
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ
ΜΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ**

ΑΜΑΛΙΑ ΣΤΟΓΙΑΝΝΙΔΗ

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας

Πειραιάς, 2016

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ:
ΜΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ**

ΑΜΑΛΙΑ ΣΤΟΓΙΑΝΝΙΔΗ, Α.Μ.: ΔΥ/1344

Επιβλέπων: Αθανάσιος Βοζίκης / Επίκουρος Καθηγητής / Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2016

**UNIVERSITY of
PIRAEUS**



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Management

**MEDICAL MALPRACTICE INSURANCE:
AN ECONOMIC PERSPECTIVE**

AMALIA STOGIANNIDI

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Management

Piraeus, Greece, 2016

Στη μνήμη του Αντώνη

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της εργασίας αυτής θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Αθανάσιο Βοζίκη, για την υπομονή, την αμέριστη υποστήριξη και την παροχή συμβουλών και κατευθύνσεων καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής αυτής εργασίας.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τους καθηγητές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος του Πανεπιστημίου Πειραιά για τις πολύτιμες γνώσεις που μου προσέφεραν.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους φίλους και την οικογένειά μου για την παροχή ηθικής και ψυχολογικής στήριξης κατά τη διάρκεια των φοιτητικών μου χρόνων και την υποστήριξή τους σε κάθε μου επιλογή.

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ: ΜΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Σημαντικοί Όροι: ιατρικό σφάλμα, δυσμενές συμβάν, ιατρική αμέλεια, ιατρική ασφάλιση, αστική ευθύνη ιατρών, οικονομική επιβάρυνση

Περίληψη

Ιατρικά λάθη και δυσμενή συμβάντα παρουσιάζονται στο χώρο της υγείας σε παγκόσμια κλίμακα και με ανοδική τάση, λόγω της αυξημένης πολυπλοκότητας κατά την άσκηση της μοντέρνας ιατρικής. Οι δικαστικές αποζημιώσεις που εγείρονται ως απόρροια της ιατρικής αμέλειας αυξάνονται στις μέρες μας με σημαντικό ρυθμό. Όλα αυτά αναδεικνύουν την αναγκαιότητα της ιατρικής ασφάλισης για αστική ευθύνη.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να διερευνήσει, εάν οι ιατροί, ανεξάρτητα από την ειδικότητα, τη βαθμίδα ή τη θέση εργασίας τους, αναγνωρίζουν την αναγκαιότητα για επαγγελματική ασφάλιση αστικής ευθύνης και αν και κατά πόσο καλύπτονται από κάποιο ασφαλιστικό συμβόλαιο.

Προκειμένου να διεξαχθεί η έρευνα, διαμηνύθηκε ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώθηκε πλήρως από 900 ιατρούς σε όλη σχεδόν την Ελληνική επικράτεια. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, η πλειονότητα των ιατρών που εξασκούν την ιατρική στην Ελλάδα, θεωρούν ‘πολύ’ έως ‘πάρα πολύ’ αναγκαία την ασφάλισή τους. Επιπλέον, οι ιατρικές ειδικότητες που ασφαλίζονται κυρίως για αστική επαγγελματική ευθύνη και με μεγαλύτερα ποσά, είναι συνήθως οι χειρουργικές ειδικότητες.

MEDICAL MALPRACTICE INSURANCE: AN ECONOMIC PERSPECTIVE

Keywords: medical error; adverse event; medical negligence; medical liability; medical malpractice insurance; financial burden

Abstract

Medical errors and adverse events occur in healthcare systems worldwide with an increased rate due to the increasing complexity of practical in modern medicine. The judicial compensation claims due to medical negligence are rising today with a substantial rate. This emerge the necessity for insurance for medical malpractice.

The aim of this study is to investigate weather doctors, regardless of their specialty, status or job position, recognize the necessity for medical insurance and weather they are covered by an insurance plan for medical malpractice.

In order to conduct the research, an anonymous questionnaire was distributed. This questionnaire was fully filled out by 900 doctors from all over the Greek territory. The results showed that the majority of doctors practicing in Greece consider that the need for this kind of insurance is 'very' to 'very much'. In addition, medical specialties that often insured for medical malpractice and for larger amounts, are usually surgical specialties.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	xι
Abstract	xiii
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	xv
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	xix
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	xxi
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
1.1 Εισαγωγικά στοιχεία	1
1.2 Δομή της εργασίας	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	3
ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΚΑΙ ΔΥΣΜΝΕΣ ΣΥΜΒΑΝ – ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ	3
2.1 Εισαγωγή.....	3
2.2 Ορισμοί ιατρικού σφάλματος και δυσμενούς συμβάντος	3
2.3 Διαφορές ιατρικού σφάλματος και δυσμενούς συμβάντος	4
2.4 Αιτίες εμφάνισης ιατρικών σφαλμάτων και δυσμενών συμβάντων.....	6
2.5 Κατηγορίες – Τύποι ιατρικών σφαλμάτων.....	7
2.6 Επιδημιολογία των ιατρικών σφαλμάτων	9
2.7 Οικονομικές διαστάσεις και επιπτώσεις των ιατρικών σφαλμάτων	12
2.8 Ανακεφαλαίωση	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	15
ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΜΕΛΕΙΑ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ	15
3.1 Εισαγωγή.....	15
3.2 Η ιατρική αμέλεια. Έννοια, μορφές και διαστάσεις.....	15
3.3 Η ιατρική αστική ευθύνη και ο νομικός της χαρακτήρας	17
3.4 Αστική ευθύνη του Δημοσίου και των Ν.Π.Δ.Δ.	18

3.5 Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας.....	19
3.6 Ανακεφαλαίωση	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	23
ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΙΑΤΡΩΝ	23
4.1 Εισαγωγή.....	23
4.2 Έννοια και περιεχόμενο ασφάλισης αστικής ευθύνης	23
4.3 Προϋποθέσεις και καλύψεις ασφάλισης αστικής ευθύνης ιατρού	25
4.4 Στατιστικά στοιχεία ασφαλιστικών εταιρειών	28
4.5 Αναγκαιότητα ύπαρξης ασφαλιστικής κάλυψης για αστική ευθύνη ιατρών	31
4.6 Ανακεφαλαίωση	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	35
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	35
5.1 Εισαγωγή.....	35
5.2 Σκοπός της μελέτης – Ερευνητικά ερωτήματα	35
5.3 Υλικό της έρευνας.....	35
5.4 Ερευνητικό εργαλείο	36
5.5 Ανακεφαλαίωση	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	39
ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	39
6.1 Εισαγωγή.....	39
6.2 Περιγραφική στατιστική και ανάλυση δεδομένων.....	39
6.3 Πίνακες διασταύρωσης μεταβλητών (Cross tabulation analysis)	49
6.4 Έλεγχοι Kruskal – Wallis και μη παραμετρικοί έλεγχοι συσχέτισης.....	57
6.5 Ανακεφαλαίωση	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.....	65
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	65
7.1 Συμπεράσματα ερευνητικών ευρημάτων – Συζήτηση	65

7.2 Περιορισμοί της έρευνας.....	66
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	67
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	73

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 2.1 Κυριότερα ιατρικά σφάλματα	8
Πίνακας 4.1 Στοιχεία από την Ευρωπαϊκή αγορά	26
Πίνακας 4.2 Κόστος Ιατρικής Ευθύνης & Αποζημιώσεις για Ιατρική Αμέλεια ως ποσοστό των συνολικών δαπανών στις ΗΠΑ, 2006-2010	27
Πίνακας 4.3 Ανάλυση καλύψεων αστικής ευθύνης ιατρών 2011-2015	29
Πίνακας 4.4 Ενδεικτικά ετήσια ασφάλιστρα ανά όριο ευθύνης και.....	31
κατηγορία ειδικότητας.....	31
Πίνακας 6.1 Δημογραφικά στοιχεία δείγματος	39
Πίνακας 6.2 Ετήσια ασφάλιστρα και καλύψεις συμβολαίου	47
Πίνακας 6.3 Δικαστικός ή εξωδικαστικός διακανονισμός	48
Πίνακας 6.4 Πρόσθετη κάλυψη ως προς τη νομική προστασία	48
Πίνακας 6.5 Cross tab Analysis ηλικιακή ομάδα και ασφάλιση	50
Πίνακας 6.6 Cross tab Analysis μεταπτυχιακό – διδακτορικό και ασφάλιση	51
Πίνακας 6.7 Cross tab Analysis φορέα εργασίας και επαγγελματικής ασφάλισης... ..	52
Πίνακας 6.8 Cross tab Analysis θέσης εργασίας και επαγγελματικής ασφάλισης....	54
Πίνακας 6.9 Kruskal – Wallis test για το ύψος των ετησίων ασφαλίσεων σε σχέση με το φορέα απασχόλησης.....	57
Πίνακας 6.10 Kruskal – Wallis test για το ύψος των ετησίων ασφαλίσεων σε σχέση με τη θέση απασχόλησης.....	58
Πίνακας 6.11 Kruskal – Wallis test για το ύψος των ετησίων ασφαλίσεων σε σχέση με τον τόπο απασχόλησης.....	58
Πίνακας 6.12 Kruskal – Wallis test για το ύψος των ετησίων ασφαλίσεων σε σχέση με τα έτη εμπειρίας	58
Πίνακας 6.13 Συσχέτιση ύψους καλύψεων για σωματικές βλάβες με την πραγματοποίηση χειρ/κών επεμβάσεων	59
Πίνακας 6.14 Συσχέτιση ύψους καλύψεων για σωματικές βλάβες με τον αριθμό χειρ/ων ανά έτος	60
Πίνακας 6.15 Συσχέτιση ύψους καλύψεων για σωματικές βλάβες με τα έτη εργασιακής εμπειρίας.....	60
Πίνακας 6.16 Συσχέτιση ανώτατου ορίου ευθύνης της εταιρείας με την πραγματοποίηση χειρ/κών επεμβάσεων	61

Πίνακας 6.17 Συσχέτιση ανώτατου ορίου ευθύνης της εταιρείας με τον αριθμό των χειρουργικών επεμβάσεων.....	61
Πίνακας 6.18 Συσχέτιση ανώτατου ορίου ευθύνης της εταιρείας με τα έτη της εργασιακής εμπειρίας.....	62
Πίνακας 6.19 Συσχέτιση πρόσθετης κάλυψης για νομική προστασία με την πραγματοποίηση χειρ/κών επεμβάσεων	62

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 2.1 Σχέση μεταξύ ιατρικού σφάλματος και δυσμενούς συμβάντος	5
Διάγραμμα 2.2 Αιτίες θανάτου στις Η.Π.Α. το 2013	10
Διάγραμμα 6.1 Ηλικιακή κατανομή δείγματος.....	40
Διάγραμμα 6.2 Σπουδές στο εξωτερικό.....	40
Διάγραμμα 6.3 Χώρες του εξωτερικού για σπουδές ιατρικής.....	41
Διάγραμμα 6.4 Ειδικότητα στο εξωτερικό	41
Διάγραμμα 6.5 Χώρες του εξωτερικού για ιατρική ειδίκευση	42
Διάγραμμα 6.6 Κάτοχοι μεταπτυχιακού/ διδακτορικού διπλώματος	42
Διάγραμμα 6.7 Κατανομή ιατρών ανά ειδικότητα	43
Διάγραμμα 6.8 Διενέργεια χειρουργικών επεμβάσεων	43
Διάγραμμα 6.9 Συχνότητα χειρ/κών επεμβάσεων ανά αριθμό χειρ/ων.....	44
Διάγραμμα 6.10 Ποσοστά ετών ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος	44
Διάγραμμα 6.11 Ποσοστά ανά φορέα απασχόλησης	45
Διάγραμμα 6.12 Ποσοστά ιατρικών ειδικοτήτων.....	45
Διάγραμμα 6.13 Κατανομή ιατρών ανά ιατρικό σύλλογο.....	46
Διάγραμμα 6.14 Ύπαρξη ή μη ασφάλισης αστικής επαγγελματικής ευθύνης.....	46
Διάγραμμα 6.15 Αναγκαιότητα ασφαλιστικής κάλυψης για ιατρική αστική ευθύνη	48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Εισαγωγικά στοιχεία

Η αυξανόμενη πολυπλοκότητα των συστημάτων υγείας φαίνεται να επιδρά άμεσα στο μέγεθος του κινδύνου πρόκλησης ζημιάς σε ασθενείς, εξαιτίας αμέλειας. Οι δικαστικές διεκδικήσεις αποζημιώσεων παρουσιάζουν αυξητική τάση τα τελευταία χρόνια, γεγονός που κινητοποιεί ιδιαίτερα, τόσο το δημόσιο αίσθημα, όσο και τους επαγγελματίες υγείας, με στόχο τον επανασχεδιασμό των συστημάτων περίθαλψης, αλλά και την δημιουργία προϋποθέσεων ασφαλιστικής επαγγελματικής κάλυψης.

Μέσα σε αυτό το διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον, η ασφάλιση για αστική επαγγελματική ευθύνη κρίνεται απαραίτητη, μια και η ανάληψη από τις ασφαλιστικές εταιρείες των οικονομικών συνεπειών των ιατρικών πράξεων ή παραλείψεων, που γεννούν ευθύνη προς αποζημίωση, συντελεί στην αποτελεσματική προστασία των ασθενών.

1.2 Δομή της εργασίας

Η παρούσα εργασία περιλαμβάνει δύο μέρη, το θεωρητικό και το ερευνητικό. Το πρώτο μέρος ξεκινά με εισαγωγικά στοιχεία, καθώς και τη δομή της εργασίας. Στο δεύτερο κεφάλαιο επιχειρείται η θεωρητική προσέγγιση της έννοιας του ιατρικού σφάλματος και του δυσμενούς συμβάντος μέσα από ορισμούς, που προσπαθούν να προσδιορίσουν την έννοια και το περιεχόμενό τους και να αναδείξουν τις διαφορές, τις αιτίες και τις οικονομικές διαστάσεις και επιπτώσεις τους.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι έννοιες της ιατρικής αμέλειας και ιατρικής ευθύνης, και αναλύεται η έννοια της αστικής επαγγελματικής ευθύνης, με έμφαση στην αστική ευθύνη των ιατρών και το νομικό της χαρακτήρα. Στη συνέχεια γίνεται αναφορά στην αστική ευθύνη του Δημοσίου και των Ν.Π.Δ.Δ. και παρουσιάζεται ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, που καθορίζει τον ορθό τρόπο άσκησης της ιατρικής επιστήμης και τέχνης.

Το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στην ασφάλιση της επαγγελματικής αστικής ευθύνης των ιατρών και αναλύει την έννοια και το περιεχόμενο, τόσο της

επαγγελματικής, όσο και της ιατρικής αστικής ευθύνης. Παρουσιάζονται οι όροι και οι καλύψεις που μπορεί να παράσχει ένα συμβόλαιο ασφάλισης αστικής ιατρικής ευθύνης, καθώς και στοιχεία από την Ελλάδα και το εξωτερικό. Τέλος γίνεται αναφορά στους λόγους και την αναγκαιότητα ύπαρξης ασφαλιστικής κάλυψης στο δύσκολο και πολύπλοκο περιβάλλον άσκησης της ιατρικής.

Από το πέμπτο κεφάλαιο ξεκινά το ερευνητικό μέρος της εργασίας. Σε αυτό αναλύεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε κατά την υλοποίηση της έρευνας. Αναλύονται ο σκοπός της μελέτης και τα ερευνητικά ερωτήματα στα οποία καλείται να απαντήσει. Στη συνέχεια, παρουσιάζεται η δομή του ερωτηματολογίου και ο τρόπος δειγματοληψίας που ακολουθήθηκε, προκειμένου να συλλεγεί το συγκεκριμένο υλικό.

Το έκτο κεφάλαιο περιλαμβάνει την ανάλυση των αποτελεσμάτων της μελέτης. Αρχικά, παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία του δείγματος και ακολουθούν πίνακες διασταύρωσης μεταβλητών και μη παραμετρικοί έλεγχοι συσχέτισης, προκειμένου να διερευνηθεί ο βαθμός και ο τρόπος συσχέτισης των μεταβλητών του δείγματος.

Στο έβδομο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα της έρευνας, καθώς και προτάσεις για περαιτέρω διερεύνηση.

Στις βιβλιογραφικές τέλος αναφορές, υπάρχουν όλες οι ελληνικές και ξενόγλωσσες πηγές, καθώς και οι ιστοσελίδες που χρησιμοποιήθηκαν για την εκπόνηση αυτής της μελέτης, ενώ στο παράρτημα παρουσιάζονται στοιχεία που είναι απαραίτητα για μια ολοκληρωμένη παρουσίαση της εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΚΑΙ ΔΥΣΜΕΝΕΣ ΣΥΜΒΑΝ – ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ

2.1 Εισαγωγή

Η ύπαρξη ιατρικών σφαλμάτων και δυσμενών συμβάντων κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας, αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο. Σύμφωνα με εκτιμήσεις το 30-40% των ανεπιθύμητων περιστατικών κατά την παροχή περίθαλψης στο νοσοκομείο, αλλά και στα εξωτερικά ιατρεία, φαίνεται ότι προκαλούνται από συστημικούς παράγοντες που μπορούν να αποφευχθούν.¹ Για το λόγο αυτό άλλωστε, έχουν αναπτυχθεί και συστήματα καταγραφής και ανάλυσης δυσμενών συμβάντων, όπως θα δούμε και στη συνέχεια. Εντούτοις, τα συστήματα υγείας, εξακολουθούν να εστιάζουν στην ευθύνη των μεμονωμένων ατόμων, παραβλέποντας τις βαθύτερες αιτίες που οδηγούν σε αυτά.

Στο κεφάλαιο αυτό επιχειρείται η αποσαφήνιση των δύο αυτών εννοιών και γίνεται αναφορά στα αίτια εμφάνισής τους, τις διαφορές, καθώς και τους τύπους - κατηγορίες τους. Επίσης, παρουσιάζονται επιδημιολογικά στοιχεία από την Ελλάδα και το εξωτερικό, καθώς και οι οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις, που τα ιατρικά σφάλματα συνεπάγονται.

2.2 Ορισμοί ιατρικού σφάλματος και δυσμενούς συμβάντος

Τα ιατρικά σφάλματα (medical errors) μπορεί να αναφέρονται στην κακή άσκηση της ιατρικής πρακτικής, στις παρενέργειες των φαρμάκων, στις ιατρικές επεμβάσεις και στον τεχνολογικό ιατρικό εξοπλισμό (QuIC, 2000). Σύμφωνα με τους Kohn *et. al.* (1999), το ιατρικό σφάλμα ορίζεται ως η αποτυχία εκπλήρωσης μιας ιατρικής πράξης, όπως σχεδιάστηκε αρχικά, ή ως η χρήση ενός εσφαλμένου σχεδίου, για την επίτευξη ενός στόχου. Κατά τον Reason (1990) ομοίως, περιγράφεται ως μια αποτυχία σχεδιασμένης ροής πνευματικών ή φυσικών δραστηριοτήτων επίτευξης του σκοπούμενου αποτελέσματος, που δεν μπορεί να αποδοθεί στην τύχη. Κατά άλλο

¹http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2013-0435+0+DOC+XML+V0//EL#def_1_5

ορισμό, το ιατρικό σφάλμα ορίζεται ως μια ακούσια διαφοροποίηση από τις καθιερωμένες πρακτικές (Tamuz *et. al.*, 2004). Επίσης, μπορεί να οριστεί ως μια μη ηθελημένη ενέργεια (πράξη ή παράλειψη), ή μια ενέργεια που δεν πέτυχε τον προκαθορισμένο σκοπό της (Leape, 1994). Σύμφωνα με άποψη που επικρατεί μεταξύ του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού, το ιατρικό σφάλμα αποτελεί μία εκτροπή από τα καθιερωμένα, η οποία επισημαίνεται και διορθώνεται από το ιατρικό προσωπικό έγκαιρα, είναι ένα γεγονός που συμβαίνει ως κάτι αναμενόμενο, λόγω της ροής εργασίας και όχι απαραίτητα ένα ιατρικό σφάλμα (Thomas E.J. and Brennan T., 2000).

Σύμφωνα με το Ελληνικό Ιατρικό Δίκαιο, ως ιατρικό σφάλμα νοείται η υπολειπόμενη της επιβαλλόμενης στο επάγγελμα και στη συγκεκριμένη περίπτωση επιμέλειας κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, επειδή ο γιατρός δεν τηρεί το επαγγελματικό του standard (πρότυπο ποιότητας) ή επειδή παραβιάζει τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και τέχνης². Ως ιατρικό standard μπορεί να χαρακτηριστεί το σύνολο των προδιαγραφών ποιότητας και ασφάλειας, στις οποίες θα πρέπει να ανταποκρίνεται η παροχή ιατρικών υπηρεσιών (Ομπέση, 2005). Οι προδιαγραφές αυτές είναι δυνατό να προσδιορίζονται από τις αντικειμενικές περιστάσεις, από τα πορίσματα της επιστήμης και από την εμπειρία που έχει αποκτηθεί κατά το χρόνο διενέργειας της ιατρικής πράξης (Φουντεδάκη, 2003).

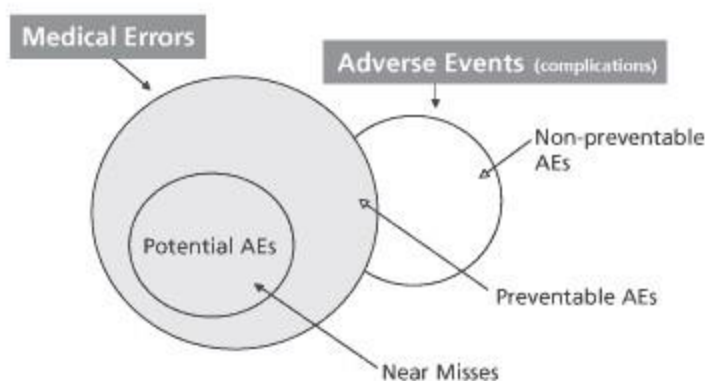
Σύμφωνα τέλος με το Ινστιτούτο Ιατρικής των Η.Π.Α. (Institute of Medicine, 1999), ως δυσμενές συμβάν ή ανεπιθύμητο περιστατικό (adverse event) ορίζεται η βλάβη που προκλήθηκε από τον ιατρικό χειρισμό και όχι από την υπάρχουσα ασθένεια ή κατάσταση του ασθενούς.

2.3 Διαφορές ιατρικού σφάλματος και δυσμενούς συμβάντος

Όπως προκύπτει από τα ανωτέρω, οι έννοιες ιατρικό σφάλμα και δυσμενές συμβάν είναι σχετικές, όχι όμως ταυτόσημες. Προκειμένου να προσεγγίσουμε την εννοιολογική τους διαφορά (Garrouste-Orgeas *et. al.*, 2012), θα πρέπει να εξετάσουμε την έκβαση της πορείας του ασθενούς. Το ιατρικό σφάλμα είναι πιθανό να λάβει χώρα σε οποιοδήποτε στάδιο της θεραπευτικής αντιμετώπισης ενός ασθενούς (πρόληψη, διάγνωση ή θεραπεία) και μπορεί να αφορά πλημμελή, εσφαλμένη ή ακόμα και

² http://www.iatrikionline.gr/ellia_25/12.pdf

ελλειμματική διάγνωσης. Εντούτοις, οι λανθασμένοι αυτοί χειρισμοί δεν οδηγούν πάντα σε πρόκληση βλαβών στον ασθενή. Η πλειονότητα των ιατρικών σφαλμάτων δε σχετίζεται με ανεπιθύμητα περιστατικά, αλλά με την ιατρική αμέλεια. Ομοίως, τα περισσότερα ανεπιθύμητα συμβάντα δε σχετίζονται με ιατρικά λάθη και ως εκ τούτου δεν είναι δυνατό να προβλεφθούν (Fryer-Edwards *et. al.*, 2004), όπως φαίνεται παραστατικά και στο διάγραμμα που ακολουθεί.



Πηγή: Fryer-Edwards *et. al.*

Διάγραμμα 2.1 Σχέση μεταξύ ιατρικού σφάλματος και δυσμενούς συμβάντος

Ένα ανεπιθύμητο περιστατικό, μπορεί να προκαλέσει βλάβη στον ασθενή, τα αίτια όμως της εμφάνισής του δεν οφείλονται στην υπάρχουσα κατάσταση της υγείας του. Επίσης, όπως φαίνεται και στο διάγραμμα, υπάρχει κι ένα ποσοστό ανεπιθύμητων περιστατικών που προέρχονται από ιατρικά λάθη (περιοχή αλληλοκάλυψης) και είναι δυνατό να προβλεφθούν. Αντιθέτως, τα ανεπιθύμητα περιστατικά που δεν οφείλονται σε ιατρικά λάθη ή όσα δεν προλαβαίνουν να δημιουργήσουν βλάβη στον ασθενή (near misses), δεν μπορούν εύκολα να προβλεφθούν.

Όλα σχεδόν τα δυσμενή συμβάντα είναι απόρροια του συνδυασμού δύο παραγόντων, των ενεργών αποτυχιών (active failures), ατόμων που βρίσκονται σε άμεση επαφή με τον ασθενή ή το σύστημα υγείας, και των λανθανόντων συνθηκών (latent conditions), που αποτελούν αναπόφευκτες παθογένειες του συστήματος. Σε αντίθεση με τις ενεργές αποτυχίες, οι περισσότερες από τις οποίες δε μπορούν να εντοπιστούν εγκαίρως, οι λανθάνουσες συνθήκες είναι δυνατό να διορθωθούν πριν την επέλευση ενός ατυχούς συμβάντος, γεγονός που οδηγεί σε μια εκ των προτέρων κι όχι εκ των υστέρων διαχείριση του κινδύνου (La Pietra *et. al.*, 2005).

2.4 Αιτίες εμφάνισης ιατρικών σφαλμάτων και δυσμενών συμβάντων

Τα ιατρικά σφάλματα και τα δυσμενή συμβάντα οφείλονται, όπως προαναφέρθηκε, σε συστημικά αίτια. Προκύπτουν συνήθως ως αποτέλεσμα πολύπλοκων ενεργειών και διαδικασιών κατά τη διάρκεια φροντίδας του ασθενούς, και δεν είναι απλά απόρροια των λανθασμένων ενεργειών ενός μεμονωμένου ατόμου ή μιας συνθήκης. Η έλλειψη οικονομικών πόρων, η ελλιπής έρευνα και εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού, καθώς και η ανασφάλεια ή και η απροσεξία των ιατρών, είναι μερικά από τα συνήθη αίτια πρόκλησής τους (Θηραίος *et. al.*, 2007).

Οι κύριες αιτίες εμφάνισής τους θα μπορούσαν να συνοψιστούν στα ακόλουθα:

✓ Αυξημένη πολυπλοκότητα του συστήματος υγείας

Στις υπηρεσίες υγείας κάθε σύστημα περιέχει επιμέρους συστήματα και το ίδιο αποτελεί μέρος άλλων, ευρύτερων συστημάτων. Σύμφωνα με τη θεωρία των ατυχημάτων του κοινωνιολόγου Charles Perrow³, στα συστήματα που χαρακτηρίζονται από υψηλό βαθμό πολυπλοκότητας τα ατυχήματα είναι αναπόφευκτα, καθώς είναι πιο επιρρεπή σε σφάλματα. Αντίθετα, στα γραμμικά συστήματα υπάρχει μικρότερη εξειδίκευση και ευκολότερη υποκατάσταση (Kohn *et. al.*, 1999).

