (Παπαηλίας, 2006).

Τμήμα Φαρμακευτικής

Λειτουργούν τρία τμήματα Φαρμακευτικής, στην Αθήνα, τη Θεσσαλονίκη και την Πάτρα, όπου η φοίτηση είναι πενταετής. Σύμφωνα με την ιστορική αναδρομή του τμήματος φαρμακευτικής του ΕΚΠΑ, η φαρμακευτική ήταν από τις πρώτες επιστήμες που διδάχτηκαν στο πανεπιστήμιο των Αθηνών, για την ακρίβεια ήταν η δεύτερη το 1843 μετά την ιατρική το 1837.

Διάγραμμα 1.6 Φοιτητές και πτυχιούχοι του τμήματος Φαρμακευτικής για το διάστημα 1974-2010



Πηγή: Παπαηλίας Θ., 2006

Στο Διάγραμμα 1.6 παρατηρείται σε γενικές γραμμές μια καθοδική τάση στους φοιτητές της φαρμακευτικής, με μία μικρή τάση για ανάκαμψη τη δεκαετία του '90 και τη μέγιστη τιμή να παρουσιάζεται το 1994 (1.883 φοιτητές). Η καμπύλη των πτυχιούχων ακολουθεί πτωτική πορεία με ελάχιστες θετικές μεταβολές, ενώ ο αριθμός τους το 2010 υπολογίζεται να μειωθεί στους 90 από τους 383 που αριθμούσαν το 1974 (Παπαηλίας, 2006).

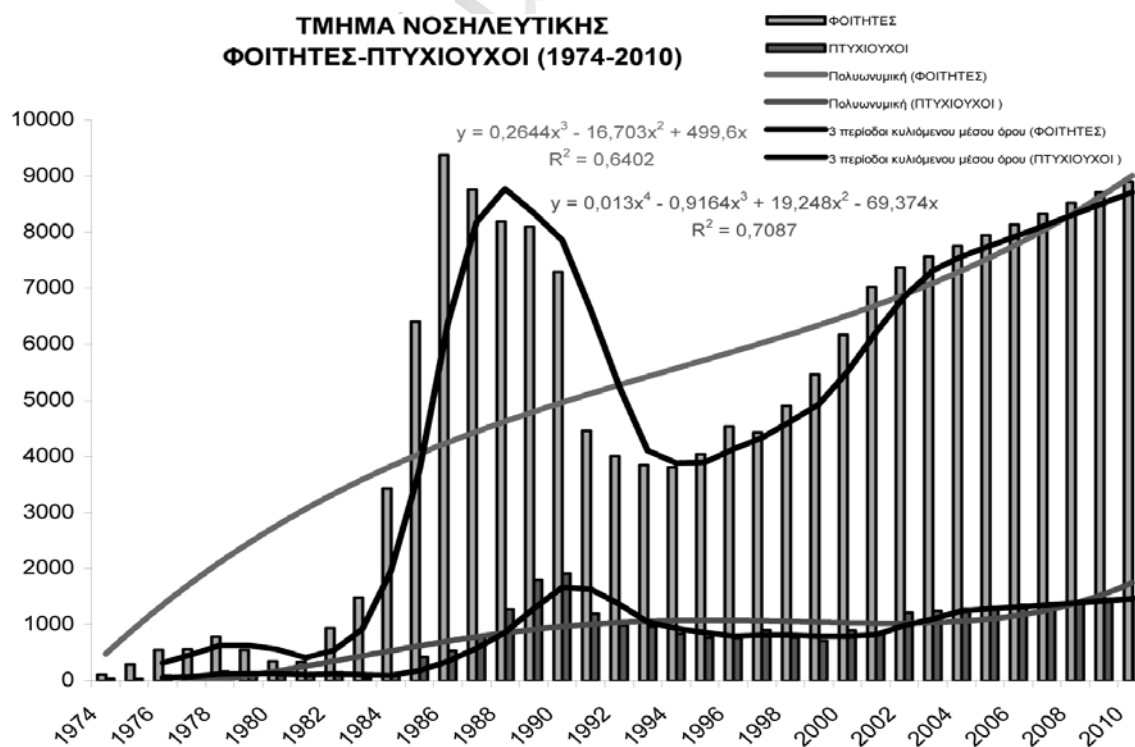
2.1.2 Σχολές Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας

Τμήμα Νοσηλευτικής

Οι πτυχιούχοι του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων αποκτούν ειδικές επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις σε όλο το φάσμα της γενικής νοσηλευτικής φροντίδας, ως πολυδύναμοι νοσηλευτές γενικών φροντίδων, σύμφωνα με το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. Οι διαφορές στα δικαιώματα των αποφοίτων μεταξύ των ΑΕΙ και των ΤΕΙ νοσηλευτικής δεν είναι ιδιαίτερα διακριτές.

Συνολικά, υπάρχουν επτά τμήματα νοσηλευτικής στα ΤΕΙ. Οι σπουδές διαρκούν οκτώ εξάμηνα (επτά διδακτικά και ένα πρακτικής). Το ίδιο ισχύει και για τα υπόλοιπα τμήματα των ΤΕΙ που αναλύονται παρακάτω. Οι πτυχιούχοι έχουν δικαίωμα να ασκήσουν το επάγγελμά τους μετά τη χορήγηση της σχετικής άδειας από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Διάγραμμα 1.7 Φοιτητές και πτυχιούχοι του τμήματος Νοσηλευτικής για το διάστημα 1974-2010



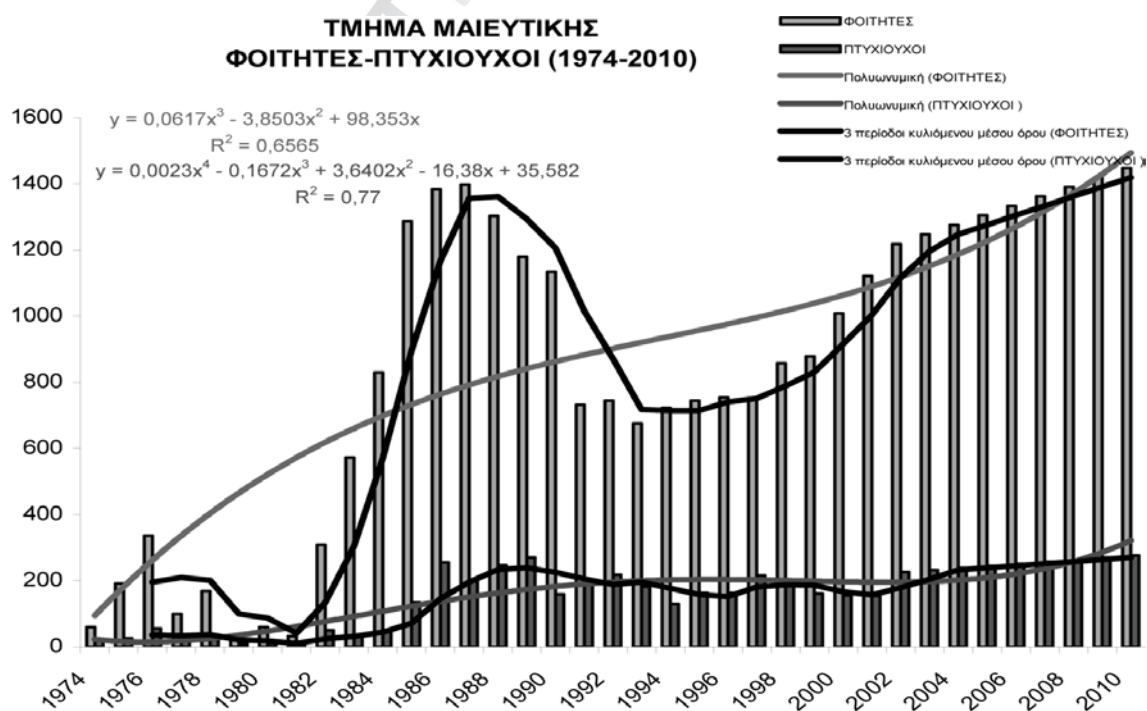
Πηγή: Παπαηλίας Θ., 2006

Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 1.7, οι φοιτητές νοσηλευτικής των Τμημάτων των ΤΕΙ, οι οποίοι ανέρχονταν στους 115 το 1974, παρουσιάζουν μια μεγάλη αύξηση μετά το 1983, φτάνοντας τους 9.378 το 1986. Ακολουθεί μια σταδιακή μείωση μέχρι το 1994 (3.809 φοιτητές) και έπειτα μια ανοδική πορεία, η οποία υπολογίζεται ότι θα οδηγήσει σε πάνω από 8.900 φοιτητές για το 2010. Οι πτυχιούχοι βρισκόταν σε χαμηλά επίπεδα αυξάνονται μετά το 1986, φτάνοντας το 1990 στα 1.916 άτομα. Ακολουθεί μια καθοδική πορεία και μια σταθεροποίηση. Μια ελαφρά ανάκαμψη εκτιμάται ότι θα οδηγήσει το 2010 σε 1.496 αποφοίτους (Παπαηλίας, 2006).

Τμήμα Μαιευτικής

Σύμφωνα με το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, οι πτυχιούχοι του Τμήματος Μαιευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων ασχολούνται με την με την εφαρμογή της Νοσηλευτικής φροντίδας της εγκύου, της επιτόκου, της λεχώνας και του νεογνού, της γυναικολογικής αρρώστου, καθώς επίσης και με την οργάνωση και εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού και της υγειονομολογικής εκπαίδευσης ατόμων ή ομάδων. Η άσκηση τους επαγγέλματος γίνεται μετά την απόκτηση της άδειας ασκήσεως επαγγέλματος.

Διάγραμμα 1.8 Φοιτητές και πτυχιούχοι του τμήματος Μαιευτικής για το διάστημα 1974-2010



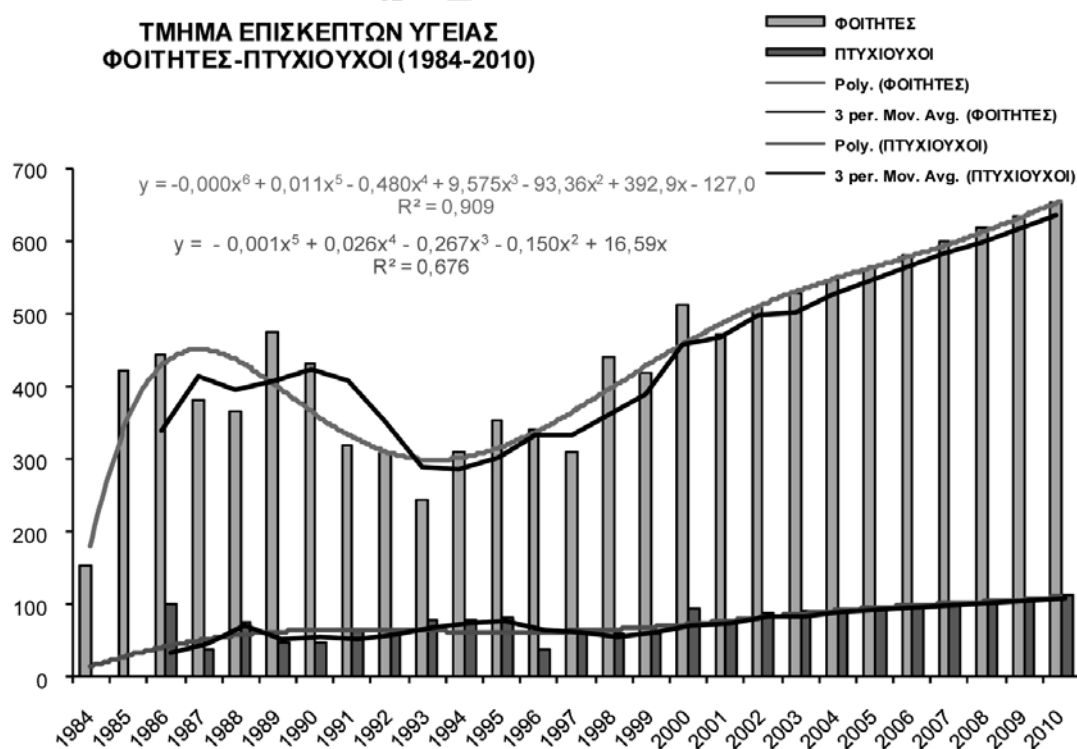
Πηγή: Παπαηλίας Θ., 2006

Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 1.8, την αυξητική τάση στην καμπύλη των φοιτητών του τμήματος μαιευτικής μέχρι το 1976 ακολουθεί μια πτωτική πορεία και έπειτα μια ραγδαία αύξηση των φοιτητών μέχρι και το 1987 (1.938 φοιτητές). Ακολουθεί και πάλι μια κάμψη, που διακόπτεται το 1994 από μια σταδιακή άνοδο, η οποία αναμένεται να οδηγήσει σε 1.447 φοιτητές το 2010. Ο μικρός αριθμός των πτυχιούχων δίνει τη θέση του σε μια αύξηση το 1985 (134 άτομα), και ακολουθεί σε γενικότερες γραμμές μια σταθεροποίηση της καμπύλης. Το 2010 υπολογίζεται ότι θα αποφοιτήσουν περίπου 276 άτομα (Παπαηλίας, 2006).

Τμήμα Επισκεπτών Υγείας

Οι επισκέπτες υγείας έχουν ως αντικείμενο τη “φροντίδα υγείας” με έμφαση στην πρόληψη της ασθένειας, στην προαγωγή της υγείας, και στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας (Τμήμα Επισκεπτών Υγείας, ΤΕΙ Αθηνών). Οι απόφοιτοι του μοναδικού τμήματος επισκεπτών και επισκεπτριών υγείας του ΤΕΙ Αθηνών είναι υποχρεωμένοι να αποκτήσουν την άδεια ασκήσεως επαγγέλματος από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Διάγραμμα 1.9 Φοιτητές και πτυχιούχοι του τμήματος Επισκεπτών Υγείας για το διάστημα 1974-2010



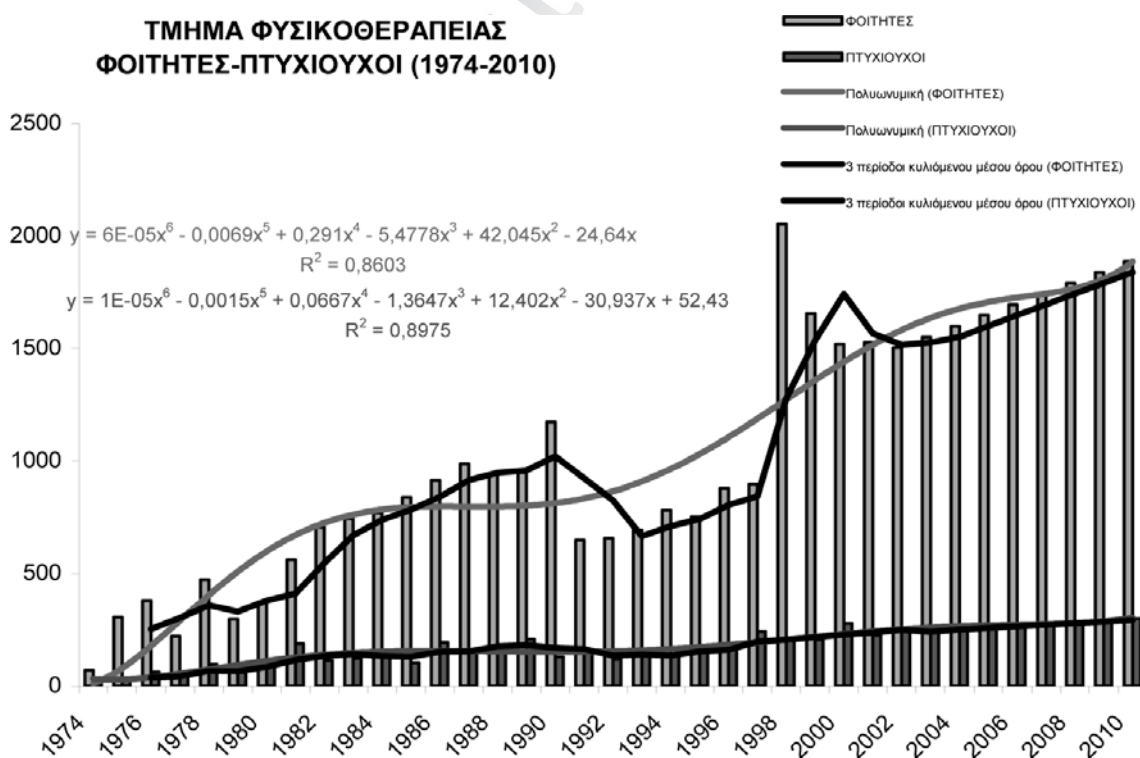
Πηγή: Παπαηλίας Θ., 2006

Το 1984, το τμήμα Επισκεπτών Υγείας, είχε 153 φοιτητές, ο αριθμός τους αυξάνεται σε πάνω από 400 το 1985, το 1987 μειώνεται, το 1989 έχει περίπου 470 φοιτητές (Διάγραμμα 1.9). Ακολουθεί μια πτωτική πορεία μέχρι το 1993 και έπειτα μια σταδιακή άνοδος, που αναμένεται να οδηγήσει σε πάνω από 650 φοιτητές το 2010. Παρατηρείται μια ελαφρώς ανοδική πορεία στον αριθμό των πτυχιούχων και υπολογίζεται ότι το 2010 θα αποφοιτήσουν περίπου 110 άτομα (Παπαηλίας, 2006).

Τμήμα Φυσικοθεραπείας

Το γνωστικό αντικείμενο του Τμήματος Φυσικοθεραπείας καλύπτει την φυσικοθεραπευτική αξιολόγηση, και θεραπευτική αντιμετώπιση δυσλειτουργιών και κακώσεων, συγγενών και επίκτητων, καθώς και τραυματικών βλαβών που προκαλούν διαταραχές στο ερειστικό, μυϊκό, νευρικό, αναπνευστικό και καρδιαγγειακό σύστημα. Διδάσκεται στα ΤΕΙ των Αθηνών, της Θεσσαλονίκης, της Λαμίας και της Πάτρας.

Διάγραμμα 1.10 Φοιτητές και πτυχιούχοι του τμήματος Φυσικοθεραπείας για το διάστημα 1974-2010



Πηγή: Παπαηλίας Θ., 2006

Η αυξητική τάση της καμπύλης του τμήματος Φυσικοθεραπείας (Διάγραμμα 1.10) για το διάστημα 1974-1990 διακόπτεται από μια μείωση της τάξης των 400 περίπου ατόμων. Θεαματική είναι η αύξηση σε 2.054 φοιτητές το 1998 από 898 το 1997. Τη μείωση το 1999 κατά 398 άτομα ακολουθεί μια ανοδική πορεία. Με αυτόν τον τρόπο εκτιμάται ότι το 2010 το τμήμα θα αριθμεί περίπου στους 1.890 φοιτητές. Ο αριθμός των πτυχιούχων αυξάνεται σταθερά και από 29 άτομα το 1974, εκτιμάται ότι θα φτάσει σε 299 άτομα το 2010 (Παπαηλίας, 2006).

Τμήμα Ιατρικών Εργαστηρίων

Με την ολοκλήρωση των σπουδών τους (στα ΤΕΙ Αθηνών, Θεσσαλονίκης ή Λάρισας), οι πτυχιούχοι –τεχνολόγοι του Τμήματος Ιατρικών Εργαστηρίων, αποκτούν τις απαραίτητες εξειδικευμένες και σύγχρονες επιστημονικές γνώσεις ως Τεχνολόγοι Ιατρικών Εργαστηρίων, ώστε να μπορούν να απασχολούνται σε όλους τους Εργαστηριακούς τομείς που καλύπτει το γνωστικό αντικείμενο του Τμήματος

Διάγραμμα 1.11 Φοιτητές και πτυχιούχοι του τμήματος Ιατρικών Εργαστηρίων για το διάστημα 1974-2010



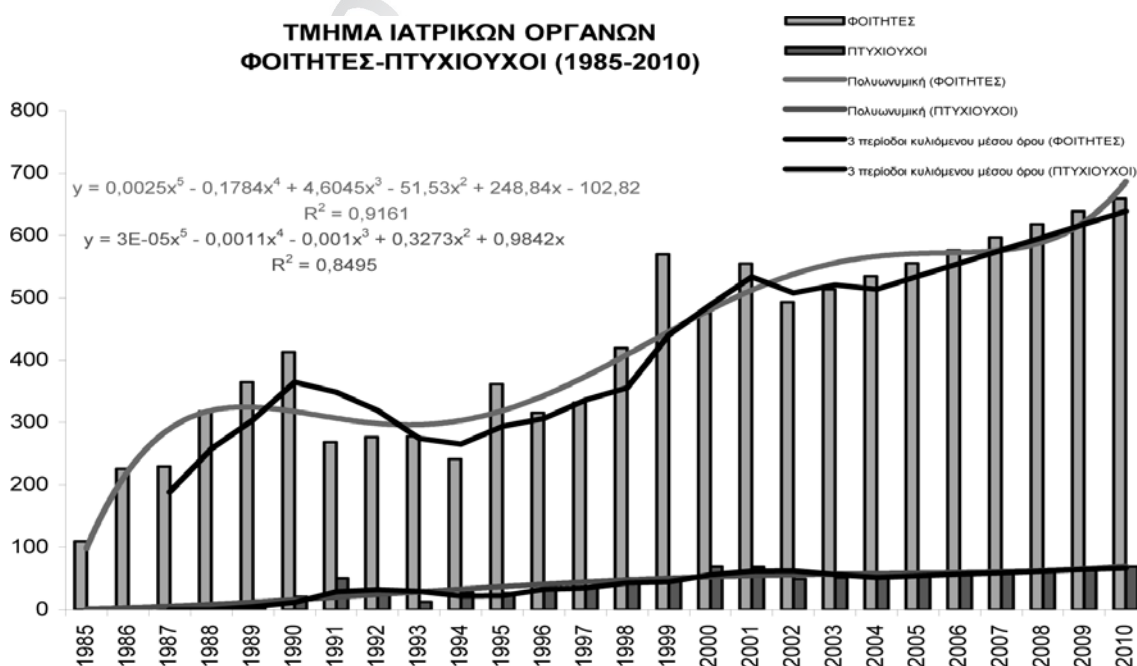
Πηγή: Παπαηλίας Θ., 2006

Σύμφωνα με την καμπύλη του τμήματος Ιατρικών Εργαστηρίων (Διάγραμμα 1.11), ο αριθμός των φοιτούντων αυξάνεται, με εξαιρέσεις μια μείωση του όγκου τους την περίοδο από το 1991 μέχρι και το 1996 και μεμονωμένες χρονιές κατά τη συνολική διάρκεια της περιόδου που εξετάζεται. Υπολογίζεται ότι το τμήμα θα έχει 2.050 φοιτητές το 2010, ενώ το 1974 είχε 104 άτομα. Αυξητικός εμφανίζεται και ο ρυθμός αύξησης των αποφοίτων, με ελάχιστες και εκεί εξαιρέσεις και ενώ το 1974 είχαν αποφοιτήσει περίπου 30 άτομα, το 2010 αναμένεται να αποφοιτήσουν 265 άτομα.

Τμήμα Τεχνολογίας Ιατρικών Οργάνων

Οι πτυχιούχοι του μοναδικού Τμήματος Τεχνολογίας Ιατρικών Οργάνων της Σχολής Τεχνολογικών Εφαρμογών του ΤΕΙ Αθηνών, από την ημερομηνία κτήσης του πτυχίου, με βάση τις εξειδικευμένες επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις τους, ασχολούνται στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα, είτε αυτοδύναμα είτε σε συνεργασία με άλλους επιστήμονες με την μελέτη, έρευνα και εφαρμογή της τεχνολογίας πάνω σε σύγχρονους και ειδικούς τομείς των Ιατρικών Οργάνων με την διαδικασία παραγωγής Ιατρικών Οργάνων και λεπτομηχανών, καθώς και την εμπορία, τη συντήρηση, την επισκευή και την θέση σε ετοιμότητα λειτουργίας αυτών με τη συνεργασία ενδεχομένως και άλλων ειδικών επιστημόνων ιατρών, ακτινοφυσικών, βιοχημικών.

Διάγραμμα 1.12 Φοιτητές και πτυχιούχοι του τμήματος Τεχνολογίας Ιατρικών Οργάνων για το διάστημα 1974-2010



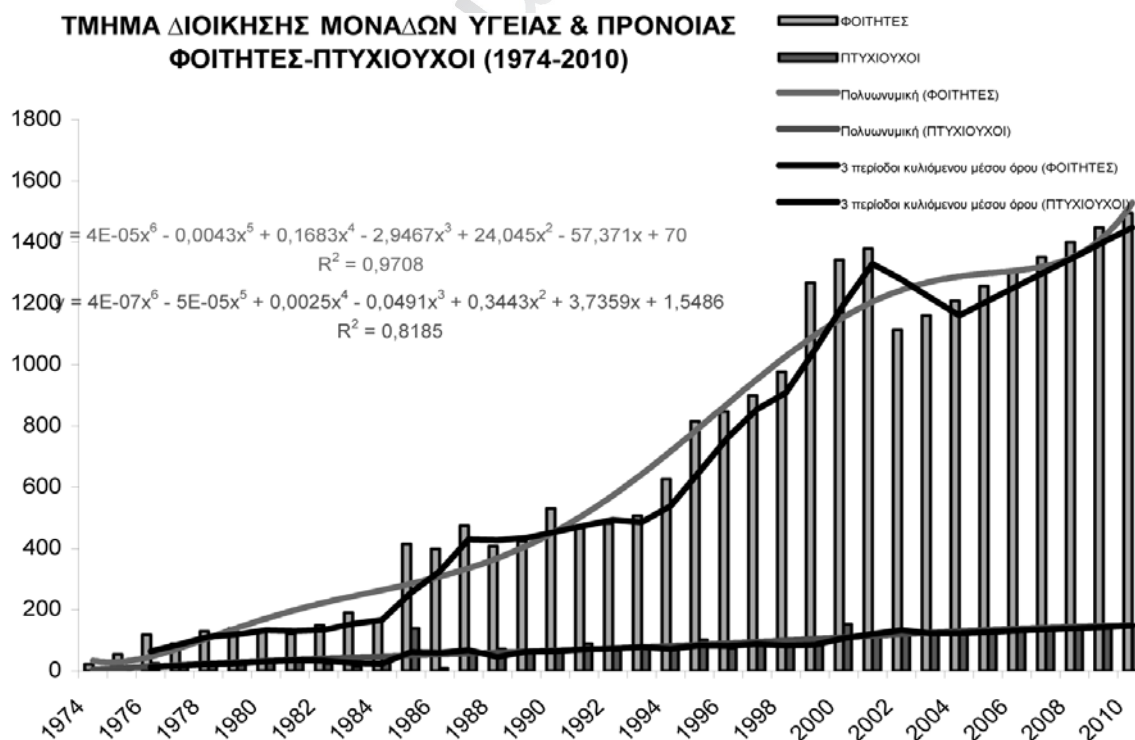
Πηγή: Παπαγλίας Θ., 2006

Το τμήμα Ιατρικών Οργάνων, το οποίο ξεκίνησε το 1985 με 110 φοιτούντες, εμφανίζει μια σταδιακή άνοδο των εισακτέων φοιτητών του, εξαιρετάς της περιόδου 1991-1994. Η αυξητική τάση της καμπύλης του (Διάγραμμα 1.12), εκτιμάται ότι θα συνεχιστεί, με το τμήμα να έχει το 2010 περίπου 660 φοιτητές. Το μέγεθος των πτυχιούχων ήταν σε χαμηλά επίπεδα μέχρι το 1993, με εξαίρεση το 1991 και 1992. Το 1989, στην πρώτη αποφοίτηση οι πτυχιούχοι ήταν 15, αλλά καθώς η καμπύλη των αποφοίτων χαρακτηρίζεται από μια θετική πορεία υπολογίζεται ότι το 2010 θα αποφοιτήσουν περίπου 70 άτομα.

Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας

Τα δύο τμήματα που λειτουργούν στην Αθήνα και την Καλαμάτα και καλύπτουν το γνωστικό αντικείμενο των Οικονομικών και Διοικητικών Επιστημών με εξειδίκευση εφαρμογής στις κοινωνικές υπηρεσίες. Το περιεχόμενο σπουδών του τμήματος οριοθετείται, επίσης, γνωστικά στην εφαρμογή μεθόδων της σύγχρονης επιστημονικής κατεύθυνσης της διαχείρισης υπηρεσιών υγείας πρόνοιας και κοινωνικής ασφάλισης.

Διάγραμμα 1.13 Φοιτητές και πτυχιούχοι του τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας για το διάστημα 1974-2010



Πηγή: Παπαηλίας Θ., 2006

Στο τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, εισήχθησαν το 1974 23 φοιτητές. Η έμφαση που έχει δοθεί στη διοικητική οργάνωση του κλάδου υγείας, αύξησε το ενδιαφέρον για εισαγωγή στο τμήμα αυτό, με αποτέλεσμα όπως παρατηρείται και στο Διάγραμμα 1.13 την σταθερή ανοδική πορεία της καμπύλης των φοιτητών. Το 2010 αναμένεται ότι οι φοιτητές θα αριθμούν περίπου στα 1.495 άτομα. Αυξανόμενος παρουσιάζεται και ο ρυθμός αποφοίτησης, δεν ανταποκρίνεται όμως στο μέγεθος των φοιτητών. Το 2010 εκτιμάται ότι θα αποφοιτήσουν περίπου 150 άτομα

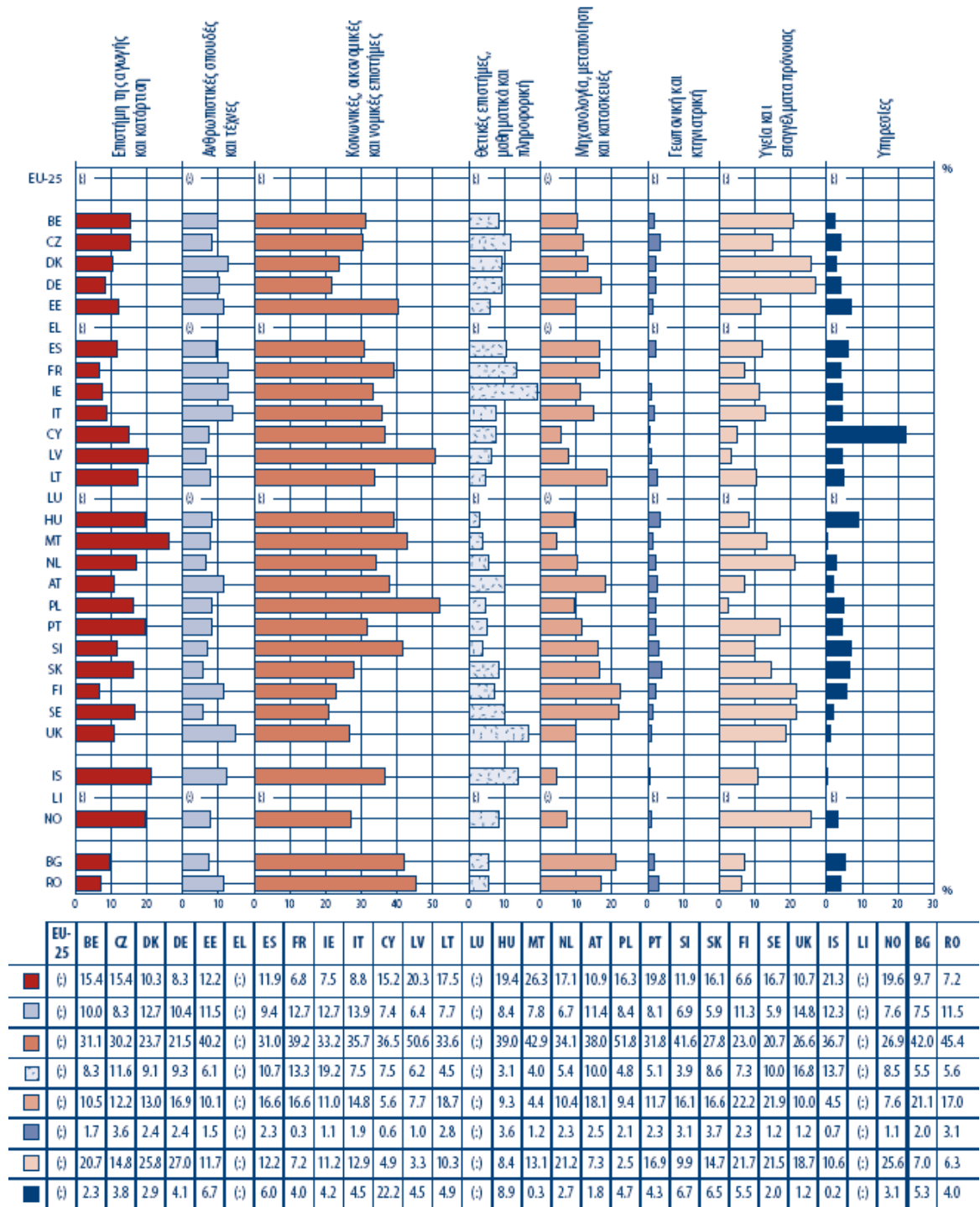
1.3 Εκπαίδευση επιστημόνων υγείας στην Ευρώπη

Η έκδοση *Αριθμοί-κλειδιά της εκπαίδευσης στην Ευρώπη* για το 2005, η οποία αποτελεί προϊόν στενής συνεργασίας ανάμεσα στην Ευρωπαϊκή Μονάδα «Ευρυδίκη», τις αντίστοιχες Εθνικές Μονάδες και τη Eurostat, μας δίνει μια σαφή εικόνα για τα ποσοστά των πτυχιούχων στον τομέα «υγείας και επαγγέλματα πρόνοιας» σε σχέση με άλλους τομείς, αλλά και για τα ποσοστά των γυναικών σε σχέση με των ανδρών στον τομέα αυτόν.

Δύο είναι οι χώρες όπου εμφανίζεται υψηλότερη αναλογία πτυχιούχων στον τομέα «υγεία και επαγγέλματα πρόνοιας», η Δανία και η Γερμανία με ποσοστά 27% και 25,8% επί του συνόλου των πτυχιούχων αντίστοιχα. Σε ποσοστά ακολουθούν η Νορβηγία με ποσοστό 25,6% και η Σουηδία με 21,5% επί του συνόλου των πτυχιούχων (Διάγραμμα 1.14).

Σε όλες τις χώρες διακρίνεται εύκολα η αριθμητική υπεροχή γυναικών έναντι των ανδρών πτυχιούχων στον τομέα «υγεία και επαγγέλματα πρόνοιας», ο οποίος και μας ενδιαφέρει. Η αναλογία των γυναικών υπερβαίνει το 70% των πτυχιούχων στη μεγάλη πλειονότητα των ευρωπαϊκών χωρών (Διάγραμμα 1.15).

Διάγραμμα 1.14 Κατανομή των αποφοίτων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (κατοχή πτυχίου και μεταπτυχιακού) στους διαφορετικούς τομείς εκπαίδευσης και κατάρτισης, 2001/02

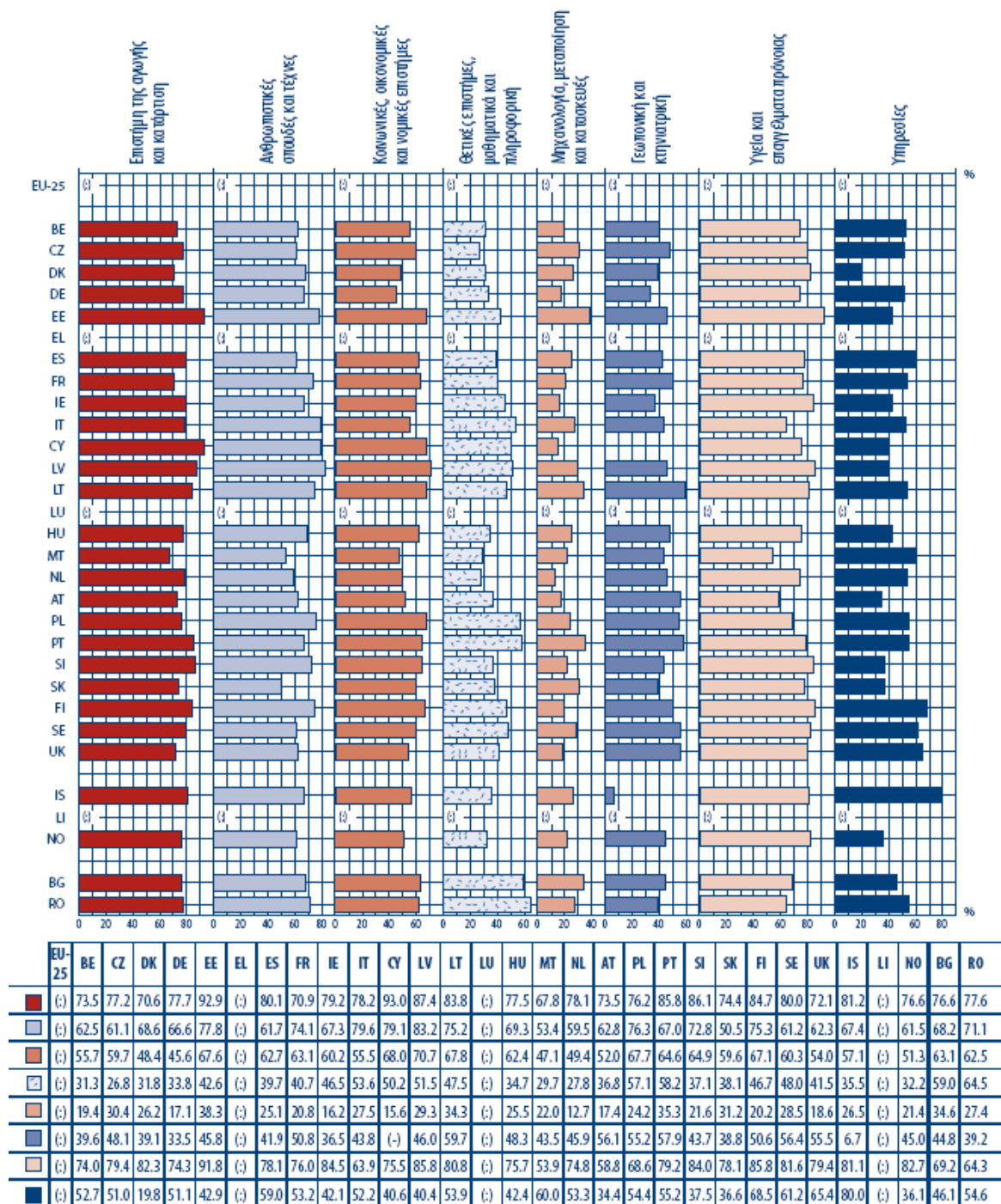


Πηγή: Αριθμοί-κλειδιά της εκπαίδευσης στην Ευρώπη, 2005

(:): Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία

DE, FR, IT, CY, MT, PT και FI: Στοιχεία του 2001

Διάγραμμα 1.15 Αναλογία τίτλων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (κατοχή πτυχίου και μεταπτυχιακού) που απονέμονται σε γυναίκες, ανά τομέα εκπαίδευσης και κατάρτισης, 2001/02



Πηγή: Αριθμοί-κλειδιά της εκπαίδευσης στην Ευρώπη, 2005

(:): Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία

DE, FR, IT, CY, MT, PT και FI: Στοιχεία του 2001

2. ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Εισαγωγή

Το ελληνικό Σύστημα Υγείας χαρακτηρίζεται ως μικτό, καθώς στην παροχή υπηρεσιών υγείας συνυπάρχουν το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), η κοινωνική ασφάλιση και ιδιωτική ασφάλιση. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας, το οποίο δημιουργήθηκε το 1983 με το νόμο 1397/1983, ορίζει ότι:

- α. «Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υγείας στο σύνολο των πολιτών», και
- β. «Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο Εθνικό Σύστημα Υγείας, που οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού».

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αποτελεί ανώτατο κυβερνητικό οργανισμό χάραξης πολιτικής υγείας. Η αποστολή του Υπουργείου Υγείας, σύμφωνα με την περιγραφή του στο άρθρο 1 του ΠΔ 95/2000 είναι:

«η προαγωγή, η προστασία και η διατήρηση της υγείας του ατόμου και του κοινωνικού συνόλου, καθώς και η ισότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας».

Επίσης, μέσα στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων του εντάσσεται και ο καθορισμός, η εκπαίδευση, ο έλεγχος και η προαγωγή των επαγγελμάτων υγείας και πρόνοιας, όπως και ο καθορισμός και ο έλεγχος παραγωγής διακίνησης και κατανάλωσης αγαθών υγείας. Τέλος, ενημερώνει το κοινωνικό σύνολο για την προστασία και προαγωγής της υγείας.

Ασφαλισμένοι στους φορείς κοινωνικής ασφάλισης και στο δημόσιο είναι το σύνολο σχεδόν του πληθυσμού της χώρας (*Κοινωνικός προϋπολογισμός, 2006*). Το ΙΚΑ (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων) είναι το κυριότερο ασφαλιστικό ταμείο με 1.965.274

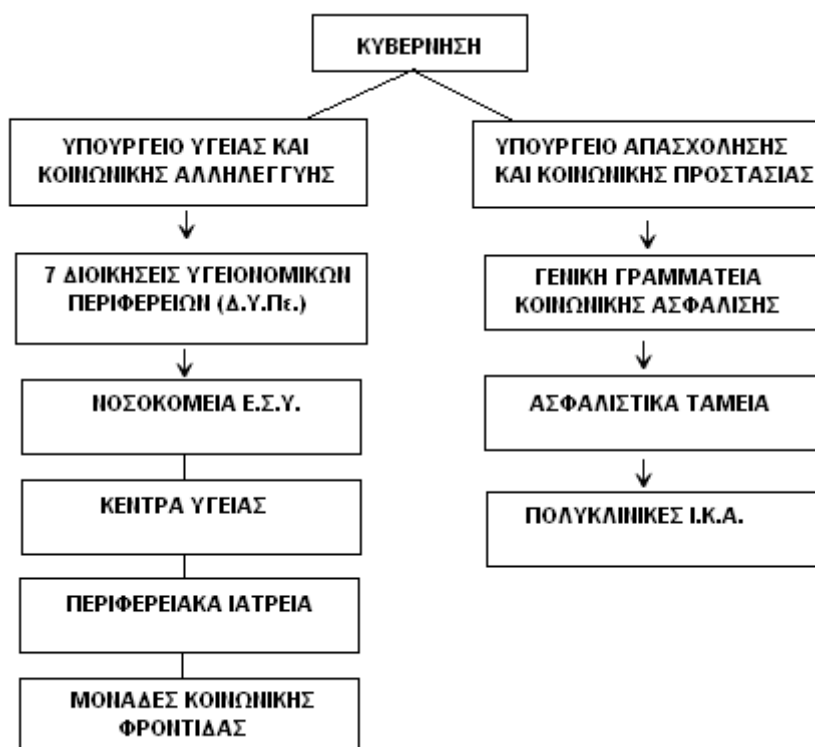
άμεσα ασφαλισμένους και 5.445.103 δικαιούχους περίθαλψης (ΙΚΑ, στατιστικό δελτίο έτους 2005).

2.2 Δημόσιος Τομέας Υγείας

Στον ευρύτερο δημόσιο τομέα της υγείας συγκαταλέγονται οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας του Εθνικού Συστήματος Υγείας, τα πολυϊατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών, καθώς και τα στρατιωτικά θεραπευτήρια.

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι ο ανώτατος εθνικός οργανισμός χάραξης πολιτικής υγείας και κοινωνικής πρόνοιας και άσκησης διοίκησης στους οργανισμούς που αφορούν στην υγεία και στην κοινωνική αλληλεγγύη μέσω της κεντρικής του υπηρεσίας, των αποκεντρωμένων υπηρεσιών μέσω των νομικών προσώπων ιδιωτικού και δημοσίου δικαίου που εποπτεύει, αλλά και των Διοικητικών Υγειονομικών Περιφερειών.

Διάγραμμα 2.1 Οργανωτική δομή του Εθνικού Συστήματος Υγείας



Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, τροποποιημένο.

Τα ασφαλιστικά ταμεία βρίσκονται υπό τον έλεγχο του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας. Ο γενικός φορέας κύριας ασφάλισης των μισθωτών είναι το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), το οποίο ιδρύθηκε το 1934 και άρχισε να λειτουργεί ουσιαστικά τη δεκαετία του 1950. Το 1983 επεκτάθηκε η ασφαλιστική κάλυψη των εργαζομένων του ιδιωτικού τομέα από το ΙΚΑ στο σύνολο του πληθυσμού. Είναι το κυριότερο ταμείο, με ένα μεγάλο δίκτυο πολυιατρείων σε όλη τη χώρα, τα οποία παρέχουν ιατρική φροντίδα, προληπτικούς ελέγχους και διαγνωστικές υπηρεσίες. Οι αγρότες καλύπτονται από έναν αυτοτελή ασφαλιστικό φορέα, τον Οργανισμό Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), που λειτουργεί με τη μορφή Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου.

Σύμφωνα με έκθεση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας το έτος 1995 (Μωραϊτής, 1995), στις αγροτικές περιοχές ο πληθυσμός καλύπτεται ασφαλιστικά κυρίως από τον ΟΓΑ σε ποσοστό 70% και το ΙΚΑ σε ποσοστό 25% και στο υπόλοιπο ποσοστό από άλλους ασφαλιστικούς φορείς. Στις αστικές περιοχές ο πληθυσμός καλύπτεται κατά 60% από το ΙΚΑ, 25% από τον ΟΓΑ και το υπόλοιπο από άλλους φορείς. Τα ασφαλιστικά ταμεία είναι συμβεβλημένα με ιδιώτες (γιατρούς, διαγνωστικά κέντρα) για να καλύψουν τις ανάγκες των ασφαλισμένων (Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 2002).

Πίνακας 2.1 Αριθμός θεραπευτηρίων και κλινών σύμφωνα με τη νομική τους μορφή, 2006

	Θεραπευτήρια	Κλίνες
N.Π.Δ.Δ.	141	37.053
N.Π.Ι.Δ.	6	1.566
Ιδιωτικές κλινικές	170	15.082
Σύνολο	317	53.701

Πηγή: ΕΣΥΕ, 2006

Η παροχή υπηρεσιών υγείας γίνεται από το Ε.Σ.Υ. μέσω 141 γενικών, ειδικών και ψυχιατρικών Νοσοκομείων, τα οποία αριθμούν 37.053 κλίνες, 172 Κέντρων Υγείας, 1.400 Περιφερειακών Ιατρείων και του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.) που αποτελεί φορέα επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας (ΕΣΥΕ, 2006).

Πίνακας 2.2 Υποκαταστήματα, μονάδες υγείας και παραρτήματα του Ι.Κ.Α., 2005

	31/12/2005
Περιφερειακά υποκαταστήματα	21
Τοπικά υποκαταστήματα	137
Παραρτήματα	132
Μονάδες Υγείας	88

Πηγή: ΙΚΑ, Στατιστικό Δελτίο Έτους 2005

Επίσης, υγειονομική φροντίδα παρέχεται από οργανισμούς δημοσίου χαρακτήρα που δεν ανήκουν στο Ε.Σ.Υ., όπως 28 γενικά νοσοκομεία (Στρατιωτικά Νοσοκομεία, Νοσοκομεία Ασφαλιστικών Οργανισμών), τα οποία αριθμούν 5000 κλίνες και 88 μονάδες υγείας του Ι.Κ.Α. (ΙΚΑ, στατιστικό δελτίο έτους 2005).

2.3 Ιδιωτικός Τομέας Υγείας

Η Ελλάδα αποτελεί χώρα με ιδιαίτερα ανεπτυγμένο ιδιωτικό τομέα στις υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας και κυρίως σε κέντρα διαγνωστικής ιατρικής και μαιευτήρια. Αυτό οφείλεται στην ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης και της μερικής αδυναμίας του δημοσίου τομέα να καλύψει τις ανάγκες υγείας του ελληνικού πληθυσμού.

Τον ιδιωτικό τομέα αποτελούν 176 θεραπευτήρια, εκ των οποίων τα 6 αντιστοιχούν σε Ν.Π.Ι.Δ. και τα 170 σε ιδιωτικές κλινικές με 16.648 κλίνες (ΕΣΥΕ, 2006), 2500 Διαγνωστικά Κέντρα, 3.200 Μικροβιολογικά Εργαστήρια, 500 Ακτινολογικά Εργαστήρια και 8.000 Οδοντιατρεία (ΙCΑΡ, 2006). Οι αριθμοί όμως αποκαλύπτουν την ισχυρή παρουσία του ιδιωτικού τομέα και στον νοσοκομειακό τομέα (Πίνακας 2.1).

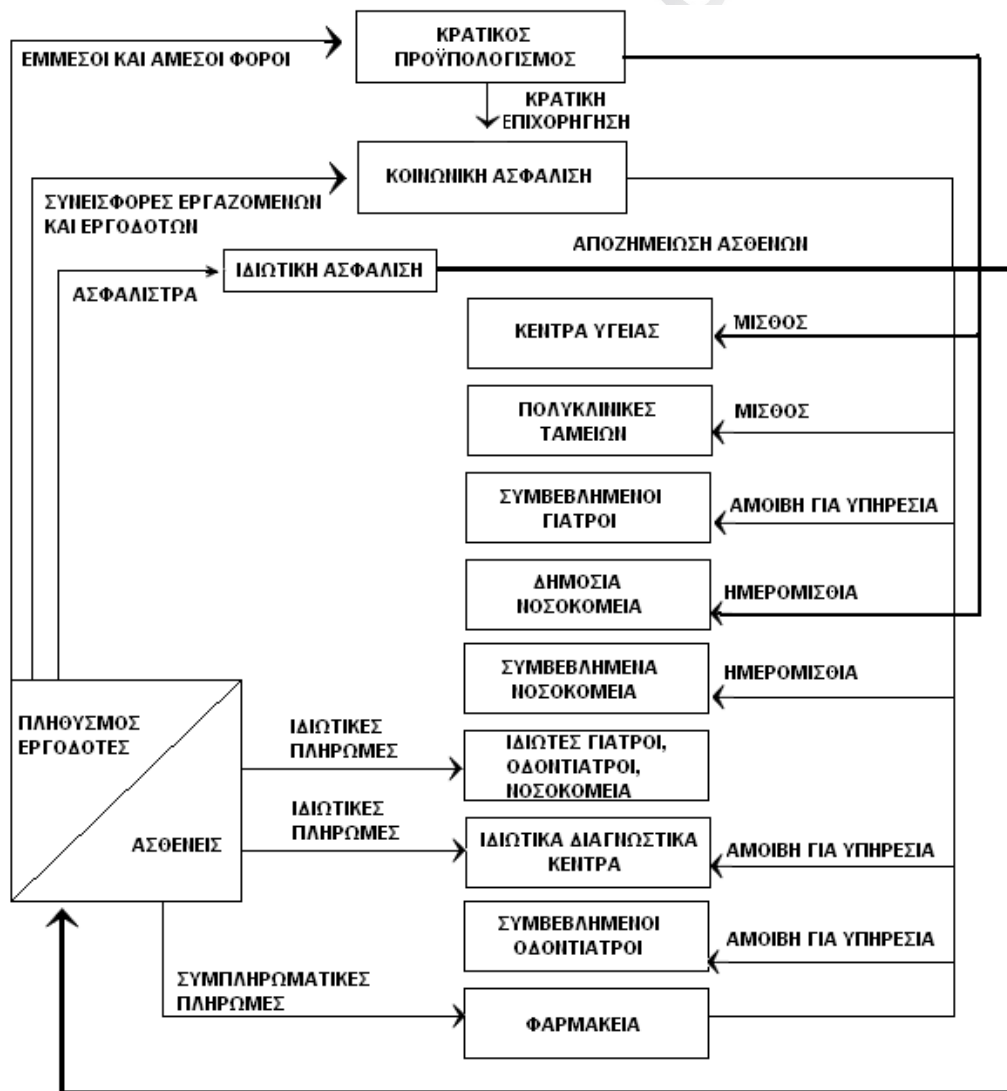
2.4 Η χρηματοδότηση και οι δαπάνες του Συστήματος Υγείας της Ελλάδας

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μικτό, καθώς σε αυτό συνυπάρχουν τα πρότυπα Bismark και Beveridge. Παράλληλα όμως με τον δημόσιο χαρακτήρα του Εθνικού Συστήματος Υγείας, εμφανίζεται και ένας ιδιαίτερα δυναμικός ιδιωτικός τομέας υγείας. Γενικότερα, η χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα πραγματοποιείται από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της φορολογίας, των

ασφαλιστικούς οργανισμούς μέσω των εργοδοτών και των εργαζομένων, αλλά και από ιδιωτική δαπάνη των πολιτών, η οποία είναι ιδιαίτερα αυξημένη στην Ελλάδα.