✓ Πίεση χρόνου

Η έλλειψη προσωπικού και κατά συνέπεια ο μεγάλος φόρτος εργασίας και ευθύνης, συμβάλλουν θετικά στη δημιουργία πίεσης και άγχους, λόγω έλλειψης του απαιτούμενου χρόνου, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε εσφαλμένη ή πλημμελή θεραπεία και αφορά κυρίως τμήματα επειγόντων περιστατικών και ειδικευόμενους ιατρούς (Boodman, 2013).

✓ Ατελείς πληροφορίες για το ιστορικό του ασθενούς

Πολλές φορές εμπόδια στην επικοινωνία μεταξύ γιατρού και ασθενούς είναι δυνατό να οδηγήσουν σε πλημμελή ενημέρωση σχετικά με το ιστορικό υγείας του ασθενούς.

✓ Έλλειψη πληροφόρησης για φαρμακευτικά σκευάσματα

Οι τεταμένοι ρυθμοί εργασίας, καθώς και η έλλειψη γραπτών και κατανοητών οδηγιών είναι δυνατό να οδηγήσει σε παρερμηνείες ή σε ατελή ενημέρωση για πρόσφατες ανεπιθύμητες ενέργειες ή παρενέργειες συγκεκριμένων φαρμάκων.

³ <http://www.ohio.edu/people/piccard/entropy/perrow.html>

- ✓ Κακή χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων και κακή συνεννόηση κατά τη χορήγησή τους

Η εσφαλμένη χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων αποτελεί συχνό επίσης φαινόμενο, ιδίως κατά τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών, μια και πολλές φορές δίνονται χωρίς τη διακριτική τους συσκευασία ή επανασυσκευάζονται σε μικρότερες ποσότητες, με αποτέλεσμα να υπάρχει σύγχυση για την ορθή ονομασία και τον τρόπο χορήγησής τους. Επίσης, λόγω του δυσανάγνωστου του γραφικού χαρακτήρα των συνταγών ή την ύπαρξη συντομογραφιών είναι δυνατό να υπάρξουν παρερμηνείες.

- ✓ Περιβαλλοντικοί ή άλλοι παράγοντες

Παράγοντες όπως η ζέστη, ο φωτισμός, ο θόρυβος, η πολυκοσμία, οι συχνές διακοπές αποσπούν συχνά την προσοχή του προσωπικού.

Όποια όμως και αν είναι η αιτία για τη δημιουργία ενός ιατρικού σφάλματος, δεν θα πρέπει να παραβλέπεται, ότι και οι καλύτεροι επιστήμονες είναι άνθρωποι, άρα είναι δυνατό να υποπέσουν σε λάθη, κυρίως όμως ότι τα ανθρώπινα λάθη δεν είναι πάντοτε τυχαία, αλλά, όπως έχει διαπιστωθεί, επαναλαμβάνονται (Department of Health, 2000).

2.5 Κατηγορίες – Τύποι ιατρικών σφαλμάτων

Ανεξάρτητα από τις αιτίες που μπορεί να συμβάλλουν θετικά στην ύπαρξη ενός ανεπιθύμητου συμβάντος στο χώρο της υγείας, τα ιατρικά σφάλματα είναι δυνατό να λάβουν χώρα κατά την πρόληψη, τη διάγνωση ή τη θεραπεία των ασθενών. Ορισμένες κατηγορίες σφαλμάτων είναι δυνατό να διακριθούν καλύτερα. Για παράδειγμα, τα σφάλματα που σχετίζονται με τη θεραπεία εντοπίζονται πιο εύκολα σε σχέση με αυτά που αφορούν τη διάγνωση και την πρόληψη, καθώς τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα συνήθως συμβαίνουν γρήγορα και είναι εμφανή. Πολλές φορές επίσης διαφεύγουν τις προσοχής μας, μια και πολλές ιατρικές πράξεις διενεργούνται εκτός του χώρου του νοσοκομείου, όπως σε ιδιωτικά ιατρεία.

Όπως προαναφέρθηκε, τα ανεπιθύμητα συμβάντα προκαλούν βλάβη και δεν είναι απαραίτητα προβλέψιμα, ενώ τα ιατρικά λάθη αν και δεν προκαλούν απαραίτητα βλάβη, είναι δυνατό να προβλεφθούν. Επομένως, τα δυσμενή συμβάντα μπορεί να είναι προβλέψιμα, μη προβλέψιμα ή δυνητικά. (Mark S.M. *et. al.*, 2011)

Για την ταξινόμηση των ιατρικών σφαλμάτων έχουν προταθεί πολλές μορφές τυπολογίας, αυτή όμως που έχει γίνει ευρύτερα αποδεκτή στη διεθνή βιβλιογραφία είναι των Kohn *et. al.* (1999). Από μια σύνοψη των κυριότερων ιατρικών σφαλμάτων προκύπτει ο ακόλουθος πίνακας:

Πίνακας 2.1 Κυριότερα ιατρικά σφάλματα

Πηγή: Kohn *et. al.*, 1999

ΔΙΑΓΝΩΣΗ	Σφάλμα ή καθυστέρηση διάγνωσης
	Αποτυχία διενέργειας των ενδεδειγμένων εξετάσεων
	Χρήση ξεπερασμένων εξετάσεων ή θεραπείας
	Καθυστερημένη – Μη έγκαιρη παρέμβαση
ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Σφάλμα στη διενέργεια εγχείρησης, διαδικασίας ή εξέτασης
	Σφάλμα στη διαχείριση της θεραπείας
	Σφάλμα στη δοσολογία ή στη μέθοδο χρήσης ενός φαρμάκου
	Καθυστερήση στη θεραπεία ή στην δράση απέναντι σε μη φυσιολογική εξέταση
	Ακατάλληλη, μη ενδεικνύομενη θεραπεία
ΠΡΟΛΗΨΗ	Αποτυχία λήψης προληπτικών μέτρων
	Ακατάλληλη παρακολούθηση ή ακολουθία θεραπείας
ΆΛΛΑ ΑΙΤΙΑ	Αποτυχία επικοινωνίας ιατρού - ασθενή
	Ανορθόδοξη χρήση τεχνολογικού εξοπλισμού
	Άλλη αποτυχία του συστήματος

Αναφορικά με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τα ιατρικά σφάλματα ταξινομούνται σε τέσσερις κυρίως κατηγορίες (Elder and Dovey, 2002):

- Κλινικά (διάγνωση, απόφαση, ιατρικές δεξιότητες)
- Επικοινωνιακά (μεταξύ γιατρών – ασθενών ή προμηθευτών υγείας)
- Διοικητικά (ζητήματα προσωπικού)
- Άλλες αιτίες (ασφαλιστικοί κανονισμοί, νομοθεσία)

Μια άλλη κατηγοριοποίηση που προκύπτει από την ταξινόμηση της βαρύτητας των πιθανών βλαβών – συνεπειών στον ασθενή από την πλημμελή άσκηση της ιατρικής,

δίνεται από το National Quality Forum (2007). Σύμφωνα με αυτή τα ιατρικά σφάλματα ταξινομούνται στις ακόλουθες εννιά κατηγορίες:

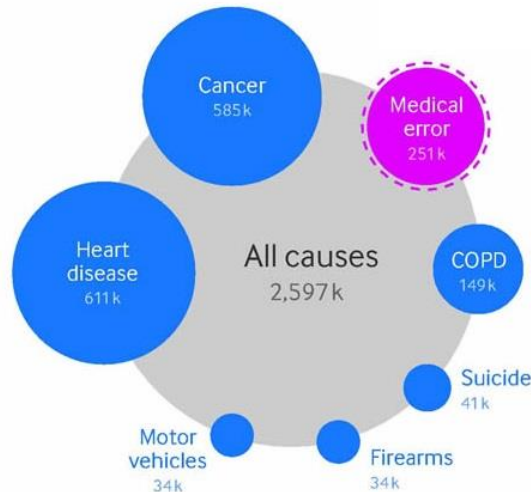
- ✓ *Κατηγορία A:* Περιπτώσεις ή γεγονότα που είναι ικανά να προξενήσουν ιατρικό σφάλμα.
- ✓ *Κατηγορία B:* Ιατρικό σφάλμα, που δεν προκάλεσε βλάβη στον ασθενή.
- ✓ *Κατηγορία C:* Ιατρικό σφάλμα που επέστη ο ασθενής, αλλά τελικά δεν του προκάλεσε ζημιά.
- ✓ *Κατηγορία D:* Ιατρικό σφάλμα που υπέστη ο ασθενής και χρειάστηκε περαιτέρω παρακολούθηση ή παρέμβαση για να επιβεβαιωθεί ή μη ύπαρξη βλάβης στον ασθενή.
- ✓ *Κατηγορία E:* Προσωρινή βλάβη για την οποία κρίνεται απαραίτητη ιατρική παρέμβαση.
- ✓ *Κατηγορία F:* Προσωρινή βλάβη για την οποία κρίνεται απαραίτητη μια αρχική ή παρατεταμένη νοσηλεία.
- ✓ *Κατηγορία G:* Μόνιμη αναπηρία του ασθενούς.
- ✓ *Κατηγορία H:* Ανάγκη ιατρικής παρέμβασης, προκειμένου να διατηρηθεί ο ασθενής στη ζωή.
- ✓ *Κατηγορία I:* Θάνατος του ασθενούς.

Όπως βλέπουμε λοιπόν, το επίπεδο βαρύτητας μπορεί να κυμαίνεται από τη μη ύπαρξη βλάβης (A έως D), και την ύπαρξη προσωρινής ή μόνιμης βλάβης και αναπηρίας (E έως H), έως το θάνατο (I).

2.6 Επιδημιολογία των ιατρικών σφαλμάτων

Ιατρικά σφάλματα και δυσμενή συμβάντα κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας, επηρεάζουν ένα στους δέκα ασθενείς παγκόσμιο επίπεδο και αποτελούν, όπως είδαμε, σημαντική αιτία πρόκλησης σωματικής βλάβης, αναπηρίας ή και θανάτου.

Τα περισσότερα στατιστικά στοιχεία και οι επιδημιολογικές μελέτες, που έχουν εκπονηθεί, προέρχονται κυρίως από τις Η.Π.Α. και τη Μ. Βρετανία. Σύμφωνα με σχετικό, πρόσφατο άρθρο του επιστημονικού περιοδικού British Medical Journal (BMJ), τα ιατρικά σφάλματα αποτελέσαν το 2013 την τρίτη κύρια αιτία θανάτου στις Η.Π.Α. μετά τις καρδιαγγειακές παθήσεις και τον καρκίνο (Makary and Daniel, 2016), όπως φαίνεται και στο ακόλουθο διάγραμμα.



Πηγή: <http://www.bmj.com/content/353/bmj.i2139>

Διάγραμμα 2.2 Αιτίες θανάτου στις Η.Π.Α. το 2013

Επιπλέον, υπολογίζεται ότι ένα εκατομμύριο άνθρωποι υποφέρουν ετησίως εξαιτίας ιατρικών σφαλμάτων και ατυχών γεγονότων (Leape, 2000). Σύμφωνα με έκθεση του Αμερικανικού Ινστιτούτου Ιατρικής (IOM), το 2000 συνέβησαν στις Η.Π.Α. 44.000 – 98.000 θάνατοι από ιατρικά σφάλματα, που θα μπορούσαν να έχουν προληφθεί, καθώς και 1.000.000 περίπου επιπλέον σωματικές βλάβες (Weingart *et al.*, 2000). Σε σχετική παρακολούθηση της παραπάνω μελέτης του IOM το 2006 βρέθηκε, ότι τα λάθη στη φαρμακευτική αγωγή πλήττουν 1,5 εκατομμύρια άτομα κάθε χρόνο. Σύμφωνα με την παραπάνω μελέτη, κάθε χρόνο συμβαίνουν 400.000 λάθη στη φαρμακευτική αγωγή ασθενών που νοσηλεύονται, που θα μπορούσαν να έχουν προληφθεί, 800.000 σε μακροχρόνια πάσχοντες και 530.000 περίπου σε εξωτερικούς ασθενείς (The National Academy of Science, 2006). Επίσης, σύμφωνα με σχετική έκθεση της Οργάνωσης για την Έρευνα και την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας (2002), υπολογίζεται ότι 7.000 περίπου άτομα πεθαίνουν κάθε χρόνο από λανθασμένη φαρμακευτική αγωγή, ποσοστό κατά 16% μεγαλύτερο από τα εργατικά ατυχήματα.

Δεδομένα σχετικά με την ύπαρξη ιατρικών λαθών στην Ευρωπαϊκή Ένωση, προέρχονται κυρίως από τα κράτη – μέλη της, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organisation, WHO) και δείχνουν σταθερά, ότι τα ιατρικά λάθη που σχετίζονται με ανεπιθύμητες ενέργειες συμβαίνουν σε ποσοστό 8%

έως 12% των νοσηλευόμενων ασθενών.⁴ Σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου, στην έκθεσή του για το 2000 ‘An organisation with a memory’ υπολογίζει σε 850.000 περίπου τα ανεπιθύμητα περιστατικά ετησίως (ποσοστό 10 % των εισαγωγών σε νοσοκομείο).⁵ Επίσης, κάθε χρόνο αναφέρονται περίπου 400 θάνατοι ή σοβαρές βλάβες που οφείλονται στον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και 10.000 σοβαρές παρενέργειες, λόγω της φαρμακευτικής αγωγής (Vincent, 2003). Ομοίως, η Ισπανία (στην εθνική μελέτη του 2005 για τα ανεπιθύμητα συμβάντα), η Γαλλία και η Δανία έχουν δημοσιεύσει μελέτες επίπτωσης με παρόμοια αποτελέσματα.³ Στη Γερμανία επίσης, αναφέρονται 30.000 θάνατοι, εξαιτίας δυσμενών συμβάντων. Στη Νέα Ζηλανδία πάνω από 50.000 ασθενείς ήρθαν αντιμέτωποι με ένα ή περισσότερα ιατρικά σφάλματα το 2006, ενώ στην Αυστραλία παρατηρούνται 18.000 θάνατοι το χρόνο και πάνω από 50.000 ασθενείς καταλήγουν με σοβαρές βλάβες (Boζίκης και Ρήγα, 2008).

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με το Ευρωβαρόμετρο για τα ιατρικά λάθη (Euro baromet, 2006), το 13% των Ελλήνων, έχουν υποστεί ιατρικό σφάλμα σε νοσοκομείο, 20-30 ασθενείς πεθαίνουν κάθε μέρα και 200 περίπου παθαίνουν σοβαρές βλάβες. Εντούτοις, δεν υπάρχουν καταγεγραμμένα στατιστικά στοιχεία. Μια πρώτη και εξαιρετικά αξιόλογη προσπάθεια στον τομέα αναφοράς των ιατρικών λαθών στη χώρα μας, αποτελεί το σύστημα ανίχνευσης, οικειοθελούς αναφοράς και ανάλυσης ανεπιθύμητων περιστατικών (Medical Error Reporting Information System – M.E.R.I.S.) από το τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς (Παναγιώτου, 2015). Πέρα από την αυτόβουλη αναφορά ανεπιθύμητων περιστατικών μέσα από μια απλή και ασφαλή διαδικασία, το συγκεκριμένο σύστημα στοχεύει και στην καλλιέργεια μιας κουλτούρας ενθάρρυνσης, τόσο του υγειονομικού προσωπικού, όσο και των πολιτών, για την ανάδειξη και αντιμετώπιση συμβάντων που θέτουν σε κίνδυνο την ασφάλεια των ασθενών και υποβαθμίζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, όπως αναφέρει στην ιστοσελίδα του.⁶

⁴ <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics>

⁵ <https://www.aagbi.org/sites/default/files/An%20organisation%20with%20a%20memory.pdf>

⁶ http://83.212.107.46/index.php?option=com_content&view=article&id=6&Itemid=2

2.7 Οικονομικές διαστάσεις και επιπτώσεις των ιατρικών σφαλμάτων

Πληθώρα ερευνών κυρίως στο εξωτερικό, (Andel *et. al.*, 2012; Scott, 2009; Mello *et. al.*, 2007), αλλά και στην Ελλάδα (Vozikis and Riga, 2012), υποστηρίζουν ότι τα ιατρικά σφάλματα επιφέρουν όχι μόνο ψυχολογικό, αλλά και σημαντικό οικονομικό φορτίο, που επιβαρύνει το σύνολο της κοινωνίας. Το αυξημένο αυτό κόστος, που συνεπάγονται, είναι δυνατό να προέρχεται από τυχόν επανεισαγωγές ασθενών, παρατεταμένο χρόνο νοσηλείας και χρήση εξειδικευμένων υπηρεσιών (μονάδες εντατικής θεραπείας, κέντρα αποκατάστασης). Οι κατηγορίες που επιμερίζεται το κόστος αφορούν, εκτός των ασθενών και των οικογενειών τους, τον κρατικό προϋπολογισμό και ολόκληρο το σύστημα υγείας (δημόσιες και ιδιωτικές μονάδες, ασφαλιστικά ταμεία, ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες) (Βοζίκης και Ρήγα, 2011).

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τους Mello *et.al.* (2007), επιφέρουν κόστος για:

- Επιπρόσθετες υπηρεσίες υγείας
- Παρατεταμένη νοσηλεία σε εξειδικευμένα ή μη τμήματα
- Συνεχείς επισκέψεις σε ιδιώτες ιατρούς και δημόσια νοσοκομεία
- Επιπρόσθετη συνταγογράφηση φαρμάκων
- Αγορά ιατρικού εξοπλισμού (τεχνητών μελών, ιατρικών αναλωσίμων)
- Υπηρεσίες φροντίδας κατ' οίκον
- Φυσιοθεραπείες
- Υπηρεσίες αποκατάστασης και αποθεραπείας
- Έξοδα κηδείας

Για όλα τα παραπάνω κόστη, είναι δυνατό ο ίδιος ο ασθενής, αλλά και οι συγγενείς του, να αξιώσουν χρηματική αποζημίωση αθροιστικά για όσα επιβαρύνθηκαν ή πρόκειται να επιφορτιστούν μελλοντικά. Αξίζει επίσης να σημειωθεί, ότι εκτός του άμεσου ιατρικού κόστους, υπάρχει και το έμμεσο (απώλεια ζωής, εργασίας, παραγωγικότητας, ψυχικής και οικογενειακής ηρεμίας και ποιότητας ζωής), για τα οποία οι πληγέντες, μπορούν να αξιώσουν ικανοποίηση.

Πληθώρα στοιχείων από έρευνες που αναφέρονται στα ιατρικά λάθη επιβεβαιώνουν το υπέρογκο κόστος τους. Σε έρευνα των Ker *et.al.* στη Μεγάλη Βρετανία το 2000 υπολογίστηκε ότι, τα 850.000 περιστατικά ιατρικών λαθών που συνέβησαν, κόστισαν περίπου 2 δισεκατομμύρια λίρες. Σύμφωνα με μελέτη των Cranshaw *et. al.* (2007), ιατρικά λάθη (από το 1995-2007), που αφορούσαν τη φαρμακευτική αγωγή, κόστισαν στο National Health Services (NHS) της Μ.

Βρετανίας 5 εκατομμύρια λίρες, μόνο για τα έξοδα των δικαστικών προσφυγών. Επίσης, σύμφωνα με την National Patient Safety Agency, λάθη στη φαρμακευτική αγωγή των ασθενών το 2007, κόστισαν 770 εκατομμύρια λίρες, λόγω επανεισαγωγών και βλαβών που οφείλονταν σε παρατεταμένη νοσηλεία.

Στις ΗΠΑ, σε σχετική μελέτη το 2011, βρέθηκε ότι μία στις τρεις εισαγωγές εμφανίζει ένα ιατρικό λάθος ή ανεπιθύμητο συμβάν, ενώ για κάθε δολάριο που δαπανάται στον τομέα της υγείας τα 18-45 σεντς, απορροφώνται στην κάλυψη δαπανών, εξαιτίας εμφάνισης ιατρικών λαθών (Fung, 2011). Η ίδια έρευνα αναφέρει επίσης, ότι τα πιο δαπανηρά ιατρικά λάθη είναι αυτά που αφορούν μετεγχειρητικές λοιμώξεις, έλκη κατακλίσεων, επιπλοκές από μη καρδιοχειρουργικά εμφυτεύματα και μοσχεύματα, επιπλοκές από επεμβάσεις στη σπονδυλική στήλη και εκτεταμένες αιμορραγίες, το κόστος των οποίων ανήλθε σε 9,4 δις δολάρια για το 2008. Επίσης, σύμφωνα με το Αμερικανικό Ινστιτούτο Ιατρικής (2006), τα ιατρικά σφάλματα κοστίζουν κάθε χρόνο στις ΗΠΑ 37,6 δις δολάρια, ενώ από αυτά τα 17 περίπου δις, αποτελούν υγειονομικές δαπάνες για σφάλματα που θα μπορούσαν να έχουν αποτραπεί.

Στη χώρα μας μια συντονισμένη προσπάθεια αποτύπωσης του προβλήματος των ιατρικών λαθών και του κόστους τους, έχει γίνει από το Πανεπιστήμιο Πειραιώς. Η ερευνητική ομάδα έκανε μια διεξοδική ανάλυση του περιεχομένου 259 αποφάσεων, πολιτικών και διοικητικών δικαστηρίων, σε υποθέσεις εκδίκασης ιατρικής ευθύνης. Από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι η μέση αποζημίωση για ιατρικά λάθη στη χώρα μας, ανέρχεται σε 305.093 ευρώ (μέσος όρος ανά περίπτωση) και αντιπροσωπεύει το 30,4% της αιτούμενης αποζημίωσης, ενώ ο μέσος χρόνος επίτευξης τελεσίδικης απόφασης ανέρχεται σε έξι χρόνια. (Πολλάλης *et. al.*, 2012).

Από τα παραπάνω καθίσταται εμφανές, ότι τα ιατρικά σφάλματα αυξάνουν θετικά, τόσο το κόστος για την υγειονομική περίθαλψη κι αποκατάσταση των ασθενών και των οικογενειών τους, αλλά και το κοινωνικό κόστος, μέσα από τις δικαστικές διαμάχες και τις επιδικαζόμενες αποζημιώσεις. Για το λόγο αυτό άλλωστε, κρίνεται απαραίτητη η υιοθέτηση στρατηγικών για τη μείωση του ποσοστού των ανεπιθύμητων συμβάντων. Σύμφωνα με τον WHO, μόνο στην Ευρωπαϊκή Ένωση, η θέσπιση στοχευμένων στρατηγικών θα οδηγήσει στην πρόληψη 750.000 βλαβών από ιατρικά λάθη ετησίως, οδηγώντας με τη σειρά της σε πάνω από 3,2 εκατομμύρια λιγότερες ημέρες νοσηλείας, 260.000 λιγότερα περιστατικά μόνιμης αναπηρίας, και 95.000 λιγότερους θανάτους ετησίως.³

2.8 Ανακεφαλαίωση

Στο κεφάλαιο αυτό έγινε αναφορά στην έννοια και το περιεχόμενο του ιατρικού σφάλματος και του δυσμενούς συμβάντος. Αναλύθηκαν τα είδη, οι κατηγορίες και τα αίτια εμφάνισής τους. Επίσης παρουσιάστηκε η επιδημιολογία των ιατρικών σφαλμάτων, καθώς και στοιχεία αναφορικά με το οικονομικό και κοινωνικό τους κόστος.

Τα ιατρικά σφάλματα, ως ανθρώπινα σφάλματα, πολλές φορές είναι αναπόφευκτα. Αρκετές όμως φορές οφείλονται σε συστημικούς παράγοντες και συνθήκες, που συχνά επαναλαμβάνονται και μπορούν να προληφθούν και να αποτραπούν. Για το λόγο αυτό κρίνεται απαραίτητη και η ύπαρξη συστημάτων ανίχνευσης, αναφοράς, καταγραφής και ανάλυσής τους, με σκοπό τη βελτίωση του συστήματος και την πρόληψη λαθών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΜΕΛΕΙΑ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ

3.1 Εισαγωγή

Στη χώρα μας, την τελευταία εικοσαετία ο όγκος των δικαστικών υποθέσεων που ασχολούνται με το ιατρικό σφάλμα και τις έννομες συνέπειες, αστικές, πειθαρχικές και ποινικές, που προκύπτουν από αυτό, έχει αυξηθεί κατακόρυφα. Τα αίτια της αυξητικής τάσης των δικών αστικής ευθύνης ανάγονται ιδίως στη βαθιά μεταβολή, σε επίπεδο κυρίως κοινωνιολογικό και ψυχολογικό, που έχει υποστεί η σχέση γιατρού και ασθενούς (Fountedaki, 2002).

Σε αυτό το κεφάλαιο αναλύονται οι έννοιες της ιατρικής αμέλειας στο πλαίσιο δικαίου της ιατρικής αστικής ευθύνης, καθώς και της αστικής ευθύνης του δημοσίου και γίνεται αναφορά στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας.

3.2 Η ιατρική αμέλεια. Έννοια, μορφές και διαστάσεις

Θεμελιώδης έννοια για τη στοιχειοθέτηση της ευθύνης του ιατρού αποτελεί η ύπαρξη αμέλειας. Η ιατρική αμέλεια (malpractice) εμπεριέχει τρία είδη ευθύνης:

- ✓ την ποινική, που επιβάλλεται από τα Ποινικά Δικαστήρια και αναφέρεται στην απαίτηση της έννομης τάξης να τιμωρείται εκείνος που από αμέλειά του προκάλεσε θάνατο ή σωματική βλάβη τρίτου,
- ✓ την αστική, που αφορά την υποχρέωση καταβολής αποζημίωσης από τον υπαίτιο σε εκείνον που ζημιώθηκε από αδικοπραξία για υλική ζημία ή για ηθική βλάβη ή αν έχει επέλθει θάνατος, για ψυχική οδύνη και
- ✓ την πειθαρχική, η οποία επιβάλλεται από το Πειθαρχικό Συμβούλιο του οικείου Ιατρικού Συλλόγου, στον οποίο ανήκει και αποσκοπεί στη διατήρηση του κύρους του ιατρικού επαγγέλματος.

Οι ιατροί που ανήκουν στο ΕΣΥ υπέχουν, επιπλέον, και την ευθύνη των δημοσίων υπαλλήλων, που ελέγχεται από τη Διοίκηση. Στις περιπτώσεις αυτές, η αστική ευθύνη καταλογίζεται, κατ' αρχήν, στη μονάδα του ΕΣΥ και όχι στον ίδιο τον υπαίτιο ιατρό (με εξαίρεση τους πανεπιστημιακούς ιατρούς, λόγω της αυξημένης εμπιστοσύνης του ασθενούς προς αυτούς) (Φουντεδάκη, 2003).