Το χρηματοδοτικό βάρος των υπηρεσιών υγείας κατανέμεται άνισα μεταξύ των κοινωνικών ομάδων του πληθυσμού της χώρας καθώς το πολύ υψηλό ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών υγείας, η εκτεταμένη παραοικονομία και η δομή του φορολογικού συστήματος δεν επιδρούν προοδευτικά στη διανεμητικότητα του συστήματος. Στην Διάγραμμα 2.2 παρουσιάζονται οι χρηματικές ροές που λαμβάνουν χώρα στο σύστημα υγείας της Ελλάδας.

Διάγραμμα 2.2 Χρηματοροές που λαμβάνουν χώρα στο σύστημα υγείας της Ελλάδας



Πηγή: WHO, *Health Systems in Transition, Greece, 1996, Τροποποιημένο*

Ο πληθυσμός χρηματοδοτεί τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω άμεσης και έμμεσης φορολογίας, την κοινωνική ασφάλιση μέσω συνεισφορών και τέλος την ιδιωτική ασφάλιση μέσω ιδιωτικών ασφαλιστηρίων. Με τη σειρά τους, οι παραπάνω «μεσολαβητές» συλλέγουν φόρους, συνεισφορές και ασφάλιστρα και αποζημιώνουν τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας και τους ασθενείς (μέσω ιατρικών πράξεων ή χρημάτων). Επίσης, οι ασθενείς αποζημιώνουν απ' ευθείας τους προμηθευτές με ιδιωτικές πληρωμές.

Οι κύριοι «μεσολαβητές» που λαμβάνουν μέρος στις χρηματοροές του συστήματος είναι το κράτος και η κοινωνική ασφάλιση. Μικρό, αλλά σημαντικό ρόλο και ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, διαδραματίζουν και οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες. Αυτό που χαρακτηρίζει το ελληνικό χρηματοδοτικό σύστημα είναι το διαρκώς αυξανόμενο ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών.

Τα δημόσια νοσοκομεία, τα συμβεβλημένα νοσοκομεία, οι πολυκλινικές των ταμείων και τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα αποζημιώνονται από τα ασφαλιστικά ταμεία σε ημερήσια βάση για τη χρησιμοποίηση από τους ασθενείς, αλλά φυσικά δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στα ποσά αυτά. Οι ελλείψεις των ταμείων συμπληρώνονται με κρατική επιχορήγηση. Η κρατική επιχορήγηση των προϋπολογισμών των δημόσιων νοσοκομείων και των κέντρων υγείας αφορά κυρίως την κάλυψη των μισθών και των επενδύσεων.

Όλο το ανθρώπινο δυναμικό του ΕΣΥ, το οποίο εργάζεται κυρίως στα νοσοκομεία του ΕΣΥ και στα κέντρα υγείας, είναι δημόσιοι υπάλληλοι. Οι γιατροί που εργάζονται στις πολυκλινικές του ΙΚΑ πληρώνονται από το ΙΚΑ με μισθό, ενώ οι ιδιώτες γιατροί και οδοντίατροι που είναι συμβεβλημένοι με τα ταμεία, πληρώνονται ανά υπηρεσία που παρέχουν. Οι αμοιβές τους όμως είναι μικρές με αποτέλεσμα να υπάρχουν πολλές άτυπες πληρωμές. Οι υπόλοιποι εργαζόμενοι αμείβονται περίπου με τον μισθό των υπόλοιπων δημοσίων υπαλλήλων.

Στον πίνακα που ακολουθεί αποτυπώνονται οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες του ΟΟΣΑ για το 2007. Η συνολική δαπάνη για την υγεία στην Ελλάδα ως ποσοστό του ΑΕΠ βρίσκεται στο 10,1%, ενώ οι δημόσιες δαπάνες αντιστοιχούν στο 42,8% του ΑΕΠ και οι ιδιωτικές στο 57,2% του ΑΕΠ.

Όσον αφορά τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία παρατηρούμε ότι την πρώτη θέση καταλαμβάνει το Λουξεμβούργο με 90,7%, ακολουθεί η Τσεχία με 88,6% και η Μεγάλη Βρετανία με 87,1%. Η Ελλάδα βρίσκεται στην 30 θέση με 42,8% μετά τις Η.Π.Α. με 45,1%. Στις ιδιωτικές δαπάνες η Ελλάδα βρίσκεται στην πρώτη θέση με ποσοστό 57,2 % και ακολουθούν οι Η.Π.Α. με 54,9% και το Μεξικό με 34,5%. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ και τους βασικούς δείκτες για την υγεία για το 2005, οι άτυπες πληρωμές στην Ελλάδα αντιστοιχούν στο 62% των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία.

Πίνακας 2.3 Συνολική, Ιδιωτική και Δημόσια δαπάνη για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ για το 2007

	Δημόσιες δαπάνες για την Υγεία ως ποσοστό % επί των συνολικών δαπανών	Ιδιωτικές δαπάνες για την Υγεία, ως ποσοστό % επί των συνολικών δαπανών	Συνολική δαπάνη για την Υγεία ως ποσοστό % επί του ΑΕΠ	
1	Η.Π.Α.	45,1	54,9	15,3
2	Ελβετία	59,7	40,3	11,6
3	Γαλλία	79,8	20,2	11,1
4	Γερμανία	76,9	23,1	10,7
5	Βέλγιο ⁱ	72,3	27,7	10,3
6	Αυστρία	75,7	34,3	10,2
7	Πορτογαλία	72,3	27,7	10,2
8	Ελλάδα	42,8	57,2	10,1
9	Αυστραλία ⁱⁱⁱ	67,5	32,5	9,5
10	Καναδάς	70,3	29,7	9,8
11	Ισλανδία	82,5	17,5	9,5
12	Ολλανδία ^{iv}	62,5	37,5	9,2
13	Δανία ⁱ	84,1	15,9	9,1
14	Νορβηγία	83,6	16,4	9,1
15	Σουηδία	84,6	15,4	9,1
16	Νέα Ζηλανδία	77,4	22,6	9,0
17	Ιταλία	76,6	23,4	8,9
18	Ισπανία	71,4	28,6	8,3
19	Μεγάλη Βρετανία ⁱⁱ	87,1	12,9	8,3
20	Ουγγαρία	70,5	29,5	8,1
21	Ιαπωνία ⁱⁱⁱ	81,7	18,3	8,0
22	Λουξεμβούργο	90,7	9,3	7,9
23	Τουρκία	71,4	28,6	7,6
24	Ιρλανδία	78,0	21,2	7,5
25	Φινλανδία	77,8	22,2	7,5
26	Τσεχία	88,6	11,4	7,2
27	Σλοβακία	74,4	25,5	7,1
28	Μεξικό	45,5	34,5	6,4
29	Πολωνία ⁱ	69,3	30,7	6,2
30	Κορέα	53,0	47,0	6,0

Πηγή: *OECD Health Data 2007*.

i:κατ' εκτίμηση
iii: στοιχεία 2004

ii: διαφορετική μεθοδολογία
iv: στοιχεία 2002

3. ΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

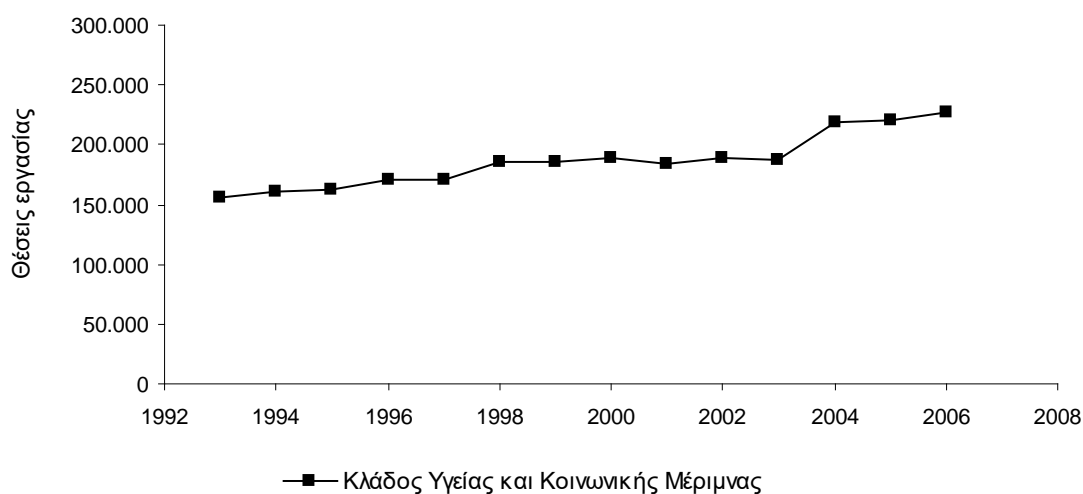
3.1 Ζήτηση Επαγγελματιών Υγείας

Κεντρικό σημείο στην ανάπτυξη στρατηγικών που αφορούν την εκπαίδευση και την οργάνωση και τη διανομή του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα των υπηρεσιών υγείας μιας χώρας, είναι η αποτίμηση του μεγέθους του και της σύστασής του.

Όπως αναφέρθηκε στο πρώτο κεφάλαιο, το ανθρώπινο δυναμικό του τομέα υγείας στην Ελλάδα προέρχεται από τις Σχολές Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων και από τις Σχολές Επιστημών Υγείας των Πανεπιστημίων.

Τα επαγγέλματα υγείας παρουσιάζουν αυξημένη ζήτηση στην Ελλάδα. Ένα μεγάλο μέρος του εισοδήματος των νοικοκυριών απορροφάται από δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη, κυρίως λόγω του χαμηλού επιπέδου υπηρεσιών που προσφέρονται από το σύστημα υγείας. Στο γράφημα 3.1 παρουσιάζεται η σταδιακή αύξηση του συνόλου των επαγγελματιών του κλάδου υγείας και κοινωνικής μέριμνας στο διάστημα 1993-2006.

Γράφημα 3.1 Απασχολούμενοι στον κλάδο υγείας και κοινωνικής μέριμνας, 1993-2006



Πηγή: Παπαηλίας Θ., 2006

Στον πίνακα 3.1 παρουσιάζονται τα σημαντικότερα επαγγέλματα του κλάδου υγείας και η εξέλιξη του αριθμητικού μεγέθους των επαγγελματιών στο διάστημα από το έτος 1993 μέχρι και το 2006. Επίσης, εκτιμάται η ποσοστιαία μέση αύξηση των θέσεων εργασίας κάθε επαγγέλματος στα διαστήματα 1993-2006. Με αυτόν τον τρόπο, μπορούμε να εκτιμήσουμε τη ζήτηση των επαγγελματιών αυτών.

Πίνακας 3.1 Επαγγελματίες του κλάδου υγείας στην Ελλάδα, 1993-2006

Επαγγέλματα	1993	1995	2000	2005	2006	Μέση αύξηση 93-06 %
Ιατροί	37.996	37.517	40.334	51.723	50.718	3,3
Οδοντίατροι	8.978	9.072	9.707	9.199	13.017	0,4
Νοσοκόμοι-Μαίες ΑΕΙ	576	299	866	568	258	-0,5
Νοσοκόμοι ΤΕΙ ή άλλων σχολών	17.752	20.787	31.073	46.129	47.023	11,4
Μαίες ΤΕΙ ή άλλων σχολών	3.326	2.872	3.744	4.175	2.804	-0,1
Επιστήμονες υγείας (εκτός νοσηλευτών)	72	150	388	471	1.399	39,1
Τεχνικοί βοηθοί ιατρικής και συναφών προς την ιατρική επιστημών (εκτός νοσηλευτών)	8.308	8.210	8.797	11.026	18.175	9,1

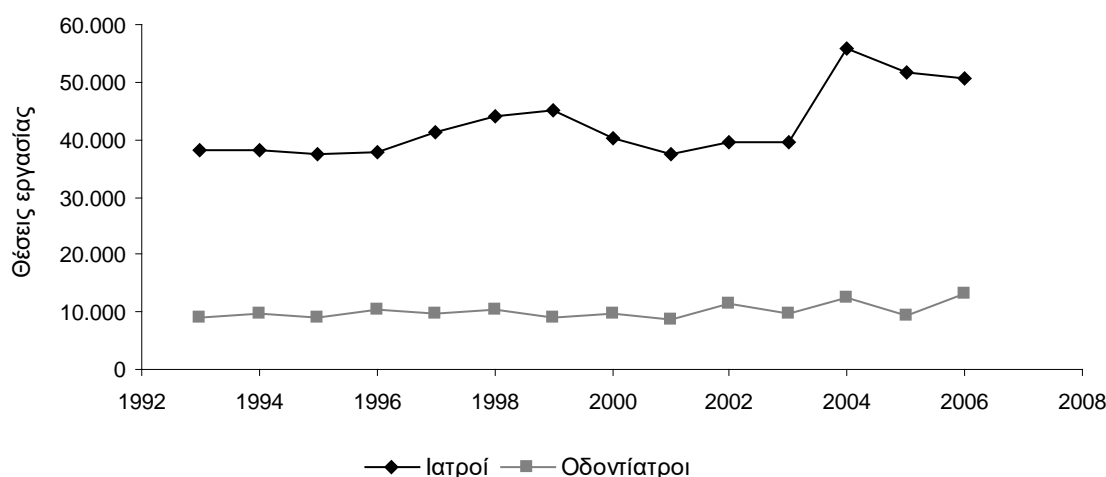
Πηγή: Παπαηλίας Θ., 2006

Παρατηρείται, λοιπόν μια στατιστικά σημαντική αύξηση των θέσεων εργασίας των γιατρών κατά 3,3%, των νοσοκόμων Τ.Ε.Ι. ή άλλων σχολών κατά 11,4%, των επιστημόνων υγείας κατά 39,1% και των τεχνικών βοηθών ιατρικής και συναφών προς την ιατρική επαγγελμάτων κατά 9,1%, για το διάστημα από το 1993 μέχρι και το 2006.

Οι οδοντίατροι, οι νοσοκόμοι και οι μαίες που αποφοίτησαν από Α.Ε.Ι., καθώς και οι μαίες που αποφοίτησαν από Τ.Ε.Ι. ή άλλες σχολές, είναι τα επαγγέλματα του κλάδου υγείας που δεν παρουσίασαν στατιστικώς σημαντική αύξηση ή μείωση στο παραπάνω διάστημα και ως εκ τούτου παραμένουν στάσιμα όσον αφορά τις θέσεις εργασίας τους.

Τη μεταβολή στη ζήτηση των παραπάνω επαγγελμάτων μπορούμε να την παρατηρήσουμε καλύτερα στα παρακάτω γραφήματα. Πιο αναλυτικά, οι γιατροί εμφανίζουν ανοδική τάση, ιδιαίτερα μετά το έτος 2003, ενώ οι οδοντίατροι παρουσιάζουν στασιμότητα (Γράφημα 3.2). Πρέπει να αναφερθεί ότι στο φαινόμενο του ιατρικού πληθωρισμού έχει αποδοθεί σε σημαντικό βαθμό η αύξηση των δαπανών υγείας καθώς επίσης και η υπερβάλλουσα κατανάλωση υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας.

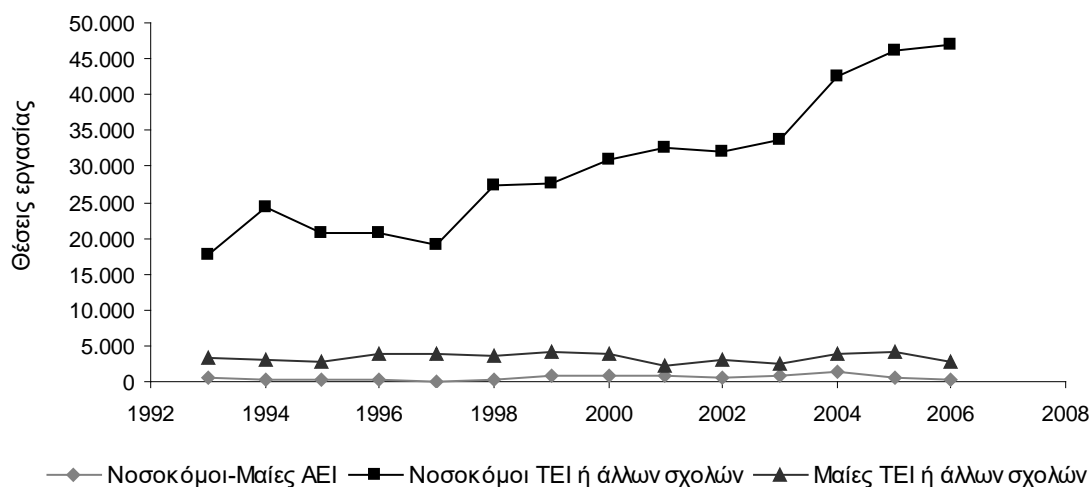
Γράφημα 3.2 Ιατροί και οδοντίατροι, 1993-2006



Πηγή: Παπαηλίας Θ., 2006

Το νοσηλευτικό προσωπικό, όπως αναφέρθηκε και στο κεφάλαιο 1, μπορεί είτε να έχει ακολουθήσει μόνο υποχρεωτική εκπαίδευση (τεχνικό λύκειο, ιδιωτικά ή κρατικά Ι.Ε.Κ.), είτε να έχει αποφοιτήσει από τα αντίστοιχα Τ.Ε.Ι. ή από τα Α.Ε.Ι. της νοσηλευτικής. Στο Γράφημα 3.3, το οποίο έχει διαμορφωθεί σύμφωνα με τον διαχωρισμό της εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού, φαίνεται καθαρά η αύξηση στη ζήτηση νοσηλευτών υποχρεωτικής εκπαίδευσης και Τ.Ε.Ι., ενώ στάσιμες και σε χαμηλά επίπεδα παραμένουν οι θέσεις εργασίας για τους νοσηλευτές Α.Ε.Ι. και για τις μαίες όλων των επιπέδων εκπαίδευσης.

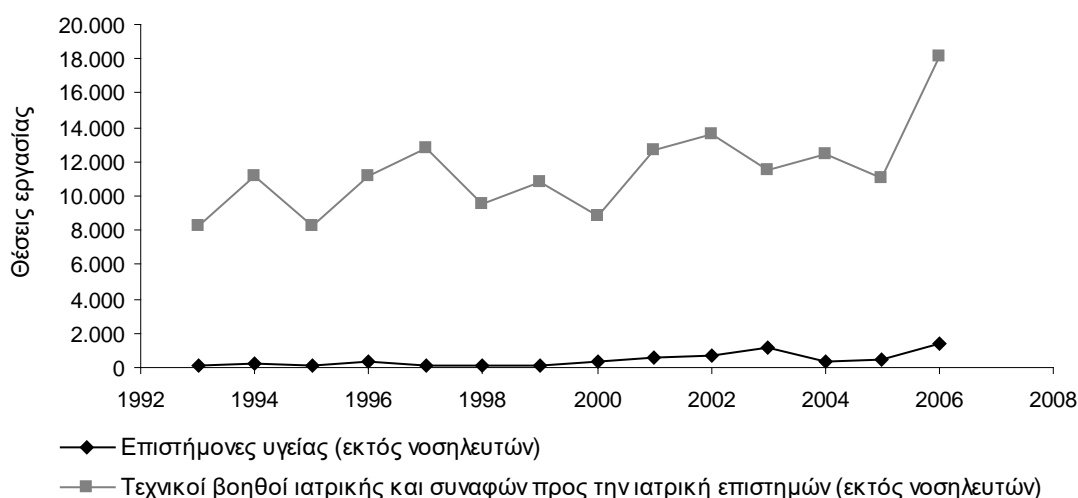
Γράφημα 3.3 Νοσοκόμοι και μαίες ΑΕΙ, ΤΕΙ ή άλλων σχολών, 1993-2006



Πηγή: Παπαηλίας Θ., 2006

Εντυπωσιακή είναι η αύξηση των τεχνικών βοηθών ιατρικής και συναφών προς την ιατρική επιστημών, εκτός της νοσηλευτικής, οι οποίοι το 1993 καταλαμβάνουν 8.308 θέσεις εργασίας, φτάνοντας τις 18.175 το 2006. Τέλος, οι επιστήμονες υγείας παρουσιάζουν μια αύξηση των θέσεων εργασίας, παρόλα αυτά, παραμένουν πολύ λίγοι στο σύνολό τους (Γράφημα 3.4).

Γράφημα 3.4 Επιστήμονες υγείας και τεχνικοί βοηθοί ιατρικής και συναφών προς την ιατρική επιστημών (εκτός νοσηλευτών), 1993-2006



Πηγή: Παπαηλίας Θ., 2006

3.2. Το ανθρώπινο δυναμικό στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Το ανθρώπινο δυναμικό που απασχολείται στο ελληνικό σύστημα υγείας αποτελείται από προμηθευτές υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι εξ ορισμού παρέχουν υγειονομική φροντίδα και από διοικητικούς υπαλλήλους των υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι έχουν ως αντικείμενο την οργάνωση του συστήματος και την εύρυθμη λειτουργία του².

Ο Πίνακας 3.2. παρουσιάζει την κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού στο σύνολο των θεραπευτηρίων της χώρας ανάμεσα σε διάφορα επαγγέλματα. Το ιατρικό προσωπικό που απασχολείται σε νοσοκομεία αντιστοιχεί στο 23,0% του συνόλου των εργαζομένων, ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό αντιστοιχεί στο 43,1%. Το διοικητικό προσωπικό αντιστοιχεί στο 9%, ενώ το σύνολο των επαγγελματιών του τομέα υγείας που απασχολείται με διοικητικά, τεχνικά και τεχνολογικά θέματα αντιστοιχεί στο 20,9%.

² Σύμφωνα με το σύστημα ταξινόμησης ISCO που αναπτύχθηκε στο κεφάλαιο 1.

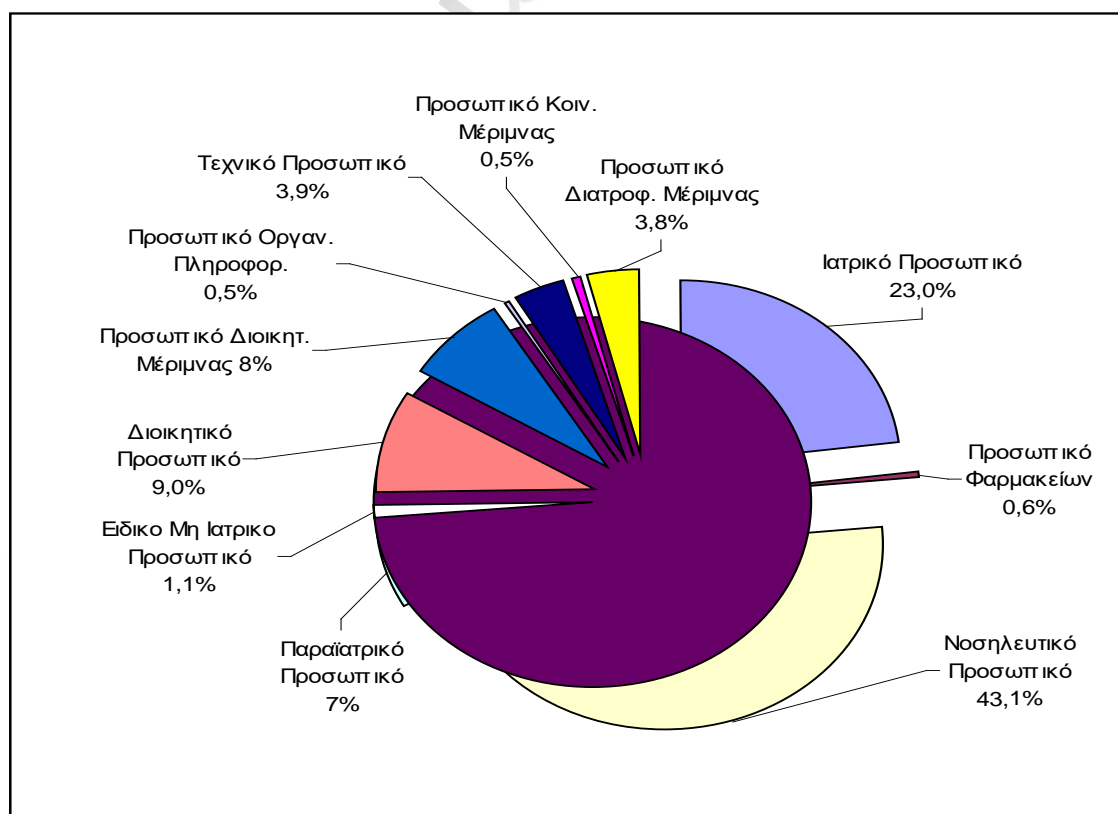
Πίνακας 3.2. Το ανθρώπινο δυναμικό στο σύνολο των θεραπευτηρίων της χώρας

Ανθρώπινο Δυναμικό	Απόλυτος Αριθμός	%
Ιατρικό Προσωπικό	25.495	23,0
Προσωπικό Φαρμακείων	716	0,6
Νοσηλευτικό Προσωπικό	47.836	43,1
Παραϊατρικό Προσωπικό	7.795	7,0
Ειδικό Μη Ιατρικό Προσωπικό	1.172	1,1
Διοικητικό Προσωπικό	9.988	9,0
Προσωπικό Διοικητ. Μέριμνας	8.361	7,5
Προσωπικό Οργαν. Πληροφορ.	503	0,5
Τεχνικό Προσωπικό	4.379	3,9
Προσωπικό Κοιν. Μέριμνας	594	0,5
Προσωπικό Διατροφ.		
Μέριμνας	4.218	3,8
Σύνολο	111.057	100

Πηγή: ΕΣΥΕ, 2006

Το Γράφημα 3.5 παρουσιάζει πιο παραστατικά την παραπάνω κατανομή. Παρατηρούμε καθαρά ότι το μεγαλύτερο κομμάτι της πίτας καταλαμβάνει το νοσηλευτικό προσωπικό, ακολουθεί το ιατρικό προσωπικό και έπειτα το διοικητικό προσωπικό.

Γράφημα 3.5 Κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού στο σύνολο των θεραπευτηρίων της χώρας



Πηγή: ΕΣΥΕ, 2006

Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΣΥΕ του 2006 (Πίνακας 3.3), στην Ελλάδα έχουμε 59.571 γιατρούς. Οι νοσοκομειακοί γιατροί αντιστοιχούν σε 25.495, ενώ οι νοσοκομειακοί νοσηλευτές σε 47.836. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι σε πληθυσμό 1.000 κατοίκων αντιστοιχούν 5,43 γιατροί και οδοντίατροι, 2,29 νοσοκομειακοί γιατροί και 4,30 νοσοκομειακοί νοσηλευτές. Επίσης από τον Πίνακα 3.3 προκύπτει ότι η πλειοψηφία των γιατρών (34.076 γιατροί) είναι είτε αυτοαπασχολούμενοι, δηλαδή έχουν δικά τους ιατρεία και δεν εργάζονται σε ιδιωτικά ή δημόσια θεραπευτήρια, άνεργοι ή ανειδίκευτοι (21.808 γιατροί).

Πίνακας 3.3 Συνολικός αριθμός γιατρών, αριθμός νοσοκομειακών γιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα και πυκνότητα γιατρών και νοσηλευτών, 2006

	Περιφέρεια Πρωτεύουσας	Λοιπή Ελλάδα	Σύνολο
Γιατροί	27.507	32.064	59.571
Νοσοκομειακοί γιατροί	12.719	12.776	25.495
Νοσοκομειακοί νοσηλευτές	20.224	27.612	47.836
Γιατροί /1.000 κατοίκους	7,31 ⁱ	4,45 ⁱ	5,43ⁱ
Νοσοκομειακοί γιατροί /1.000 κατοίκους	3,38 ⁱ	1,77 ⁱ	2,29ⁱ
Νοσοκομειακοί νοσηλευτές /1.000 κατοίκους	5,38 ⁱ	3,83 ⁱ	4.30ⁱ

i: Στο αποτέλεσμα που βρέθηκε, χρησιμοποιήθηκε ο πραγματικός πληθυσμός της Ελλάδας σύμφωνα με την απογραφή του 2001.

Πηγή: ΕΣΥΕ, 2006

Παρατηρείται, επίσης, ότι οι περισσότεροι νοσοκομειακοί γιατροί εργάζονται σε δημόσια θεραπευτήρια, ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελείται κυρίως από απόφοιτους Τεχνολογικής Εκπαίδευσης. Είναι εμφανής η συσσώρευση των γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια θεραπευτήρια (με περίπου 137 γιατρούς και 167 νοσηλευτές ανά θεραπευτήριο) και μια υποστελέχωση των ιδιωτικών θεραπευτηρίων (με 35 γιατρούς και 59 νοσηλευτές ανά θεραπευτήριο).

Πίνακας 3.4 Αριθμός ιατρών και μόνιμου νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζονται σε θεραπευτήρια με διάκριση εκπαίδευσης

Νομική Μορφή Θεραπευτηρίου	Θεραπευτήρια	Γιατροί	Νοσηλευτικό Προσωπικό			
			Π.Ε.	Τ.Ε.	Δ.Ε.	Υ.Ε.
Ν.Π.Δ.Δ.	141	19.315	463	15.852	1.577	5.583
Ν.Π.Ι.Δ	6	732	37	879	576	229
Ιδιωτικές Κλινικές	170	5.448	219	4.000	3.704	717
Σύνολο	317	25.495	719	20.731	19.857	6.529

Πηγή: ΕΣΥΕ, 2006

Το νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων αποτελείται από νοσηλευτές, επισκέπτριες υγείας, μαίες και βοηθητικό προσωπικό (λοιποί). Από τα δεδομένα του Πίνακα 3.5, παρατηρείται ότι το νοσηλευτικό προσωπικό απαρτίζεται κυρίως από νοσηλευτές τεχνολογικής και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Πίνακας 3.5 Αριθμός νοσοκομειακού νοσηλευτικού προσωπικού

Νοσηλευτικό Προσωπικό	Π.Ε. ⁱ	Τ.Ε. ⁱⁱ	Δ.Ε. ⁱⁱⁱ	Υ.Ε. ^{iv}
Νοσηλευτές – Νοσηλεύτριες	719	16.951	17.478	1.286
Επισκέπτριες Υγείας	0	649	0	0
Μαίες	0	2.293	0	0
Λοιποί	0	838	2.379	5.249
Σύνολο	719	20.731	19.857	6.529

i: Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης

ii: Τεχνολογικής Εκπαίδευσης

iii: Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης

iv: Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης

Πηγή: ΕΣΥΕ, 2006

Σημαντική ανομοιογένεια εμφανίζεται και στην κατανομή των γιατρών ανά ειδικότητα. Στην Ελλάδα υπάρχει μεγάλος αριθμός παθολόγων, μικροβιολόγων και παιδιάτρων, αντιθέτως υπάρχει μικρός αριθμός ιατροδικαστών, χειρουργοί παιδών, πυρηνικής ιατρικής, και χειρουργοί θώρακα. Αξίζει να αναφερθεί ότι οι ανειδίκευτοι γιατροί πλησίαζαν το 2006 τις 22.000, δηλαδή αντιστοιχούσαν στο 36,6% (Πίνακας 3.6).

Πίνακας 3.6 Γιατροί ανά ειδικότητα για το έτος 2006

Ειδικότητα	
Ακτινολόγοι-Ακτινοθεραπευτές	2.051
Αναισθησιολόγοι	1.645
Γαστρεντερολόγοι	578
Γενικής Ιατρικής	1.540
Δερματολόγοι-Αφροδισιολόγοι	952
Ενδοκρινολόγοι	461
Ιατροδικαστές	52
Καρδιολόγοι	2.567
Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι	2.564
Μικροβιολόγοι-Αιματολόγοι	3.690
Νευρολόγοι-Ψυχίατροι	2.256
Νευροχειρουργοί-Πλαστικής Χειρουργικής	557
Νεφρολόγοι	400
Ορθοπαιδικοί	1.893
Ουρολόγοι	854
Οφθαλμίατροι	1.754
Παθολογοανατόμοι-Κυτταρολόγοι	781
Παθολόγοι	4.195
Παιδίατροι	3.095
Πυρηνικής Ιατρικής	221
Ρευματολόγοι	268
Φυματιολόγοι-Πνευμονολόγοι	1.162
Χειρουργοί	2.056
Χειρουργοί Θώρακα	296
Χειρουργοί Παιδών	170
Ωτορινολαρυγγολόγοι	1.089
Χωρίς Ειδικότητα	21.808
Λοιπών Ειδικοτήτων	696
Οδοντίατροι	14.180
Σύνολο	59.571

Πηγή: ΕΣΥΕ, 2006

Στον Πίνακα 3.7 παρουσιάζεται η κατανομή των θεραπευτηρίων, των κλινών, των γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού ανά γεωγραφικό διαμέρισμα. Μεγαλύτερη συγκέντρωση παρατηρείται στην περιφέρεια της πρωτεύουσας.

Πίνακας 3.7 Κατανομή θεραπευτηρίων, κλινών, ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού ανά γεωγραφικό διαμέρισμα

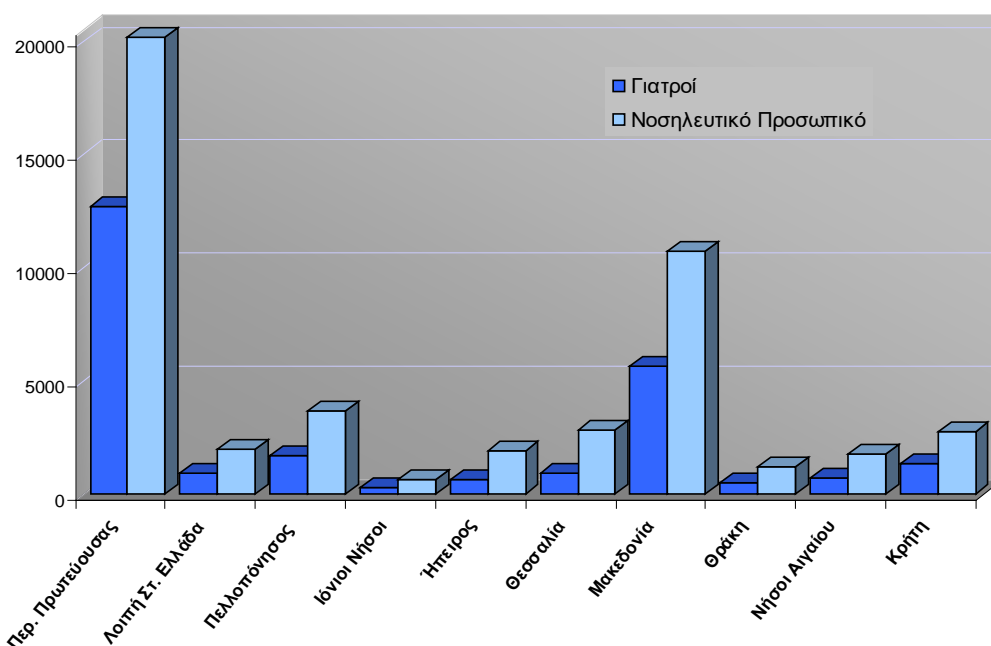
	Θεραπευτήρια	Κλίνες	Γιατροί	Νοσηλευτικό Προσωπικό
Περιφέρεια Πρωτεύουσας	103	2.2615	12.719	20.224
Λοιπή Στερεά Ελλάδα	25	2.335	929	1.993
Πελοπόννησος	29	3.578	1.685	3.667
Ιόνιοι Νήσοι	7	978	303	673
Ήπειρος	7	1.670	644	1.941
Θεσσαλία	37	3.931	944	2.860
Μακεδονία	67	12.390	5.646	10.712
Θράκη	8	1.242	538	1.205
Νήσοι Αιγαίου	16	2.121	720	1.768
Κρήτη	18	2.841	1.367	2.793
Σύνολο	317	53.701	25.495	47.836

Πηγή: ΕΣΥΕ, 2006

Στην περιφέρεια της Αθήνας βρίσκεται το 42,28% του συνολικού νοσηλευτικού προσωπικού των νοσοκομείων και το 49,89% των νοσοκομειακών γιατρών. Το μικρότερο ποσοστό εμφανίζεται στις Ιόνιους Νήσους και είναι αντίστοιχα 1,41% για το νοσηλευτικό προσωπικό και 1,19% για το ιατρικό προσωπικό (Γράφημα 3.6).

Οι παραπάνω παρατηρήσεις υπογραμμίζουν σημαντικές ελλείψεις προσωπικού στην επαρχία και συγκέντρωση στην περιοχή της πρωτεύουσας.

Γράφημα 3.6 Κατανομή νοσοκομειακών γιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού ανά γεωγραφικό διαμέρισμα



Πηγή: ΕΣΥΕ, 2006

3.3 Μισθοδοσία των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα

Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο ΕΣΥ είναι έμμισθοι δημόσιοι υπάλληλοι, πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Οι γιατροί έχουν δυνατότητα επιπλέον αμοιβών κατά πράξη από την άσκηση απογευματινών ιατρειών εντός των νοσοκομείων. Οι ιδιώτες γιατροί, συμβεβλημένοι και μη με την κοινωνική ασφάλιση, αμείβονται κατά πράξη, ενώ ορισμένοι από αυτούς έχουν επιπρόσθετο μισθό (μόνιμοι ή συμβασιούχοι).

Οι μισθοί των επαγγελματιών υγείας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας καθορίζεται σύμφωνα με τον νόμο 3205/2003 ΦΕΚ 297/Α/23.12.2003 που αφορά στις "Μισθολογικές ρυθμίσεις λειτουργών και υπαλλήλων του Δημοσίου, Ν.Π.Δ.Δ. και Ο.Τ.Α., μονίμων στελεχών των Ενόπλων Δυνάμεων και αντιστοίχων της Ελληνικής Αστυνομίας, του Πυροσβεστικού και Λιμενικού Σώματος και άλλες συναφείς διατάξεις".

Ο μισθός των υπαλλήλων καθορίζεται σύμφωνα με την κατηγορία εκπαίδευσης και το μισθολογικό κλιμάκιο που ανήκουν (Πίνακας 3.8). Στον πίνακα 3.7 παρουσιάζεται το μισθολόγιο των δημοσίων υπαλλήλων για το έτος 2007.

Πίνακας 3.8 Μισθολόγιο δημοσίων υπαλλήλων για το 2007

Έτη Υπηρεσίας	Υ.Ε. 2007	Δ.Ε. 2007	Τ.Ε. 2007	Π.Ε. 2007
0	651	762	853	892
1	679	794	890	930
3	707	827	926	969
5	734	860	963	100
7	763	893	1000	1045
9	791	925	1036	1084
11	819	958	1073	1122
13	847	991	1110	1160
15	875	1024	1146	1199
17	903	1057	1183	1237
19	931	1089	1220	1275
21	959	1122	1256	1314
23	987	1115	1293	1352
25	1015	1188	1330	1391
27	1043	1220	1366	1429
29	1071	1253	1403	1467
31	1099	1286	1440	1506
33	1127	1319	1476	1544

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008

Τα επιδόματα που ισχύουν είναι τα εξής:

- Επίδομα μεταπτυχιακών σπουδών: για κατόχους διδακτορικού 75 ευρώ και για κατόχους μεταπτυχιακού διπλώματος ετήσιας φοίτησης 45 ευρώ. Το παραπάνω επίδομα για κατόχους τίτλων αλλοδαπών ιδρυμάτων χορηγείται μετά την αναγνώριση της ισοτιμίας τους με τα αντίστοιχα ιδρύματα της ημεδαπής. Το επίδομα μεταπτυχιακών σπουδών χορηγείται μόνο στη περίπτωση που το αντικείμενο των μεταπτυχιακών σπουδών είναι συναφές με το αντικείμενο απασχόλησης του υπαλλήλου.
- Επίδομα Αποφοίτων Εθνικής Σχολής Δημόσιας Διοίκησης: 40 ευρώ.
- Επίδομα Νοσοκομειακό και Τροφής για το προσωπικό των νοσοκομείων και θεραπευτηρίων της χώρας, του ΕΚΑΒ, των Κέντρων Υγείας και των Κέντρων Ψυχικής Υγείας: 240 ευρώ για το νοσηλευτικό προσωπικό και 210 για το τεχνικό

προσωπικό. Για το προσωπικό που υπηρετεί σε αντικαρκινικά νοσοκομεία, το επίδομα προσαυξάνεται κατά 10 ευρώ.

- Επίδομα ειδικών συνθηκών εργασίας (με ενοποίηση επιδομάτων ανθυγιεινής, επικίνδυνης και ειδικών συνθηκών εργασίας): από 22 έως 53 ευρώ.
- Ειδικό επίδομα ραδιενέργειας για τους υπαλλήλους του Δημόκριτου και της Ελληνικής Επιτροπής Ενέργειας: από 88 έως 264 ευρώ.
- Επίδομα για τους γιατρούς υπηρεσίας υπαίθρου και τους μόνιμους αγροτικούς γιατρούς και προσωπικό: 22 ευρώ ως έξοδα κίνησης, και ετοιμότητας από 22 έως 30 ευρώ. Για υπηρετούντες σε άγονες περιοχές το επίδομα φτάνει στα 440 ευρώ.
- Έξοδα κίνησης και έξοδα ιατρείου για μόνιμους και συμβασιούχους γιατρούς του ΙΚΑ: 34 και 92 ευρώ αντιστοίχως.
- Επίδομα Θέσης Ευθύνης:
 1. Για τους προϊσταμένους Διευθύνσεων Διοίκησης: 130 ευρώ.
 2. Για τους προϊσταμένους Υποδιευθύνσεων Διοίκησης και επιθεωρητές: 70 ευρώ.
 3. Για τους προϊσταμένους τμημάτων διοίκησης: 65 ευρώ.

4. ΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΕΘΝΩΣ

4.1 Η παγκόσμια κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού των υπηρεσιών υγείας

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί την «πιο σημαντική εισροή ενός συστήματος υγείας» (*World Health Report, 2000*). Παρόλη όμως τη σημαντικότητά του όσον αφορά τη λειτουργικότητα ενός συστήματος υγείας, υπάρχει μεγάλη ανομοιογένεια μεταξύ χωρών στην ανάπτυξη και εφαρμογή στρατηγικών και πολιτικών για το ανθρώπινο δυναμικό (*Gupta et al., 2003*). Αυτό αντικατοπτρίζεται, μεταξύ άλλων, και στις αποκλίσεις που παρουσιάζονται στους αριθμούς των επαγγελματιών υγείας ανά κάτοικο.

Η σύγκριση του μεγέθους του ανθρώπινου δυναμικού ενός συστήματος υγείας, καθώς και της σύστασής του με τα διεθνή δεδομένα απεικονίζει το πλεόνασμα ή τα ελλείμματα σε προσωπικό στους διάφορους κλάδους. Στο κεφάλαιο αυτό θα επιχειρηθεί η σύγκριση των επαγγελματιών υγείας- κυρίως των γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού -της Ελλάδας με χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του ΟΟΣΑ. Επίσης, θα επιχειρηθεί μια καταγραφή των μισθών των επαγγελματιών υγείας σε επιλεγμένες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Με βάση τα παγκόσμια δεδομένα που συγκέντρωσε το 2006 το Τμήμα Ανθρώπινου Δυναμικού για την Υγεία του ΠΟΥ, εκτιμάται ότι οι επαγγελματίες υγείας αριθμούν περίπου στα 59,2 εκατομμύρια (Πίνακας 4.1). Σε αυτούς συμπεριλαμβάνονται επαγγελματίες παροχής υπηρεσιών υγείας (39,5 εκατομμύρια), είτε αυτοί δουλεύουν στο χώρο της υγείας, είτε όχι, και διοικητικό και υποστηρικτικό προσωπικό που εργάζεται στο χώρο της υγείας (19,7 εκατομμύρια). Αντιστοιχεί, δηλαδή, περίπου ένας διοικητικός και υποστηρικτικός επαγγελματίας ανά δύο προμηθευτές υπηρεσιών υγείας. Η αναλογία είναι χαμηλότερη στην περιοχή της Αφρικής (περίπου 206 διοικητικοί και υποστηρικτικοί υπάλληλοι για 1000 προμηθευτές υγείας) και υψηλότερη για την Δυτική περιοχή του Ειρηνικού (περίπου 745 για 1000). Για την περιοχή της Ανατολικής Μεσογείου και της Νοτιοανατολικής Ασίας, η αναλογία είναι περίπου ένας διοικητικός

και υποστηρικτικός υπάλληλος ανά 2,1 με 2,2 προμηθευτές υπηρεσιών υγείας (WHO, 2006).

Σύμφωνα με τους συγγραφείς, για ορισμένες χώρες τα στοιχεία δεν προέρχονται από επίσημες καταγραφές και τα στοιχεία για τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας που δραστηριοποιούνται στον ιδιωτικό τομέα, συχνά δεν είναι ολοκληρωμένα. Επίσης, ο αριθμός για το διοικητικό και υποστηρικτικό δυναμικό, για τις χώρες τις οποίες δεν είχαν στοιχεία για τους επαγγελματίες αυτούς υπολογίστηκε με βάση τον μέσο όρο της περιοχής του WHO στην οποία ανήκουν.

Πίνακας 4.1 Εκτιμώμενος αριθμός των επαγγελματιών υγείας στις περιοχές του WHO το 2004

	Περιοχές του WHO (τιμές σε εκατομμύρια)						WHO
	AFRO	AMRO	EMRO	EURO	SEARO	WPRO	
Επαγγελματίες παροχής υπηρεσιών υγείας	1,36	1,58	4,73	7,81	11,5	12,46	39,44
Επαγγελματίες διοίκησης και υποστήριξης	0,28	0,52	2,3	2,26	5,09	9,28	19,73
Συνολικό Ανθρώπινο Δυναμικό Υγείας	1,64	2,1	7,03	10,07	16,59	21,74	59,17
Διοικητικό και υποστηρικτικό προσωπικό ανά 1000 προμηθευτές υπηρεσιών υγείας	205,9	329,1	486,3	289,4	441,1	744,8	500,4

Πηγή: Τροποποιημένο από *Department of Human Resources for Health, WHO, 2006*.

AFRO: Περιοχή Αφρικής

EURO: Περιοχή Ευρώπης

AMRO: Περιοχή Αμερικής

SEARO: Περιοχή Νοτιοανατολικής Ασίας

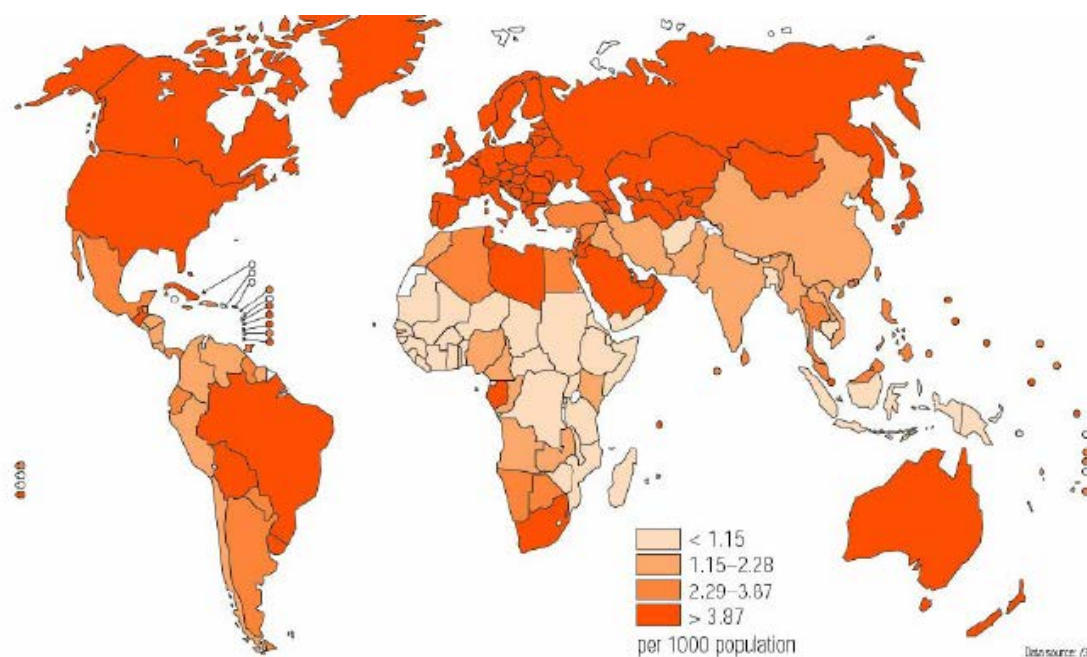
EMRO: Περιοχή Ανατολικής Μεσογείου

WPRO: Περιοχή Δυτικού Ειρηνικού

Στο Διάγραμμα 4.1 παρουσιάζεται η πυκνότητα τριών τύπων επαγγελματιών υγείας -γιατρών, νοσηλευτών και μαιών- για 192 χώρες και μας παρέχει πληροφορίες για την δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με τα στοιχεία της μελέτης, εμφανείς είναι οι γεωγραφικές ανομοιογένειες: 29 από τις 46 χώρες στην περιοχή της Αφρικής έχουν λιγότερους από 12 προμηθευτές υπηρεσιών υγείας ανά 10.000 κατοίκων, και μόλις τέσσερις χώρες (Γκάμπια, Μαυρίκιος, Σεϋχέλλες και Νότια Αφρική) έχουν 39 ή περισσότερους ανά 10.000 κατοίκων.

Οι περιοχές της Ευρώπης, της Βόρειας Ασίας, της Αυστραλίας, της Αλάσκας, του Καναδά, των ΗΠΑ και της Βραζιλία έχουν πάνω 39 επαγγελματίες παροχής υπηρεσιών υγείας ανά 10.000 κατοίκους.