Σύμφωνα με το άρθρο 28 του Ποινικού Κώδικα (ΠΚ), που αποτελεί και σημείο αναφοράς για την αποτίμηση της ιατρικής ευθύνης, «από αμέλεια πράττει, όποιος από έλλειψη της προσοχής την οποία όφειλε κατά τις περιστάσεις και μπορούσε να καταβάλει, είτε δεν πρόβλεψε το αξιόποιο αποτέλεσμα που προκάλεσε η πράξη του, είτε το πρόβλεψε ως δυνατό, πίστεψε όμως ότι δεν θα επερχόταν». Επίσης κατά το άρθρο 330 του Αστικού Κώδικα (ΑΚ) «Ο οφειλέτης ενέχεται, αν δεν ορίστηκε κάτι άλλο, για κάθε αθέτηση της υποχρέωσης του από δόλο ή αμέλεια, δική του ή των νομίμων αντιπροσώπων του. Αμέλεια υπάρχει, όταν δεν καταβάλλεται η επιμέλεια που απαιτείται στις συναλλαγές».

Στο ισχύον δίκαιο, επικρατεί αυτή η αντικειμενικότερη αντίληψη της αμέλειας, καθώς κρίσιμες θα θεωρηθούν οι δυνατότητες ενός μέσου συνετού ευσυνείδητου ανθρώπου. Σημασία για τον καθορισμό της επιμέλειας ενός ανθρώπου έχει ο τυπικός εκπρόσωπος του κύκλου του, ενός δηλαδή μέσου ιατρού (Σταθόπουλος, 1998). Εάν όμως ο γιατρός διαθέτει ικανότητες μεγαλύτερες από το μέσο συνετό γιατρό της ειδικότητάς του (πανεπιστημιακοί καθηγητές), έχει πολύ σημαντικό επιστημονικό έργο ή η αμοιβή του είναι σημαντικά ανώτερη, η επίδειξη αμέλειας από την πλευρά του και το ενδεχόμενο σφάλμα θα κριθεί, βάσει των αυξημένων αυτών προσόντων, γνώσεων και ικανοτήτων. Επομένως, το μέτρο επιμέλειας διαφοροποιείται ανάλογα με την εμπειρία, τη γνώση και τις ικανότητες.

Στο χώρο του ιατρικού δικαίου αμελής διενέργεια ιατρικής πράξης υπάρχει, κάθε φορά που ο γιατρός προβαίνει από αμέλεια σε λανθασμένη διάγνωση ή πρόγνωση της ασθένειας, όταν διενεργεί εγχείρηση ή επέμβαση χωρίς να ακολουθεί τους γενικά παραδεκτούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης, όταν δεν αντιμετωπίζει με την απαιτούμενη από το νόμο επιμέλεια ένα επείγον περιστατικό (Αντωνίου, 1993). Επίσης, σύμφωνα με την ΑΠ 1270/1989 ΕλλΔ/νη 1991, ο γιατρός υποχρεούται σε αποζημίωση για τη ζημιά που έπαθε ο πελάτης ασθενής του από κάθε αμέλειά του, ακόμα και ελαφριά, εάν κατά την εκτέλεση των ιατρικών του καθηκόντων, παρέβη την υποχρέωση επιμέλειάς του να ενεργήσει *de lege artis*, σύμφωνα δηλαδή με τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης. Επιπρόσθετα, ο νομοθέτης του Αναγκαστικού Νόμου (ΑΝ) 1565/1939 απαιτεί από το γιατρό, πέρα από τη *de lege artis* συμπεριφορά, να παρέχει την ιατρική του συνδρομή «μετά ζήλου, ευσυνειδησίας και αφοσιώσεως».

3.3 Η ιατρική αστική ευθύνη και ο νομικός της χαρακτήρας

Σύμφωνα με το Μπαμπινιώτη (1998), «ευθύνη είναι η υποχρέωση λογοδοσίας και, εφόσον τούτο είναι εφικτό, αποκατάστασης των ζημιολογώνων συνεπειών που επέφερε η συγκεκριμένη συμπεριφορά».

Η ύπαρξη ευθύνης του ιατρού απέναντι στον ασθενή του αναζητείται με βάση συγκεκριμένες προϋποθέσεις, την *de lege artis* άσκηση της ιατρικής, το καθήκον αλήθειας και ενημέρωσης του ασθενούς, την εξασφάλιση της καθαρής συναίνεσής του και την αιτιώδη σύνδεση μεταξύ ιατρικής ενέργειας ή παράλειψης και βλάβης.

Η αστική ευθύνη, έχει την έννοια της νομικής υποχρέωσης για αποκατάσταση (αποζημίωση) από τη μη νόμιμη συμπεριφορά (παράλειψη, πράξη ή υλική ενέργεια) (Σπηλιωτόπουλος, 2007). Δημιουργείται δηλαδή, από την παράβαση των διατάξεων του ΑΚ, ή του Κοινού Δικαίου, ή σχετικής Σύμβασης. Η αστική λοιπόν ευθύνη, ρυθμίζεται δεσμευτικά με κανόνες δικαίου και έχει αμιγώς νομικό περιεχόμενο. Η οικονομική υποχρέωση του υπαίτιου για αποκατάσταση σωματικών βλαβών και υλικών ζημιών, προβλέπεται από τα άρθρα 914-938 του ΑΚ, περί αδικοπραξίας ή και ενδοσυμβατικής ευθύνης, άρθρο 361 του ΑΚ.

Ο νόμος για την προστασία του καταναλωτή Ν2251/1994 (ΦΕΚ 191Α'/16-11-1994), στο άρθρο 8 §1-5, αναφέρει σχετικά με την ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες:

- ✓ *Ο παρέχων υπηρεσίες ευθύνεται για κάθε περιουσιακή ζημία ή ηθική βλάβη που προκάλεσε παράνομα και υπαίτια, με πράξη ή παράλειψή του, κατά την παροχή αυτών στον καταναλωτή. Ως παρέχων υπηρεσίες νοείται όποιος, στο πλαίσιο της άσκησης επαγγελματικής δραστηριότητας παρέχει υπηρεσία, κατά τρόπο ανεξάρτητο.*
- ✓ *Δεν είναι υπηρεσία, με την έννοια αυτού του άρθρου, παροχή η οποία έχει ως άμεσο και αποκλειστικό αντικείμενο την κατασκευή προϊόντων ή τη μεταβίβαση εμπραγμάτων δικαιωμάτων ή δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας.*
- ✓ *Ο ζημιωθείς υποχρεούται να αποδείξει τη ζημία και την αιτιώδη συνάφεια μεταξύ της παροχής της υπηρεσίας και της ζημίας.*
- ✓ *Ο παρέχων υπηρεσίες φέρει το βάρος της απόδειξης για την έλλειψη παρανομίας και υπαιτιότητάς του. Για την έλλειψη υπαιτιότητας λαμβάνονται υπόψιν η ευλόγως προσδοκώμενη ασφάλεια και το σύνολο των ειδικών συνθηκών....*
- ✓ *Η ύπαρξη ή η δυνατότητα παροχής τελειότερης υπηρεσίας κατά το χρόνο παροχής της συγκεκριμένης υπηρεσίας ή μεταγενέστερα, δεν θεμελιώνει χωρίς άλλο λόγο υπαιτιότητα.*

Επομένως, προϋπόθεση για την ευθύνη του ιατρού αποτελεί η παράβαση μιας ή περισσοτέρων από τις υποχρεώσεις του, με σημαντικότερη την παράβαση των κανόνων της ιατρικής επιστήμης και τέχνης, με αποτέλεσμα να διαπράξει ιατρικό σφάλμα. Υπό την έννοια αυτή, το ιατρικό σφάλμα κατά κανόνα θεωρείται ότι οφείλεται σε ιατρική αμέλεια, λόγω μη καταβολής της απαιτούμενης προσοχής, το δε μέτρο της απαιτούμενης προσοχής, δεν προσδιορίζεται υποκειμενικά, αλλά με κριτήριο το μέσο συνετό γιατρό της συγκεκριμένης ειδικότητας (Φουντεδάκη, 2002).

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω, ο νόμος αντιστρέφει το τεκμήριο αθωότητας του εναγόμενου, ζητώντας από το γιατρό να αποδείξει ότι δεν έσφαλε, κι όχι από τον ασθενή, ότι δεν έχει ζημιωθεί. Ο γιατρός λοιπόν, προκειμένου να απαλλαγεί της ευθύνης, θα πρέπει να αποδείξει ότι δεν υπήρξε παράβαση των υποχρεώσεών του (ιατρικό σφάλμα) ή ότι η ζημιά του ασθενούς δε συνδέεται αιτιωδώς με δική του παράβαση.

3.4 Αστική ευθύνη του Δημοσίου και των Ν.Π.Δ.Δ.

Η υποχρέωση για αποζημίωση του ασθενούς που έχει πληγεί είναι δυνατό να βαρύνει όχι μόνο φυσικά πρόσωπα, αλλά και νομικά πρόσωπα, το νομικό πρόσωπο του Κράτους και τα Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.).

Σύμφωνα με τους Χρυσανθάκη και Πανταζόπουλο (2006), ως «εξωσυμβατική ή αστική ευθύνη του Κράτους και των Ν.Π.Δ.Δ. νοείται η ευθύνη των προαναφερόμενων φορέων δημόσιας εξουσίας να αποζημιώνουν τρίτα πρόσωπα, τα οποία εθίγησαν ηθικώς ή υλικώς από παράνομη συμπεριφορά των οργάνων τους, κατά την άσκηση ή επ' ευκαιρία της άσκησης των καθηκόντων τους». Στην περίπτωση αυτή, υπεύθυνος δεν είναι ατομικά ο ιατρός, αλλά το νοσοκομείο ή ο εκάστοτε φορέας, που καλείται να αποζημιώσει τον πληγέντα (άρθρα 105-106 του Εισαγωγικού Νόμου του Αστικού Κώδικα - ΕισΝΑΚ). Αν ο φορέας καταβάλει αποζημίωση, μπορεί να στραφεί εναντίον του υπαίτιου γιατρού, μόνο αν ενήργησε από δόλο ή βαριά αμέλεια. Επιπλέον, ο γιατρός, σύμφωνα με το άρθρο 38 του υπαλληλικού κώδικα (Ν2683/1999) δεν ευθύνεται απέναντι σε τρίτους για πράξεις ή παραλείψεις του.

Αξίζει να σημειωθεί, ότι οι ασθενείς που έχουν υποστεί βλάβη κατά τη νοσηλεία τους σε ιδιωτικό φορέα, μπορούν να στραφούν, όχι μόνο κατά του γιατρού ατομικά, αλλά και κατά της κλινικής που εργάζεται, ακόμα κι αν δεν έχει καμία σχέση εργασιακής εξάρτησης, επικαλούμενοι με το άρθρο 8 του Ν2251/1994.

3.5 Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας

Βασικό κριτήριο για τη διαπίστωση οποιασδήποτε μορφής ιατρικής ευθύνης, αποτελούν οι κανόνες Ιατρικής Δεοντολογίας. Πρώτο κείμενο Ιατρικής Δεοντολογίας στη δυτική ιατρική παράδοση, είναι ο Όρκος του Ιπποκράτη. Μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, και την εμπειρία των πειραμάτων σε ανθρώπους από επίορκους ιατρούς, οι διακηρύξεις σχετικά με το σεβασμό της ανθρώπινης προσωπικότητας απέκτησαν μεγάλη σημασία, πολλαπλασιάστηκαν και εμπλουτίστηκαν. Κυρίως όμως, οι κανόνες τους ενσωματώθηκαν σε νομοθετικά κείμενα, αποκτώντας έτσι δεσμευτική ισχύ.

Στην Ελλάδα κανόνες ιατρικής δεοντολογίας υπήρχαν ήδη από το 1926 στο διάταγμα 1.3.1926 (*«Περί προσκαίρου κώδικος της δεοντολογίας του Ιατρικού επαγγέλματος»*), στον Αναγκαστικό Νόμο (ΑΝ) 1565/1939 (*«Περί κώδικος ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος»*), στο Βασιλικό Διάταγμα (ΒΔ) της 25^{ης} Μαΐου, 6.7.1955 (*«περί κανονισμού ιατρικής δεοντολογίας»*). Επίσης με το άρθρο 61 του Ν2071/1992, αποφασίζεται η σύσταση Εθνικού Συμβουλίου Ιατρικής & Δεοντολογίας και με το άρθρο 62 του ίδιου νόμου η έκδοση Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας.

Το 2005 με την έκδοση του Ν3418/2005, (ΦΕΚ 287Α'/28-11-2015), τέθηκε σε ισχύ ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ), με σκοπό να εκσυγχρονίσει, το παρωχημένο έως τότε, ισχύον νομικό πλαίσιο. Σύμφωνα με τη σχετική Αιτιολογική Έκθεση, στόχος του νέου κώδικα *«όχι μόνο να προσφέρει ένα γενικό πλαίσιο, αλλά και να καλύψει το κενό που υπήρχε, καθώς το προηγούμενο σχετικό νομοθέτημα (ΒΔ της 25.5/6.7 του 1955) είχε γίνει σε μια εποχή που τόσο η άσκηση της ιατρικής, όσο και η γενικότερη επιστημονική εξέλιξη διέφεραν σημαντικά σε σχέση με τη σημερινή τους μορφή... Λόγω των επιστημονικών μεταβολών που σημειώθηκαν τις τελευταίες δεκαετίες, κρίθηκε απαραίτητη η προσθήκη... όχι μόνο κάποιων νέων άρθρων, αλλά και ολόκληρων κεφαλαίων»*. Η ύπαρξη του νέου κώδικα κρίθηκε επίσης αναγκαία, λόγω των σημαντικών μεταβολών που επέφεραν στη νομοθεσία ειδικοί νόμοι σχετικοί με την άσκηση της ιατρικής, όπως ο Ν2619/1998, που κύρωσε την Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική (Σύμβαση του Οβιέδο), οι Ν3089/2002 και Ν3305/2005 για την ιατρικά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, ο Ν2737/1999 για τις μεταμοσχεύσεις και η Οδηγία 2001/20/ΕΚ, σχετικά με τις κλινικές έρευνες σε ανθρώπους.

Η ιατρική ευθύνη απορρέει, ως γνωστόν από την ιατρική πράξη. Σύμφωνα με το άρθρο 1 του νέου ΚΙΔ, *«ιατρική πράξη είναι εκείνη που έχει ως σκοπό την με*

οποιαδήποτε επιστημονική μέθοδο πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου». Ως ιατρικές πράξεις κρίνονται «εκείνες οι οποίες έχουν ερευνητικό χαρακτήρα....., η συνταγογράφηση, η εντολή για διενέργεια πάσης φύσεως παρακλινικών εξετάσεων, η έκδοση ιατρικών πιστοποιητικών και βεβαιώσεων, καθώς και η γενική συμβουλευτική υποστήριξη του ασθενούς». Από τα παραπάνω συμπεραίνεται, ότι κάθε παραβίαση των κανόνων σε καθένα από τα προαναφερθέντα πεδία εφαρμογής των εννοιών και των ορισμών του κώδικα επισύρει την αντίστοιχη ιατρική ευθύνη (Πέτρου *et. al.*, 2015).

Στο άρθρο 2 § 2 επισημαίνει, «ότι ο ιατρός θα πρέπει να τηρεί τον όρκο του Ιπποκράτη, να ασκεί το έργο του σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία και κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, να αποφεύγει κάθε πράξη ή παράλειψη, η οποία μπορεί να βλάψει την τιμή και την αξιοπρέπειά του και να κλονίσει την πίστη του κοινού προς το ιατρικό επάγγελμα». Από το άρθρο 3 απορρέει η υποχρέωση του γιατρού να τηρεί τους κανόνες ιατρικής. Με την παράβαση της υποχρέωσης αυτής, η ελληνική νομολογία και θεωρία συνδέει το ιατρικό σφάλμα, ως παράνομη και υπαίτια συμπεριφορά του γιατρού, ως νόμιμο δηλαδή λόγο της αστικής του ευθύνης (Λασκαρίδης, 2013).

Τέλος, τα άρθρα 11 και 12 συμπληρώνουν κι εξειδικεύουν την αρχή της «συναίνεσης του ενημερωμένου ασθενούς» (Σύμβαση Οβιέδο). Η υποχρέωση ενημέρωσης είναι αναγκαία για την προστασία της προσωπικότητας, αλλά και της ανθρώπινης αξιοπρέπειας του ασθενούς και αποτελεί υποχρέωση (άρθρο 8 του Ν2251/1994) και προαπαιτούμενο για την ενδεδειγμένη ιατρική πράξη. Σε διαφορετική περίπτωση ο ασθενής υφίσταται προσβολή της προσωπικότητάς του. Αν για παράδειγμα, η ιατρική επέμβαση που πραγματοποιείται χωρίς την προηγούμενη ενημέρωση και συναίνεσή του δεν είναι ενδεδειγμένη ή εμφανίζεται ως άσκοπη και περιττή, σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, ενδέχεται, παράλληλα με την προσβολή της προσωπικότητάς του, να στοιχειοθετείται και το αδίκημα της σωματικής βλάβης και συνακόλουθα η αστική ευθύνη του ιατρού.

Από τα παραπάνω συμπεραίνεται ότι η ευθύνη του ιατρού είναι δεοντολογική, έχει δηλαδή τη βάση της στις αρχές και στους κανόνες δεοντολογίας. Αυτό συνεπάγεται, ότι η συμπεριφορά του ιατρού είναι παράνομη, όχι μόνο όταν προσκρούει σε συγκεκριμένο ειδικό κανόνα δικαίου, αλλά και όταν έρχεται σε αντίθεση με το γενικότερο πνεύμα της έννομης τάξης –καλής πίστης– από το οποίο παράγονται οι κανόνες δεοντολογίας. Οι κανόνες αυτοί επιβάλλουν την προσαρμογή του στα όρια

που ορίζονται κάθε φορά από τα συναλλακτικά ήθη και την καλή πίστη, όρια η υπέρβαση των οποίων θεμελιώνει κάθε είδους αστική ευθύνη (Πέτρου *et. al.*, 2015).

3.6 Ανακεφαλαίωση

Τα τελευταία χρόνια ο αριθμός των υποθέσεων ιατρικής αμέλειας που φτάνουν στα Ελληνικά δικαστήρια αυξάνεται συνεχώς μια και, τόσο οι ασθενείς, όσο και οι συγγενείς τους, φαίνονται πιο ευαισθητοποιημένοι στο θέμα των ιατρικών σφαλμάτων (Γώγος *et. al.*, 2010).

Κύριο λοιπόν μέλημα της πολιτείας θα πρέπει να αποτελέσει η διαμόρφωση ενός υγειονομικού συστήματος που να χαρακτηρίζεται από ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, να παρέχει ασφάλεια στους ασθενείς και να δημιουργεί της κατάλληλες συνθήκες για την επιμελή άσκηση της ιατρικής επιστήμης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΙΑΤΡΩΝ

4.1 Εισαγωγή

Τα κόστη που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών υγείας έχουν αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, τόσο στις Ευρωπαϊκές χώρες, όσο και στις ΗΠΑ. Επιπρόσθετα, οι υψηλές αποζημιώσεις που επιβάλλονται αντικατοπτρίζουν τη σπουδαιότητα της ιατρικής πρακτικής για την υπόλοιπη οικονομία. Επομένως, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός, ότι σε πολλές χώρες το κόστος ασφάλισης των ιατρικών λαθών, έχει αυξηθεί παράλληλα με την αύξηση του κόστους παροχής υπηρεσιών υγείας (Βλιάμος, 2006).

Το τέταρτο αυτό κεφάλαιο αναφέρεται στην ασφάλιση της επαγγελματικής αστικής ευθύνης των ιατρών. Παρουσιάζονται διεξοδικά το περιεχόμενο, οι όροι και οι καλύψεις, τόσο στην Ελλάδα, όσο και στο εξωτερικό, καθώς η αναγκαιότητά της.

4.2 Έννοια και περιεχόμενο ασφάλισης αστικής ευθύνης

Όπως αναφέρθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, αστική ευθύνη είναι η υποχρέωση που έχει κάθε πρόσωπο, ιδιώτης, επαγγελματίας ή επιχείρηση να αποκαταστήσει τη ζημιά που προκάλεσε με πράξη ή παράλειψή του σε τρίτους, παράνομα και υπαίτια.

Σύμφωνα με το Ν2496/1997 (ΦΕΚ 87Α'/16-5-1997) περί ασφαλιστικής σύμβασης, με την ασφάλιση αστικής ευθύνης ο ασφαλιστής αναλαμβάνει την υποχρέωση να αποζημιώσει σύμφωνα με τους όρους της ασφαλιστικής σύμβασης τον ασφαλισμένο του, καλύπτοντας τις δαπάνες του, που απορρέουν από την απόκρουση και την ικανοποίηση αξιώσεων τρίτων σε βάρος του, για ζημίες που προκλήθηκαν σε αυτούς (τρίτους) από αμέλεια του ασφαλισμένου, κατά την άσκηση της δραστηριότητας (εάν πρόκειται για επαγγελματική αστική ευθύνη).

Επίσης, στο άρθρο 24 του Ν3844/2010 (ΦΕΚ63Α'/3-5-2010 - προσαρμογή στην κοινοτική Οδηγία 2006/123) που αφορά την ποιότητα των υπηρεσιών και αναφέρεται στην ασφάλιση της επαγγελματικής ευθύνης και τις εγγυήσεις της, διευκρινίζεται ότι *«οι πάροχοι υπηρεσιών, οι υπηρεσίες των οποίων ενέχουν άμεσο και συγκεκριμένο κίνδυνο για την υγεία ή την ασφάλεια του αποδέκτη ή τρίτου ή τη χρηματοοικονομική ασφάλεια του αποδέκτη, θα πρέπει να συνάπτουν ανάλογη με τη φύση και την έκταση*

του κινδύνου ασφάλιση επαγγελματικής ευθύνης ή να την αντικαθιστούν με οποιαδήποτε άλλη ισόδυναμη ή ουσιαστικά συγκρίσιμη, ως προς τον σκοπό της, εγγύηση ή ανάλογη διευθέτηση».

Τα ασφαλιστήρια συμβόλαια αστικής ευθύνης (τύπος συμβολαίου Medical Malpractice) μπορεί να έχουν ως βάση ασφάλισης (coverage trigger):

➤ την έγερση της απαίτησης (*Claims made*), με εκτεταμένη περίοδο αναγγελίας (Expanded Report Period – ERP) από 12 έως 60 μήνες.

- *pure claims made*

- *claims made and reported* ή

➤ το ζημιογόνο γεγονός (*Occurrence*)

Με τον όρο βάση ασφάλισης, νοούνται οι προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούνται για να ενεργοποιηθεί η ασφαλιστική κάλυψη.

Στην *pure claims made* βάση ασφάλισης, η ασφαλιστική κάλυψη ενεργοποιείται ανάλογα με την ημερομηνία κατά την οποία εγέρθηκε η απαίτηση του ασθενούς κατά του ασφαλισμένου και έχει τρεις προϋποθέσεις ενεργοποίησης:

- Το ζημιογόνο γεγονός, να έχει συμβεί εντός της προβλεπόμενης στο ασφαλιστήριο ασφαλιστικής περιόδου.
- Η έγερση απαίτησης ή η δήλωση πιθανής ζημίας να έχει λάβει χώρα για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια της ασφαλιστικής περιόδου.
- Η ζημία να μην ήταν γνωστή στον ιατρό πριν την έναρξη της ασφάλισης. Η κάλυψη δηλαδή, δεν ενεργοποιείται, εάν η ζημία ήταν ήδη γνωστή ή είχε ήδη εγερθεί πριν την έναρξη της ασφάλισης.

Στην *claims made and reported* βάση ασφάλισης, εκτός από τις παραπάνω προϋποθέσεις, θα πρέπει η δήλωση πιθανής ζημίας από τον ιατρό να έχει λάβει χώρα κατά τη διάρκεια της ασφαλιστικής περιόδου.

Τέλος, η ασφαλιστική κάλυψη σε βάση *Occurrence* ενεργοποιείται υπό τη βασική προϋπόθεση, ότι το ζημιογόνο γεγονός συνέβη εντός της προβλεπόμενης στο ασφαλιστήριο ασφαλιστικής περιόδου. Η ασφαλιστική κάλυψη ενεργοποιείται ανεξάρτητα από την ημερομηνία δήλωσης της ζημίας ή έγερσης της απαίτησης του πληγέντος, η οποία μπορεί να λαμβάνει χώρα και μετά τη λήξη της ασφαλιστικής περιόδου.⁷

⁷ http://www.eaee.gr/cms/sites/default/files/astiki_efthinh_ermineytiko_lexiko.pdf

4.3 Προϋποθέσεις και καλύψεις ασφάλισης αστικής ευθύνης ιατρού

Τα προγράμματα των ασφαλιστικών εταιρειών στην Ελλάδα καλύπτουν την ασφαλιστική ευθύνη του ιατρού για πρόκληση σωματικών βλαβών ή θάνατο σε ασθενείς, από πράξεις ή παραλήψεις, συνεπεία ατυχήματος κατά τη διάρκεια της νόμιμης άσκησης των καθηκόντων του, στο πλαίσιο της ειδικότητάς του. Από ανασκόπηση των καλύψεων που παρέχουν οι ασφαλιστικές εταιρείες που δραστηριοποιούνται στη χώρα μας στον κλάδο των ζημιών, προκύπτουν τα ακόλουθα:

- ✓ Προκειμένου να εκδοθεί ασφαλιστήριο συμβόλαιο επαγγελματικής αστικής ευθύνης, θα πρέπει ο ιατρός να διαθέτει πτυχίο και άδεια ασκήσεως επαγγέλματος και αν πρόκειται για ειδικευμένο ιατρό, να γίνεται ρητή αναφορά της αναγνωρισμένης από τον Ιατρικό Σύλλογο ειδικότητάς του.
- ✓ Οι εταιρείες υποχρεούνται να καταβάλουν στον ασφαλισμένο ιατρό το ποσό που αυτός καθίσταται υπόχρεος, ως αστικός υπεύθυνος να καταβάλει ως αποζημίωση σε τρίτο για σωματική ή ηθική βλάβη, θάνατο ή υλική ζημιά (αν προβλέπεται), που συνέβησαν κατά τη διάρκεια του ασφαλιστηρίου και οφείλονται σε πράξεις ή παραλείψεις του ιατρού, σχετίζονται δε άμεσα και αποκλειστικά με την άσκηση της επαγγελματικής του δραστηριότητας, όπως ορίζεται από την ειδικότητά του. Επίσης, υπάρχουν ασφαλιστικές που καλύπτουν και περιπτώσεις άμεσης ανάγκης, κατά τις οποίες ο ιατρός καλείται να παράσχει βοήθεια, πέραν της ειδικότητάς του.
- ✓ Η κάλυψη είναι δυνατό να επεκταθεί και για σωματικές βλάβες ή υλικές ζημιές, που μπορεί να προξενηθούν σε τρίτους από την κατοχή, χρήση και εν γένει τη λειτουργία των χώρων και εγκαταστάσεων του ιατρείου ή ακόμα και για τους ιατρούς – βοηθούς που αποσχολούν.
- ✓ Η ασφαλιστικές εταιρείες καλύπτουν βλάβες ή ζημιές που προξένησε ο ιατρός μόνο εντός της ελληνικής επικράτειας.
- ✓ Ευθύνονται για την αποζημίωση ζημιών που οφείλονται σε συμβάντα που έλαβαν χώρα κατά τη διάρκεια ισχύος του συμβολαίου (claims made), χωρίς αναδρομική ισχύ, με περίοδο αργοπορημένης δήλωσης αξίωσης αποζημίωσης, 12 μήνες από τη λήξη του συμβολαίου. Για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (έως 24 μήνες), καταβάλλονται συνήθως αυξημένα ασφάλιστρα.
- ✓ Αξίζει να σημειωθεί ότι ειδικότητες όπως ιατροδικαστική, αγγειοχειρουργική, ακτινοθεραπεία, πλαστική χειρουργική, καθώς και ειδικευόμενοι και αγροτικοί ιατροί δεν καλύπτονται από όλες τις ασφαλιστικές εταιρείες για αστική ευθύνη. Ο

αποκλεισμός ειδικοτήτων από την ασφάλιση, δεν αποτελεί σπάνιο γεγονός. Στις ΗΠΑ, για παράδειγμα, η έκρηξη της ασφαλιστικής ευθύνης, οδήγησε, αφενός μεν στην αδυναμία ασφάλισης της αστικής ευθύνης των γυναικολόγων, λόγω της εκτόξευσης των ποσών των ασφαλιστρών, αφετέρου δε σε σημαντική μείωση του αριθμού των ιατρών που επιλέγουν παρεμφερείς ειδικότητες (Φουντεδάκη, 2002).