Διάγραμμα 4.2 Πυκνότητα επαγγελματιών υγείας (γιατροί, νοσηλευτές, μαιέες), 2004



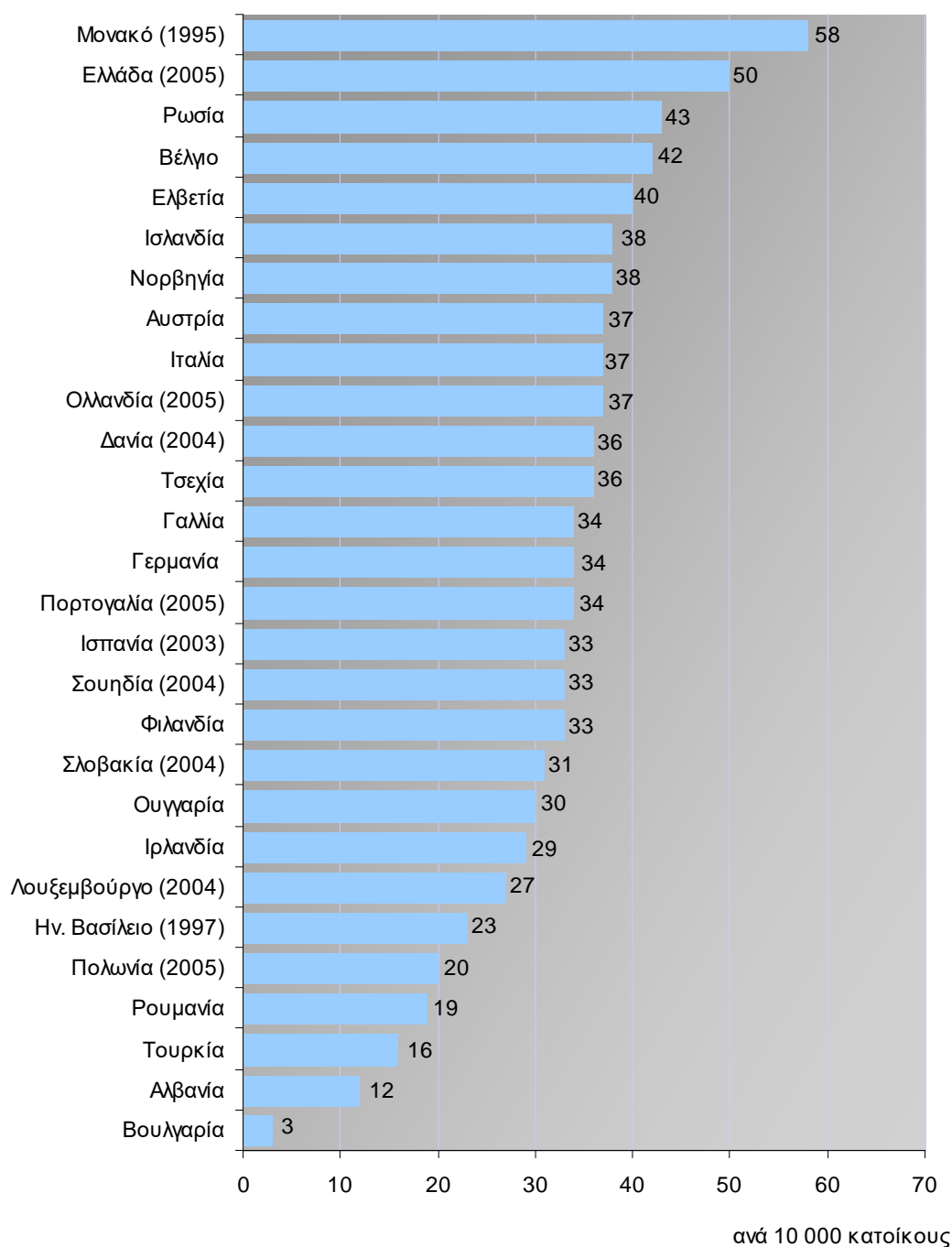
Πηγή: *Department of Human Resources for Health, WHO, 2006.*

Πυκνότητα: Αριθμός επαγγελματιών υγείας/συνολικός πληθυσμός και εκφράζεται ανά 1000 κατοίκους.

4.2 Η διεθνής κατανομή επαγγελματιών παροχής υπηρεσιών υγείας

Τα παρακάτω διαγράμματα δημιουργήθηκαν σύμφωνα με στοιχεία από τη στατιστική βάση δεδομένων του ΠΟΥ (*Core Health Indicators, WHOSIS, 2008*). Η Ελλάδα βρίσκεται πολύ ψηλά στο διάγραμμα 4.2 (50 γιατροί ανά 10.000 κατοίκους το 2005) και είναι δεύτερη μετά το Μονακό (58 γιατροί ανά 10.000 κατοίκους το 1995) όσον αφορά την πυκνότητα των γιατρών στη χώρα. Επίσης, είναι η πρώτη στην αναλογία αυτή μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ και πολύ πιο πάνω από τον μέσο όρο τους που αντιστοιχεί σε 31 γιατρούς ανά πληθυσμό 10.000 κατοίκων (*OECD Health Data, 2008*). Η πιο μικρή πυκνότητα γιατρών εμφανίζεται στη Βουλγαρία όπου αντιστοιχούν 3 γιατροί ανά 10.000 κατοίκους.

Διάγραμμα 4.2 Ιατροί ανά 10.000 κατοίκους για το 2006 (ή το τελευταίο διαθέσιμο έτος)



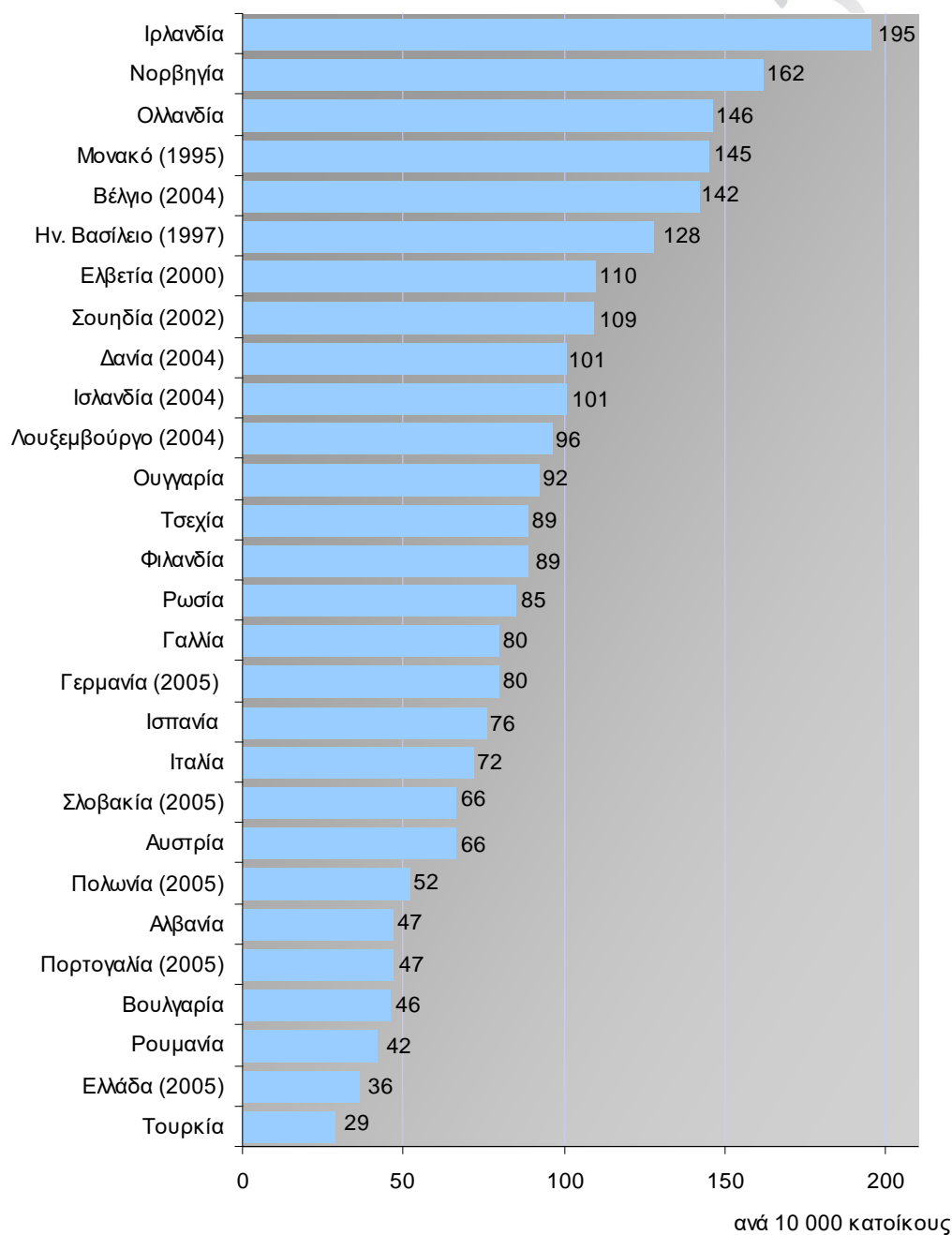
Πηγή: *World Health Statistics, WHO, 2008.*

Ιατροί: *Αφορά γενικούς ιατρούς και γιατρούς με ειδικευση.*

Αντιθέτως, η αναλογία των νοσηλευτών και των μαιών ανά 10.000 κατοίκους είναι χαμηλή (Διάγραμμα 4.3). Μόλις 36 αντιστοιχούν σε 10.000 κατοίκους (2005). Μετά την Ελλάδα και τελευταία στην κατάταξη βρίσκεται η Τουρκία με 29 νοσηλευτές ανά 10.000 κατοίκους. Η χώρα με την υψηλότερη αναλογία είναι η Ιρλανδία με 195

νοσηλευτές ανά 10.000 κατοίκους. Ο μέσος όρος των νοσηλευτών στις χώρες του ΟΟΣΑ (OECD Health Data, 2008), -χωρίς σε αυτούς να συνυπολογίζεται ο αριθμός των μαιών-αντιστοιχεί σε 97 νοσηλευτές ανά 10.000 κατοίκους. Η Ελλάδα βρίσκεται σε πολύ χαμηλότερα επίπεδα με μόλις 33 νοσηλευτές ανά 10.000 κατοίκους.

Διάγραμμα 4.3 Νοσηλευτικό προσωπικό και μαιές ανά 10.000 κατοίκους για το 2006 (ή το τελευταίο διαθέσιμο έτος)

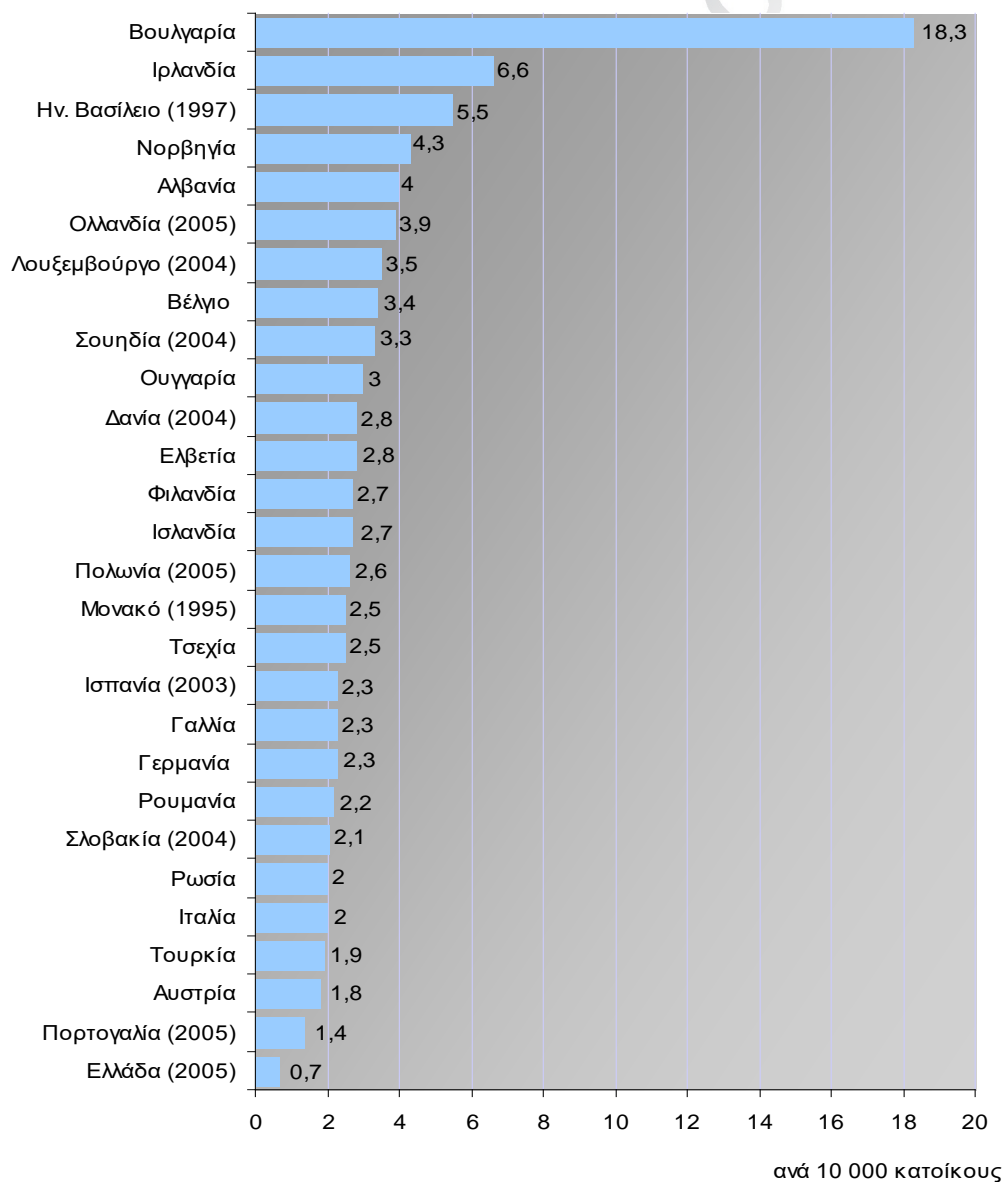


Πηγή: World Health Statistics, WHO, 2008.

Ως αποτέλεσμα, η αναλογία των νοσηλευτών και των μαιών προς τους γιατρούς είναι πάρα πολύ χαμηλή για την Ελλάδα (μόλις 0,7 για το 2005) και πολύ υψηλή για τη Βουλγαρία (18,3 για το 2006).

Ο μέσος όρος των χωρών που παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 4.4, αντιστοιχεί σε 3,4 νοσηλευτές και μαιές ανά γιατρό, ενώ αν δεν συμπεριληφθεί η Βουλγαρία, λόγω της εξαιρετικά υψηλής τιμής που παρουσιάζει, ο μέσος όρος αντιστοιχεί σε 2,8 νοσηλευτές και μαιές ανά γιατρό.

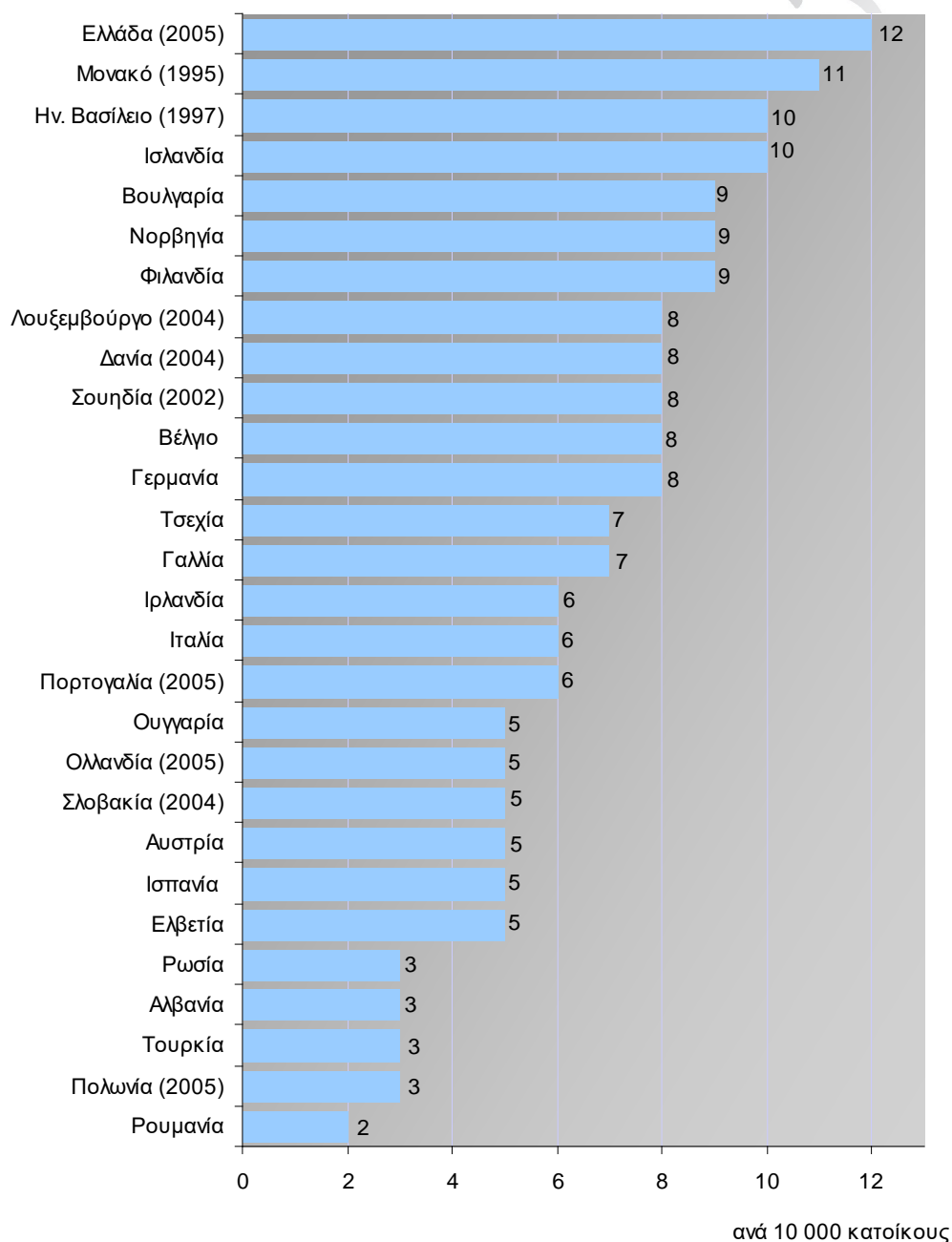
Διάγραμμα 4.4 Αναλογία νοσηλευτών και μαιών προς γιατρούς για το 2006 (ή το τελευταίο διαθέσιμο έτος)



Πηγή: World Health Statistics, WHO, 2008.

Όσον αφορά το προσωπικό οδοντιατρικής περίθαλψης (Διάγραμμα 4.5), η Ελλάδα βρίσκεται πρώτη σε αναλογία (12 επαγγελματίες οδοντιατρικής περίθαλψης το 2005), ακολουθούμενη από το Μονακό (11 επαγγελματίες το 1995). Τελευταία στην κατάταξη βρίσκεται η Ρουμανία (2 επαγγελματίες το 2006).

Διάγραμμα 4.5 Προσωπικό οδοντιατρικής περίθαλψης ανά 10.000 κατοίκους για το 2006 (ή το τελευταίο διαθέσιμο έτος)

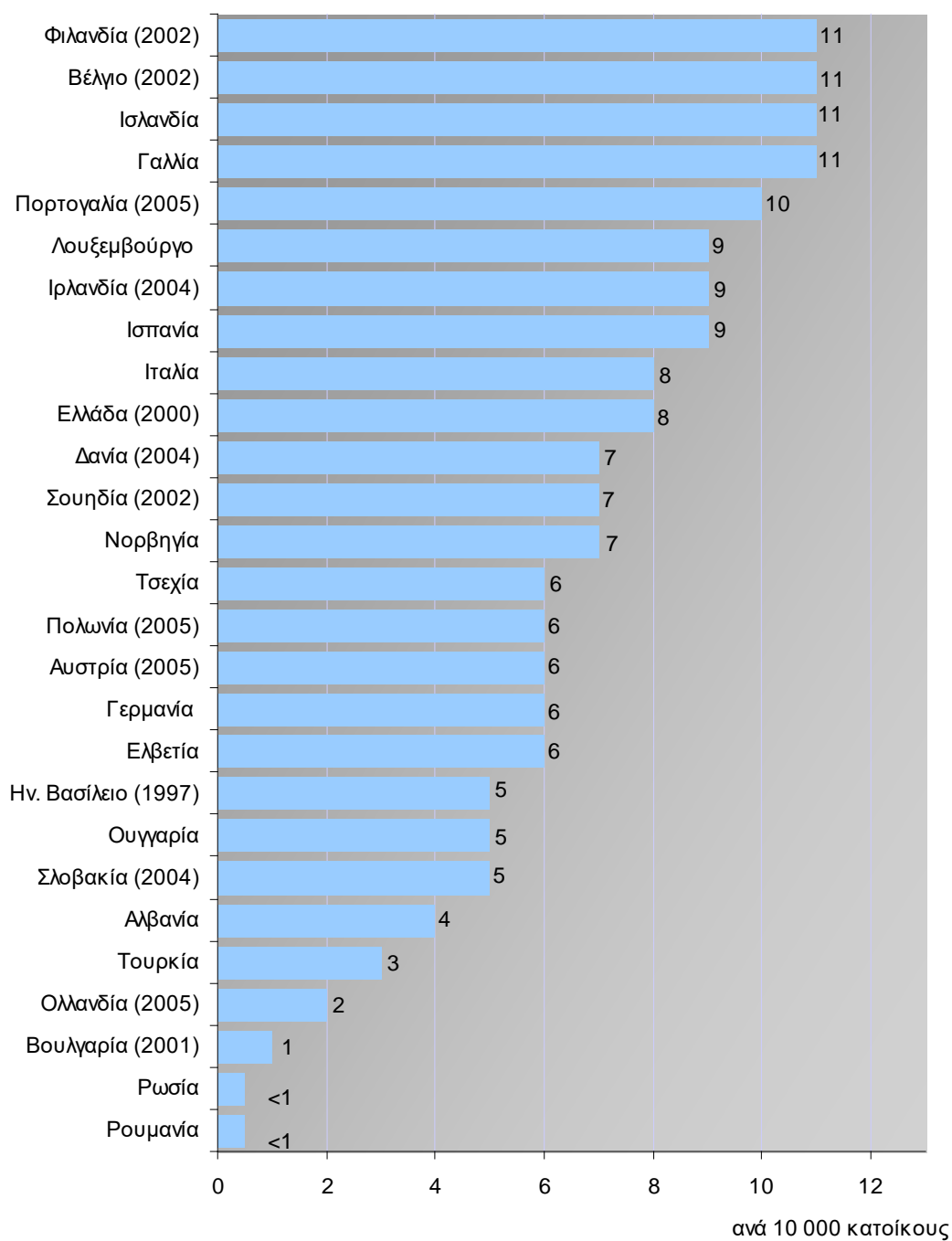


Πηγή: *World Health Statistics, WHO, 2008.*

Προσωπικό οδοντιατρικής περίθαλψης: Περιλαμβάνονται οδοντίατροι, βοηθοί οδοντιάτρων, οδοντοτεχνίτες και άλλα συναφή επαγγέλματα.

Το προσωπικό φαρμακείου αριθμεί 8 επαγγελματίες ανά 10.000 κατοίκους για την Ελλάδα (2000), μια μονάδα πιο πάνω από τον μέσο όρο των χωρών που παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 4.6.

Διάγραμμα 4.6 Προσωπικό φαρμακείου ανά 10.000 κατοίκους για το 2006 (ή το τελευταίο διαθέσιμο έτος)



Πηγή: *World Health Statistics, WHO, 2008.*

Προσωπικό Φαρμακείου: Περιλαμβάνονται φαρμακοποιοί, βοηθοί φαρμακοποιών και άλλα συναφή επαγγέλματα.

4.3 Αμοιβές γιατρών και νοσηλευτών σε χώρες του ΟΟΣΑ

Οι αμοιβές των επαγγελματιών υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντικές για τη διαμόρφωση των συνολικών δαπανών για την υγεία. Η σύγκρισή των αμοιβών, εκτός από τις σημαντικές πληροφορίες που παρέχουν για τις δαπάνες για την υγεία, βοηθούν στην κατανόηση σε θέματα μετανάστευσης των επαγγελματιών υγείας μεταξύ των χωρών.

Οι κύριες μέθοδοι πληρωμής των γιατρών είναι οι πληρωμές κατά πράξη και κατά κεφαλήν και ο μηνιαίος μισθός. Υπάρχει μεγάλη ποικιλομορφία μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, όσον αφορά στον τρόπο πληρωμής των γιατρών³. Ορισμένες χώρες, οι οποίες χρηματοδοτούν την υγεία μέσω φορολογίας, προσλαμβάνουν γιατρούς στο σύστημα υγείας τους και τους αμείβουν μέσω μηνιαίου μισθού (Ελλάδα, Πορτογαλία, Ισπανία, Σουηδία). Σε χώρες όπως η Αυστραλία, η Δανία, η Νέα Ζηλανδία, η Νορβηγία και η Αγγλία, οι γιατροί είναι αυτοαπασχολούμενοι και πληρώνονται μέσω ενός μικτού συστήματος πληρωμής που περιλαμβάνει πληρωμές κατά κεφαλήν, κατά πράξη και μισθού. Σε συστήματα βασισμένα στην κοινωνική ασφάλιση (Αυστρία, Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ελβετία και ΗΠΑ), οι γιατροί είναι ιδιώτες συμβεβλημένοι, οι οποίοι συνήθως αμείβονται κατά πράξη. Γενικότερα, ισχύει ότι οι ειδικοί ιατροί οι οποίοι εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία πληρώνονται με μισθό, ενώ στον ιδιωτικό τομέα πληρώνονται κατά πράξη. Οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας πληρώνονται με μισθό, ο οποίος διαμορφώνεται ανάλογα με την εκπαίδευση που έχουν ακολουθήσει, την θέση τους στην ιεραρχία, τα χρόνια προϋπηρεσίας τους και των επιδομάτων που δικαιούνται (*Simoens and Hurst, 2006, Τούντας, 2002*).

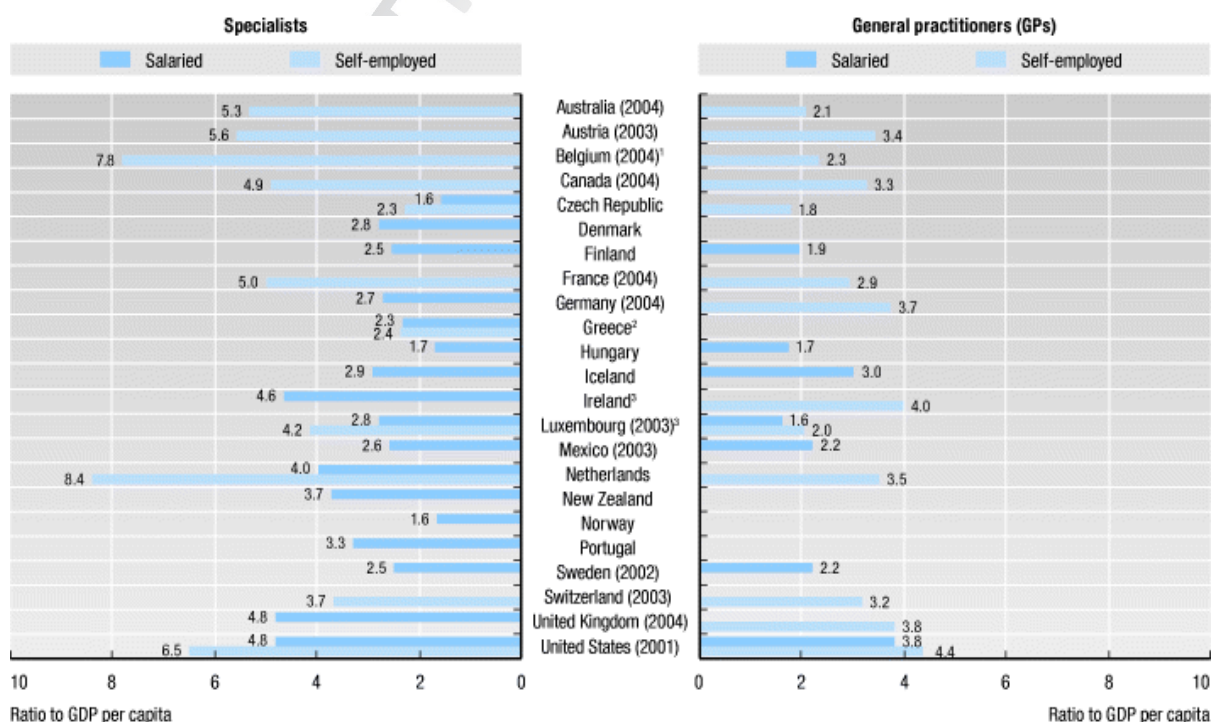
Τα δεδομένα που παρουσιάζονται παρακάτω προέρχονται από την έκδοση του ΟΟΣΑ «Υγεία με μια ματιά: Δείκτες του ΟΟΣΑ- Έκδοση 2007». Στο Διάγραμμα 4.7 παρουσιάζονται οι αμοιβές τόσο των ειδικευμένων ιατρών όσο και των γενικών (ταξινομούνται σε μισθωτούς και απασχολούμενους). Συγκρινόμενο με το εθνικό εισόδημα, το εισόδημα των γιατρών ποικίλει από χώρα σε χώρα. Στο αριστερό μέρος του διαγράμματος παρουσιάζονται οι αμοιβές των ειδικευμένων ιατρών και στο δεξί οι αμοιβές των γενικών ιατρών.

³ Στο Παράρτημα 2 παρατίθενται τρόποι πληρωμής γιατρών στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα υγείας, σε διάφορες χώρες

Το εισόδημα των αυτοαπασχολούμενων ειδικευμένων γιατρών κυμαίνεται από 2,3 σε 8,4 φορές το κατά κεφαλήν ΑΕΠ και είναι σχετικά υψηλό στην Ολλανδία (8,4), στο Βέλγιο (7,8) και στις ΗΠΑ (6,5) και χαμηλό στην Δημοκρατία της Τσεχίας. Το εισόδημα των μισθωτών ιατρών είναι χαμηλότερο σε σύγκριση με αυτό των αυτοαπασχολούμενων και παρουσιάζεται υψηλότερο στις ΗΠΑ (4,8) και στην Αγγλία (4,8). Στην Ελλάδα το εισόδημα των μισθωτών ειδικευμένων γιατρών αντιστοιχεί σε 2,3 του κατά κεφαλήν ΑΕΠ και των αυτοαπασχολούμενων στο 2,4 του κατά κεφαλήν ΑΕΠ. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι παρόλο που οι μισθωτοί ειδικομένοι ιατροί εργάζονται και ως ιδιώτες τις περισσότερες φορές, τα παραπάνω δεδομένα δεν περιέχουν τα πρόσθετα εισοδήματα που αποκτούν.

Το εισόδημα των γενικών ιατρών κυμαίνεται από 1,7 φορές του κατά κεφαλήν ΑΕΠ για την Ουγγαρία που αφορά στους μισθωτούς, μέχρι 4,4 φορές του κατά κεφαλήν ΑΕΠ για τις ΗΠΑ που αφορά στους αυτοαπασχολούμενους. Για την Ελλάδα δεν υπάρχουν στοιχεία, ίσως επειδή είναι νέα ειδικότητα με μικρό ποσοστό στο σύνολο των ειδικοτήτων. Σε περίπου όλες τις χώρες οι αμοιβές των γενικών ιατρών είναι μικρότερο των ειδικευμένων. Μόνο στην Ισλανδία εμφανίζεται κατά 0,1 μονάδα μεγαλύτερο.

Διάγραμμα 4.7 Αμοιβές των ιατρών σε σχέση με το κατά κεφαλήν ΑΕΠ για το 2005 (ή το τελευταίο διαθέσιμο έτος)

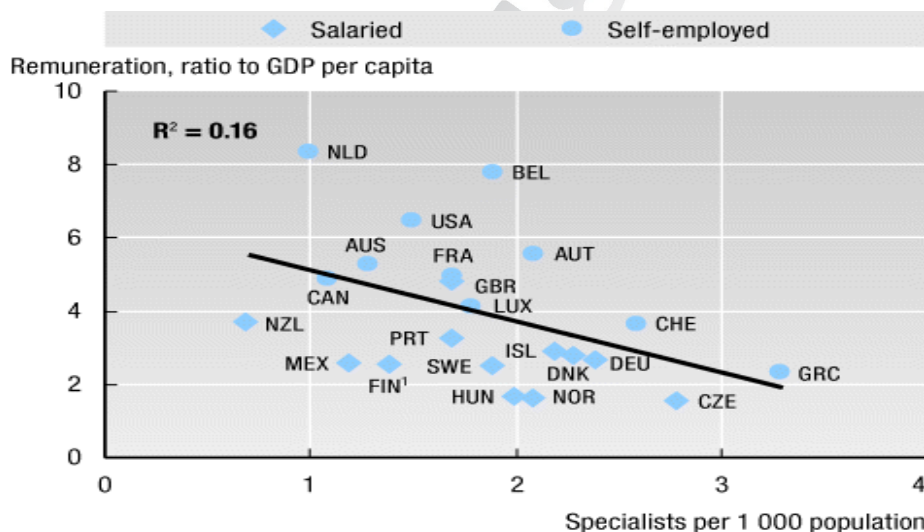


Πηγή: *Health at a Glance 2007: OECD indicators, 2007.*

Σε γενικές γραμμές και στην πλειοψηφία των χωρών συγκεκριμένες κατηγορίες επαγγελματιών υγείας με χαμηλή πυκνότητα τείνουν να έχουν υψηλότερο εισόδημα.

Στο Διάγραμμα 4.8 παρουσιάζεται η παραπάνω συσχέτιση, η οποία αφορά τους γιατρούς που έχουν ειδικευτεί. Για ένα συγκεκριμένο μέγεθος ειδικευμένων γιατρών κατά κεφαλήν, οι αμοιβές των μισθωτών τείνουν, να είναι χαμηλότερες των αμοιβών των αυτοαπασχολούμενων. Επίσης, για μια συγκεκριμένη αναλογία ειδικευμένων ιατρών ανά 1.000 άτομα, οι αμοιβές έχουν μεγάλες αποκλίσεις μεταξύ των χωρών. Για αυτόν τον λόγο, οι αποκλίσεις στις σχετικές αμοιβές δεν μπορούν να εξηγηθούν αποκλειστικά από τον αριθμό των επαγγελματιών, αλλά επηρεάζονται και από άλλους παράγοντες.

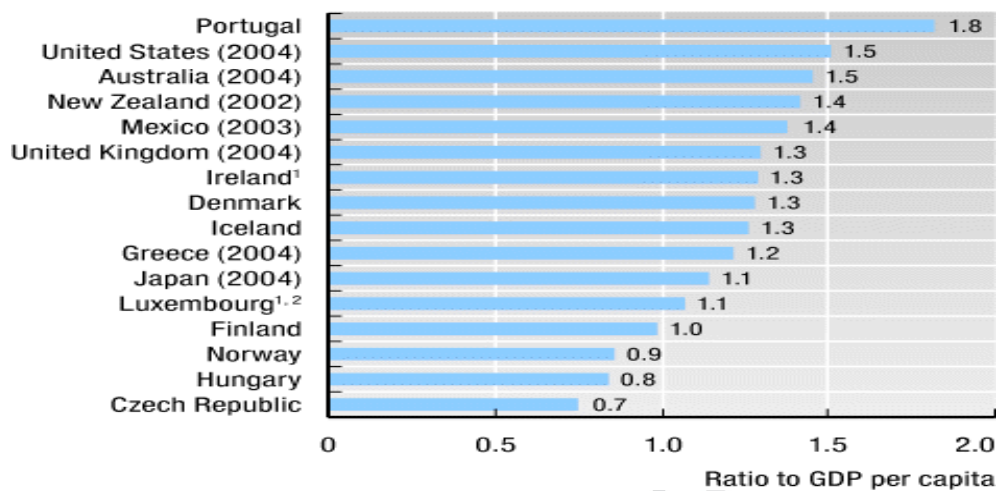
Διάγραμμα 4.8 Σχετικές αμοιβές ειδικευμένων ιατρών και πυκνότητα των ειδικευμένων ιατρών για το 2005 (ή το τελευταίο διαθέσιμο έτος)



Πηγή: *Health at a Glance 2007: OECD indicators, 2007.*

Τα στοιχεία για τις αμοιβές των νοσηλευτών (Διάγραμμα 4.9) είναι διαθέσιμα μόνο για τους μισθωτούς νοσηλευτές των θεραπευτηρίων. Το μέσο σχετικό εισόδημα των νοσοκομειακών νοσηλευτών, βάσει των δεδομένων από 16 χώρες, υπολογίζεται περίπου στο 1,2 του κατά κεφαλήν ΑΕΠ. Οι μεγαλύτερες αμοιβές παρουσιάζονται στην Πορτογαλία (1,8) και ακολουθούν οι ΗΠΑ (1,5) και η Αυστραλία (1,5). Οι αμοιβές των νοσοκομειακών νοσηλευτών είναι χαμηλότερες από το μέσο ΑΕΠ στην Δημοκρατία της Τσεχίας (0,7), την Ουγγαρία (0,8) και την Νορβηγία (0,9). Η Ελλάδα το εισόδημα των νοσηλευτών αντιστοιχεί στο 1,2 του ΑΕΠ.

Διάγραμμα 4.9 Αμοιβές των νοσοκομειακών νοσηλευτών σε σχέση με το κατά κεφαλήν ΑΕΠ για το 2005 (ή το τελευταίο διαθέσιμο έτος)



Πηγή: *Health at a Glance 2007: OECD indicators, 2007.*

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

5. Η ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

5.1 Εισαγωγή

Μεγάλο ενδιαφέρον δημιουργείται κατά τα τελευταία σαράντα και πλέον έτη γύρω από τη μετανάστευση επιστημόνων, «brain drain», όπως συνηθίζεται να λέγεται, από τις υποανάπτυκτες και αναπτυσσόμενες, κυρίως, χώρες προς τις ανεπτυγμένες. Τα τελευταία χρόνια, οι ανησυχίες αυτές συγκεντρώθηκαν γύρω από την μετανάστευση του ιατρικού και ευρύτερα του υγειονομικού δυναμικού (*Pang et al., 2002, Fitzhugh, 2005, WHO fact sheet, 2006, OECD SOPEMI, 2007*).

Πολλές χώρες εφαρμόζουν τακτικές προσέλκυσης γιατρών και νοσηλευτών με σκοπό να «συντηρήσουν» το ανθρώπινο δυναμικό τους και να απαλλαγθούν από το κόστος εκπαίδευσής τους⁴ (*Simoens and Hurst, 2006*). Επιπρόσθετα, η ανοδική τάση της ζήτησης σε επαγγελματίες υγείας ως συνέπεια της δημογραφικής γήρανσης, εντείνει τη μετανάστευση προς τις χώρες αυτές, οι οποίες είναι ανεπτυγμένες (*OECD SOPEMI, 2007*). Αυτό, όμως επιδεινώνει το ήδη υπάρχον πρόβλημα των αναπτυσσόμενων χωρών (το πρόβλημα εντοπίζεται κυρίως στις χώρες της Αφρικής) που αδυνατούν να στελεχώσουν τον τομέα υγείας τους (*Vujicic et al., 2004*).

Το παρόν κεφάλαιο πραγματεύεται τη μετανάστευση των γιατρών και των νοσηλευτών, τους λόγους για τους οποίους συμβαίνει το φαινόμενο αυτό και πως επηρεάζεται η χώρα από την οποία προέρχονται. Τέλος, θα παρουσιαστούν οι δείκτες μετανάστευσης των ειδικοτήτων αυτών για χώρες του ΟΟΣΑ.

5.2 Οι λόγοι που προκαλούν τη μετανάστευση επαγγελματιών υγείας

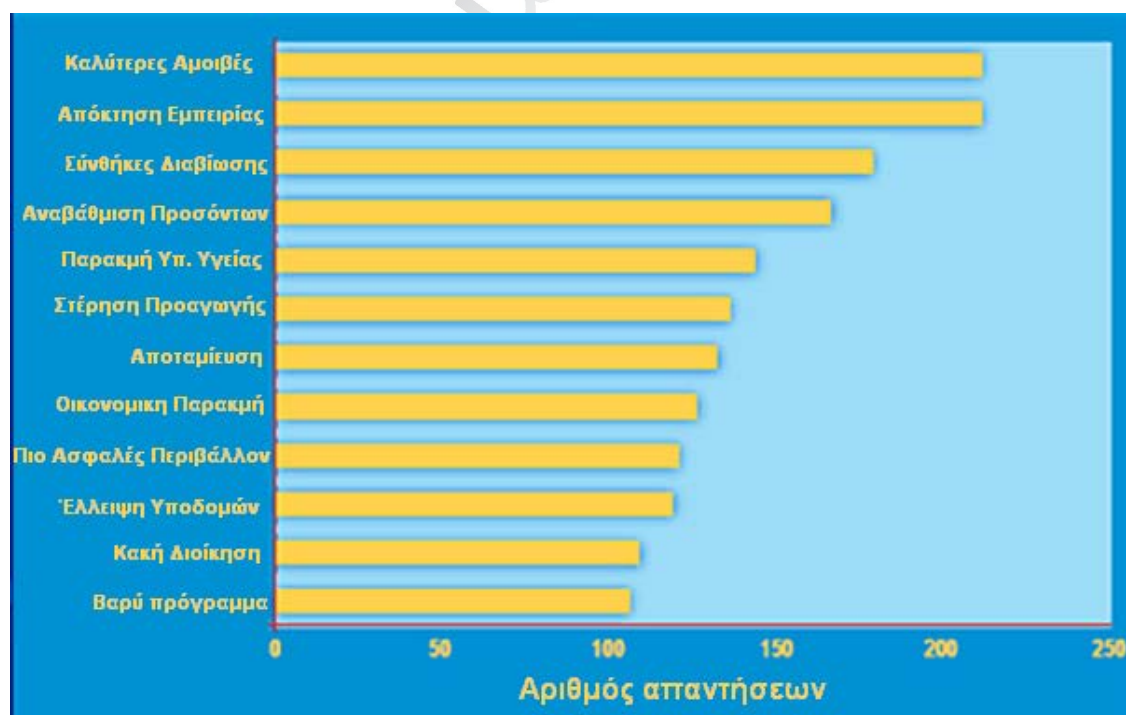
Η επιστημονική μετανάστευση, γενικότερα, διαφοροποιείται από το γενικό κοινωνικό φαινόμενο της μετανάστευσης (*Παπαηλίας, 2001*) στο γεγονός ότι η πρώτη δεν σχετίζεται με οποιοδήποτε τμήμα της κοινωνίας, αλλά με το πλέον ανεπτυγμένο. Θα πρέπει να τονιστεί ότι το φαινόμενο του «brain drain» αφορά σε ολοκληρωμένους

⁴ Μια εκτίμηση του κόστους σχηματισμού ενός ατόμου μέχρι τα 18 έτη για την Ελλάδα βλέπε: Παπαηλίας Θ., *Παραδόσεις Πολιτικής Οικονομίας, Μέρος Α'*, σελ. 294-309, 2006

επιστήμονες, οι οποίοι έχουν εκπαιδευτεί στις χώρες από τις οποίες μεταναστεύουν και όχι για μαθητές, οι οποίοι εκπαιδεύτηκαν στη χώρα προορισμού.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (*WHO fact sheet, 2006*), οι επαγγελματίες υγείας, όπως όλοι οι εργαζόμενοι, τείνουν να καταφεύγουν σε περιοχές στις οποίες διαφαίνεται ένα καλύτερο μέλλον για αυτούς. Στο Διάγραμμα 5.1 παρουσιάζονται επιλεγμένοι λόγοι για τη μετανάστευση επαγγελματιών υγείας από τέσσερις χώρες της Αφρικής: το Καμερούν, την Νότια Αφρική, την Ουγκάντα και τη Ζιμπάμπουε. Οι καλύτερες αμοιβές και η εμπειρία είναι οι κύριοι λόγοι μετανάστευσης από τις χώρες αυτές, και ακολουθούν οι καλύτερες συνθήκες ζωής και η αναβάθμιση των προσόντων, ενώ η κακή διοίκηση και διαχείριση και το βαρύ πρόγραμμα εργασίας τείνουν να επηρεάζουν λιγότερο (*Awases et al., 2004*). Φαίνεται, λοιπόν, ότι το εισόδημα είναι ένα πολύ σημαντικό κίνητρο για μετανάστευση, αλλά όχι το μοναδικό. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι η πολιτική αστάθεια, ο πόλεμος και ο φόβος για τυχόν βίαιες καταστάσεις στο χώρο εργασίας, αποτελούν, επίσης, ισχυρά κίνητρα για μετανάστευση.

Διάγραμμα 5.1 Επιλεγμένοι λόγοι εξ' αιτίας των οποίων μεταναστεύουν οι επαγγελματίες υγείας από τέσσερις χώρες της Αφρικής (Καμερούν, Νότια Αφρική, Ουγκάντα, Ζιμπάμπουε)



Πηγή: *Awases et al., 2004*.

Η μετανάστευση πραγματοποιείται, πολλές φορές, σταδιακά. Υπάρχει αρχικά μια κίνηση από τις φτωχότερες περιοχές στις μεγάλες και πλούσιες πόλεις μέσα στα σύνορα της χώρας (Παπαηλίας, 2000) και έπειτα σε χώρες που προσφέρουν υψηλό εισόδημα. Σε ορισμένες χώρες υπάρχει μια κινητικότητα από τον δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα, ιδιαίτερα εφόσον υπάρχουν αξιοσημείωτες διαφορές στην αμοιβή. Η παγκοσμιοποίηση, έχει επιδράσει θετικά στη μετανάστευση. Η βελτίωση του επιπέδου ζωής στις ανεπτυγμένες χώρες οδήγησε στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής και οδήγησε ορισμένες χώρες σε αυξημένη ζήτηση για επαγγελματίες υγείας και παροχή υπηρεσιών υγείας στον γηρασμένο πληθυσμό.

Σε αναπτυσσόμενες χώρες με καλό σύστημα ιατρικής εκπαίδευσης, όπως τα Φίτζι, η Τζαμάικα, ο Μαυρίκιος και οι Φιλιππίνες, ένα σημαντικό μέρος φοιτητών (ιδιαίτερα φοιτητών νοσηλευτικής), ξεκινούν την εκπαίδευσή τους με σκοπό να μεταναστεύσουν ώστε να έχουν καλύτερες απολαβές. Ορισμένες, για παράδειγμα οι Φιλιππίνες, επενδύουν στην αυξανόμενη ζήτηση για επαγγελματίες από άλλες χώρες με σκοπό να «παράγουν» αποφοίτους που προορίζονται για διεθνή «εξαγωγή» (*WHO fact sheet, 2006*).

Οι χώρες από τις οποίες προέρχονται οι επαγγελματίες υγείας έχουν διπλή απώλεια. Χάνουν επενδυμένα κεφάλαια, τόσο οικονομικά, όσο και ανθρώπινα. Ενώ χρηματοδότησαν την εκπαίδευσή των επαγγελματιών υγείας, έγιναν απρόθυμοι δωρητές στις χώρες προορισμού των μεταναστών. Όταν όμως το σύστημα υγείας των χωρών αυτών είναι εύθραυστο όσον αφορά την επάρκεια του ανθρώπινου δυναμικού, θα μπορούσε να πληγεί σοβαρότατα από τη «διαρροή» των επαγγελματιών υγείας (*WHO fact sheet, 2006*).

Η μετανάστευση των επαγγελματιών υγείας έχει και θετικά αποτελέσματα. Οι μετανάστες κάθε χρόνο στέλνουν εμβάσματα στους συγγενείς τους στις αναπτυσσόμενες χώρες. Επίσης, εφόσον οι μετανάστες επαγγελματίες υγείας επιστρέψουν στις χώρες τους έχουν πλέον εμπειρία και σημαντική αναβάθμιση των ικανοτήτων τους.

5.3 Μετανάστευση γιατρών και νοσηλευτών από και προς τις χώρες του ΟΟΣΑ

Εκτιμάται ότι το 2000 στις χώρες του ΟΟΣΑ και της Ευρωπαϊκής Ένωσης υπήρχαν 160.761 μετανάστες γιατροί και 249.899 μετανάστες νοσηλευτές. Τα παρακάτω δεδομένα αφορούν στους γιατρούς και στους νοσηλευτές, οι οποίοι εργάζονται σε διαφορετική χώρα από αυτήν της γέννησής τους. Οι χώρες που εφαρμόζουν τακτικές προσέλκυσης γιατρών και νοσηλευτών και δέχονται τους περισσότερους μετανάστες γιατρούς και νοσηλευτές είναι κυρίως οι ΗΠΑ, η Μεγάλη Βρετανία, η Γερμανία, ο Καναδάς, η Αυστραλία και η Γαλλία (*OECD SOPEMI, 2007*). Η Μεγάλη Βρετανία έχει περισσότερους μετανάστες γιατρούς και νοσηλευτές από τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι μετανάστες γιατροί αντιστοιχούν στο 30,9% του συνόλου των ιατρών της χώρας (*Martin et al., 2004, Garcia-Perez et al., 2007*).

Πίνακας 5.1 Αριθμός μεταναστών γιατρών και νοσηλευτών σε χώρες του ΟΟΣΑ, 2000

	Μετανάστες γιατροί	Μετανάστες νοσηλευτές
ΗΠΑ	196.815	336.183
Μ. Βρετανία	49.780	81.623
Γερμανία	28.494	74.990
Καναδάς	22.860	48.880
Αυστραλία	20.452	46.750
Γαλλία	33.879	23.308
Ολλανδία	7.032	17.780
Ελβετία	6.431	17.636
Σουηδία	6.148	8.710
Βέλγιο	4.629	8.409
Αυστρία	4.400	8.217
Ν. Ζηλανδία	4.215	7.698
Ιρλανδία	2.895	6.204
Ισπανία	9.433	5.638
Πορτογαλία	4.552	5.077
Νορβηγία	2.117	4.281
Ελλάδα	1.181	3.883
Δανία	1.629	2.320
Ουγγαρία	2.724	1.538
Πολωνία	3.144	1.074
Λουξεμβούργο	266	658
Φινλανδία	575	470
ΕΕ25-ΟΟΣΑ	160.761	249.899

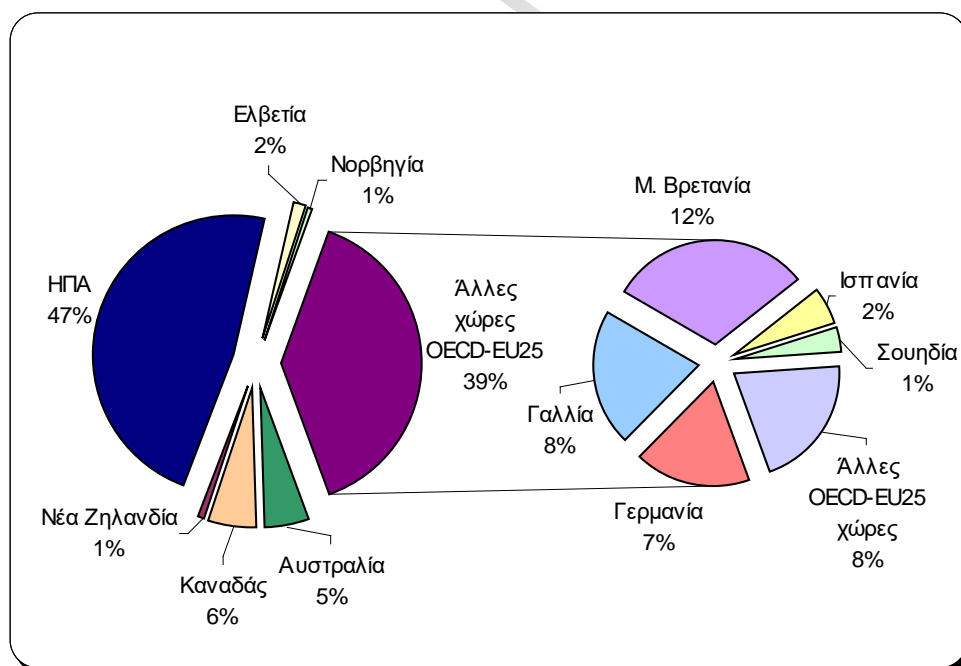
Πηγή: *OECD SOPEMI, 2007*

OECD-EU25: δεν συμπεριλαμβάνεται η Τουρκία.