- ✓ Αρκετές επίσης ασφαλιστικές εξαιρούν συνήθως του συμβολαίου απαιτήσεις:
- που εγείρονται από τον ίδιο τον ασφαλισμένο,
 - από οποιαδήποτε πρακτική εξωσωματικής γονιμοποίησης ή θεραπείας γονιμότητας,
 - από τη διενέργεια μη θεραπευτικών εκτρώσεων,
 - από βλάβες αισθητικής φύσης,
 - από τη χρήση μη νόμιμων ή μη εγκεκριμένων από τον Ιατρικό Σύλλογο και τον ΕΟΦ επεμβάσεων, μεθόδων ή φαρμακευτικών σκευασμάτων,
 - από ποινική ή πειθαρχική ευθύνη κάθε φύσης.

Σε σχετική ανακοίνωση της Επιτροπή Αστικής Ευθύνης & Επαγγελματικών Ευθυνών της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος (Ε.Α.Ε.Ε.), παρουσιάστηκαν στοιχεία από την Ευρωπαϊκή αγορά, σχετικά με την ασφάλιση της ιατρικής αστικής ευθύνης, όπως φαίνονται στον ακόλουθο πίνακα.

Πίνακας 4.1 Στοιχεία από την Ευρωπαϊκή αγορά

Πηγή: http://www.nextdeal.gr/PDFS/parousiaseis/astiki_euthuni_iatron.pdf

	ΕΛΛΑΔΑ	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	ΟΛΛΑΝΔΙΑ	ΙΤΑΛΙΑ	ΙΣΠΑΝΙΑ
Υποχρεωτική ασφάλιση	Όχι	Ναι	Όχι, ΟΜΩΣ επιβάλλεται από τα Νοσοκομεία	Όχι, ΟΜΩΣ αναμένεται η θέσπιση σχετικής ρύθμισης	Όχι
Υποχρεωτικά όρια κάλυψης	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι

Συνήθη όρια κάλυψης €	300.000 - 1.500.000		€2.500.000	500.000 - 2.500.000	300.000 - 1.500.000
Βάση Ασφάλισης	Claims made	Occurrence	Claims made	Claims made	Claims made
ERP	Ναι	Δε χρειάζεται	Ναι	Ναι	Ναι

Σύμφωνα με τα ενδεικτικά αυτά στοιχεία, η ασφάλιση είναι υποχρεωτική μόνο στη Γερμανία, ενώ σε καμία από τις παραπάνω χώρες δεν υπάρχουν υποχρεωτικά όρια κάλυψης. Τα συνήθη όρια στην Ελλάδα και την Ισπανία φτάνουν το 1.500.000€, ενώ στην Ιταλία και την Ολλανδία τα 2.500.000€. Στην Γερμανία βάση ασφάλιση αποτελεί το ζημιογόνο γεγονός, ενώ στις υπόλοιπες χώρες η έγερση της απαίτησης με εκτεταμένη περίοδο αναγγελίας.

Στον πίνακα που ακολουθεί παρατίθενται στοιχεία από τις ΗΠΑ σχετικά το κόστος ιατρικής ευθύνης και τις αποζημιώσεις για ιατρική αμέλεια.

Πίνακας 4.2 Κόστος Ιατρικής Ευθύνης & Αποζημιώσεις για Ιατρική Αμέλεια ως ποσοστό των συνολικών δαπανών στις ΗΠΑ, 2006-2010

Πηγή: National Practitioner Data Bank, A.M. Best & Co. & Centres for Medicare and Medicaid Studies

ΕΤΟΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (σε δις. \$)	ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ ΙΑΤΡΩΝ & ΝΟΣΟΚ. ΓΙΑ ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ (σε δις. \$)	ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΛΗΡΩΘΗΚΑΝ ΓΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΜΕΛΕΙΑ (σε δις. \$)	% ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	% ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΩΝ ΠΟΥ ΠΛΗΡΩΘΗΚΑΝ ΓΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΜΕΛΕΙΑ ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
2006	2.162,41	11,88	3,86	0,55%	0,18%
2007	2.297,10	11,14	3,71	0,48%	0,16%
2008	2.403,94	10,69	3,60	0,44%	0,15%
2009	2.495,84	9,84	3,47	0,39%	0,14%
2010	2.593,64	9,40	3,34	0,36%	0,13%

Όπως φαίνεται από τα στοιχεία του πίνακα, τόσο τα ποσά, όσο και τα ποσοστά των ασφαλιστρών και των αποζημιώσεων για ιατρική αμέλεια μειώθηκαν μεταξύ 2006-2010, επιφέροντας ανάλογη μείωση του συνολικού κόστους υπηρεσιών υγείας.

4.4 Στατιστικά στοιχεία ασφαλιστικών εταιρειών

Σύμφωνα με σχετική έκθεση του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας & Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α.) «*Health at a glance*» για το 2013,⁸ το ποσοστό των ιατρών στη χώρα μας είναι το μεγαλύτερο από τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. και αντιστοιχεί σε 6,1 γιατρούς ανά 1.000 κατοίκους, ποσοστό σχεδόν διπλάσιο από το μέσο όρο (3,2) και εξακολουθεί να αυξάνεται, σύμφωνα με την έκθεση του 2015.⁹ Επιπλέον, το 2013 διατέθηκε σε δαπάνες υγείας το 9,2% του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (Α.Ε.Π.).⁷

Αυτό το ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό δαπανών, είναι εύλογο ότι περιλαμβάνει και το κόστος που απορρέει από την ύπαρξη ιατρικών λαθών, μια και μπορεί να συνεπάγονται παρατεταμένη νοσηλεία, επανεισαγωγές ή νοσηλεία σε εξειδικευμένα τμήματα. Επιπλέον, θα πρέπει να συμπεριληφθεί η επιβάρυνση των ασφαλιστικών ταμείων, καθώς και το κόστος που απαιτείται για την ηθική ή υλική αποζημίωση του πληγέντος.

Στη χώρα μας την τελευταία πενταετία έχουν πολλαπλασιαστεί τα συμβόλαια για την κάλυψη της αστικής ευθύνης των ιατρών, που κατά μέσο όρο αποτελούν το 55% περίπου των συμβολαίων επαγγελματικής αστικής ευθύνης, όπως φαίνεται και στον ακόλουθο πίνακα. Θα πρέπει επίσης να τονιστεί, ότι παρά τη συνεχή άνοδο της ασφαλιστικής αγοράς τα προηγούμενα χρόνια, μετά το 2010 (με έμφαση το 2012) παρουσιάζεται καθοδική πορεία, τόσο στην παραγωγή συμβολαίων, όσο και στο σύνολο της ποσοστιαίας μεταβολής των ασφαλιστηρίων, ως απόρροια του εξαιρετικά δυσμενούς οικονομικού περιβάλλοντος.

⁸ <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>

⁹ 10.1787/health_glance-2015-en

Πίνακας 4.3 Ανάλυση καλύψεων αστικής ευθύνης ιατρών 2011-2015

Πηγή: <http://www.eaee.gr/cms/etisia-statistiki-ekthesi>

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΥΜΒΟΛΑΙΑ	2011	2012	2013	2014	2015
Πλήθος συμβολαίων σε ισχύ	12.847	12.551	15.668	18.721	20.726
Πλήθος δηλωθεισών ζημιών			459	244	194
Μέση ζημιά				30.889	29.524
Ποσά πληρωθεισών ζημιών (€)	1.333.222	1.331.497	572.336	221.352	83.065
Απόθεμα εκκρεμών ζημιών (€)			7.767.323	7.315.460	5.644.651
Παραγωγή ασφαλίσεων	9.221.247	7.354.490	7.767.232		
Κατανομή % επί του συνόλου					
Πλήθος συμβολαίων σε ισχύ	56,6%	51,5%	54,4%	58,1%	56,3%
Πλήθος δηλωθεισών ζημιών			54,1%	36,4%	28,0%
Ποσά πληρωθεισών ζημιών (€)	68,6%	86,3%	55,9%	41,8%	37,0%
Απόθεμα εκκρεμών ζημιών (€)			39,3%	82,7%	68,8%
Μέσο Ασφάλιστρο	717,77	585,97	493,73		
Μέση Πληρωθείσα Ζημιά	5.873,23	4.096,92	1.246,38		

Τα ασφάλιστρα στις περισσότερες εταιρείες διαφέρουν ανάλογα με την ιατρική ειδικότητα, με ακριβότερα αυτά των επεμβατικών ειδικοτήτων. Σε σχετική έρευνα που διενεργήθηκε από το Πανεπιστήμιο Πειραιώς, αναλύθηκαν 259 περιπτώσεις ιατρικής αμέλειας τη δεκαετία 2003-2012, με σκοπό την προσέγγιση των ποιοτικών χαρακτηριστικών των ιατρικών σφαλμάτων στην Ελλάδα, μέσα από τις αποφάσεις των Πολιτικών και Διοικητικών Δικαστηρίων (Πολλάλης *et. al.*, 2012).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας οι περισσότερες περιπτώσεις αφορούσαν επεμβατικές ειδικότητες, μια και οι χειρουργικές επεμβάσεις έχουν από τη φύση τους έντονα επεμβατικό χαρακτήρα στον οργανισμό του ασθενούς και, ενδεχομένως, αυξημένο κίνδυνο. Η Γενική Χειρουργική παρουσίασε το μεγαλύτερο ποσοστό υποθέσεων (21,2%), με δεύτερη την ειδικότητα της Μαιευτικής – Γυναικολογίας (16%). Επίσης, στο 37,84% των περιπτώσεων η έκβαση ήταν θάνατος, ενώ στο 35,91% μόνιμη αναπηρία.

Αναφορικά με το επίπεδο των αποζημιώσεων, ερευνητική διαδικασία βιβλιογραφικής ανασκόπησης 31 αποφάσεων του Διοικητικού Πρωτοδικείου, κατά την πενταετία 2003-2007, καταδεικνύει τις έντονα αυξητικές τάσεις, της μέσης και συνολικής αποζημίωσης το ανωτέρω χρονικό διάστημα (Βοζίκης και Ρήγα, 2008). Και σε αυτή την έρευνα οι χειρουργικές ειδικότητες παρουσιάζουν το μεγαλύτερο αριθμό περιπτώσεων και την υψηλότερη συνολική αποζημίωση. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι η

μέση επιδικασθείσα αποζημίωση για Μαιευτήρες – Γυναικολόγους ήταν 623.146€, για Νευροχειρουργούς 459.733€, για Μικροβιολόγους 391.293€, για Γενικούς Χειρουργούς 324.901€, ενώ οι μικρότερες αποζημιώσεις αφορούσαν Καρδιολόγους 171.331€ και ωτορινολαρυγγολόγους 117.390€. Επίσης, ως υψηλότερη μέση επιδικασθείσα αποζημίωση καταγράφεται το ποσό των 434.086€, που καταβλήθηκε για περιστατικά θανάτου και ακολουθούν περιστατικά μόνιμης αναπηρίας με μέση αποζημίωση τα 356.839€.¹⁰

Η ισχυρή συσχέτιση των ιατρικών σφαλμάτων με τη σημαντική οικονομική επιβάρυνση του συστήματος υγείας (προϋπολογισμοί, ασφαλιστικές εταιρείες, εμπλεκόμενοι ιατροί), από τις δικαστικές διαδικασίες θεμελίωσης του δικαιώματος για χρηματική αποζημίωση είναι εμφανής (Zhan and Miller, 2005) και επηρεάζει όπως φαίνεται την επιδικασθείσα αποζημίωση.

Το ύψος των ασφαλιστρών που καλούνται οι ιατροί να καταβάλλουν, διαμορφώνεται, όπως καθίσταται εμφανές, κατά κύριο λόγο από την ειδικότητά τους και από την πρόθεσή τους για το ύψος της κάλυψης και το όριο ευθύνης. Οι περισσότερες ασφαλιστικές διαμορφώνουν κατηγορίες ασφαλιστρών ανά ειδικότητα και όριο ευθύνης, λαμβάνοντας υπόψη το επίπεδο και τα χρόνια εμπειρίας. Ενδεικτικά αναφέρονται στοιχεία ασφαλιστικής εταιρείας, που παρέχει κάλυψη αστικής ευθύνης ιατρού. Με μικρές αυξομειώσεις, σε παρόμοια επίπεδα κυμαίνονται οι περισσότερες ασφαλιστικές εταιρείες (αναλόγως των επιπρόσθετων καλύψεων που παρέχουν).

Οι κατηγορίες ασφαλιστρών που είναι δυνατό να διαμορφώνονται ανάλογα με την ειδικότητα είναι:

- ✓ 1^η κατηγορία: Αναισθησιολογία, Μαιευτική – Γυναικολογία
- ✓ 2^η κατηγορία: Αγγειοχειρουργική, Ακτινοδιαγνωστική, Ακτινοθεραπευτική – Ογκολογία, Ουρολογία, Γαστρεντερολογία, Δερματολογία – Αφροδισιολογία, Νευροχειρουργική, Ορθοπαιδική, Οφθαλμολογία, Γενική Χειρουργική, Χειρουργική Θώρακος, Παιδοχειρουργική και Ωτορινολαρυγγολογία
- ✓ 3^η κατηγορία: Αιματολογία, Αλλεργιολογία, Γενική Ιατρική, Ενδοκρινολογία, Ιατρική της Εργασίας, Καρδιολογία, Κυτταρολογία, Μικροβιολογία, Νευρολογία, Νεφρολογία, Παθολογία, Παθολογική Ανατομική, Παιδιατρική, Παιδοψυχιατρική, Πυρηνική Ιατρική, Ρευματολογία, Πνευμονολογία – Φυματιολογία, Φυσική Ιατρική & Αποκατάσταση, Ψυχιατρική, Αγροτικοί ιατροί (χωρίς ειδικότητα)

¹⁰ www.insuranceworld.gr

✓ 4^η κατηγορία: Οδοντίατροι

Πίνακας 4.4 Ενδεικτικά ετήσια ασφάλιστρα ανά όριο ευθύνης και κατηγορία ειδικότητας

Πηγή: Έρευνα από τιμοκαταλόγους ασφαλιστικών εταιρειών

<i>ΑΝΩΤΑΤΟ ΟΡΙΟ ΕΥΘΥΝΗΣ/ΕΤΟΣ €</i>	1^η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	2^η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	3^η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	4^η ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ
30.000	200-360	170-320	130-155	100-180
50.000-60.000	210-420	210-400	180-190	140-220
75.000	280-490	290-440	210-240	240
100.000	350-540	330-490	230-300	180-265
150.000	570-630	430-570	270-360	210-310
250.000	600-760	550-680	320-390	230-380
300.000	850-1.100	770-900	360-500	400-500
400.000	980-1.200	880-1.000	400-800	500
500.000	1.170-1.400	950-1.050	490-950	570
600.000	1.390-1.620	1.250-1.350	650-1.000	675-680
800.000	1.800-2.300	1.500-2.200	1.050-1.900	750
1.000.000	2.600	2.400	2.200	

Όπως φαίνεται από τα ενδεικτικά ποσά του Πίνακα 4.3, οι δύο πρώτες κατηγορίες που αφορούν επεμβατικές ειδικότητες παρουσιάζουν και τα υψηλότερα ετήσια ασφάλιστρα. Οι διακυμάνσεις που παρατηρούνται στις τιμές, οφείλονται σε επιπλέον καλύψεις για κινδύνους, όπως:

- Σωματικές βλάβες ή θάνατο (κατ' άτομο): 30.000-600.000€
- Υλικές ζημιές (κατά γεγονός): 1.000 – 25.000€
- Ομαδικό ατύχημα (ανεξαρτήτως αριθμού ατόμων): 5.000 – 600.000€

4.5 Αναγκαιότητα ύπαρξης ασφαλιστικής κάλυψης για αστική ευθύνη ιατρών

Η άσκηση της ιατρικής επιστήμης και τέχνης φέρνει σε καθημερινή βάση τον επαγγελματία ιατρό αντιμέτωπο με πολλές και ποικίλες ευθύνες, καθώς και αδυναμίες

του υγειονομικού συστήματος. Η ανάγκη ύπαρξης ασφαλιστικής κάλυψης κρίνεται ιδιαίτερα επιτακτική και αναγκαία, κυρίως επειδή:

✓ Κάθε επαγγελματίας ιατρός, αναλαμβάνει ευθύνες που μπορεί να αποβούν επιζήμιες.

Τόσο η νομοθεσία, όσο και οι παράμετροι που διέπουν την όποια επαγγελματική δραστηριότητα, γίνονται ολοένα πολυπλοκότερες. Επιπλέον, τυχόν λάθη ή παραλείψεις είναι ανθρώπινες ακόμη και για τον πλέον ευσυνείδητο επαγγελματία, που συνήθως στοχοποιείται, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι αστοχίες και ελλείψεις του συστήματος.

✓ Οι ενδεχόμενες αξιώσεις αποζημίωσης σε βάρος του ιατρού μπορεί να είναι οικονομικά δυσβάσταχτες σε σχέση με την αμοιβή του. Είναι προφανές ότι σε περίπτωση σωματικής βλάβης ή θανάτου, οι αξιώσεις για άμεσες και αποθετικές οικονομικές ζημιές (απώλεια εισοδήματος, ηθική βλάβη, ψυχική οδύνη) μπορεί να είναι υπερβολικά μεγάλες.

✓ Τα συναλλακτικά ήθη μεταβάλλονται κι ο ιατρός μπορεί να κατηγορηθεί ακόμη και κακοπροαίρετα για λάθη ή παραλείψεις που δεν έπραξε. Ο ΑΚ άλλωστε ορίζει ρητά, ότι αυτός που υπαίτια ζημιώνει, υποχρεούται σε αποζημίωση. Είναι δε προφανές, πως με την καθοδήγηση κάποιου έμπειρου δικηγόρου, η υπόθεση μπορεί να πάρει σοβαρές διαστάσεις.

✓ Οι σύγχρονες εξελίξεις επιβάλλουν την ασφάλιση επαγγελματικής αστικής ευθύνης ως αντικειμενικό τεκμήριο αξιοπιστίας και εγγύησης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η ασφαλιστική εγγύηση, ότι κάποιος θα πληρώσει για τις τυχόν ζημιολογικές συνέπειες (μη ποιότητα) εξ αιτίας αμέλειας, λάθους ή παράλειψης, δημιουργεί μια εικόνα αξιοπιστίας και διαμορφώνει κλίμα ασφάλειας για το χρήστη των υπηρεσιών υγείας.

✓ Η ασφάλιση επαγγελματικής ευθύνης αποτελεί σήμερα πάγια πρακτική σε όλες τις προηγμένες χώρες του κόσμου. Το ισχύον θεσμικό πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης με γνώμονα την Προστασία του Καταναλωτή επιβάλλει στα κράτη - μέλη την Ελεύθερη Παροχή Υπηρεσιών (Απελευθέρωση Επαγγελματιών) και την προστασία του Ανταγωνισμού.

✓ Κάθε επαγγελματίας ιατρός (ιδιώτης ή μη) έχει ανάγκη από νομική & οικονομική προστασία για την απρόσκοπτη άσκηση της δραστηριότητάς του, χωρίς επιπλέον άγχος για συνέπειες από τυχόν λάθη ή παραλείψεις. Επιπλέον, σε δυσχερείς

οικονομικά περιόδους, οι άνθρωποι δεν συγχωρούν και δεν παραβλέπουν εύκολα το λάθος ή την αμέλεια, που μπορεί να τους ζημιώσει οικονομικά.

4.6 Ανακεφαλαίωση

Όπως είδαμε στο κεφάλαιο αυτό, τα ιατρικά σφάλματα επιφέρουν σημαντική οικονομική επιβάρυνση στο σύστημα υγείας, όχι μόνο από την πλευρά του άμεσου κόστους, αλλά και από την ανάγκη ασφαλιστικής κάλυψης ιατρών και νοσοκομείων για αστική ευθύνη. Το ύψος δε της ασφαλιστικής κάλυψης φαίνεται να είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με την ιατρική ειδικότητα, με τις επεμβατικές ειδικότητες να εκτινάσσουν το κόστος της στα ύψη.

Η ύπαρξη λοιπόν ασφάλισης για την αστική ευθύνη των ιατρών κρίνεται αναγκαία και επιβεβλημένη, μια και η ανάληψη από τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις των οικονομικών συνεπειών ιατρικών πράξεων ή παραλείψεων, που γεννούν ευθύνη προς αποζημίωση, συντελεί στην αποτελεσματική προστασία των ζημιωθέντων ασθενών. Επιπλέον, η ασφάλιση ευθύνης στις περιπτώσεις που είναι υποχρεωτική από τον νόμο, έχει αποδειχθεί ότι λειτουργεί ενισχυτικά στον θεσμό της αποζημίωσης (Τζίβα, 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 Εισαγωγή

Για να εξυπηρετηθεί ο σκοπός της έρευνας και να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα, σχεδιάστηκε ένα εννοιολογικό πλαίσιο και αναπτύχθηκε ένα ερωτηματολόγιο, για την συλλογή των απαιτούμενων στοιχείων. Στο κεφάλαιο αυτό, περιγράφεται αναλυτικά η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στην συγκεκριμένη έρευνα. Παρουσιάζεται το ερευνητικό εργαλείο (ερωτηματολόγιο), η δομή του, η μέθοδος δειγματοληψίας, το δείγμα, καθώς και οι τεχνικές ανάλυσης των δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν.

5.2 Σκοπός της μελέτης – Ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθεί κατά πόσο οι γιατροί, ανεξάρτητα από την ειδικότητα, το φορέα απασχόλησης ή τη θέση που κατέχουν, θεωρούν απαραίτητη την ασφάλισή τους και, αν και κατά πόσο καλύπτονται από κάποιο πρόγραμμα ασφάλισης για αστική επαγγελματική ευθύνη.

Τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης θα μπορούσαν να συνοψιστούν στα ακόλουθα:

- ✓ Πόσο αναγκαία θεωρούν την επαγγελματική ασφάλιση αστικής ευθύνης και ποια τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την απόφασή τους;
- ✓ Ποιές οι ειδικότητες που συνήθως ασφαλίζονται και τι είδους καλύψεις προσφέρονται;
- ✓ Υπάρχουν κριτήρια που διαμορφώνουν το ύψος των καλύψεων και των ετησίων ασφαλίσεων και ποια τα κριτήρια αυτά;

5.3 Υλικό της έρευνας

Υλικό της έρευνας αποτέλεσε ένα δείγμα 907 οδοντιάτρων και ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων από διάφορα μέρη της χερσαίας κυρίως, ελληνικής επικράτειας. Τέσσερα

από τα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν, δεν αφορούσαν ιατρικό, αλλά παραϊατρικό προσωπικό και εξαιρέθηκαν της ανάλυσης, καθώς και άλλα τρία ελλιπώς συμπληρωμένα. Η δειγματοληπτική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η δειγματοληψία ευκολίας (convenient sampling). Ο τρόπος αυτός δειγματοληψίας, αν και δε διασφαλίζει την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος, αποτελεί συνήθη πρακτική. Κυριότερη πηγή μεροληψίας (συστηματικού σφάλματος) θεωρείται ο τρόπος επιλογής των συμμετεχόντων, καθώς το δείγμα αποτελείται από όσα μέρη του πληθυσμού είναι εύκολο να εντοπιστούν και είναι θετικά διακείμενοι στην έρευνα (Κουρεμένος, 2001). Επειδή το δείγμα, αν και δε βασίζεται στην τυχαία επιλογή και η πλειοψηφία των συμμετεχόντων διαμένει σε αστικά κυρίως κέντρα, μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό, λόγω του μεγέθους του, $N=900$, και αναμένεται σφάλμα εκτίμησης με επίπεδο σημαντικότητας 95% ίσο με $1/\sqrt{900} = 3,33\%$.

5.4 Ερευνητικό εργαλείο

Το εργαλείο για τη συλλογή των δεδομένων αποτέλεσε ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο, που δημιουργήθηκε από τον Επίκουρο Καθηγητή του Πανεπιστημίου Πειραιώς κ. Αθανάσιο Βοζίκη.

Οι ιατροί που συμμετείχαν στην έρευνα κλήθηκαν να απαντήσουν ένα σύντομο κι περιεκτικό ερωτηματολόγιο 16 αρχικά ερωτήσεων, που συμπληρώθηκε στη συνέχεια από άλλη μία ερώτηση σχετικά με το ύψος των ετησίων ασφαλιστρών που καταβάλλουν, όσοι ιατροί είναι ασφαλισμένοι για αστική ευθύνη. Έτσι τα 390 πρώτα ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν, δεν περιλαμβάνουν τη σχετική ερώτηση.

Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε τρεις ενότητες. Η πρώτη ενότητα περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν δημογραφικά στοιχεία του δείγματος, καθώς και στοιχεία σχετικά με τον τόπο, το χρόνο της φοίτησης και την ύπαρξη ή μη μεταπτυχιακών σπουδών. Στην ενότητα αυτή, εκτός από τις ερωτήσεις συμπλήρωσης χρονολογιών γέννησης (ερωτ.1) και αποφοίτησης, περιλαμβάνονται διχοτομικές ερωτήσεις, σχετικά με το φύλο (ερωτ.2), την ύπαρξη μεταπτυχιακού ή διδακτορικού διπλώματος (ερωτ.5). Οι ερωτήσεις 3 και 4 αφορούν την πραγματοποίηση φοίτησης ή ειδίκευσης στο εξωτερικό. Οι διχοτομικές ερωτήσεις είναι χρήσιμες, γιατί αναγκάζουν τους συμμετέχοντες να αποκαλύψουν τις πραγματικές τους στάσεις για ένα ζήτημα. Επιπλέον, οι απαντήσεις τους είναι εφικτό να κωδικοποιηθούν γρήγορα, καθώς υπάρχουν μόνο δυο κατηγορίες στις οποίες μπορούν να ενταχθούν. Μια διχοτομική

ερώτηση είναι επίσης χρήσιμη ως μηχανισμός διοχέτευσης των ερωτήσεων σε επόμενες (Παρασκευόπουλος, 1998). Έτσι οι ερωτήσεις 3 και 4 συμπληρώνονται με πληροφορίες σχετικά με τη χώρα φοίτησης ή ειδίκευσης του εξωτερικού.

Η δεύτερη ενότητα περιλαμβάνει έξι ερωτήσεις. Στην ερώτηση 6 οι συμμετέχοντες καλούνται να συμπληρώσουν την ειδικότητα που κατέχουν ή αυτή στην οποία επιθυμούν να ειδικευθούν. Στην επόμενη ερώτηση καλούνται να απαντήσουν για την εκτέλεση ή μη χειρουργικών επεμβάσεων, διχοτομική ερώτηση που οδηγεί συμπλήρωση του αριθμού των επεμβάσεων που εκτελούνται ανά έτος. Η ερώτηση 8 αναφέρεται στο χρόνο προϋπηρεσίας, ενώ οι ερωτήσεις 9 και 10, που επιτρέπουν πολλαπλή επιλογή, στη μονάδα ή φορέα εργασίας και τη θέση κατέχουν αντίστοιχα. Στην τελευταία ερώτηση (11) αυτής της ενότητας καλούνται οι συμμετέχοντες να συμπληρώσουν τον Ιατρικό Σύλλογο στον οποίο ανήκουν, που δείχνει και την περιοχή που δραστηριοποιούνται επαγγελματικά.

Η τρίτη ενότητα περιλαμβάνει 5 ή 6 ερωτήσεις. Η ερωτήσεις 12,16 και 17 είναι διχοτομικές, και είναι σχετικές με την ύπαρξη ασφάλισης για αστική ευθύνη (ερωτ.12) και πρόσθετη νομική προστασία (ερωτ.17), καθώς και την επιλογή μεταξύ δικαστικής ή εξωδικαστικής διευθέτησης ζητημάτων αστικής ευθύνης (ερωτ.16). Στις ερωτήσεις 13 και 14, συμπληρώνεται τα ποσά ετησίων ασφαλίσεων, καθώς και τα ποσά για κάλυψη σωματικών βλαβών και ανώτατου ορίου ευθύνης. Στην ερώτηση 15, που είναι σχετική με το πόσο αναγκαία θεωρούν στην ιατρική ασφάλιση για αστική ευθύνη, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Likert (5βάθμια), η οποία ξεκινά από το '01 - καθόλου' και καταλήγει στο '05-πάρα πολύ'. Οι κλίμακες ιεράρχησης είναι ιδιαίτερα χρήσιμοι μηχανισμοί, καθώς ενσωματώνουν ένα βαθμό ευαισθησίας και διαφοροποίησης των απαντήσεων, ενώ ταυτόχρονα αποφέρουν ποσοτικά δεδομένα (Παρασκευόπουλος, 1998). Επίσης, η κλίμακα Likert χρησιμοποιείται συχνά, επειδή γίνεται εύκολα κατανοητή και εξασφαλίζει αμεροληψία, αφού επιτρέπει την ύπαρξη αρνητικά διατυπωμένων εκφράσεων.

Θα πρέπει τέλος να επισημανθεί ότι το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο ('Ανώνυμο Ερωτηματολόγιο Ιατρικού Προσωπικού') και οι απαντήσεις προαιρετικές, όπως αναφέρει. Σύμφωνα άλλωστε με τον Παρασκευόπουλο (1998), για άκρως ευαίσθητα και προσωπικά θέματα, όπου η ανωνυμία θα εξασφαλίσει καλύτερη συνεργασία με τους, η συνέντευξη δεν ενδείκνυται ως κατάλληλη μέθοδος. Σε αυτές τις περιπτώσεις θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί το ανώνυμο ερωτηματολόγιο.

5.5 Ανακεφαλαίωση

Στο κεφάλαιο αυτό αναφέρθηκε η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την συλλογή και την ανάλυση των δεδομένων, καθώς και τα ερευνητικά ερωτήματα, που η μελέτη αυτή καλείται να απαντήσει. Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε, το 'Ανώνυμο Ερωτηματολόγιο Ιατρικού Προσωπικού', συμπληρώθηκε από 907 ιατρούς, που απασχολούνται σε διάφορες υπηρεσίες υγείας του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα στη χώρα μας. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με χρήση του προγράμματος επεξεργασίας λογιστικών φύλλων Excel 2016 και του στατιστικού πακέτου SPSS Statistics 20. Τα αποτελέσματα της έρευνας παρουσιάζονται αναλυτικά στο επόμενο κεφάλαιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1 Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας, μέσα από την περιγραφική στατιστική και την ανάλυση των δεδομένων. Αρχικά παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος, η ηλικιακή κατανομή, το φύλο και η χώρα σπουδών και ειδίκευσης, που αναφέρονται στην πρώτη ενότητα του ερωτηματολογίου. Στη συνέχεια αναλύονται τα δεδομένα της δεύτερης ενότητας, σχετικά με την ιατρική ειδικότητα, τα έτη εμπειρίας, το φορέα, τη θέση και τον τόπο απασχόλησης, καθώς και την εκτέλεση ή μη χειρουργικών επεμβάσεων. Τέλος, παρουσιάζονται τα στοιχεία της τρίτης ενότητας, που αφορούν την ύπαρξη ή μη ασφάλισης ιατρικής αστικής ευθύνης, και την αναγκαιότητάς της, καθώς και τους όρους και τα ποσά ασφαλιστρών και κάλυψης.

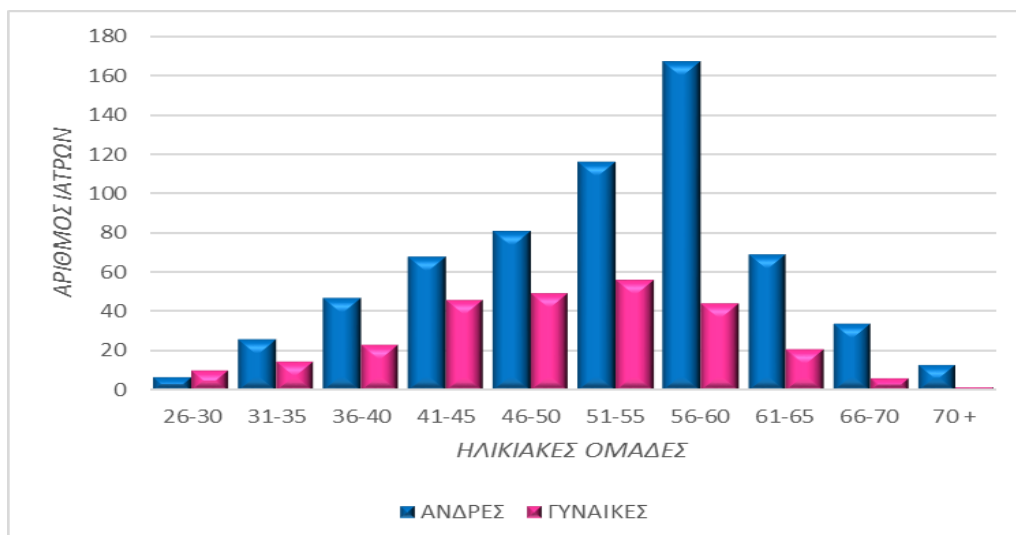
6.2 Περιγραφική στατιστική και ανάλυση δεδομένων

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 900 άτομα, εκ των οποίων οι περισσότεροι ήταν άνδρες (Πίνακας 6.1).

Πίνακας 6.1 Δημογραφικά στοιχεία δείγματος

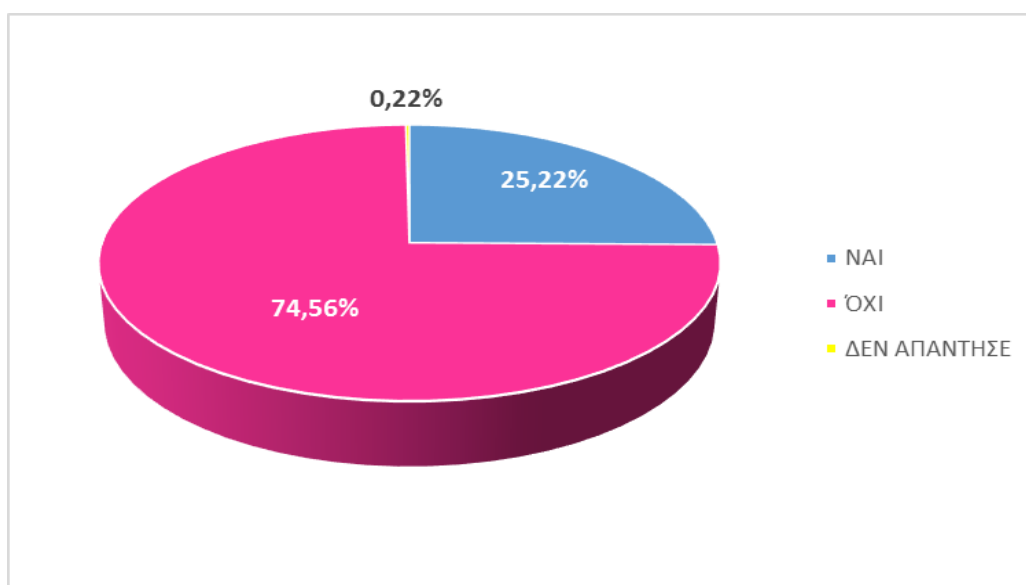
	<i>N</i>	<i>ΠΟΣΟΣΤΟ</i>
<i>ΑΝΔΡΕΣ</i>	628	69,8%
<i>ΓΥΝΑΙΚΕΣ</i>	272	30,2%
<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>	900	100%

Αναφορικά με την ηλικιακή κατανομή του δείγματος (Διάγραμμα 6.1), το μεγαλύτερο ποσοστό (23,4%), ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα των 56-60 ετών, ενώ αθροιστικά οι ηλικίες 41-60 αποτελούν το 69,7% του δείγματος.



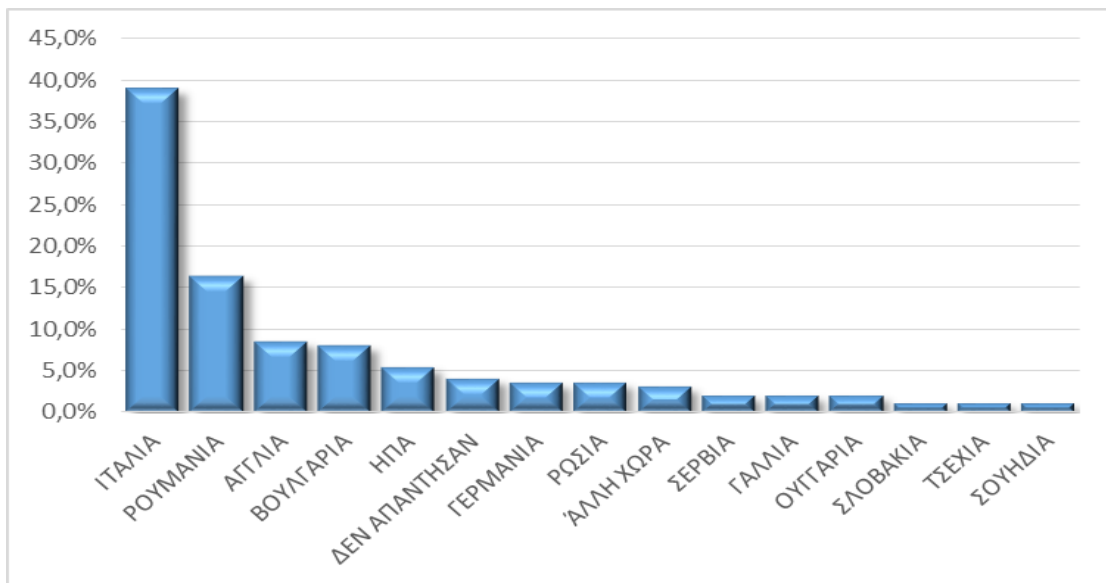
Διάγραμμα 6.1 Ηλικιακή κατανομή δείγματος

Σπουδές στο εξωτερικό, όπως φαίνεται στο ακόλουθο διάγραμμα έχει κάνει μόνο το 25,22% των ιατρών, ενώ ένα ποσοστό 0,22% δεν απάντησε.



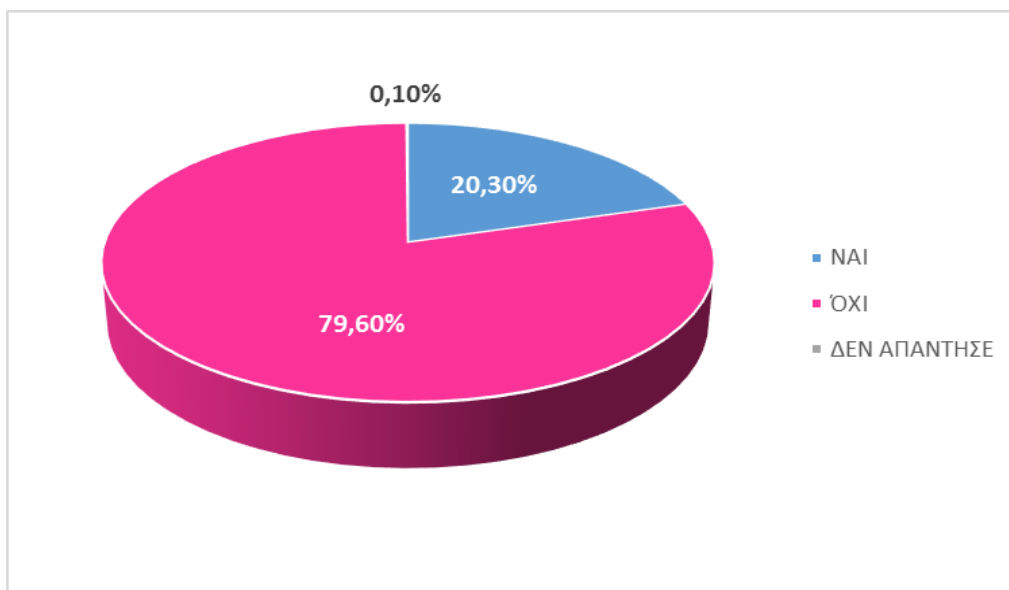
Διάγραμμα 6.2 Σπουδές στο εξωτερικό

Από τους ιατρούς που σπούδασαν στο εξωτερικό, η συντριπτική πλειοψηφία, σπούδασε στην Ιταλία σε ποσοστό 39% με δεύτερη χώρα τη Ρουμανία με 16,3%, όπως φαίνεται στο επόμενο διάγραμμα.



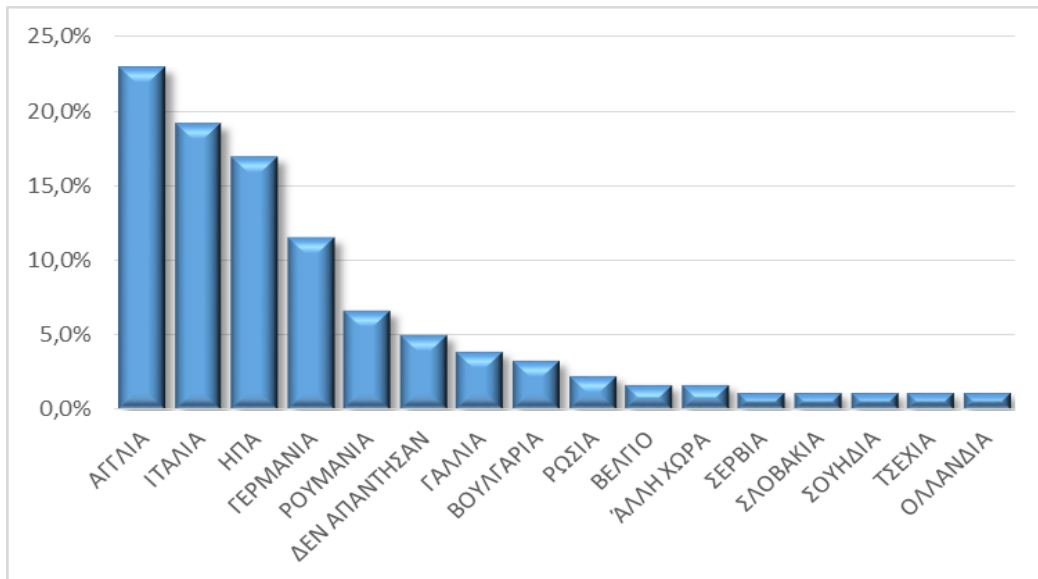
Διάγραμμα 6.3 Χώρες του εξωτερικού για σπουδές ιατρικής

Τα ποσοστά των ιατρών που έκαναν ειδικότητα στο εξωτερικό (20,30%) είναι λίγο μικρότερα, από αυτών που φοίτησαν στο εξωτερικό (Διάγραμμα 6.4).



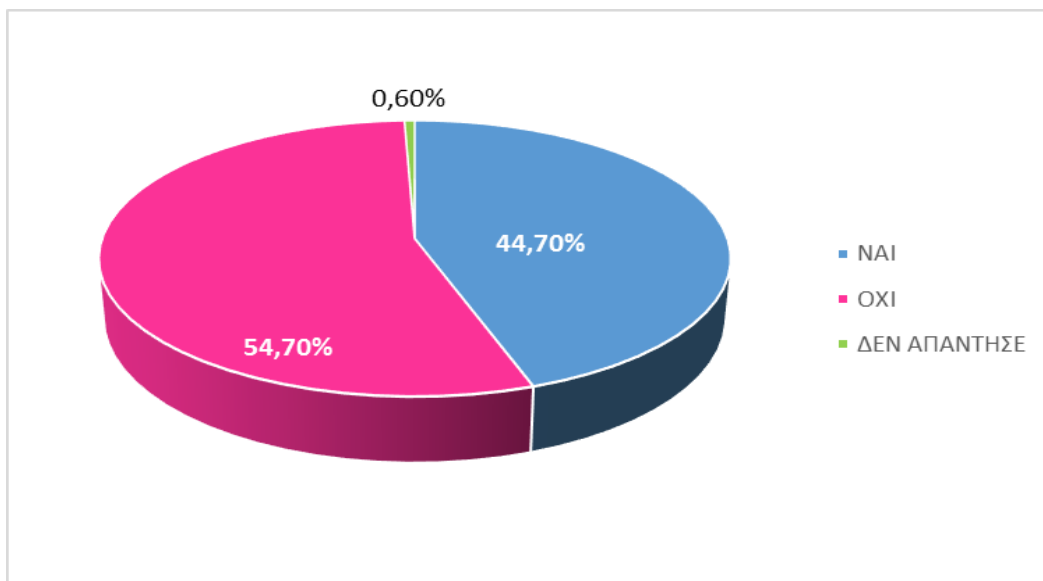
Διάγραμμα 6.4 Ειδικότητα στο εξωτερικό

Αναφορικά με τις χώρες στις οποίες έχουν κάνει οι ιατροί ειδικότητα, τα αποτελέσματα διαφοροποιούνται αρκετά από ό,τι για τις χώρες σπουδών. Εδώ, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 6.5, οι χώρες που συγκεντρώνουν το μεγαλύτερο ενδιαφέρον των ιατρών είναι η Αγγλία, η Ιταλία, οι ΗΠΑ και η Γερμανία.



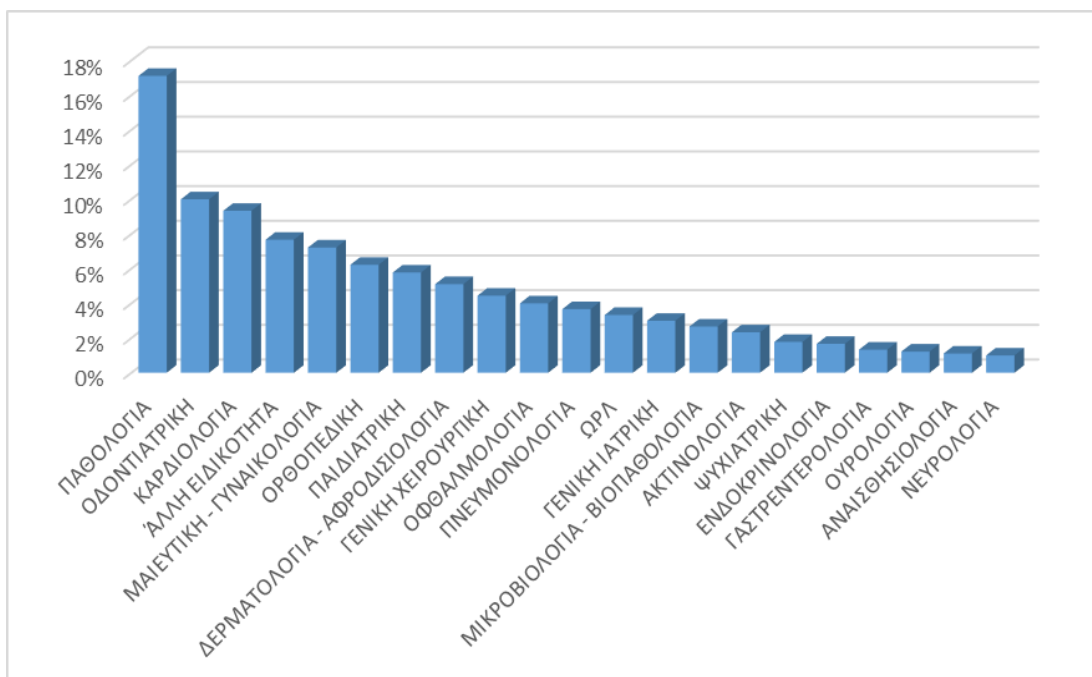
Διάγραμμα 6.5 Χώρες του εξωτερικού για ιατρική ειδίκευση

Σχετικά με το επόμενο ερώτημα, για την ύπαρξη μεταπτυχιακών σπουδών τα ποσοστά είναι αρκετά θετικά, μια και το 44,7% των ιατρών δηλώνουν κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού διπλώματος, όπως φαίνεται στο ακόλουθο διάγραμμα.



Διάγραμμα 6.6 Κάτοχοι μεταπτυχιακού/ διδακτορικού διπλώματος

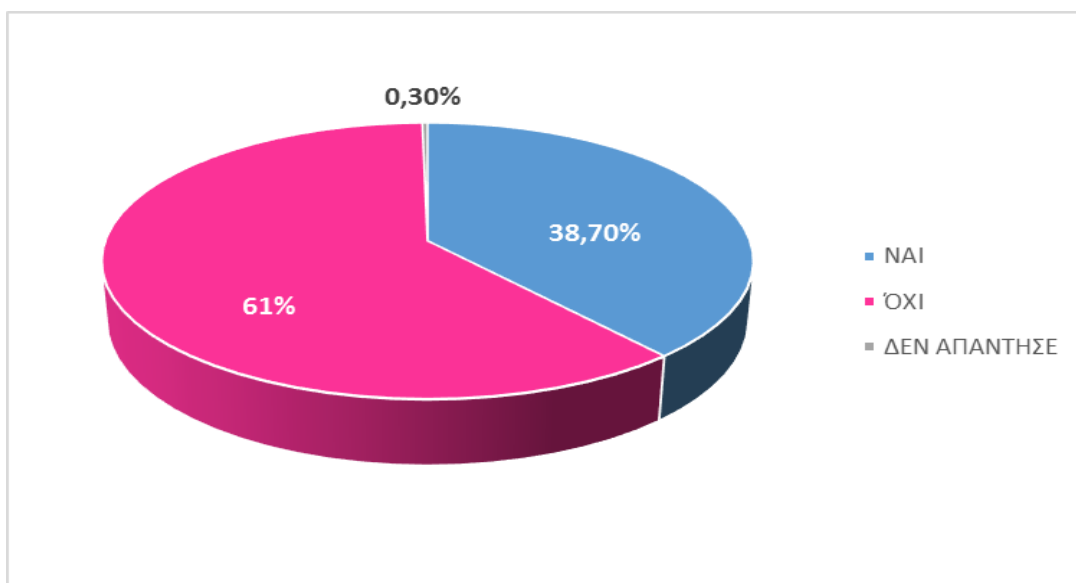
Οι ιατροί που συμμετείχαν στην έρευνα, ανήκαν σε 35 διαφορετικές ειδικότητες. Επίσης, εκτός των ιατρών συμμετείχε και ικανός αριθμός οδοντιάτρων, όπως φαίνεται στο ακόλουθο διάγραμμα.



Διάγραμμα 6.7 Κατανομή ιατρών ανά ειδικότητα

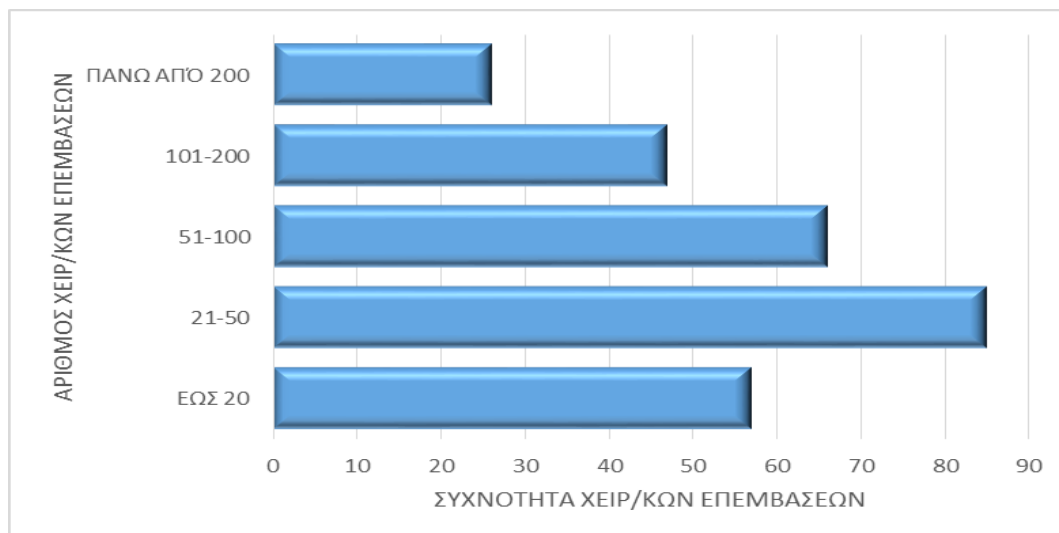
Η παθολογία, η οδοντιατρική, η καρδιολογία, η μαιευτική – γυναικολογία και η ορθοπεδική, παρουσιάζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά. Επίσης, το 6% περίπου των ιατρών δήλωσε, ότι έχει και δεύτερη ειδικότητα ή κάποια εξειδίκευση.

Από το σύνολο των ιατρών ένα ποσοστό της τάξης του 38,7%, δήλωσε ότι κατά την άσκηση της δραστηριότητάς διενεργεί χειρουργικές επεμβάσεις (Διάγραμμα 6.8)



Διάγραμμα 6.8 Διενέργεια χειρουργικών επεμβάσεων

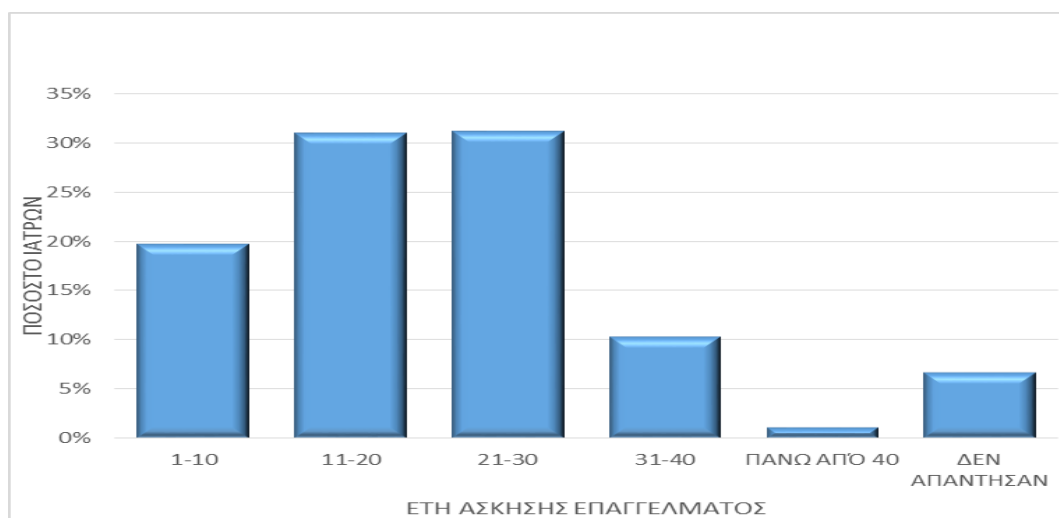
Στο ακόλουθο διάγραμμα έχει υπολογιστεί η συχνότητα των χειρουργικών επεμβάσεων, ανάλογα με τον αριθμό των χειρουργείων, που κάθε ιατρός έχει δηλώσει ότι διενεργεί ανά έτος.



Διάγραμμα 6.9 Συχνότητα χειρ/κών επεμβάσεων ανά αριθμό χειρ/ων

Οι ιατροί που έχουν δηλώσει ότι διενεργούν 21-50 επεμβάσεις ανά έτος, φαίνεται να παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη συχνότητα. Σε απόλυτη τιμή, τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφανίζει ο αριθμός των 100 επεμβάσεων, που έχει δηλώσει ότι διενεργεί το 9,8% των ιατρών.

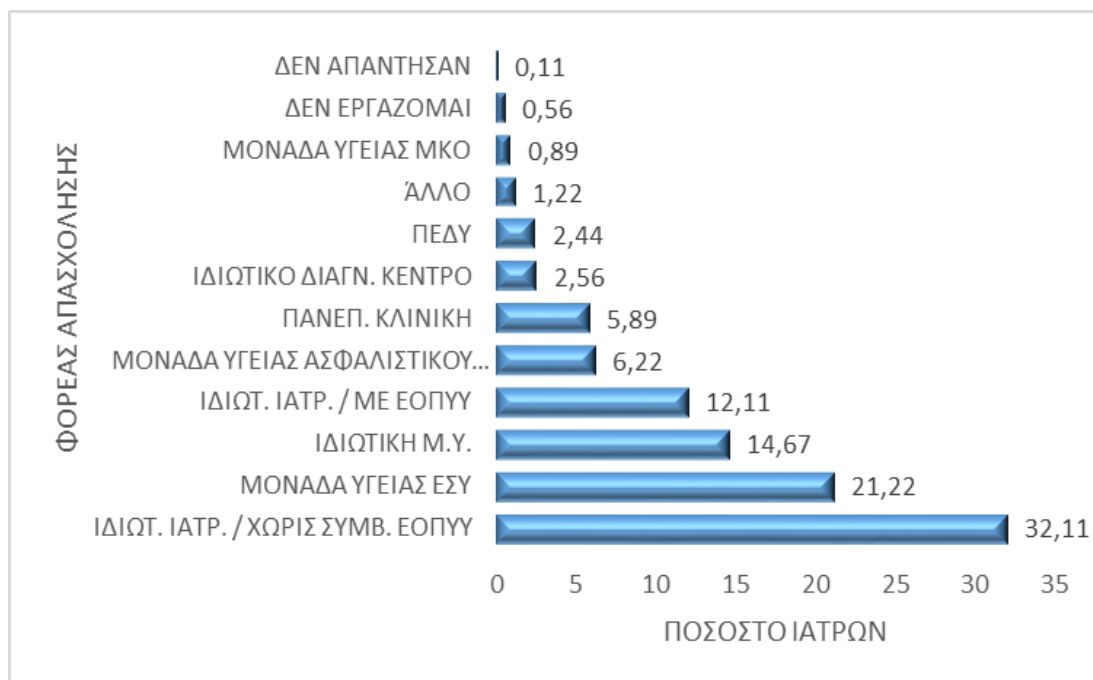
Τα έτη άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, φαίνονται στο Διάγραμμα 6.9, που ακολουθεί.



Διάγραμμα 6.10 Ποσοστά ετών ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος

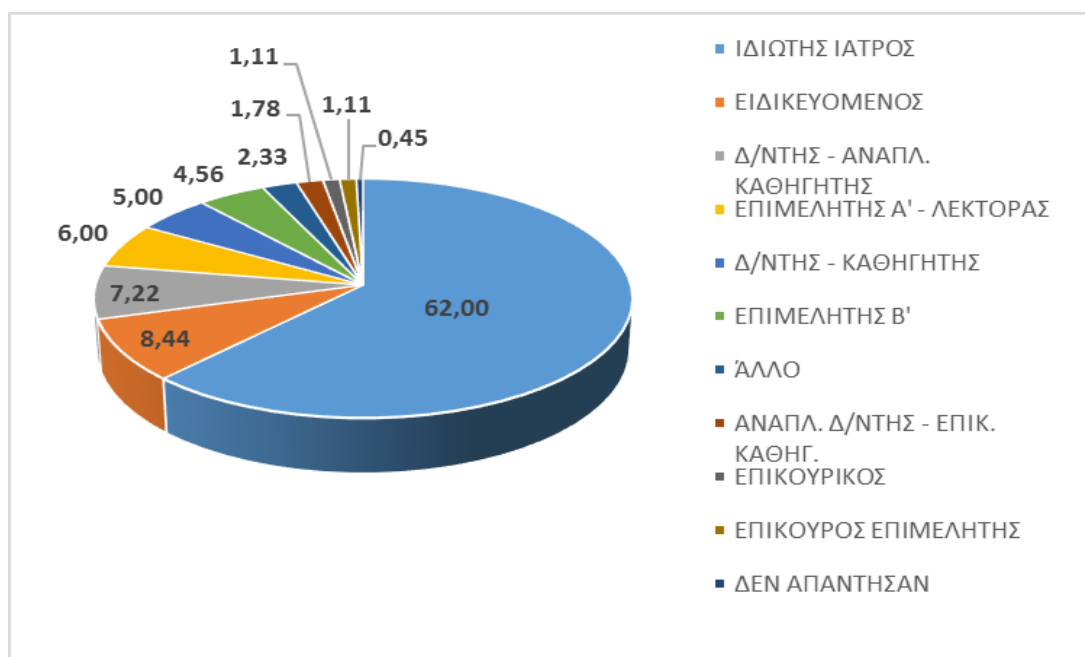
Οριακά μεγαλύτερη συχνότητα παρουσιάζουν τα 21-30 έτη, με επικρατούσα τιμή τα 20 έτη, με ποσοστό 7,33%.

Στο Διάγραμμα 6.11, αναφέρονται τα ποσοστά κάθε φορέα απασχόλησης.



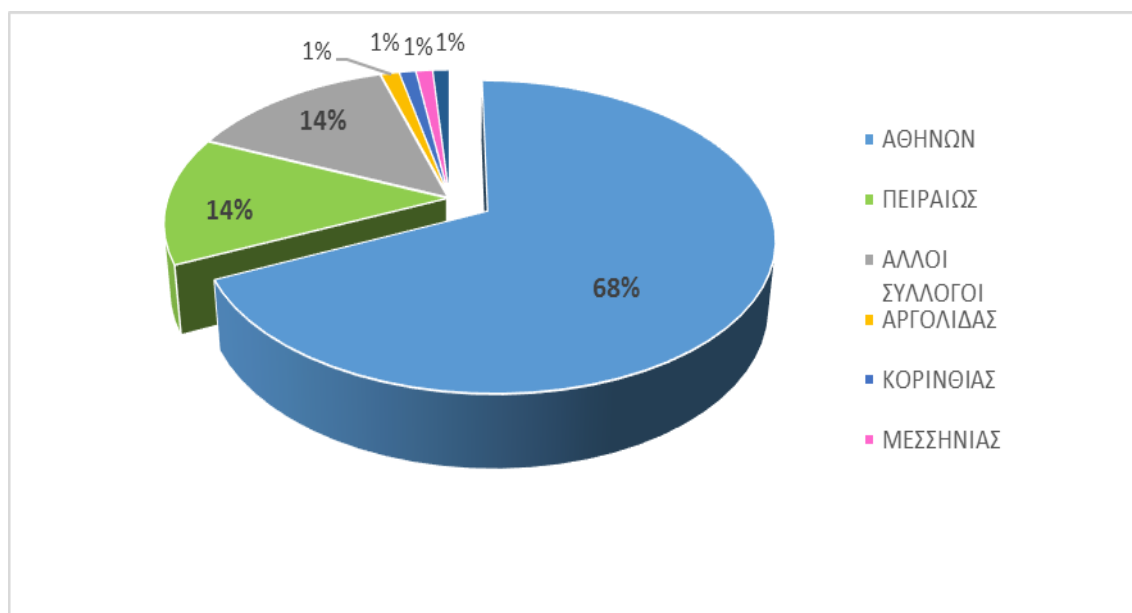
Διάγραμμα 6.11 Ποσοστά ανά φορέα απασχόλησης

Σύμφωνα με τα δεδομένα του δείγματος, τα ποσοστά που κατανέμονται οι ιατρικές ειδικότητες, φαίνονται στο Διάγραμμα 6.12.



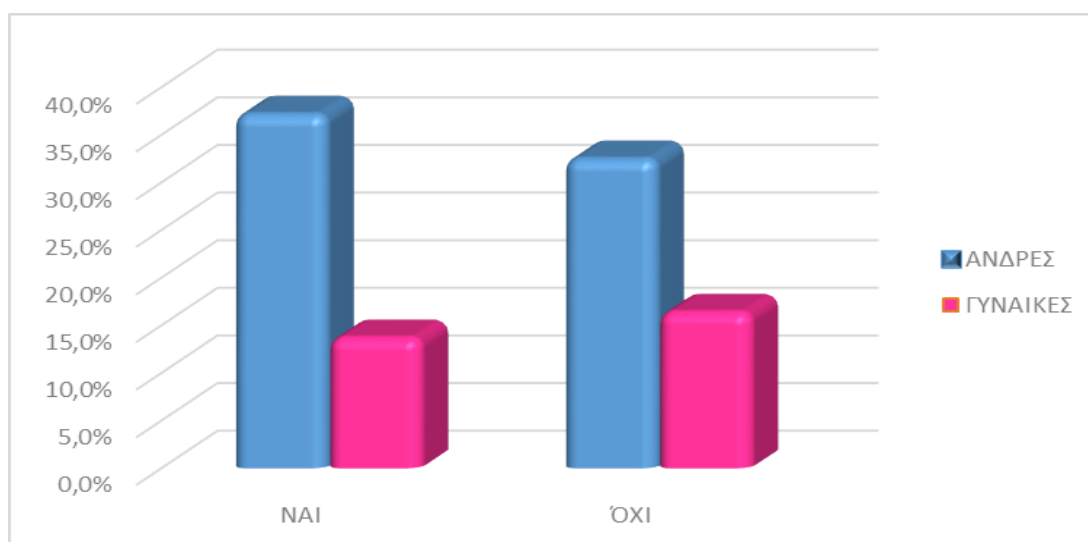
Διάγραμμα 6.12 Ποσοστά ιατρικών ειδικοτήτων

Όπως είναι εμφανές, η πλειονότητα των ιατρών σε ποσοστό 62%, είναι ιδιώτες ιατροί.



Διάγραμμα 6.13 Κατανομή ιατρών ανά ιατρικό σύλλογο

Στην ερώτηση για το αν είναι ασφαλισμένοι για αστική επαγγελματική ευθύνη, το 51% των ιατρών απάντησε θετικά, ενώ το 49% αρνητικά.



Διάγραμμα 6.14 Ύπαρξη ή μη ασφάλισης αστικής επαγγελματικής ευθύνης

Όπως φαίνεται στο παραπάνω διάγραμμα, τα ποσοστά των ανδρών που είναι ασφαλισμένοι, είναι μεγαλύτερα από αυτά των γυναικών.

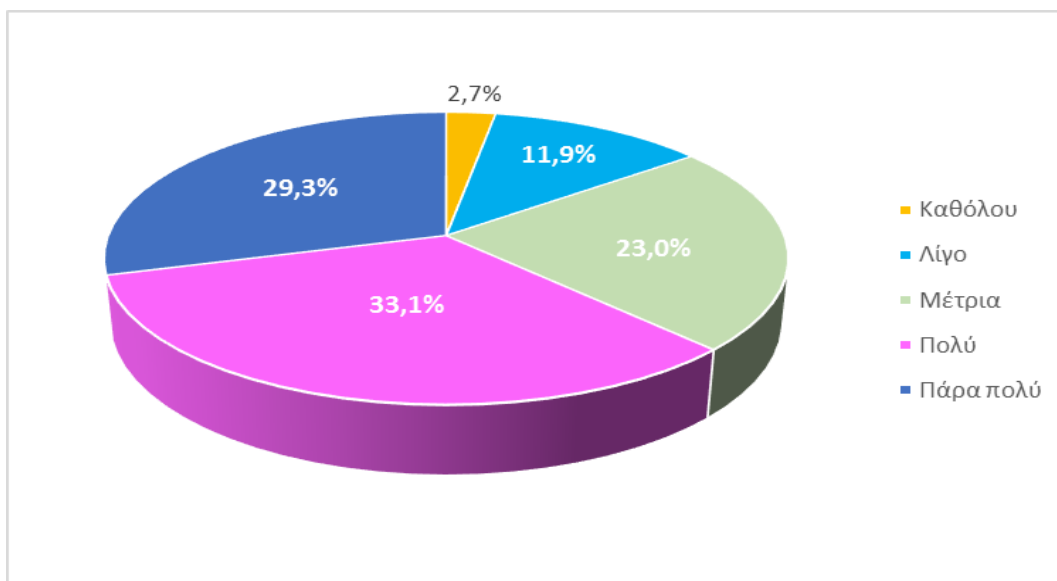
Η επόμενη ερώτηση, αναφορικά με το ετήσιο ποσό ασφαλιστρών, έχει προστεθεί εκ των υστέρων στα 513 ερωτηματολόγια. Από το σύνολο αυτών των ερωτηματολογίων οι 254 απάντησαν, ποσοστό 49,5%, ενώ οι υπόλοιποι συμμετέχοντες, 50,5%, δεν απάντησαν. Τα ποσά των ετησίων ασφαλιστρών φαίνονται στον ακόλουθο πίνακα. Επίσης παρουσιάζονται οι καλύψεις του συμβολαίου για σωματικές βλάβες ανά περιστατικό, καθώς και το ανώτατο όριο ευθύνης της εταιρείας.

Πίνακας 6.2 Ετήσια ασφάλιστρα και καλύψεις συμβολαίου

		ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ ΕΤΟΣ	ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ_ ΒΛΑΒΕΣ	ΑΝΩΤΑΤΟ_ΟΡΙΟ_ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ
N	Valid	253	312	302
	Missing	647	588	598
Mean		864,46	246.996,62	423.361,75
Std. Error of Mean		54,299	17.847,932	343.34,976
Median		550,00	150.000,00	300.000,00
Std. Deviation		863,680	315.257,340	596.678,274
Minimum		30	65	50
Maximum		5.500	3.000.000	5.000.000
Percentiles	25	315,00	50.000,00	100.000,00
	50	550,00	150.000,00	300.000,00
	75	1.175,00	300.000,00	500.000,00

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι τα ετήσια ασφάλιστρα είναι δυνατό να κυμαίνονται από 30 έως 5.500€, με το μέσο ασφάλιστρο να διαμορφώνεται στα 864€ περίπου. Τα ποσά ασφαλιστικής κάλυψης για σωματικές βλάβες κυμαίνονται μεταξύ 65€ και 3.000.000€ με μέση τιμή τις 247.000€ περίπου, ενώ για το ανώτατο όριο ευθύνης της εταιρείας από 50€ έως 5.000.000€, με μέση τιμή τις 423.360€ περίπου.

Αναφορικά με την αναγκαιότητα ή μη ασφαλιστικής κάλυψης για αστική ευθύνη των ιατρών, το μεγαλύτερο ποσοστό τη θεωρεί 'πολύ' έως 'πάρα πολύ αναγκαία' σε ποσοστό 62,4%. (Διάγραμμα 6.15).



Διάγραμμα 6.15 Αναγκαιότητα ασφαλιστικής κάλυψης για ιατρική αστική ευθύνη

Επίσης οι συμμετέχοντες στην έρευνα δήλωσαν ότι προτιμούν την εξωδικαστική οδό σε ποσοστό 56,2%, για την επίλυση διαφορών που σχετίζονται με επαγγελματική αστική ευθύνη (Πίνακας 6.3).

Πίνακας 6.3 Δικαστικός ή εξωδικαστικός διακανονισμός

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	2	,2	,2	,2
Valid ΔΙΚΑΣΤΙΚΑ	392	43,6	43,6	43,8
ΕΞΩΔΙΚΑΣΤΙΚΑ	506	56,2	56,2	100,0
Total	900	100,0	100,0	

Τέλος, η πλειονότητα των ιατρών (70%) δήλωσε, ότι δεν έχει πρόσθετη κάλυψη για νομική προστασία (Πίνακας 6.4).

Πίνακας 6.4 Πρόσθετη κάλυψη ως προς τη νομική προστασία

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΝΑΙ	266	29,6	29,6	29,6
ΌΧΙ	634	70,4	70,4	100,0
Total	900	100,0	100,0	

Εάν όμως εξετάσουμε σε τι ποσοστό οι ιατροί, που δήλωσαν ότι είναι ασφαλισμένοι για αστική επαγγελματική ευθύνη, έχουν πρόσθετη κάλυψη ως προς τη νομική προστασία, τότε το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 49% των ασφαλισμένων ιατρών.

6.3 Πίνακες διασταύρωσης μεταβλητών (Cross tabulation analysis)

Προκειμένου να εξεταστούν οι αλληλοεξαρτώμενοι συσχετισμοί, που προκύπτουν μεταξύ των διαφόρων μεταβλητών των δείγματος, επιλέχθηκε η δημιουργία πινάκων διπλής εισόδου ή συνάφειας για διασταυρώσεις μεταβλητών (cross tabulations). Με τη βοήθεια των πινάκων αυτών μπορούμε να εξάγουμε πληροφορίες για κατηγορίες, που προέρχονται από διασταύρωση των τιμών δύο ή περισσότερων μεταβλητών. Λόγω του όγκου τους, οι μεγάλοι πίνακες Cross Tab παρατίθενται στο Παράρτημα, στο τέλος της εργασίας.

Στον Πίνακα Π.1 του Παραρτήματος εξετάζεται, εάν η ιατρική ειδικότητα είναι δυνατό να επηρεάσει, το πόσο αναγκαία ή όχι θεωρείται η ασφάλιση για επαγγελματική αστική ευθύνη, ο βαθμός δηλαδή αναγκαιότητας ασφάλισης, ανάλογα με την ειδικότητα. Όπως φαίνεται, για N: 900, ειδικότητες όπως η Ουρολογική, η Ορθοπαιδική, η Ω.Ρ.Λ., η Παιδοχειρουργική, η Νευροχειρουργική, η Θωρακοχειρουργική, η Αγγειοχειρουργική, η Πλαστική χειρουργική, η Αναισθησιολογία, η Μαιευτική – Γυναικολογία, η Ενδοκρινολογία και η Ακτινοθεραπευτική Ογκολογία, θεωρούν την ασφάλιση για ιατρική αστική ευθύνη ‘πολύ’ έως ‘πάρα πολύ’ αναγκαία. Η συντριπτική πλειοψηφία των ειδικοτήτων αυτών είναι, όπως είναι εμφανές αμιγώς χειρουργικές ή επεμβατικές ειδικότητες.

Στο σύνολο του δείγματος ομοίως, το 29,3% των ιατρών θεωρούν την ασφάλιση πολύ αναγκαία και το 33,1%, πάρα πολύ. Επομένως, πάνω από το 60% των συμμετεχόντων συμφωνεί για την αναγκαιότητα της ασφάλισης.

Προκειμένου να διερευνηθεί ποια είναι τα χαρακτηριστικά των ιατρών που ασφαλίζονται για αστική επαγγελματική ευθύνη, κρίθηκε σκόπιμο να εξεταστούν η ηλικία, οι σπουδές, ο φορέας, η θέση και ο τόπος απασχόλησης.

Στους πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζονται τα στοιχεία αυτά σε συνάρτηση με την ύπαρξη ή μη ασφαλιστικής επαγγελματικής κάλυψης.

Πίνακας 6.5 Cross tab Analysis ηλικιακή ομάδα και ασφάλιση

		ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ		Total	
		ΝΑΙ	ΌΧΙ		
ΗΛΙΚΙΑΚΗ_ΟΜΑΔΑ	26-30	Count	2	15	17
		% within ΗΛΙΚΙΑΚΗ_ΟΜΑΔΑ	11,8%	88,2%	100,0%
		% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	0,4%	3,4%	1,9%
		% of Total	0,2%	1,7%	1,9%
	31-35	Count	11	30	41
		% within ΗΛΙΚΙΑΚΗ_ΟΜΑΔΑ	26,8%	73,2%	100,0%
		% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	2,4%	6,8%	4,6%
		% of Total	1,2%	3,3%	4,6%
	36-40	Count	35	35	70
		% within ΗΛΙΚΙΑΚΗ_ΟΜΑΔΑ	50,0%	50,0%	100,0%
		% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	7,6%	7,9%	7,8%
		% of Total	3,9%	3,9%	7,8%
41-45	Count	63	51	114	
	% within ΗΛΙΚΙΑΚΗ_ΟΜΑΔΑ	55,3%	44,7%	100,0%	
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	13,7%	11,6%	12,7%	
	% of Total	7,0%	5,7%	12,7%	
46-50	Count	82	48	130	
	% within ΗΛΙΚΙΑΚΗ_ΟΜΑΔΑ	63,1%	36,9%	100,0%	
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	17,9%	10,9%	14,4%	
	% of Total	9,1%	5,3%	14,4%	
51-55	Count	96	76	172	
	% within ΗΛΙΚΙΑΚΗ_ΟΜΑΔΑ	55,8%	44,2%	100,0%	
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	20,9%	17,2%	19,1%	
	% of Total	10,7%	8,4%	19,1%	
56-60	Count	108	103	211	
	% within ΗΛΙΚΙΑΚΗ_ΟΜΑΔΑ	51,2%	48,8%	100,0%	
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	23,5%	23,4%	23,4%	
	% of Total	12,0%	11,4%	23,4%	
61-65	Count	42	48	90	
	% within ΗΛΙΚΙΑΚΗ_ΟΜΑΔΑ	46,7%	53,3%	100,0%	
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	9,2%	10,9%	10,0%	
	% of Total	4,7%	5,3%	10,0%	
66-70	Count	14	26	40	
	% within ΗΛΙΚΙΑΚΗ_ΟΜΑΔΑ	35,0%	65,0%	100,0%	

	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	3,1%	5,9%	4,4%
	% of Total	1,6%	2,9%	4,4%
71 & ΑΝΩ	Count	6	9	15
	% within ΗΛΙΚΙΑΚΗ_ΟΜΑΔΑ	40,0%	60,0%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	1,3%	2,0%	1,7%
	% of Total	0,7%	1,0%	1,7%
	Count	459	441	900
Total	% within ΗΛΙΚΙΑΚΗ_ΟΜΑΔΑ	51,0%	49,0%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	51,0%	49,0%	100,0%

Όπως φαίνεται στον παραπάνω πίνακα, έως την ηλικία των 35, τα ποσοστά των ιατρών που δεν είναι ασφαλισμένοι είναι υπερδιπλάσια από αυτά των ασφαλισμένων. Στην πενταετία των 36-40 τα ποσοστά αυτά έρχονται να ισοβαθμίσουν, με τα ποσοστά των ασφαλισμένων να αυξάνονται συνεχώς μέχρι την ηλικία των 60, με την μεγαλύτερη αύξηση μεταξύ 46-50, όπου το ποσοστό των ασφαλισμένων είναι της τάξης του 63%. Από την ηλικία των 66 και μετά το ποσοστό αυτό σταδιακά αρχίζει να μειώνεται.

Αναφορικά με την ύπαρξη σχέσης μεταξύ ασφάλισης και ανώτερων σπουδών (μεταπτυχιακού ή διδακτορικού διπλώματος), θέσης, φορέα και τόπου εργασίας, η ανάλυση με το SPSS, μας δίνει τα ακόλουθα αποτελέσματα.

Πίνακας 6.6 Cross tab Analysis μεταπτυχιακό – διδακτορικό και ασφάλιση

		ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ		Total
		ΝΑΙ	ΌΧΙ	
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ_ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚ	Count	233	169	402
	% within ΜΕΤΑΠΤ_ΔΙΔΑΚΤ	58,0%	42,0%	100,0%
	ΝΑΙ % within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	51,1%	38,6%	45,0%
	% of Total	26,1%	18,9%	45,0%
	Count	223	269	492
	% within ΜΕΤΑΠΤ_ΔΙΔΑΚΤ	45,3%	54,7%	100,0%
	ΌΧΙ % within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	48,9%	61,4%	55,0%
	% of Total	24,9%	30,1%	55,0%

Total	Count	456	438	894
	% within ΜΕΤΑΠΤ_ΔΙΔΑΚΤ	51,0%	49,0%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	51,0%	49,0%	100,0%

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται, ότι υπάρχει σχέση μεταξύ επιπέδου σπουδών και ύπαρξης ασφάλισης ιατρικής αστικής ευθύνης, μια και το 58% των κατόχων μεταπτυχιακού ή διδακτορικού διπλώματος είναι ασφαλισμένοι. Ομοίως, όσοι δεν έχουν ανώτερες σπουδές, φαίνεται να έχουν με μικρότερα ποσοστά ασφάλισης, 45,3%.