Οι μετανάστες νοσηλευτές στην Ελλάδα αντιστοιχούν περίπου στο 8% του συνόλου των νοσηλευτών της χώρας⁵. Σύμφωνα με τα αρχεία του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου για το έτος 2005, το σύνολο των ιατρών μελών του είναι 55.580. Από αυτούς 1.414 είναι μετανάστες ιατροί (2,5% του συνόλου των ιατρών). Ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών έχει εγγεγραμμένα μέλη 22.483 για το 2005, από τους οποίους οι 769 είναι μετανάστες (3,4% του συνόλου των ιατρών της Αθήνας). Παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των μεταναστών ιατρών βρίσκεται στην περιοχή της πρωτεύουσας (Παϊζη και συν., 2007).

Πιο παραστατικά, η κατανομή των μεταναστών γιατρών και νοσηλευτών στις χώρες προορισμού του ΟΟΣΑ παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 5.2 και 5.3 αντίστοιχα. Οι ΗΠΑ είναι ο κύριος αποδέκτης των μεταναστών γιατρών και μεταναστών νοσηλευτών.

Διάγραμμα 5.2 Κατανομή μεταναστών γιατρών ανά χώρα κατοικίας, στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2000

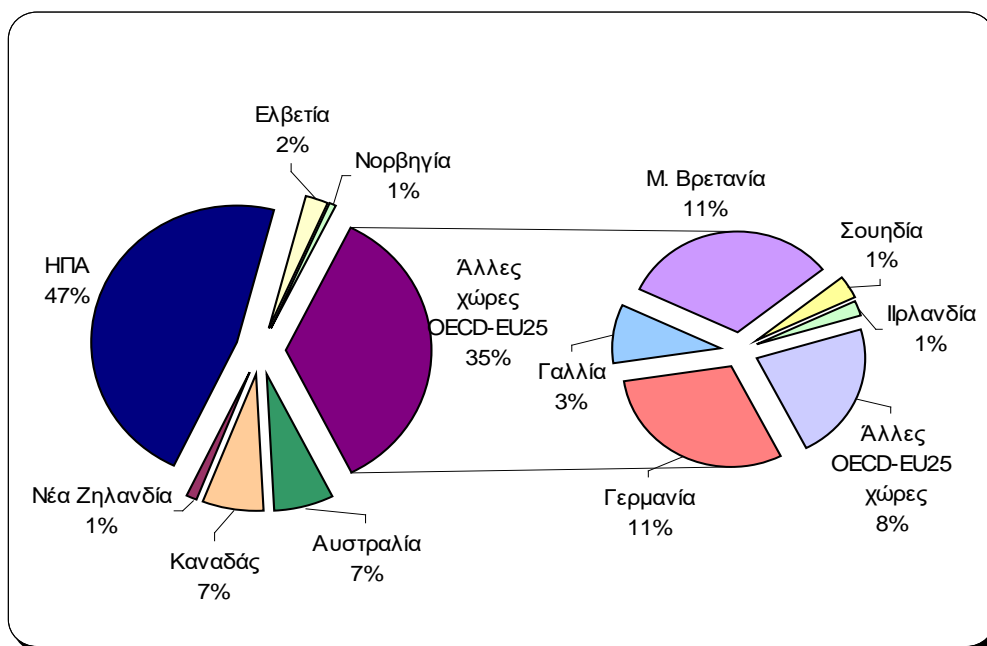


Πηγή: Μεταφρασμένο από *OECD SOPEMI, 2007*

OECD-EU25: όλες οι χώρες που περιλαμβάνονται στον ΟΟΣΑ και την ΕΕ εκτός της Ιταλίας, της Τσεχίας και της Σλοβακίας.

⁵ Ίδιοι υπολογισμοί, ποσοστό: μετανάστες γιατροί (νοσηλευτές)/ σύνολο γιατρών (νοσηλευτών) της χώρας %

Διάγραμμα 5.3 Κατανομή μεταναστών νοσηλευτών ανά χώρα κατοικίας, στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2000



Πηγή: Μεταφρασμένο από *OECD SOPEMI, 2007*

OECD-EU25: όλες οι χώρες που περιλαμβάνονται στον ΟΟΣΑ και την ΕΕ εκτός της Ιταλίας, της Τσεχίας και της Σλοβακίας.

Οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης που έχουν πληγεί περισσότερο από τη μετανάστευση ιατρικού δυναμικού είναι το Λουξεμβούργο (ποσοστό μετανάστευσης: 31,1%), η Μάλτα (26,8%), η Ιρλανδία (26,6%) και η Κύπρος (25,2%) (Πίνακας 5.2). Οι ΗΠΑ έχουν πολύ χαμηλό ποσοστό μετανάστευσης ιατρών (0,4%) και αυτό γιατί όπως ελέγθη είναι η κύρια χώρα «εισαγωγής» ιατρικού, αλλά και νοσηλευτικού δυναμικού. Ορισμένες χώρες (Μοζαμβίκη, Αγκόλα, Φίτζι, Αϊτή) εμφανίζουν ποσοστά πάνω από 50%, γεγονός που πρακτικά σημαίνει ότι πάνω από τους μισούς γιατρούς που εκπαιδεύονται στις χώρες αυτές μεταναστεύουν. Το ποσοστό μετανάστευσης που αφορά τους Έλληνες είναι 5,6% για το 2000 και αντιστοιχεί σε 2.830 μετανάστες γιατρούς (*Dumont et al., 2007*)⁶.

⁶ Στο Παράρτημα 3, παρουσιάζονται τα στοιχεία που αφορούν στη μετανάστευση του ιατρικού δυναμικού για όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, για τις οποίες υπάρχουν στοιχεία.

Πίνακας 5.2 Ποσοστό μετανάστευσης ανά χώρα για το ιατρικό δυναμικό, 2000

	Αριθμός γιατρών που εργάζονται σε χώρες του ΟΟΣΑ	Ποσοστό Μετανάστευσης, % (Expatriation or emigration rate)
E.E.-27		
Λουξεμβούργο	549	31,3
Μάλτα	458	26,8
Ιρλανδία	4.029	26,6
Κύπρος	627	25,2
Αγγλία	17.006	11,3
Ρουμανία	5.182	10,9
Δανία	1.629	9,4
Ουγγαρία	2.538	7,2
Βουλγαρία	1.856	6,2
Γερμανία	17.214	5,8
Φιλανδία	1.018	5,8
Πολωνία	5.821	5,8
Ελλάδα	2.830	5,6
Αυστρία	1.599	5,5
Βέλγιο	2.438	5,0
Σουηδία	1.532	5,0
Ολλανδία	2.412	4,5
Πορτογαλία	792	2,2
Γαλλία	4.131	2,0
Ισπανία	2.687	1,9
Ιταλία	4.386	1,8
Άλλες χώρες		
N. Ζηλανδία	1.904	17,4
Καναδάς	9.946	13,0
Αυστραλία	2.067	4,1
Τουρκία	2.311	2,4
ΗΠΑ	4.354	0,6
Χώρες με υψηλά ποσοστά		
Μοζαμβίκη	935	64,5
Αγκόλα	1.512	63,2
Φίτζι	382	58,5
Αϊτή	2.209	53,1
Τζαμάικα	2.114	48,4
Ζιμπάμπουε	828	28,4
Λίβανος	4.552	28,3
Φιλιππίνες	15.859	26,4

Πηγή: Dumont et al., 2007.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, οι χώρες με τη μεγαλύτερη «εξαγωγή» νοσηλευτικού προσωπικού είναι και πάλι η Ιρλανδία (ποσοστό μετανάστευσης: 24,9%), η Μάλτα (22,0%) και η Κύπρος (19,1%). Οι ΗΠΑ, έχουν πολύ μικρό ποσοστό μετανάστευσης (0,2%), για τους λόγους που αναφέρθηκαν παραπάνω. Η Αϊτή και η Τζαμάικα εμφανίζουν εξαιρετικά μεγάλο ποσοστό μετανάστευσης νοσηλευτών, 94% και 87,7% αντιστοίχως. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, οι Φιλιππίνες έχουν επενδύσει στην

εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας με σκοπό την «εξαγωγή» τους σε χώρες όπου υπάρχει ζήτηση. Το 2000 οι νοσηλευτές από τις Φιλιππίνες, οι οποίοι εργαζόταν στο εξωτερικό ήταν περίπου 111.000. Οι Έλληνες νοσηλευτές που εργαζόταν σε άλλες χώρες του ΟΟΣΑ ήταν μόλις 1.367 (ποσοστό μετανάστευσης: 3,1%)⁷.

Πίνακας 5.3 Ποσοστό μετανάστευσης ανά χώρα για το νοσηλευτικό δυναμικό, 2000

	Αριθμός νοσηλευτών που εργάζονται σε χώρες του ΟΟΣΑ	Ποσοστό Μετανάστευσης, % (Expatriation or emigration rate)
E.E.-27		
Ιρλανδία	20.166	24,9
Μάλτα	649	22,0
Κύπρος	706	19,1
Φιλανδία	5.870	7,3
Βέλγιο	4.125	6,4
Αγγλία	45.638	6,1
Πορτογαλία	2.655	5,7
Ρουμανία	4.440	4,9
Πολωνία	9.153	4,6
Δανία	2.641	4,5
Γερμανία	31.623	3,8
Αυστρία	2.914	3,7
Σουηδία	3.028	3,2
Ελλάδα	1.367	3,1
Ολλανδία	6.798	3,0
Βουλγαρία	789	2,6
Λουξεμβούργο	104	2,4
Ουγγαρία	2.117	2,4
Ιταλία	6.945	2,2
Γαλλία	8.589	1,9
Ισπανία	3.527	1,1
Άλλες χώρες		
N. Ζηλανδία	7.564	19,5
Καναδάς	24.620	7,4
Τουρκία	3.565	2,9
Αυστραλία	4.620	2,6
ΗΠΑ	6.022	0,2
Χώρες με υψηλά ποσοστά		
Αϊτή	13.001	94,0
Τζαμάικα	31.186	87,7
Φίτζι	2.025	56,2
Φιλιππίνες	110.774	46,5
Ζιμπάμουε	3.619	27,9
Λίβανος	1.400	25,2
Μοζαμβίκη	779	16,5

Πηγή: Dumont et al., 2007.

⁷ Στο Παράρτημα 4, παρουσιάζονται τα στοιχεία που αφορούν στη μετανάστευση του νοσηλευτικού δυναμικού για όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, για τις οποίες υπάρχουν στοιχεία.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εργασία αυτή αποτελεί μια επισκόπηση της προσφοράς και της ανάπτυξης, καθώς και της παρούσας κατάστασης των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα, στα πλαίσια της οποίας εξετάστηκαν οι δείκτες ανθρώπινου δυναμικού του ελληνικού τομέα υγείας, όπως επίσης και άλλων χωρών και μελετήθηκε η μετανάστευση των ιατρών και των νοσηλευτών. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ «το ανθρώπινο δυναμικό είναι ο πιο σημαντικός συντελεστής ενός συστήματος υγείας». Η ετήσια παραγωγή επαγγελματιών υγείας από τα Ανώτατα Ιδρύματα μειώνεται για τα τμήματα της Φαρμακευτικής και της Οδοντιατρικής, παραμένει σε σταθερή σε υψηλά επίπεδα για την Ιατρική, αυξάνεται για τη Νοσηλευτική (ΑΕΙ και ΤΕΙ) και για τα τμήματα Μαιευτικής, Επισκεπτών Υγείας, Φυσικοθεραπείας, Ιατρικών Οργάνων, Ιατρικών Εργαστηρίων και Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας. Οι θέσεις εργασίας των επαγγελματιών αυξήθηκαν στην Ελλάδα για το διάστημα 1993-2006, αντικατοπτρίζοντας μια αυξανόμενη ζήτηση. Η Ελλάδα παραμένει πρώτη στην πυκνότητα των γιατρών και τελευταία στην πυκνότητα των νοσηλευτών μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Παρουσιάζεται, επίσης, άνιση κατανομή στις ειδικότητες και στις γεωγραφικές περιοχές. Το εισόδημα, επίσης, των γιατρών είναι χαμηλό σε σχέση με το εισόδημα συναδέλφων τους σε άλλες χώρες του ΟΟΣΑ, ενώ το εισόδημα των νοσηλευτών κυμαίνεται στο μέσο όρο. Η μετανάστευση των επαγγελματιών υγείας δε φαίνεται να έχει επηρεάσει ιδιαίτερα την Ελλάδα. Για την εύρυθμη λειτουργία του υγειονομικού τομέα απαιτείται καταγραφή των δεδομένων, προγραμματισμός, αποτελεσματική διοίκηση σε όλα τα στάδια από την παραγωγή μέχρι την απορρόφηση από την αγορά εργασίας για την μακροχρόνια ισορροπία μεταξύ της προσφοράς και της ζήτησής τους.

Πολλές μελέτες έχουν αναφερθεί στη βαρύνουσα σημασία της ανάπτυξης, του προγραμματισμού και της διαχείρισης των ανθρώπινων πόρων στη λειτουργικότητα και αποτελεσματικότητα ενός συστήματος υγείας (*World Health Report, 2006, DalPoz et al., 2006, Diallo et al., 2003, Dubois et al., 2006*). Είναι γνωστό ότι τα συστήματα υγείας βασίζονται σε πολύ μεγάλο βαθμό στους ανθρώπινους πόρους, δηλαδή στο συντελεστή εργασία, για τον λόγο αυτό χαρακτηρίζονται ως συστήματα εντάσεως εργασίας (*Βλάσσης, 2006*). Για να γίνει αποτελεσματικό ένα σύστημα υγείας πρέπει, συν τοις άλλοις, να χαρακτηρίζεται από επάρκεια, ποιότητα και ορθολογική κατανομή του

υγειονομικού προσωπικού (Πολύζος, 2000).

Η παραγωγή, η ανάπτυξη, ο προγραμματισμός και η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού απαιτούν ιδιαίτερα μακρόπνοο, σαφή αποτελεσματικό σχεδιασμό, οποίος είναι ιδιαίτερα ζωτικής σημασίας για την εύρυθμη λειτουργία του υγειονομικού τομέα. Για την επίτευξη της ισορροπίας μεταξύ της προσφοράς και της ζήτησης των αποφοίτων, είναι απαραίτητη η παρακολούθηση και η εκτίμηση της διαδικασίας εκπαίδευσης. Προϋπόθεση αποτελούν τα αξιόπιστα στοιχεία για το ανθρώπινο δυναμικό που συλλέγονται από όλα τα στάδια από την εκπαίδευση ως την αγορά εργασίας και ρύθμιση των σταδίων αυτών (*Spotlight on Statistics, WHO, 2008*).

Αρχικό στάδιο αποτελεί η προσφορά των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα γίνεται κυρίως από τις Σχολές Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων και τις Σχολές Επιστημών Υγείας των Πανεπιστημίων, στα οποία πραγματοποιούν την εκπαίδευσή τους.

Από τη μελέτη διαγραμμάτων που παρουσιάζουν το πλήθος των φοιτητών και των αποφοίτων έντεκα τμημάτων των Σχολών Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων και των Σχολών Επιστημών Υγείας των Πανεπιστημίων για το διάστημα 1974-2010 (Παπαηλίας, 2006), προκύπτει ότι το τμήμα της Ιατρικής θα συνεχίσει να δέχεται μεγάλο αριθμό φοιτητών (8.000-9.000 το χρόνο), ενώ θα αποφοιτούν περίπου 1.000-1.500 γιατροί το χρόνο. Η συνολική ετήσια παραγωγή γιατρών (συμπεριλαμβανομένων των απόφοιτων στο εξωτερικό) ανέρχεται σε 1.800, ενώ συνταξιοδοτούνται αντιστοίχως περίπου 600 γιατροί (Πολύζος-Υφαντόπουλος, 2000), εντείνοντας ακόμη περισσότερο τον υπερπληθυσμό γιατρών στη χώρα. Θα πρέπει επίσης να αναφερθεί ότι όλες οι ιατρικές σχολές που λειτουργούν στη χώρα δεν πληρούν τα κριτήρια που έχουν θεσπιστεί από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (Ματσανιώτης, 1996), με ότι αυτό το γεγονός συνεπάγεται. Τα τμήματα Οδοντιατρικής και Φαρμακευτικής ακολουθούν μια πτωτική πορεία τόσο στον αριθμό των φοιτητών, όσο και των αποφοίτων, ενώ εκτιμάται ότι η κατάσταση αυτή θα συνεχιστεί μέχρι το 2010. Στο τμήμα Νοσηλευτικής Α.Ε.Ι. παρατηρείται μια αύξηση των φοιτούντων και των αποφοίτων, το ίδιο ισχύει και για το τμήμα Νοσηλευτικής των Τ.Ε.Ι., με μεγαλύτερο όμως όγκο φοιτητών και αποφοίτων. Τα τμήματα αυτά δεν έχουν εμφανείς διαφορές στα

επαγγελματικά τους δικαιώματα, παρά μόνο στην ανέλιξη των αποφοίτων. Αύξηση στον όγκο των φοιτητών και ελαφρώς ανοδικές τάσεις του αριθμού των αποφοίτων χαρακτηρίζουν τα τμήματα Μαιευτικής, Επισκεπτών Υγείας, Φυσικοθεραπείας, Ιατρικών Οργάνων, Ιατρικών Εργαστηρίων και Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι σε όλα τα τμήματα ο όγκος των εισακτέων φοιτητών είναι σημαντικά μεγαλύτερος από αυτόν των αποφοίτων, γεγονός που πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν όταν καθορίζεται ο αριθμός των εισακτέων. Θα πρέπει να τονιστεί ότι είναι επιτακτική ανάγκη για στελέχη διοίκησης με εξειδικευμένες γνώσεις που εφαρμόζονται στον τομέα της υγείας- λειτουργούν δύο σχολές ΤΕΙ και μεταπτυχιακά τμήματα. Είναι σημαντικό το Υπουργείο Παιδείας και οι σχολές που είναι υπεύθυνες για την παραγωγή επαγγελματιών υγείας, να μην παράγουν σύμφωνα με τις ανάγκες τους, αλλά σύμφωνα με τις ανάγκες του κλάδου υγείας που θα απορροφήσει το προσωπικό αυτό στο μέλλον. Παρόλα αυτά είναι γνωστό ότι το πλήθος των εισακτέων φοιτητών καθορίζεται από άλλους παράγοντες που έχουν σχετίζονται με τα συμφέροντα των Ανώτατων Ιδρυμάτων, τη ζήτηση για τριτοβάθμια εκπαίδευση, την τόνωση των τοπικών κοινωνιών και με πολιτικά συμφέροντα.

Επόμενο στάδιο στη «ροή» επαγγελματιών υγείας είναι η απορρόφησή τους από τον κλάδο υγείας και κοινωνικής μέριμνας, του οποίου οι υπηρεσίες στην χώρα μας παρέχονται από τον δημόσιο τομέα -Ε.Σ.Υ. και Κοινωνική Ασφάλιση- και τον ιδιωτικό τομέα υγείας. Οι απασχολούμενοι στον κλάδο υγείας και κοινωνικής μέριμνας αυξήθηκαν κατά περίπου 73.000 την περίοδο 1993-2006, σύμφωνα με την ΕΣΥΕ. Το ίδιο διάστημα οι γιατροί αυξήθηκαν κατά 3,3%, οι οδοντίατροι κατά 0,4%, οι νοσοκόμοι ΤΕΙ κατά 11,4%, οι επιστήμονες υγείας (εκτός νοσηλευτών) κατά 39,1% και οι τεχνικοί βοηθοί ιατρικής και συναφών προς την ιατρική επιστημών (εκτός νοσηλευτών) κατά 9,1%. Μείωση στις θέσεις εργασίας παρατηρήθηκε για τους νοσοκόμους και μαίες ΑΕΙ κατά 0,5% και για τις μαίες ΤΕΙ κατά 0,1%.

Το ανθρώπινο δυναμικό που απασχολείται στο σύνολο των θεραπευτηρίων της χώρας αριθμεί περίπου στις 111.000. Οι νοσηλευτές αποτελούν το 43,1% και το ιατρικό προσωπικό το 23,0%, ενώ οι υπόλοιποι επαγγελματίες το 33,9% του συνόλου των εργαζομένων. Αξίζει να αναφερθεί ότι το 2006 οι γιατροί στο σύνολό τους ήταν περίπου

60.000, ενώ από αυτούς το 42,8% απασχολούνται στα νοσοκομεία και οι υπόλοιποι είναι αυτοαπασχολούμενοι, ανειδίκευτοι, ή άνεργοι. Επίσης, αντιστοιχούν 5,4 γιατροί σε πληθυσμό 1.000 κατοίκων, αναλογία που κατατάσσει τη χώρα μας πρώτη μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, των οποίων ο μέσος όρος υπολογίζεται σε 3,1 γιατρούς ανά 1.000 κατοίκους. Η αναλογία αυτή αυξάνεται στην περιοχή της πρωτεύουσας (7,3 γιατροί/1.000 κατοίκους). Για τους νοσοκομειακούς γιατρούς η πυκνότητα υπολογίζεται περίπου στο 2,3 στο σύνολο της χώρας, αλλά παρατηρείται πως στην ελληνική επαρχία το ποσοστό αυτό πέφτει στο 1,8. Πρώτη εμφανίζεται και σε αναλογία προσωπικού οδοντιατρικής περίθαλψης (1,2 ανά 1.000 κατοίκους). Αντιθέτως, η αναλογία νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους είναι μόλις 4,3 στο σύνολο της χώρας και μόλις 3,8 στην επαρχία, ενώ ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ αντιστοιχεί σε 9,7. Στην Ελλάδα το εισόδημα των αυτοαπασχολούμενων αντιστοιχεί στο 2,4 του κατά κεφαλήν ΑΕΠ και των μισθωτών ειδικευμένων γιατρών σε 2,3 του κατά κεφαλήν ΑΕΠ, το οποίο είναι χαμηλό σε σχέση με το μέσο όρο του ΟΟΣΑ που αντιστοιχεί σε 5,1 του ΑΕΠ για αυτοαπασχολούμενους και 3,0 του ΑΕΠ για μισθωτούς. Όσον αφορά το εισόδημα των νοσηλευτών, στην Ελλάδα αντιστοιχεί στο 1,2 του ΑΕΠ, εμφανώς μικρότερο από αυτό των γιατρών, αλλά ίσο με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (*Health at a Glance 2007*).

Επιτακτική ανάγκη αποτελεί αποσυμφόρηση του ιατρικού πληθωρισμού και μείωση της ανεργίας τους με καλύτερη κατανομή στις ειδικότητες ανάλογα με τις ανάγκες του πληθυσμού και κίνητρα για αποκέντρωση με έμφαση στις γεωγραφικές περιοχές με μικρότερη πυκνότητα γιατρών. Επίσης, η ανεπαρκής εκπαίδευση και οι ελλείψεις νοσηλευτών είναι απαραίτητο να αντισταθμιστούν με συνεχιζόμενη εκπαίδευση νοσηλευτών, καλύτερες συνθήκες εργασίας, κίνητρα για επαγγελματική ανέλιξη και αναγνώριση της συνεισφοράς τους (*Kirpal, 2003*), καθώς και αύξηση των μισθών τους. Πρόσφατες μελέτες αναφέρουν πως η επαρκής νοσηλευτική στελέχωση, η σχέση νοσηλευτών-γιατρών και η αυτονομία των νοσηλευτών συμβάλουν στη βελτίωση της υγείας των ασθενών (*Aiken et al., 2002*).

Σε όλα τα παραπάνω προστίθεται και η μετανάστευση των επιστημόνων υγείας, που απασχολεί όλο και περισσότερους ερευνητές τα τελευταία χρόνια (*Pang et al., 2002, Fitzhugh, 2005, WHO fact sheet, 2006, OECD SOPEMI, 2007*). Το φαινόμενο αυτό θα πρέπει να λαμβάνεται υπ'όψιν κατά τον προγραμματισμό και την οργάνωση του υγειονομικού δυναμικού, γιατί αφενός δημιουργούν προβλήματα απώλειας επενδυμένων

χρηματικών άλλα και ανθρώπινων κεφαλαίων (Kingma, 2001, Stilwell, 2001, Castels, 2000). Ο Baker χαρακτηριστικά αναφέρει «ένα νοσοκομείο μπορεί να χτιστεί σε μερικούς μήνες, όμως ένας γιατρός χρειάζεται μια δεκαετία για να εκπαιδευτεί» (Baker, 1988). Οι μετανάστες νοσηλευτές στην Ελλάδα αντιστοιχούν περίπου στο 8% (OECD, SOPEMI, 2007) του συνόλου των νοσηλευτών της χώρας, ενώ οι μετανάστες γιατροί 2,5% του συνόλου των ιατρών και 3,4% του συνόλου των ιατρών της Αθήνας (Παϊζή και συν., 2007). Αξίζει να αναφερθεί ότι οι ΗΠΑ είναι ο κύριος αποδέκτης των μεταναστών γιατρών και νοσηλευτών μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ-σχεδόν το 50% του συνόλου των μεταναστών γιατρών και νοσηλευτών εργάζεται εκεί. Τέλος, 2.830 Έλληνες γιατροί και 1.367 νοσηλευτές εργάζονται σε άλλες χώρες του ΟΟΣΑ (OECD, SOPEMI, 2007). Θα πρέπει να αναφερθεί ότι το θέμα της μετανάστευσης έχει απασχολήσει σε μεγάλο βαθμό και την Ευρωπαϊκή Ένωση, η οποία έχει εκδώσει πολλές κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούν στην ελεύθερη μετακίνηση των επαγγελματιών υγείας μεταξύ των χωρών μελών και στην επαγγελματική πιστοποίηση (McKee et al., 2004).

Ο τομέας υπηρεσιών υγείας συνεχώς αλλάζει και γίνεται πιο πολύπλοκος από ότι ήταν τις περασμένες δεκαετίες. Οι τρόποι με τους οποίους στρατολογείται, εκπαιδεύεται, αμείβεται, ρυθμίζεται και διοικείται το ανθρώπινο δυναμικό του τομέα υγείας, συχνά αποτυγχάνουν να συμβαδίσουν με τις αλλαγές που συμβαίνουν στα συστήματα υγείας (McKee, 2001). Η ανάπτυξη σαφών πολιτικών προγραμματισμού του ανθρώπινου δυναμικού βοηθούν αφενός στο να καταδειχτούν ελλείψεις και ανισορροπίες που υπάρχουν σε αυτό και αφετέρου καλλιεργούν ένα πιο γόνιμο έδαφος για μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας (Dussault et al., 2003).