Πίνακας 6.7 Cross tab Analysis φορέα εργασίας και επαγγελματικής ασφάλισης

		ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ		Total
		ΝΑΙ	ΌΧΙ	
	Count	0	1	1
	% within ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ_ΣΕ_1	0,0%	100,0%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	0,0%	0,2%	0,1%
	% of Total	0,0%	0,1%	0,1%
ΆΛΛΟ	Count	3	8	11
	% within ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ_ΣΕ_1	27,3%	72,7%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	0,7%	1,8%	1,2%
	% of Total	0,3%	0,9%	1,2%
ΔΕΝ ΕΡΓΑΖΟΜΑΙ	Count	0	5	5
	% within ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ_ΣΕ_1	0,0%	100,0%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	0,0%	1,1%	0,6%
	% of Total	0,0%	0,6%	0,6%
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	Count	98	34	132
	% within ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ_ΣΕ_1	74,2%	25,8%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	21,4%	7,7%	14,7%
	% of Total	10,9%	3,8%	14,7%
ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ_ΣΕ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	Count	15	8	23
	% within ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ_ΣΕ_1	65,2%	34,8%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	3,3%	1,8%	2,6%
	% of Total	1,7%	0,9%	2,6%
ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ / ΜΕ ΣΥΜΒ. ΕΟΠΥΥ	Count	61	48	109
	% within ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ_ΣΕ_1	56,0%	44,0%	100,0%

	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	13,3%	10,9%	12,1%
	% of Total	6,8%	5,3%	12,1%
ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ / ΧΩΡΙΣ ΣΥΜΒ. ΕΟΠΥΥ	Count	154	135	289
	% within ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ_ΣΕ_1	53,3%	46,7%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	33,6%	30,6%	32,1%
	% of Total	17,1%	15,0%	32,1%
ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ	Count	27	29	56
	% within ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ_ΣΕ_1	48,2%	51,8%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	5,9%	6,6%	6,2%
	% of Total	3,0%	3,2%	6,2%
ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΣΥ	Count	65	126	191
	% within ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ_ΣΕ_1	34,0%	66,0%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	14,2%	28,6%	21,2%
	% of Total	7,2%	14,0%	21,2%
ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΜΚΟ	Count	4	4	8
	% within ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ_ΣΕ_1	50,0%	50,0%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	0,9%	0,9%	0,9%
	% of Total	0,4%	0,4%	0,9%
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Count	27	26	53
	% within ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ_ΣΕ_1	50,9%	49,1%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	5,9%	5,9%	5,9%
	% of Total	3,0%	2,9%	5,9%
ΠΕΔΥ	Count	5	17	22
	% within ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ_ΣΕ_1	22,7%	77,3%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	1,1%	3,9%	2,4%
	% of Total	0,6%	1,9%	2,4%
Total	Count	459	441	900
	% within ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ_ΣΕ_1	51,0%	49,0%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	51,0%	49,0%	100,0%

Από τον παραπάνω πίνακα είναι εμφανές ότι, η συντριπτική πλειοψηφία των ιατρών που είναι ασφαλισμένοι για αστική επαγγελματική ευθύνη, προέρχονται από τον ιδιωτικό τομέα, είτε πρόκειται για Ιδιωτικές Μονάδες Υγείας (74,2%) και Διαγνωστικά Κέντρα (65,2%), είτε για Ιδιωτικά Ιατρεία με (56%), με ή χωρίς σύμβαση ΕΟΠΥΥ (53,3%). Στις μονάδες ασφαλιστικών οργανισμών, στις ΜΚΟ και στις Πανεπιστημιακές κλινικές τα ποσοστά παρουσιάζουν μικρές διαφοροποιήσεις,

ενώ στο δημόσιο τομέα είναι πολύ χαμηλά, 34% στις Μονάδες Υγείας του ΕΣΥ και μόνο 23% στους ιατρούς των Μονάδων του ΠΕΔΥ.

Πίνακας 6.8 Cross tab Analysis θέσης εργασίας και επαγγελματικής ασφάλισης

		ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ		Total
		ΝΑΙ	ΌΧΙ	
ΘΕΣΗ ΠΟΥ ΚΑΤΕΧΕΤΕ	Count	0	4	4
	% within ΘΕΣΗ_ΠΟΥ_ΚΑΤΕΧ_1	0,0%	100,0%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	0,0%	0,9%	0,4%
	% of Total	0,0%	0,4%	0,4%
	Count	8	13	21
	% within ΘΕΣΗ_ΠΟΥ_ΚΑΤΕΧ_1	38,1%	61,9%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	1,7%	2,9%	2,3%
	% of Total	0,9%	1,4%	2,3%
	Count	6	10	16
	% within ΘΕΣΗ_ΠΟΥ_ΚΑΤΕΧ_1	37,5%	62,5%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	1,3%	2,3%	1,8%
	% of Total	0,7%	1,1%	1,8%
	Count	33	32	65
	% within ΘΕΣΗ_ΠΟΥ_ΚΑΤΕΧ_1	50,8%	49,2%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	7,2%	7,3%	7,2%
	% of Total	3,7%	3,6%	7,2%
Count	23	22	45	
% within ΘΕΣΗ_ΠΟΥ_ΚΑΤΕΧ_1	51,1%	48,9%	100,0%	
% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	5,0%	5,0%	5,0%	
% of Total	2,6%	2,4%	5,0%	
Count	19	57	76	
% within ΘΕΣΗ_ΠΟΥ_ΚΑΤΕΧ_1	25,0%	75,0%	100,0%	
% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	4,1%	12,9%	8,4%	
% of Total	2,1%	6,3%	8,4%	
Count	3	7	10	
% within ΘΕΣΗ_ΠΟΥ_ΚΑΤΕΧ_1	30,0%	70,0%	100,0%	
% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	0,7%	1,6%	1,1%	
% of Total	0,3%	0,8%	1,1%	
Count	3	7	10	
% within ΘΕΣΗ_ΠΟΥ_ΚΑΤΕΧ_1	30,0%	70,0%	100,0%	
% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	0,7%	1,6%	1,1%	
% of Total	0,3%	0,8%	1,1%	

	Count	30	24	54
ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ Α' - ΛΕΚΤΟΡΑΣ	% within ΘΕΣΗ_ΠΟΥ_ΚΑΤΕΧ_1	55,6%	44,4%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	6,5%	5,4%	6,0%
	% of Total	3,3%	2,7%	6,0%
	Count	24	17	41
ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ Β'	% within ΘΕΣΗ_ΠΟΥ_ΚΑΤΕΧ_1	58,5%	41,5%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	5,2%	3,9%	4,6%
	% of Total	2,7%	1,9%	4,6%
	Count	310	248	558
ΙΔΙΩΤΗΣ ΙΑΤΡΟΣ	% within ΘΕΣΗ_ΠΟΥ_ΚΑΤΕΧ_1	55,6%	44,4%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	67,5%	56,2%	62,0%
	% of Total	34,4%	27,6%	62,0%
Total	Count	459	441	900
	% within ΘΕΣΗ_ΠΟΥ_ΚΑΤΕΧ_1	51,0%	49,0%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	51,0%	49,0%	100,0%

Στον Πίνακα 6.8 φαίνεται, ότι οι ιδιώτες ιατροί, που αποτελούν και το 62% του συνόλου, είναι ασφαλισμένοι σε ποσοστό 55,6%, όπως άλλωστε οι Δ/ντές – Αναπληρωτές Καθηγητές (50,8%), οι Δ/ντές – Καθηγητές (51,1%), οι Επιμελητές Α' – Λέκτορες (55,6%) και οι Επιμελητές Β' (58,5%). Αυτοί που διαφοροποιούνται είναι οι ειδικευόμενοι ιατροί, που σε ποσοστό 75% δεν είναι ασφαλισμένοι για αστική επαγγελματική ευθύνη.

Αναφορικά με τον τόπο εργασίας, που μπορεί να προσδιοριστεί από τον ιατρικό σύλλογο στον οποίο είναι υποχρεωτικά εγγεγραμμένος κάθε ιατρός, προκειμένου να μπορεί να ασκήσει το επάγγελμά του, τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα Π2 του Παραρτήματος.

Όπως φαίνεται στον πίνακα αυτό, στον οποίο περιλαμβάνονται μόνο οι σύλλογοι με ποσοστό συμμετοχής άνω του 0,5%, την πλειονότητα αποτελούν οι ιατροί που απασχολούνται στην Αθήνα με 68,1%, το 53% των οποίων είναι ασφαλισμένοι. Οι ιατροί που ανήκουν στους συλλόγους Κορίνθου, Μεσσηνίας, Φθιώτιδας και Φωκίδας, φαίνεται να είναι ασφαλισμένοι σε ποσοστό 50%. Επίσης, μεγάλα ποσοστά ασφαλισμένων για αστική επαγγελματική ευθύνη έχουν οι ιατροί, που είναι εγγεγραμμένοι στους συλλόγους της Λάρισας με 66,7% και των Τρίκαλων με 80%. Αντίθετα, οι ιατροί που ανήκουν στους συλλόγους του Πειραιά, της Ρόδου και των

Χανίων παρουσιάζουν μικρή συμμετοχή, μια και είναι ασφαλισμένοι σε ποσοστό 37,7%, 40% και 20% αντίστοιχα.

Σε προηγούμενο πίνακα εξετάστηκε η σχέση που μπορεί να υπάρχει μεταξύ της αναγκαιότητας για ασφάλιση αστικής ιατρικής ευθύνης και της ειδικότητας. Στον πίνακα Π3 του Παραρτήματος διερευνάται, εάν κάποιες κατηγορίες ειδικοτήτων έχουν την τάση να ασφαρίζονται περισσότερο από άλλες, εάν δηλαδή υπάρχει σχέση μεταξύ της φύσης της ειδικότητας (χειρουργική ή μη) και του ποσοστού ασφάλισης (Πίνακας Π3 του Παραρτήματος).

Όπως είναι αναμενόμενο οι χειρουργικές ειδικότητες παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά ασφάλισης ιατρικής αστικής ευθύνης, έναντι των μη επεμβατικών. Συγκεκριμένα, αυτές οι ειδικότητες είναι η Μαιευτική – Γυναικολογία, η Ορθοπαιδική (63%), η Θωρακοχειρουργική (60%), η Αγγειοχειρουργική (83%), η Πλαστική Χειρουργική (87%), η Ουρολογία (91%), η Οφθαλμολογία (53%), η Αναισθησιολογία (70%), καθώς και η Οδοντιατρική (54%). Εντύπωση προκαλεί το γεγονός, ότι οι Γενικοί Χειρουργοί σε ποσοστό 65%, δηλώνουν ότι δεν είναι ασφαλισμένοι για αστική επαγγελματική ευθύνη, ενώ σύμφωνα με τον Πίνακα 6.5, το 68% περίπου τη χαρακτηρίζει ‘πολύ’ έως ‘πάρα πολύ’ αναγκαία. Αξιοσημείωτο είναι επίσης, ότι μη επεμβατικές ειδικότητες παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά ασφάλισης, όπως η Γενική Ιατρική (56%), η Γαστρεντερολογία (66%), η Ενδοκρινολογία (80%) και η Πυρηνική Ιατρική (75%). Τέλος, οι Παθολόγοι κατά 58% δηλώνουν ότι δεν είναι ασφαλισμένοι, καθώς επίσης και οι Πνευμονολόγοι (76%), οι Νευρολόγοι (78%), οι Ψυχίατροι (69%) και οι Ακτινολόγοι (62%), με τη διαφορά ότι οι τελευταίοι, σύμφωνα με τον Πίνακα 6.5 θεωρούν την ασφάλιση αναγκαία σε ποσοστό 55-75%.

Στον Πίνακα Π.4 του Παραρτήματος, παρουσιάζονται τα ετήσια ασφάλιστρα που καταβάλουν οι ιατροί για αστική επαγγελματική ευθύνη, σε σχέση με το είδος και τη φύση της ειδικότητάς τους.

Όπως παρατηρείται στον πίνακα αυτό, ειδικότητες όπως των Παθολόγων, των Καρδιολόγων, των Πνευμονολόγων, των Ενδοκρινολόγων, των Ακτινολόγων και των Αιματολόγων, ασφαρίζονται για αστική επαγγελματική ευθύνη στην πλειοψηφία τους με ποσά από 200 έως 400 ευρώ ετησίως, ενώ οι Μικροβιολόγοι και οι Οδοντίατροι, με ακόμα μικρότερο ασφάλιστρο, που κατά κύριο λόγο δεν ξεπερνά τα 200 ευρώ. Σε λίγο υψηλότερα επίπεδα φαίνεται να κυμαίνονται τα ετήσια ασφάλιστρα των Γενικών Ιατρών, των Παιδιάτρων, των Οφθαλμιάτρων, των Δερματολόγων, καθώς και των Νευρολόγων και Ψυχιάτρων (400-600€).

Αντίθετα στις χειρουργικές ειδικότητες, όπως η Γενική Χειρουργική, η Μαιευτική – Γυναικολογία, η Πλαστική Χειρουργική, η Ορθοπαιδική, η Αγγειοχειρουργική, η Νευροχειρουργική, η Θωρακοχειρουργική, καθώς και η Αναισθησιολογία τα ετήσια ασφαλιστρα μπορεί να ξεκινούν από 600€ και να φτάνουν και έως του ποσού των 5.500€ ετησίως. Όπως φαίνεται λοιπόν, οι χειρουργικές και επεμβατικές ειδικότητες που έχουν μεγαλύτερη συμμετοχή στην έκβαση της υγείας του ασθενούς και μπορεί να προκαλέσουν τις μεγαλύτερες βλάβες, έχουν υψηλότερο ασφαλιστρο από τις μη χειρουργικές ειδικότητες.

6.4 Έλεγχοι Kruskal – Wallis και μη παραμετρικοί έλεγχοι συσχέτισης

Προκειμένου να διαπιστωθεί, εάν το ύψος των ετησίων ασφαλιστρων, τα ποσά για σωματικές βλάβες, καθώς και το ανώτατο όριο ευθύνης για ιατρούς που διαθέτουν κάλυψη αστικής επαγγελματικής ευθύνης, επηρεάζονται από παραμέτρους όπως η θέση εργασίας, ο φορέας και ο τύπος απασχόλησης, χρησιμοποιήθηκαν ο μη παραμετρικός έλεγχος κατά Kruskal Wallis, καθώς και αναλύσεις συσχέτισης κατά Spearman (Spearman's rho correlation coefficient), μια και τα δεδομένα του δείγματος δεν ακολουθούν κανονική κατανομή.

Πίνακας 6.9 Kruskal – Wallis test για το ύψος των ετησίων ασφαλιστρων σε σχέση με το φορέα απασχόλησης

	ΕΤΗΣΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ
Chi-Square	19,694
df	8
Asymp. Sig.	,012

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ_ΣΕ

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι $p\text{-value} = 0,012 < 0,05$, επομένως για επίπεδο σημαντικότητας 5% ($\alpha = 0,05$), η πιθανότητα στήριξης της αρχικής υπόθεσης (της H_0 , της μηδενικής δηλαδή υπόθεσης, ότι το ύψος των ασφαλιστρων δεν επηρεάζεται ισχυρά από το φορέα απασχόλησης του ιατρού) είναι μικρή και απορρίπτεται. Συνεπώς, ο φορέας απασχόλησης επηρεάζει σημαντικά το ύψος των ασφαλιστρων.

Πίνακας 6.10 Kruskal – Wallis test για το ύψος των ετησίων ασφαλιστρών σε σχέση με τη θέση απασχόλησης

	ΕΤΗΣΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ
Chi-Square	11,540
df	7
Asymp. Sig.	,117

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: ΘΕΣΗ_ΠΟΥ_ΚΑΤΕΧ_1

Σε αντίθεση με τον προηγούμενο πίνακα φαίνεται ότι $p\text{-value} = 0,117 > 0,05$, επομένως για επίπεδο σημαντικότητας 5% ($\alpha = 0,05$), η πιθανότητα στήριξης της H_0 υπόθεσης δεν απορρίπτεται. Συνεπώς, η θέση απασχόλησης φαίνεται να μην επηρεάζει σημαντικά το ύψος των ασφαλιστρών.

Πίνακας 6.11 Kruskal – Wallis test για το ύψος των ετησίων ασφαλιστρών σε σχέση με τον τόπο απασχόλησης

	ΕΤΗΣΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ
Chi-Square	14,932
df	12
Asymp. Sig.	,245

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: ΓΕΩΓΡ_ΔΙΑΜ_ΣΥΛΛ

Ομοίως και στον Πίνακα 6.11, επειδή $p\text{-value} = 0,245 > 0,05$, για επίπεδο σημαντικότητας 5% ($\alpha = 0,05$), η πιθανότητα στήριξης της H_0 , δεν απορρίπτεται. Επομένως, ο τόπος απασχόλησης φαίνεται να μην επηρεάζει σημαντικά το ύψος των ασφαλιστρών.

Πίνακας 6.12 Kruskal – Wallis test για το ύψος των ετησίων ασφαλιστρών σε σχέση με τα έτη εμπειρίας

	ΕΤΗΣΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ
Chi-Square	6,344
df	4
Asymp. Sig.	,175

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: ΕΤΗ_ΑΣΚΗΣ_ΕΠΑΓΓ

Τέλος, και στον Πίνακα 6.12, $p\text{-value} = 0,175 > 0,05$, για επίπεδο σημαντικότητας 5% ($\alpha = 0,05$), η πιθανότητα στήριξης της H_0 , δεν απορρίπτεται. Επομένως, τα έτη εργασιακής εμπειρίας φαίνεται να μην επηρεάζει σημαντικά το ύψος των ετησίων ασφαλιστρών.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται αναλύσεις συσχετίσεις διαφόρων μεταβλητών (correlations) κατά Spearman. Ο δείκτης ρ (rho) του Spearman περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο συμμεταβάλλονται δύο ομάδες δεδομένων, που αφορούν διαφορετικές μεταβλητές, και εκφράζει τη μεταξύ τους σχέση.

Πίνακας 6.13 Συσχέτιση ύψους καλύψεων για σωματικές βλάβες με την πραγματοποίηση χειρ/κών επεμβάσεων

		ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ_ΒΛΑΒΕΣ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1,000	,191**
	ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ_ΒΛΑΒΕΣ Sig. (2-tailed)	.	,001
	N	312	311
	Correlation Coefficient	,191**	1,000
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ Sig. (2-tailed)	,001	.
	N	311	897

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 6.13 ο συντελεστής συσχέτισης Spearman's rho είναι 0,191 και το αντίστοιχο $p\text{-value} = 0,001 < 0,01$. Άρα για επίπεδο σημαντικότητας 1% ($\alpha = 0,01$), δεν απορρίπτεται η H_0 . Συνεπώς, φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του ύψους των καλύψεων για σωματικές βλάβες και της πραγματοποίησης χειρουργικών επεμβάσεων στο πλαίσιο άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.

Πίνακας 6.14 Συσχέτιση ύψους καλύψεων για σωματικές βλάβες με τον αριθμό χειρ/ων ανά έτος

		ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ	ΧΕΙΡ_ΕΤΟΣ
Spearman's rho	ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ_ΒΛΑΒΕΣ	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	,189*
		N	312
Spearman's rho	ΧΕΙΡ_ΕΤΟΣ	Correlation Coefficient	,189*
		Sig. (2-tailed)	,020
		N	153
			310

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 6.14 ο συντελεστής συσχέτισης Spearman's rho είναι 0,189 και το αντίστοιχο p-value =0,020 <0,05, άρα για επίπεδο σημαντικότητας 5% ($\alpha=0,05$), δεν απορρίπτεται η H_0 . Συνεπώς, φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του ύψους των καλύψεων για σωματικές βλάβες και αριθμού των χειρουργείων ανά έτος.

Πίνακας 6.15 Συσχέτιση ύψους καλύψεων για σωματικές βλάβες με τα έτη εργασιακής εμπειρίας

		ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ	ΕΤΗ_ΑΣΚΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛ
Spearman's rho	ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ_ΒΛΑΒΕΣ	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	-,015
		N	312
Spearman's rho	ΕΤΗ_ΑΣΚΗΣ_ΕΠΑΓΓ	Correlation Coefficient	-,015
		Sig. (2-tailed)	,802
		N	291
			838

Όπως φαίνεται στον παραπάνω πίνακα ο συντελεστής συσχέτισης Spearman's rho είναι αρνητικός, -0,189 και το αντίστοιχο p-value =0,802 >0,05. Άρα για επίπεδο σημαντικότητας 5% ($\alpha=0,05$), απορρίπτεται η H_0 . Συνεπώς, φαίνεται να υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ του ύψους των καλύψεων για σωματικές βλάβες και των ετών εργασιακής εμπειρίας.

**Πίνακας 6.16 Συσχέτιση ανώτατου ορίου ευθύνης της εταιρείας με την
πραγματοποίηση χειρ/κών επεμβάσεων**

		ΑΝΩΤΑΤΟ_ ΟΠΙΟ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1,000	,264**
	ΑΝΩΤΑΤΟ_ΟΠΙΟ Sig. (2-tailed)	.	,000
	N	302	301
	Correlation Coefficient	,264**	1,000
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ Sig. (2-tailed)	,000	.
	N	301	897

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 6.16 ο συντελεστής συσχέτισης Spearman's rho είναι 0,264 και το αντίστοιχο p-value =0,000 <0,01, άρα για επίπεδο σημαντικότητας 1% ($\alpha=0,01$), δεν απορρίπτεται η H_0 . Συνεπώς, φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του ανώτατου ορίου ευθύνης της εταιρείας και αριθμού και την πραγματοποίηση χειρουργικών επεμβάσεων.

**Πίνακας 6.17 Συσχέτιση ανώτατου ορίου ευθύνης της εταιρείας με τον αριθμό
των χειρουργικών επεμβάσεων**

		ΑΝΩΤΑΤΟ_ ΟΠΙΟ	ΧΕΙΡ_ΕΤΟΣ
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1,000	,157
	ΑΝΩΤΑΤΟ_ΟΠΙΟ Sig. (2-tailed)	.	,059
	N	302	146
	Correlation Coefficient	,157	1,000
	ΧΕΙΡ_ΕΤΟΣ Sig. (2-tailed)	,059	.
	N	146	310

Αντίθετα με τον παραπάνω πίνακα, στον Πίνακα 6.17 ο συντελεστής συσχέτισης Spearman's rho είναι 0,157 και το αντίστοιχο p-value =0,059 >0,05, άρα για επίπεδο σημαντικότητας 5% ($\alpha=0,05$), απορρίπτεται η H_0 . Συνεπώς, δε φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του ανώτατου ορίου ευθύνης της εταιρείας και αριθμού των χειρουργείων ανά έτος.

Πίνακας 6.18 Συσχέτιση ανώτατου ορίου ευθύνης της εταιρείας με τα έτη της εργασιακής εμπειρίας

		ΑΝΩΤΑΤΟ_ΟΡΙΟ	ΕΤΗ_ΑΣΚΗΣ_ΕΠΑΓΓΕΛ
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1,000	-,039
	ΑΝΩΤΑΤΟ_ΟΡΙΟ Sig. (2-tailed)	.	,519
	N	302	282
	Correlation Coefficient	-,039	1,000
	ΕΤΗ_ΑΣΚΗΣ_ΕΠΑΓΓΕΛ Sig. (2-tailed)	,519	.
	N	282	838

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 6.18 και στην περίπτωση του ανώτατου ορίου ευθύνης της εταιρείας, όπως και στην περίπτωση του ύψους κάλυψης των σωματικών βλαβών, ο συντελεστής συσχέτισης Spearman's rho είναι αρνητικός, -0,039 και το αντίστοιχο p-value =0,519 >0,05. Άρα για επίπεδο σημαντικότητας 5% ($\alpha=0,05$), απορρίπτεται η H_0 . Συνεπώς, φαίνεται να υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ του ανώτατου ορίου ευθύνης της εταιρείας και των ετών εργασιακής εμπειρίας.

Πίνακας 6.19 Συσχέτιση πρόσθετης κάλυψης για νομική προστασία με την πραγματοποίηση χειρ/κών επεμβάσεων

		ΠΡΟΣΘΕΤΗ_ΚΑΛΥΨΗ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1,000	,166**
	ΠΡΟΣΘΕΤΗ_ΚΑΛΥΨΗ Sig. (2-tailed)	.	,000
	N	900	897
	Correlation Coefficient	,166**	1,000
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ Sig. (2-tailed)	,000	.
	N	897	897

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Η πραγματοποίηση χειρουργικών επεμβάσεων και σε αυτή την περίπτωση φαίνεται να σχετίζεται θετικά με την πρόσθετη κάλυψη για νομική προστασία, μια και ο συντελεστής συσχέτισης Spearman's rho είναι 0,166 και το αντίστοιχο p-value =0,000 <0,01. Συνεπώς, για επίπεδο σημαντικότητας 1% ($\alpha=0,01$), δεν απορρίπτεται η H_0 .

ορίου ευθύνης της εταιρείας και αριθμού και την πραγματοποίηση χειρουργικών επεμβάσεων.

6.5 Ανακεφαλαίωση

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάστηκαν τα αποτελέσματα της έρευνας από την ανάλυση των ερωτηματολογίων, αρχικά με τη χρήση της περιγραφικής στατιστικής και εν συνεχεία με τη χρήση πινάκων διασταύρωσης μεταβλητών και μη παραμετρικών μεθόδων ανάλυσης.

Σύμφωνα με αυτά, μεγάλο ποσοστό των ιατρών αναγνωρίζει την αναγκαιότητα της ασφάλισης για αστική επαγγελματική ευθύνη και δηλώνει ασφαλισμένο σε ποσοστό 51%, με τους άνδρες ιατρούς να εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

7.1 Συμπεράσματα ερευνητικών ευρημάτων – Συζήτηση

Με την παρούσα μελέτη εξετάστηκε σε ποιο βαθμό, οι ιατροί και οδοντίατροι που συμμετείχαν στην έρευνα, θεωρούν αναγκαία την ασφάλιση αστικής ιατρικής ευθύνης και σε τι ποσοστό είναι ασφαλισμένοι. Επίσης, εάν θεωρούν προτιμότερη το δικαστικό ή εξωδικαστικό διακανονισμό. Παρουσιάστηκαν παράλληλα τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ομάδων αυτών. Διερευνήθηκε επιπλέον, το ύψος των ετησίων ασφαλιστρών που καταβάλλουν, οι καλύψεις που προσφέρονται για σωματικές βλάβες ανά περιστατικό και το ανώτατο όριο ευθύνης της εταιρείας, καθώς και η ύπαρξη πρόσθετων καλύψεων αναφορικά με τη νομική προστασία.