Θα πρέπει να αναθεωρηθούν τα κριτήρια διορισμού σε διευθυντικές θέσεις σε κεντρικό όσο και στα περιφερειακά επίπεδα διοίκησης. Το προσωπικό αυτό είναι απαραίτητο να έχει υψηλού επιπέδου εξειδικευμένες γνώσεις και εμπειρία στη διοίκηση και οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Απαιτείται συνεργασία μεταξύ των αρμοδίων φορέων για ακριβή καταγραφή της προσφοράς μέσω της εκπαίδευσης και της ζήτησης από την αγορά εργασίας με στόχο την επίτευξη της μεταξύ τους ισορροπίας, έτσι ώστε να πραγματοποιείται σωστός προγραμματισμός μια ορθή ταξινόμηση των ανθρώπινων πόρων που θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες του κράτους.

7. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα 1. Διεθνές Πρότυπο Ταξινόμησης των Επαγγελματιών (ISCO-88): Διαχωρισμός των επαγγελματιών υγείας με διψήφιους, τριψήφιους και τετραψήφιους κωδικούς.

Occupational titles	ISCO codes		
	2 digits	3 digits	4 digits
Life-sciences and health professionals	22		
Health professionals (except nursing)		222	
Medical doctors			2221
Dentists			2222
Pharmacists			2224
Health professionals (except nursing) not elsewhere classified			2229
Nursing and Midwifery professionals		222	
Nursing and Midwifery professionals			2230
Life-sciences and health associate professionals	32		
Modern health professionals (except nursing)		322	
Medical assistants			3221
Sanitarians			3222
Dieticians and nutritionists			3223
Optometrists and Opticians			3224
Dental assistants			3225
Physiotherapists and related associate professionals			3226
Pharmaceutical assistants			3227
Modern health professionals (except nursing) not elsewhere classified			3229
Medical assistants			3221
Sanitarians			3222
Dieticians and nutritionists			3223
Optometrists and Opticians			3224
Dental assistants			3225
Physiotherapists and related associate professionals			3226
Pharmaceutical assistants			3227
Modern health professionals (except nursing) not elsewhere classified			3229
Nursing and Midwifery associate professionals		323	
Nursing associate professionals			3231
Midwifery associate professionals			3232
Traditional medicine practitioners and faith healers		324	
Traditional medicine practitioners			3241
Faith healers			3242
			Additional health workers
Psychologists			2445
Medical equipment operators			3133
Optical and electronic equipment operators not elsewhere classified			3139
Safety, health and quality inspectors			3152
Life sciences technicians			3211
Institution-based personal care workers			5132
Home-based personal care workers			5133
Personal-care workers not elsewhere classified			5139

Πηγή: Τροποποιημένο από Elias et al., 1994

Παράρτημα 2. Τρόποι Πληρωμής Γιατρών

Countries	Primary care physicians*	Ambulatory care specialists*	Physicians in public hospital*	Physicians in private hospital*
Australia	75-80% by blended payment (mainly fee-for-service, 10% of income derived from capitation and target payments for immunisation).	Fee-for-service, with no limit on use of services and annual expenditure.	Blended payment (salary for treating public patients and fee-for-service for treating private patients in public hospital).	Fee-for-service and salary.
Austria	60% by fee-for-service and 40% by fee-for-service and capitation.	90% by fee-for-service, 10% by capitation and fee-for-service.	90% by salary and 10% by fee-for-service.	90% by fee-for-service and 10% by salary.
Belgium	Fee-for-service.	Fee-for-service.	Fee-for-service.	Fee-for-service.
Canada	Mainly by fee-for-service, some alternative payment methods.	Mainly by fee-for-service.		Majority by fee-for-service.
Denmark	Blended payment (63% of income from fee-for-service, 28% from capitation).	Not relevant.	Salary.	
England	86% by blended payment (capitation, practice allowance, fee-for-service for selected services, target payments for immunisation), 14% by fee-for-service for private work.	100% by salary for public patients, fee-for-service for private patients.	100% by salary for public patients, fee-for-service for private patients.	100% by fee-for-service.
France	Fee-for-service.	Fee-for-service.	Salary.	Fee-for-service.
Germany	100% by fee-for-service.	100% by fee-for-service.	Salary.	100% by salary.
Greece	Salary in public sector, fee-for-service in private sector.	Salary in public sector, fee-for-service in private sector.	Mainly by salary.	Blended payment (fee-for-service and salary).
Ireland	Fee-for-service if higher patient income, capitation if lower patient income.		Salary. Fee-for-service for treating privately insured patients in public hospital.	
Japan	Fee-for-service.	Salary for hospital outpatient services, fee-for-service for independent outpatient clinics.	Salary.	
Korea	100% by fee-for-service	100% by fee-for-service.	100% by salary.	100% by salary.
Mexico	Salary in public sector, fee-for-service in private sector.	Salary in public sector, fee-for-service in private sector.	Salary.	Fee-for-service.
Netherlands	Fee-for-service if higher patient income, capitation if lower patient income.			Blended payment (salary and fee-for-service).
New Zealand	78% by fee-for-service and 22% by capitation.	Majority by salary.	Majority by salary.	Majority by fee-for-service, minority by salary.
Norway	Blended payment (70% of income from fee-for-service and 30% from capitation).	Salary and fee-for-service in public sector, fee-for-service in private sector.	Salary.	Fee-for-service.
Portugal	Salary in public sector, fee-for-service in private sector.			Fee-for-service.
Slovak Republic	Blended payment (capitation and target payments for preventive care).	100% by fee-for-service.	100% by salary.	Fee-for-service.
Spain	Blended payment (85% of income from salary and 15% from capitation).	100% by salary.	100% by salary.	Mainly by fee-for-service.
Sweden	Salary.	Salary.	100% by salary.	100% by salary.
Switzerland	96% by fee-for-service and 4% by salary.	90% by fee-for-service, 10% by salary.	Fee-for-service, salary and blended payment (fee-for-service and salary).	Fee-for-service, salary and blended payment (fee-for-service and salary).
United States	Blended payment.	Blended payment.	Blended payment.	Blended payment.

Πηγή: *Simoens and Hurst, 2006*

Παράρτημα 3. Αριθμός γιατρών και ποσοστό μετανάστευσης ανά χώρα, 2000

Doctors			
Country of Birth		Number of persons working in OECD countries	Expatriation rate
Afghanistan	AFG	613	13,0
Albania	ALB	271	6,2
Algeria	DZA	10.793	23,4
Angola	AGO	1.512	63,2
Antigua and Barbuda	ATG	100	89,3
Argentina	ARG	4.143	3,7
Australia	AUS	2.067	4,1
Austria	AUT	1.599	5,5
Bahamas	BHS	178	36,3
Bahrain	BHR	74	8,4
Bangladesh	BGD	2.127	5,2
Barbados	BRB	275	46,1
Belgium	BEL	2.438	5,0
Belize	BLZ	76	23,2
Benin	BEN	215	40,9
Bolivia	BOL	717	6,5
Botswana	BWA	33	4,4
Brazil	BRA	2.288	1,1
Brunei Darussalam	BRN	94	21,9
Bulgaria	BGR	1.856	6,2
Burkina Faso	BFA	65	7,6
Burundi	BDI	71	26,2
Cambodia	KHM	669	24,6
Cameroon	CMR	572	15,5
Canada	CAN	9.946	13,0
Cape Verde	CPV	165	41,7
Central African Republic	CAF	83	20,0
Chad	TCD	69	16,7
Chile	CHL	863	4,8
China	CHN	13.391	1,0
Colombia	COL	3.885	6,2
Comoros	COM	20	14,8
Congo	COG	539	41,6
Congo, Dem. Rep. Of	COD	350	5,7
Cook Islands	COK	16	53,3
Costa Rica	CRI	340	6,1
Côte d'Ivoire	CIV	261	11,1
Cuba	CUB	5.911	8,2
Cyprus	CYP	627	25,2
Denmark	DNK	1.629	9,4
Djibouti	DJI	25	16,2
Dominica	DMA	58	60,4
Dominican Republic	DOM	1.602	9,3
Ecuador	ECU	970	5,0
Egypt	EGY	7.243	15,8
El Salvador	SLV	833	9,5
Equatorial Guinea	GNQ	78	33,8
Eritrea	ERI	104	32,6

Ethiopia	ETH	633	24,6
Fiji	FJI	382	58,5
Finland	FIN	1.018	5,8
Former Yugoslavia	F_YUG	3.772	
France	FRA	4.131	2,0
Gabon	GAB	57	12,6
Gambia	GMB	46	22,8
Germany	DEU	17.214	5,8
Ghana	GHA	1.469	31,2
Greece	GRC	2.830	5,6
Grenada	GRD	109	72,7
Guatemala	GTM	486	4,7
Guinea	GIN	99	9,1
Guinea-Bissau	GNB	182	49,2
Guyana	GUY	949	72,2
Haiti	HTI	2.209	53,1
Honduras	HND	329	8,2
Hungary	HUN	2.538	7,2
Iceland	ISL	435	29,2
India	IND	55.794	8,0
Indonesia	IDN	2.773	8,6
Iran	IRN	8.991	12,9
Iraq	IRQ	3.730	18,0
Ireland	IRL	4.029	26,6
Israel	ISR	2.436	9,0
Italy	ITA	4.386	1,8
Jamaica	JAM	2.114	48,4
Japan	JPN	2.674	1,1
Jordan	JOR	1.014	8,2
Kenya	KEN	2.385	34,6
Kuwait	KWT	465	11,5
Laos	LAO	331	10,5
Lebanon	LBN	4.552	28,3
Lesotho	LSO	7	7,3
Liberia	LBR	122	54,2
Libya	LBY	592	8,5
Luxembourg	LUX	549	31,3
Madagascar	MDG	889	14,6
Malawi	MWI	162	37,9
Malaysia	MYS	4.679	22,5
Maldives	MDV	6	1,9
Mali	MLI	160	13,2
Malta	MLT	458	26,8
Mauritania	MRT	38	10,8
Mauritius	MUS	725	35,7
Mexico	MEX	4.234	2,1
Mongolia	MNG	39	0,6
Morocco	MAR	6.221	28,0
Mozambique	MOZ	935	64,5
Myanmar	MMR	1.725	8,8
Namibia	NAM	75	11,1
Nepal	NPL	288	5,1
Netherlands	NLD	2.412	4,5
New Zealand	NZL	1.904	17,4

Nicaragua	NIC	722	26,1
Niger	NER	26	6,5
Nigeria	NGA	4.611	11,7
Norway	NOR	712	4,8
Pakistan	PAK	10.505	8,3
Panama	PAN	1.026	18,8
Papua New Guinea	PNG	136	33,1
Paraguay	PRY	283	4,3
Peru	PER	2.546	7,9
Philippines	PHL	15.859	26,4
Poland	POL	5.821	5,8
Portugal	PRT	792	2,2
Qatar	QAT	45	3,3
Romania	ROU	5.182	10,9
Rwanda	RWA	45	10,1
Saint Kitts and Nevis	KNA	15	22,7
Saint Lucia	LCA	39	4,9
Samoa	WSM	46	27,7
Sao Tome and Principe	STP	71	46,7
Saudi Arabia	SAU	421	1,2
Senegal	SEN	449	43,0
Seychelles	SYC	36	22,9
Sierra Leone	SLE	236	58,4
Singapore	SGP	1.356	19,1
Solomon Islands	SLB	11	16,9
Somalia	SOM	155	33,3
South Africa	ZAF	7.355	17,4
Spain	ESP	2.687	1,9
Sri Lanka	LKA	4.668	30,8
Sudan	SDN	778	9,3
Suriname	SUR	39	17,0
Swaziland	SWZ	9	5,0
Sweden	SWE	1.532	5,0
Switzerland	CHE	1.125	4,2
Syria	SYR	4.721	16,6
Thailand	THA	1.390	5,8
Timor-Leste	TLS	35	30,7
Togo	TGO	153	40,5
Tonga	TON	23	39,7
Trinidad and Tobago	TTO	1.206	54,6
Tunisia	TUN	2.415	15,3
Turkey	TUR	2.311	2,4
United Arab Emirates	ARE	44	0,7
United Kingdom	GBR	17.006	11,3
United Republic of Tanzania	TZA	1.018	55,3
United States	USA	4.354	0,6
Uganda	UGA	1.084	32,9
Uruguay	URY	493	3,8
Venezuela	VEN	1710	3,4
Vietnam	VNM	7591	15,2
Yemen	YEM	248	3,5
Zambia	ZMB	567	31,0
Zimbabwe	ZWE	828	28,4

Πηγή: Πηγή: Dumont et al., 2007

Παράρτημα 4. Αριθμός νοσηλευτών και ποσοστό μετανάστευσης ανά χώρα, 2000

Nurses			
Country of Birth		Number of persons working in OECD countries	Expatriation rate
Albania	ALB	415	3,5
Algeria	DZA	8.796	12,4
Angola	AGO	1.703	11,5
Antigua and Barbuda	ATG	678	74,4
Argentina	ARG	1.288	4,3
Australia	AUS	4.620	2,6
Austria	AUT	2.914	3,7
Bahamas	BHS	560	29,7
Bahrain	BHR	77	2,5
Bangladesh	BGD	651	3,1
Barbados	BRB	3.496	78,0
Belgium	BEL	4.125	6,4
Belize	BLZ	1.365	81,8
Benin	BEN	166	3,2
Bolivia	BOL	358	1,3
Botswana	BWA	47	1,0
Brazil	BRA	2.258	0,3
Brunei Darussalam	BRN	129	12,6
Bulgaria	BGR	789	2,6
Burkina Faso	BFA	16	0,3
Burundi	BDI	57	4,1
Cambodia	KHM	1.119	12,2
Cameroon	CMR	1.338	4,9
Canada	CAN	24.620	7,4
Cape Verde	CPV	261	38,9
Central African Republic	CAF	92	8,4
Chad	TCD	117	5,2
Chile	CHL	1.965	16,4
China	CHN	12.249	0,9
Colombia	COL	2.625	9,9
Comoros	COM	64	11,7
Congo	COG	452	12,3
Congo, Dem. Rep. Of	COD	404	1,4
Costa Rica	CRI	562	13,4
Côte d'Ivoire	CIV	337	4,2
Cuba	CUB	4.209	4,8
Cyprus	CYP	706	19,1
Denmark	DNK	2.641	4,5
Dominica	DMA	620	66,2
Dominican Republic	DOM	1.857	10,8
Ecuador	ECU	1.126	5,4
Egypt	EGY	1.128	0,8
El Salvador	SLV	2.398	32,0
Equatorial Guinea	GNQ	98	31,0
Eritrea	ERI	548	18,8
Ethiopia	ETH	1.421	9,1

Fiji	FJI	2.025	56,2
Finland	FIN	5.870	7,3
Former Czechoslovakia	CSFR	2.835	
Former USSR	F_USSR	10.034	
Former Yugoslavia	F_YUG	12.948	
France	FRA	8.589	1,9
Gabon	GAB	106	1,6
Gambia	GMB	62	3,7
Germany	DEU	31.623	3,8
Ghana	GHA	5.230	24,9
Greece	GRC	1.367	3,1
Grenada	GRD	2.131	87,6
Guatemala	GTM	1.204	2,6
Guinea	GIN	94	2,1
Guinea-Bissau	GNB	227	18,0
Guyana	GUY	7.450	81,1
Haiti	HTI	13.001	94,0
Honduras	HND	917	9,9
Hungary	HUN	2.117	2,4
Iceland	ISL	287	6,8
India	IND	22.786	2,6
Indonesia	IDN	3.449	2,7
Iran	IRN	4.234	4,8
Iraq	IRQ	415	1,3
Ireland	IRL	20.166	24,9
Israel	ISR	980	2,4
Italy	ITA	6.945	2,2
Jamaica	JAM	31.186	87,7
Japan	JPN	4.711	0,5
Jordan	JOR	363	2,0
Kenya	KEN	2.523	6,4
Kiribati	KIR	19	9,0
Kuwait	KWT	152	1,6
Laos	LAO	867	15,0
Lebanon	LBN	1.400	25,2
Liberia	LBR	1.240	66,9
Libya	LBY	100	0,6
Luxembourg	LUX	104	2,4
Madagascar	MDG	1.157	24,4
Malawi	MWI	200	2,7
Malaysia	MYS	7.569	19,6
Mali	MLI	227	3,7
Malta	MLT	649	22,0
Mauritania	MRT	96	5,5
Mauritius	MUS	4.502	50,4
Mexico	MEX	12.357	12,2
Morocco	MAR	5.730	20,5
Mozambique	MOZ	779	16,5
Myanmar	MMR	418	4,1
Namibia	NAM	30	0,5
Nepal	NPL	205	3,5
Netherlands	NLD	6.798	3,0
New Zealand	NZL	7.564	19,5
Nicaragua	NIC	1.155	16,5

Niger	NER	19	0,8
Nigeria	NGA	13.398	9,5
Norway	NOR	1.700	2,5
Oman	OMN	18	0,2
Pakistan	PAK	1.803	3,6
Panama	PAN	1.902	29,5
Papua New Guinea	PNG	455	13,8
Paraguay	PRY	130	1,3
Peru	PER	2.807	14,1
Philippines	PHL	110.774	46,5
Poland	POL	9.153	4,6
Portugal	PRT	2.655	5,7
Romania	ROU	4.440	4,9
Rwanda	RWA	54	1,5
Saint Kitts and Nevis	KNA	711	76,7
Saint Lucia	LCA	369	52,7
Saint Vincent and the Grenadines	VCT	1.228	81,6
Samoa	WSM	566	62,1
Sao Tome and Principe	STP	138	35,0
Saudi Arabia	SAU	151	0,2
Senegal	SEN	256	8,9
Seychelles	SYC	151	19,2
Sierra Leone	SLE	2.057	56,3
Singapore	SGP	1.913	9,9
Solomon Islands	SLB	38	10,1
Somalia	SOM	250	14,4
South Africa	ZAF	6.016	3,2
Spain	ESP	3.527	1,1
Sri Lanka	LKA	2.032	8,1
Sudan	SDN	183	1,0
Suriname	SUR	18	2,5
Swaziland	SWZ	37	0,8
Sweden	SWE	3.028	3,2
Switzerland	CHE	1.839	2,3
Syria	SYR	319	1,0
Thailand	THA	3.050	1,7
Timor-Leste	TLS	61	4,0
Togo	TGO	78	4,0
Tonga	TON	449	58,2
Trinidad and Tobago	TTO	9.808	72,9
Tunisia	TUN	410	1,6
Turkey	TUR	3.565	2,9
United Arab Emirates	ARE	11	0,1
United Kingdom	GBR	45.638	6,1
United Republic of Tanzania	TZA	970	6,8
United States	USA	6.022	0,2
Uganda	UGA	1.210	7,4
Uruguay	URY	506	14,9
Vanuatu	VUT	20	4,5
Vietnam	VNM	5.778	11,5
Yemen	YEM	231	1,7
Zambia	ZMB	820	4,6
Zimbabwe	ZWE	3.619	27,9

Πηγή: Πηγή: Dumont et al., 2007

8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Adams, B. Orvill, Dal Poz, MR., Shengelia, B., Kwankam, S., Issakov, A., Stilwell, B., Zurn, P. and Goubarev, A.: *Human, Physical, and Intellectual Resource Generation: Proposals and Monitoring in Murray*, World Health Organization, Geneva 2003
2. Aiken L., Clarke S., Sloane D., *Hospital staffing, organizational support and quality of care: cross-national findings*, International Journal for Quality in Health Care, 2002
3. Avgerinos E., Msaouel P., Koussidis G., Keramaris N., Bessas Z., Gourgoulianis K. *Greek medical students' career choices indicate strong tendency towards specialization and training abroad*, Health Policy, 79(1):101-6, 2006
4. Awases M., Nyoni J., Gbary A., Chatora R., *Migration of health professional in six countries: a synthesis report*, WHO Regional Office for Africa, WHO, 2004
5. Baker TD., *Health personnel planning*, In *Health Planning for Effective Management*, Reike WA, Ch 10, Oxford University Press, 1988
6. Βλάσσης Ι., *Σημειώσεις για το μάθημα «Συστήματα Υγείας»*, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση της Υγείας», Κεφ. 1^ο, Αθήνα, 2006
7. Castles S., *International migration at the beginning of the twenty-first century: global trends and issues*, International Social Science Journal, 2000
8. Dal Poz M., Kinfu Y., Dräger S., Kunjumen T., *Counting health workers: definitions, data, methods and global results*, Department of Human Resources for

Health, WHO, 2006

9. Dal Poz M., Quain E., O' Neil M., McCaffery J., Elzinga G., Martineau T., *Addressing the Health workforce crisis: towards a common approach*, Human Resources for Health, 2006
10. Diallo K, Zurn P, Gupta N, Dal Poz M. *Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective*, Human Resources for Health, 2003
11. Dubois C., McKee M., Nolte E., *Human Resources for Health in Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies, 2006
12. Dumont JC., Zurn P., *Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration, in International Migration Outlook*, SOPEMI, Paris, 2007
13. Dussault G., Dubois C., *Human resources for health policies: a critical component in health policies*, Human Resources for Health, 2003
14. *ΕΣΥΕ*, 2006
15. Elias P., Birch M., *ISCO 88 (COM) A Guide for Users*, Institute for Employment Research, University of Warwick, 1994
16. Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Eurydice, Eurostat, *Αριθμοί-κλειδιά της εκπαίδευσης στην Ευρώπη-2005*, Λουξεμβούργο 2005.
17. Fitzhugh M., *The metrics of the physician Brain Drain*, The new England Journal of Medicine, 353:17, 2005
18. *Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων*, 2002

19. Garcia-Perez M., Amaya C., Otero A., *Physicians' migration in Europe: an overview of the current situation*, BMC Health Research, 2007
20. Gupta N., Diallo K., Zurn P., Dal Poz M., *Assessing human resources for health: what can be learned from labour force surveys?*, Human Resources for Health, 2003
21. *IKA, στατιστικό δελτίο έτους 2005*
22. *ICAP, 2006*
23. International Labour Office: *International and Standard Classification of Occupations: ISCO-88*, Geneva 1990
[www.ilo.org/public/English/bureau/stat/class/isco.htm]
24. Kingma M., *Nurse migration: global treasure hunt or disaster in making?* Nurse Inquiry, 2001
25. Kirpal S., *Nurses in Europe: Work Identities of Nurses across 4 European Countries*, ITB-Forschungsberichte, 2003
26. Κοινωνικός προϋπολογισμός, 2006
27. Ματσανιώτης Ν., *Ο Ιατρικός Πληθωρισμός στην Ελλάδα*, Καθημερινή της Κυριακής, 1996
28. Martin J., Bonhoeffer P., Angelini G., *Continental doctors take leadership in British medicine*, European Heart Journal, 2004
29. McKee M., MacLerose L., Nolte E., *Health policy and European Enlargement*, Observatory on Health Systems and Policies, 2004
30. McKee M., Healy J., *The changing role of the hospital in Europe: causes and consequences*, Clinical Medicine, 2001

31. Μωραΐτης Ε., *Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας*, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα, 1995
32. *OECD Health Data 2007*
33. OECD, *Health at a Glance 2007: OECD Indicators*, OECD, 2007.
34. OECD, *Health Data 2008-How Does Greece Compare*, OECD, 2008
35. OECD, *International Migration Outlook: SOPEMI-2007*, OECD, 2007
36. Παΐζη Ε., Ιωαννίδη-Καπολού Ε., Αγραφιώτης Δ., *Μετανάστευση ιατρών προς την Ελλάδα-Μια πρώτη αποτύπωση του φαινομένου*, Ιατρικό Βήμα, 2007
37. Παπαηλίας Θ., *Αγροτική-Αστική Μετανάστευση*, Επιστημονική Επετηρίδα Εφαρμοσμένης Έρευνας, τόμος V, vol 1, pp. 213-229, 2000
38. Παπαηλίας Θ., *Η μετανάστευση στην εποχή της παγκοσμιοποίησης*, Διεθνές συνέδριο: Οι προοπτικές ανάπτυξης των λιγότερο αναπτυγμένων περιοχών της Ευρώπης, 24-25 Μαΐου, Πρέβεζα, 2001
39. Παπαηλίας Θ., *Προσφορά και Ζήτηση Ειδικοτήτων στο Ελληνικό Εκπαιδευτικό Σύστημα*, Διόνικος, 2006
40. Παπαηλίας Θ., *Παραδόσεις Πολιτικής Οικονομίας*, Μέρος Α', Σταμούλης, 2006
41. Pang T., Lansang M.A., Haines A., *Brain Drain and Health Professionals*, *BJM*, 324:499, 2002
42. Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Ι., *Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 17(6), 627-639, 2000

43. Rechel B., Dubois C., McKee M., *The Health Care Workforce in Europe, Learning from experience*, Observatory on Health Systems and Policies, 2006
44. Simoens S., Hurst J., *The supply of physician services in OECD countries*, OECD Health Working Papers, 2006
45. Stilwell B., *Health worker motivation in Zimbabwe*, Department of Organization of health Care Delivery, World Health Organization, 2001
46. Vujicic M., Zurn P., Diallo K., Adams., Dal Poz M., *The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries*, Human Resources For Health, 2004
47. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
48. WHO, *Health Systems in Transition, Greece, 1996*
49. WHO, *Monitoring education and training for health workers*, Spotlight on Statistics, Issue 3, Μάρτιος 2008
50. WHO, *World Health Report 2000–Health Systems: Improving Performance*, Geneva, 2000 [<http://www.who.int/whr2001/2001/archives/2000/en/index.htm>].
51. WHO, World Health Statistics, Core Health Indicators, 2008 [<http://www.who.int/whosis/database/core/>]
52. WHO, *Migration of Health Workers*, Fact Sheet N° 301, 2006