Τα αποτελέσματα της έρευνας συγκλίνουν στο συμπέρασμα ότι οι ιατροί, ακόμα κι αν οι ίδιοι δεν είναι ασφαλισμένοι, κατανοούν στην πλειοψηφία τους την αναγκαιότητα ασφαλιστικής επαγγελματικής κάλυψης για αστική ευθύνη, κυρίως δε ιατροί που ασκούν χειρουργικές ειδικότητες και κατά κύριο λόγο οι Μαιευτήρες – Γυναικολόγοι, οι Αναισθησιολόγοι, οι Ορθοπαιδικοί και οι Γενικοί Χειρουργοί, καθώς και μη επεμβατικοί ιατροί, όπως Παιδιάτροι και Δερματολόγοι. Επιπλέον τόσο η θέση εργασίας κι ο εργασιακός φορέας, όσο και η εμπειρία, παρουσιάζουν θετική συσχέτιση αναφορικά με την αναγκαιότητα ασφαλιστικής κάλυψης.

Αντίθετα, οι παράγοντες που επηρεάζουν την ύπαρξη ασφάλισης δε φαίνεται να είναι τόσο η θέση, αλλά κυρίως ο φορέας εργασίας των ιατρών, με τους ιδιώτες ιατρούς, που αποτελούν και το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος, να παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά ασφάλισης, όπως είναι αναμενόμενο, λόγω της αστικής ευθύνης του Δημοσίου και των Ν.Π.Δ.Δ. Επίσης, παράγοντες όπως η εργασιακή εμπειρία και ο τύπος εργασίας, δε φαίνεται να σχετίζονται θετικά με την ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης.

Αναφορικά με ύψος των καλύψεων για σωματικές βλάβες, καθώς και με το ανώτατο όριο ευθύνης της εταιρείας, θετική συσχέτιση φαίνεται να υπάρχει με την πραγματοποίηση και των αριθμό των χειρουργικών επεμβάσεων που πραγματοποιούνται μάλλον, παρά με το χώρο εργασίας και την εμπειρία. Παράγοντας

που συσχετίζεται θετικά με τις χειρουργικές επεμβάσεις και τις χειρουργικές ειδικότητες κατ' επέκταση, αποτελεί και η ύπαρξη πρόσθετης κάλυψης για νομική προστασία.

Όπως αποδεικνύεται, η παρούσα μελέτη έρχεται να επιβεβαιώσει παρόμοιες προγενέστερες μελέτες σχετικά με το κόστος των ιατρικών σφαλμάτων στην Ελλάδα και το εξωτερικό, μια και όπως αναφέρθηκε στο πρώτο μέρος της εργασίας, στην πλειονότητα των ερευνών, τόσο οι θάνατοι, όσο και το αυξημένο κόστος εξαιτίας ιατρικής αμέλειας, αφορά χειρουργικά περιστατικά.

Συγκεκριμένα σε γνωστή έρευνα του Πανεπιστημίου Πειραιώς (Βοζίκης και Ρήγα, 2008), που αφορά την οικονομική προσέγγιση των ιατρικών σφαλμάτων μέσα από τις αποφάσεις των διοικητικών δικαστηρίων, η πλειονότητα των αποφάσεων αφορούσε τη μέση και συνολική αποζημίωση χειρουργικών κυρίως ειδικοτήτων, όπως Γενικούς Χειρουργούς, Αναισθησιολόγους, Οφθαλμιάτρους, Ορθοπεδικούς και Καρδιολόγους.

Όπως καθίσταται λοιπόν εμφανές, οι χειρουργικές ειδικότητες δημιουργούν κατά κύριο λόγο τη μεγαλύτερη επιβάρυνση, τόσο από την πλευρά των ασφαλιστρών, όσο και από την πλευρά των αποζημιώσεων σε περίπτωση ιατρικού σφάλματος.

7.2 Περιορισμοί της έρευνας

Η παρούσα εργασία παρουσιάζει και περιορισμούς. Αν και το μέγεθος του δείγματος θα μπορούσε να κριθεί ικανοποιητικό και προέρχεται από μεγάλο μέρος της Ελληνικής Επικράτειας, τα ποσοστά δεν είναι κατανεμημένα με τον ίδιο τρόπο, μια και στην πλειονότητά τους τα δεδομένα προέρχονται από ιατρούς που δραστηριοποιούνται στην Αττική. Επίσης, ο τρόπος συλλογής των δεδομένων, η δειγματοληψία ευκολίας, θα μπορούσε να θεωρηθεί μεροληπτικός (συστηματικό σφάλμα), είναι όμως αρκετά αντιπροσωπευτικός, λόγω του μεγέθους του δείγματος.

Επόμενες έρευνες θα μπορούσαν να μελετήσουν το θέμα της αστικής ασφάλισης ιατρικής ευθύνης, εξετάζοντας εστιασμένα συγκεκριμένες ειδικότητες με αντιπαραβολή μεταξύ ιδιωτικού και δημοσίου τομέα. Θα μπορούσε ενδεχομένως να επαναληφθεί και η συγκεκριμένη έρευνα σε βάθος χρόνου, προκειμένου να διερευνηθούν οι μελλοντικές τάσεις στον τομέα της επαγγελματικής ασφάλισης. Ωστόσο, η παρούσα μελέτη αποτελεί μια αφετηρία για μελλοντική ερευνητική δραστηριότητα, με επανάληψη της έρευνας και σύγκριση αποτελεσμάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Αντωνίου, Κ. (1993), Δικονομικά ζητήματα ιατρικής δίκης. Ανακτημένο από:
<http://www.ethemis.gr/wp-content/uploads/2008/07/ergasia3.pdf>
- Βλιάμος, Σ. (2008), Οικονομική ανάλυση ιατρικών λαθών. Ανακτημένο από:
http://achive.enet.gr/online/online_text/c=112,dt=10.7.2006,id=32838532
- Βοζίκης, Α. και Ρήγα, Μ. (2011), Αστική ιατρική ευθύνη: Μια προσέγγιση της οικονομικής διάστασης, Τιμητικός Τόμος Πηνελόπης Αγαλλοπούλου, Τόμος Ι, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα, 169-186.
- Βοζίκης, Α. και Ρήγα, Μ. (2008), Τα ιατρικά σφάλματα στην Ελλάδα: Προσεγγίσεις της οικονομικής διάστασης μέσα από αποφάσεις των διοικητικών δικαστηρίων. Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, 2, 22-44.
- Γώγος, Κ., Καϊάφα-Γκμπάντι, Μ., Παπαδοπούλου, Α. και Φουντεδάκη, Κ. (2010), Η Ιατρική ευθύνη στην πράξη, Νομολογιακές τάσεις της τελευταίας δεκαετίας, Νομική βιβλιοθήκη, Αθήνα.
- Θηραϊός, Ε., Κεραμάρης, Ν. Χ., Καπτάνης, Σ. (2007), Ιατρικά λάθη: Νομικές, ηθικές, κοινωνικές και οικονομικές διαστάσεις, Τόμος Πρακτικών Συνεδρίου, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα.
- Κουρεμένος, Α. (2001), Marketing II, Τόμος Γ, Έρευνα αγοράς, Εκδόσεις Ε.Α.Π., Πάτρα.
- Λασκαρίδης, Ε. (2013), Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν3418/2005), Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα.
- Μπαμπινιώτης, Γ. (1998), Λεξικό νέας Ελληνικής γλώσσας, Κέντρο Λεξικολογίας, Αθήνα.
- Ομπέση, Φ. (2005), Δίκαιο νοσηλευτικής ευθύνης, Βήτα ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα, 40-46.
- Παναγιώτου, Α. (2015), Αναφορά ιατρικών σφαλμάτων και ασφάλεια ασθενών. Η ορθή προσέγγιση του σφάλματος και ο ρόλος του νομικού πλαισίου της ιατρικής ευθύνης, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 32, 354-363.
- Παρασκευόπουλος, Ι. Ν. (1998), Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

- Πολλάλης, Γ., Βοζίκης, Α. και Ρήγα, Μ. (2012), Ποιοτικά χαρακτηριστικά των ιατρικών σφαλμάτων: Ερευνητικά ευρήματα από την Ελλάδα, Το Βήμα του Ασκληπιού, 11, 577-592.
- Σταθόπουλος, Μ. (1998), Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, Τρίτη Έκδοση, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα.
- Τζίβα, Ε. (2014), Ασφάλιση Ιατρικής Ευθύνης, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα
- Φουντεδάκη, Κ. (2003), Αστική ιατρική ευθύνη, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα, 321-384.
- Χατζηπουλίδης, Γ. (2004), Δυσμενή συμβάντα κατά την κλινική φροντίδα, Αναγνώριση, πρόληψη και αντιμετώπιση των κινδύνων, Επιθεώρηση Υγείας, τ. 90, Αθήνα.

Ξενόγλωσση

- Andel, C., Davidow, S. L., Hollander, M. and Moreno, D. A. (2012), The economics of health care quality and medical errors, Journal of health care finance, Wolters Kluwer Law & Business.
- Berwick, M. D. (2002), Escape Fire, The Commonwealth Fund, http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/berwick_escapefire_563.pdf
- Boobman, S.G. (2013), Doctors' diagnostic errors are often not mentioned but can take a serious toll, Kaiser Health News, The Washington Post.
- Cranshaw, J., Gupta, K. J. and Cook, T.M. (2009), Litigation related to drug errors in anaesthesia: an analysis of claims against the NHS in England 1995–2007, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2044.2009.06107.x/pdf>
- Department Of Health. (2000), An organization with a memory: Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS. The Stationary Office, London, www.gov.uk/government/organisations/department-of-health
- Elder, N. C. and Dovey, S. M. (2002), Classification of medical errors and preventable adverse events in primary care: a synthesis of the literature., Journal of family practice, 51, 927-932.
- Fountedaki, M. (2002), Legal and ethical problems in maternal fatal medicine: doctor's civil responsibility, Hellenic Journal of Obstetrics and Gynaecology, 14, 267-274.

- Fryer-Edwards, K., Back, T., Arnold, R. M., Baile, W. and Tulsy, J. (2004), Talking About Harmful Medical Errors with Patients, University of Washington School of Medicine's, Tough Talk: Helping Doctors Approach Difficult Conversations, <https://depts.washington.edu/toolbox/errors.html>
- Fung, A. (2011), Medical errors cost health care system billions, National Journal Health Care, National Journal online.
- Garrouste-Orgeas, M., Philippart, F., Bruel, C., Max, A., Lau, N. and Misset, B. (2012), Overview of medical errors and adverse events, *Ann Intensive Care*, 2, 2.
- Ker, K., Edwards, P. J., Felix, L. M., Blackhall, K. and Roberts, I. (2010), Caffeine for the prevention of injuries and errors in shift workers, National Patient Safety Agency, Cochrane Database of systematic reviews, 12, 5.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M. and Donaldson M. S. (1999), To err is human: Building a safer health system, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington D.C., 17-202.
- La Pietra, L., Calligaris, L., Molendini, L., Quattrin, R. and Brusaferrò, S. (2005), Medical errors and clinical risk management: State of the Art, *Acta Otorhinolaryngol*, 25, 339-34.
- Leape, L. (2000), Can we make health system safe? In Reducing medical errors and improving patient safety, National Coalition on Health Care, Institute for Healthcare Improvement, 2-3.
- Leape, L. (1994), Error in medicine, *Journal of the American Medical Association*, 272, 1851–1857.
- Makary, M. and Daniel, M. (2016), Medical error – the third leading cause of death in the US, *BMJ*, 353.
- Mark, S. M., Little, J. D., Geller S. and Weber, R. J. (2011), Principles and Practices of Medication Safety, In DiPiro, J.T., Talbert, R.L., Yee, G.C., Matzke, G.R., Wells, B. G. and Posey, L. M., *Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach*, <http://www.accesspharmacy.com/content.aspx?aID=7966229>
- Mello, M. M., Studdert, D. M., Thomas, E. J., Yoon, C. S. and Brennan, T. A. (2007), Who pay the medical errors? An analysis of adverse event costs, the medical liability system and incentives for patient safety improvement, *Journal of Empirical Legal Studies*, 4, 835-860.
- National Quality Forum, NQF. (2007), Serious reportable events in Healthcare – 2006 Update, Washington D.C.

- Quality Interagency Coordination Task Force, QuIC. (2000), Doing what counts for patient safety: Federal actions to reduce medical errors and their impact, Center for quality improvement and patient safety (CQuIPS), Rockville, <https://archive.ahrq.gov/quic/report/toc.htm>
- Reason, J. (2000), Human error: Models and management, *BMJ*, 320, 768-770.
- Scott, R. D. (2009), The direct medical cost of healthcare – associated infections in U.S. hospitals and the benefits of prevention, Division of healthcare quality promotion, National center for preparedness, detection and control of infectious diseases.
- Tamuz, M., Thomas, E.J. and Franchois, K.E. (2004), Defining and classifying medical error: lessons for patient safety reporting systems, *Qual Saf Health Care*, 13, 13-20.
- Taylor, L. (2012), Medical Malpractice Payments Sunk to Record Low in 2011, Public Citizen's Congress Watch, Washington, D.C.
- Thomas, E. J. and Brennan, T. A. (2000), Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records, *BMJ*, 320, 741–745.
- Vincent, C. (2003). Understanding and responding to adverse events, *New England Journal of Medicine*, 348, 1051-1056.
- Vincent, C., Taylor-Adams, S., Chapman, J., Hewett, D., Prior, S., Strange, P. and Tizzard, A. (2000), How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management protocol. *BMJ*, 320, 777.
- Vozikis, A. and Riga, M. (2012), Patterns of Medical error: A challenge for quality assurance in the Greek health system. In Savar M (ed), *Quality Assurance and management*, In Tech, Croatia.
- Vozikis, A. and Riga, M. (2008), M.E.R.I.S.: Information System for the identification, collection, analysis and reporting of Medical Errors, 2nd International Scientific Conference, e R A-2, Proceedings, 423-437.
- Weingart. S. N., Wilson, R. M., Gibberd, R. W. and Harrison, B., (2000), Epidemiology of medical error, *BMJ*, 320, 774–777.
- Zhan, C. and Miller, M. R. (2003), Excess length of stay, charges and mortality attributable to medical injuries during hospitalization, *JAMA*, 290, 1868-1874.

Διαδικτυακές Πηγές

10.1787/health_glance-2015-en

http://83.212.107.46/index.php?option=com_content&view=article&id=6&Itemid=2

<https://www.aagbi.org/sites/default/files/An%20organisation%20with%20a%20memo-ry.pdf>

http://www.eaee.gr/cms/sites/default/files/astiki_efthinh_ermineytiko_lexiko.pdf

<http://www.et.gr>

http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2013-0435+0+DOC+XML+V0//EL#def_1_5

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics>

http://www.iatrikionline.gr/ellia_25/12.pdf

<http://www.insuranceworld.gr>

<https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>

<http://www.ohio.edu/people/piccard/entropy/perrow.html>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας Π.1 Cross tab Analysis ειδικότητας και αναγκαιότητας ασφάλισης

		ΑΝΑΓΚΑΙΑ					Total
		ΚΑΘΟΛ ΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙ Α	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
Αγνωστη	Count	1	0	2	1	0	4
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	25,0%	0,0%	50,0%	25,0%	0,0%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	4,2%	0,0%	1,0%	0,4%	0,0%	0,4%
	% of Total	0,1%	0,0%	0,2%	0,1%	0,0%	0,4%
Παθολογία	Count	4	24	45	43	38	154
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	2,6%	15,6%	29,2%	27,9%	24,7%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	16,7%	22,4%	21,7%	16,3%	12,8%	17,1%
	% of Total	0,4%	2,7%	5,0%	4,8%	4,2%	17,1%
Γενική Ιατρική	Count	0	1	7	6	13	27
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	3,7%	25,9%	22,2%	48,1%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	0,0%	0,9%	3,4%	2,3%	4,4%	3,0%
	% of Total	0,0%	0,1%	0,8%	0,7%	1,4%	3,0%
Καρδιολογία- Καρδιοχειρ/κή	Count	4	8	20	24	28	84
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	4,8%	9,5%	23,8%	28,6%	33,3%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	16,7%	7,5%	9,7%	9,1%	9,4%	9,3%
	% of Total	0,4%	0,9%	2,2%	2,7%	3,1%	9,3%
Πνευμονολογία	Count	0	7	8	8	10	33
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	21,2%	24,2%	24,2%	30,3%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	0,0%	6,5%	3,9%	3,0%	3,4%	3,7%
	% of Total	0,0%	0,8%	0,9%	0,9%	1,1%	3,7%
Ε Ι Δ Ι Κ Ο Τ Η Τ Α Αλλεργιολογία	Count	0	0	1	0	1	2
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	50,0%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,3%	0,2%
	% of Total	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,2%
Κ Ο Τ Η Τ Α Γαστρεντερ/γία	Count	0	1	3	5	3	12
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	8,3%	25,0%	41,7%	25,0%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	0,0%	0,9%	1,4%	1,9%	1,0%	1,3%
	% of Total	0,0%	0,1%	0,3%	0,6%	0,3%	1,3%
Α Ν Ε Φ Ρ Ο Λ Ο Γ ΙΑ Νεφρολογία	Count	0	1	2	3	1	7
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	14,3%	28,6%	42,9%	14,3%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	0,0%	0,9%	1,0%	1,1%	0,3%	0,8%

	% of Total	0,0%	0,1%	0,2%	0,3%	0,1%	0,8%
	Count	1	0	3	1	0	5
Αιματολογία	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	20,0%	0,0%	60,0%	20,0%	0,0%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	4,2%	0,0%	1,4%	0,4%	0,0%	0,6%
	% of Total	0,1%	0,0%	0,3%	0,1%	0,0%	0,6%
	Count	1	1	1	3	9	15
Ενδοκρινολογία	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	6,7%	6,7%	6,7%	20,0%	60,0%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	4,2%	0,9%	0,5%	1,1%	3,0%	1,7%
	% of Total	0,1%	0,1%	0,1%	0,3%	1,0%	1,7%
	Count	0	1	0	1	0	2
Ρευματολογία	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	50,0%	0,0%	50,0%	0,0%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	0,0%	0,9%	0,0%	0,4%	0,0%	0,2%
	% of Total	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,2%
	Count	0	9	10	15	12	46
Δερματολογία - Αφροδισιολογία	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	19,6%	21,7%	32,6%	26,1%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	0,0%	8,4%	4,8%	5,7%	4,0%	5,1%
	% of Total	0,0%	1,0%	1,1%	1,7%	1,3%	5,1%
	Count	1	1	5	2	0	9
Νευρολογία	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	11,1%	11,1%	55,6%	22,2%	0,0%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	4,2%	0,9%	2,4%	0,8%	0,0%	1,0%
	% of Total	0,1%	0,1%	0,6%	0,2%	0,0%	1,0%
	Count	0	2	4	6	4	16
Ψυχιατρική	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	12,5%	25,0%	37,5%	25,0%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	0,0%	1,9%	1,9%	2,3%	1,3%	1,8%
	% of Total	0,0%	0,2%	0,4%	0,7%	0,4%	1,8%
	Count	1	5	13	19	14	52
Παιδιατρική	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	1,9%	9,6%	25,0%	36,5%	26,9%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	4,2%	4,7%	6,3%	7,2%	4,7%	5,8%
	% of Total	0,1%	0,6%	1,4%	2,1%	1,6%	5,8%
	Count	1	2	10	13	14	40
Γενική Χειρουργική	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	2,5%	5,0%	25,0%	32,5%	35,0%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	4,2%	1,9%	4,8%	4,9%	4,7%	4,4%
	% of Total	0,1%	0,2%	1,1%	1,4%	1,6%	4,4%
	Count	0	1	0	3	7	11
Ουρολογία	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	9,1%	0,0%	27,3%	63,6%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	0,0%	0,9%	0,0%	1,1%	2,3%	1,2%
	% of Total	0,0%	0,1%	0,0%	0,3%	0,8%	1,2%
Ορθοπεδική	Count	0	4	7	19	26	56

	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	7,1%	12,5%	33,9%	46,4%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	0,0%	3,7%	3,4%	7,2%	8,7%	6,2%
	% of Total	0,0%	0,4%	0,8%	2,1%	2,9%	6,2%
Φυσιατρική	Count	0	0	3	1	0	4
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	0,0%	75,0%	25,0%	0,0%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	0,0%	0,0%	1,4%	0,4%	0,0%	0,4%
	% of Total	0,0%	0,0%	0,3%	0,1%	0,0%	0,4%
Οφθαλμολογία	Count	1	5	9	8	13	36
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	2,8%	13,9%	25,0%	22,2%	36,1%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	4,2%	4,7%	4,3%	3,0%	4,4%	4,0%
	% of Total	0,1%	0,6%	1,0%	0,9%	1,4%	4,0%
Ω.Ρ.Λ.	Count	2	4	8	4	12	30
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	6,7%	13,3%	26,7%	13,3%	40,0%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	8,3%	3,7%	3,9%	1,5%	4,0%	3,3%
	% of Total	0,2%	0,4%	0,9%	0,4%	1,3%	3,3%
Παιδοχειρ/κή	Count	0	0	0	1	2	3
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	66,7%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,7%	0,3%
	% of Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,3%
Νευροχειρ/κή	Count	0	0	1	3	2	6
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	0,0%	16,7%	50,0%	33,3%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	0,0%	0,0%	0,5%	1,1%	0,7%	0,7%
	% of Total	0,0%	0,0%	0,1%	0,3%	0,2%	0,7%
Θωρακοχειρ/κή	Count	0	0	1	1	3	5
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	0,0%	20,0%	20,0%	60,0%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	0,0%	0,0%	0,5%	0,4%	1,0%	0,6%
	% of Total	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,3%	0,6%
Αγγειοχειρ/κή	Count	0	0	1	1	4	6
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	0,0%	16,7%	16,7%	66,7%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	0,0%	0,0%	0,5%	0,4%	1,3%	0,7%
	% of Total	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,4%	0,7%
Πλαστική Χειρουργική	Count	1	0	0	2	5	8
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	12,5%	0,0%	0,0%	25,0%	62,5%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	4,2%	0,0%	0,0%	0,8%	1,7%	0,9%
	% of Total	0,1%	0,0%	0,0%	0,2%	0,6%	0,9%
Αναισθησιολογί α	Count	0	0	1	6	3	10
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	0,0%	10,0%	60,0%	30,0%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	0,0%	0,0%	0,5%	2,3%	1,0%	1,1%

	% of Total	0,0%	0,0%	0,1%	0,7%	0,3%	1,1%
	Count	0	2	5	23	35	65
Μαιευτική - Γυναικολογία	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	3,1%	7,7%	35,4%	53,8%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	0,0%	1,9%	2,4%	8,7%	11,7%	7,2%
	% of Total	0,0%	0,2%	0,6%	2,6%	3,9%	7,2%
	Count	0	4	4	6	7	21
Ακτινολογία	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	19,0%	19,0%	28,6%	33,3%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	0,0%	3,7%	1,9%	2,3%	2,3%	2,3%
	% of Total	0,0%	0,4%	0,4%	0,7%	0,8%	2,3%
	Count	1	1	0	1	1	4
Πυρηνική Ιατρική	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	25,0%	25,0%	0,0%	25,0%	25,0%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	4,2%	0,9%	0,0%	0,4%	0,3%	0,4%
	% of Total	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,4%
	Count	0	0	1	0	2	3
Ακτινοθεραπ/κή Ογκολογία	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	66,7%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,7%	0,3%
	% of Total	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,2%	0,3%
	Count	2	5	3	9	5	24
Μικροβιολογία Βιοπαθολογία	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	8,3%	20,8%	12,5%	37,5%	20,8%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	8,3%	4,7%	1,4%	3,4%	1,7%	2,7%
	% of Total	0,2%	0,6%	0,3%	1,0%	0,6%	2,7%
	Count	0	1	1	1	1	4
Παθολογική Ανατομική	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	25,0%	25,0%	25,0%	25,0%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	0,0%	0,9%	0,5%	0,4%	0,3%	0,4%
	% of Total	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,4%
	Count	0	1	0	0	0	1
Κυτταρολογία	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	0,0%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
	% of Total	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
	Count	0	0	0	0	1	1
Ιατροδικαστική - Τοξικολογία	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,1%
	% of Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%
	Count	3	15	25	25	22	90
Οδοντιατρική	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	3,3%	16,7%	27,8%	27,8%	24,4%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	12,5%	14,0%	12,1%	9,5%	7,4%	10,0%
	% of Total	0,3%	1,7%	2,8%	2,8%	2,4%	10,0%
Γναθοχειρουργι	Count	0	1	3	0	0	4

κή	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	25,0%	75,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	0,0%	0,9%	1,4%	0,0%	0,0%	0,4%
	% of Total	0,0%	0,1%	0,3%	0,0%	0,0%	0,4%
Total	Count	24	107	207	264	298	900
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	2,7%	11,9%	23,0%	29,3%	33,1%	100,0%
	% within ΑΝΑΓΚΑΙΑ	100,0%	100,0	100,0	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	2,7%	11,9%	23,0%	29,3%	33,1%	100,0%

Πίνακας Π.2 Cross tab Analysis τύπου εργασίας και επαγγελματικής ασφάλισης

		ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ		Total	
		ΝΑΙ	ΌΧΙ		
ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤ	Count	3	4	7
		% within ΙΑΤΡΙΚ_ΣΥΛΛ	42,9%	57,1%	100,0%
		% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	0,7%	0,9%	0,8%
		% of Total	0,3%	0,4%	0,8%
	ΑΘΗΝΩΝ	Count	333	280	613
		% within ΙΑΤΡΙΚ_ΣΥΛΛ	54,3%	45,7%	100,0%
		% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	72,5%	63,5%	68,1%
		% of Total	37,0%	31,1%	68,1%
	ΚΟΡΙΝΘΟΥ	Count	5	5	10
		% within ΙΑΤΡΙΚ_ΣΥΛΛ	50,0%	50,0%	100,0%
		% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	1,1%	1,1%	1,1%
		% of Total	0,6%	0,6%	1,1%
ΛΑΡΙΣΗΣ	Count	4	2	6	
	% within ΙΑΤΡΙΚ_ΣΥΛΛ	66,7%	33,3%	100,0%	
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	0,9%	0,5%	0,7%	
	% of Total	0,4%	0,2%	0,7%	
ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ	Count	5	5	10	
	% within ΙΑΤΡΙΚ_ΣΥΛΛ	50,0%	50,0%	100,0%	
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	1,1%	1,1%	1,1%	
	% of Total	0,6%	0,6%	1,1%	

	% of Total	0,6%	0,6%	1,1%
	Count	3	2	5
ΠΑΝ. ΙΑΤΡ. ΣΥΛΛΟΓ	% within ΙΑΤΡΙΚ_ΣΥΛΛ	60,0%	40,0%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	0,7%	0,5%	0,6%
	% of Total	0,3%	0,2%	0,6%
	Count	1	5	6
ΠΑΤΡΩΝ	% within ΙΑΤΡΙΚ_ΣΥΛΛ	16,7%	83,3%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	0,2%	1,1%	0,7%
	% of Total	0,1%	0,6%	0,7%
	Count	46	76	122
ΠΕΙΡΑΙΩΣ	% within ΙΑΤΡΙΚ_ΣΥΛΛ	37,7%	62,3%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	10,0%	17,2%	13,6%
	% of Total	5,1%	8,4%	13,6%
	Count	2	3	5
ΡΟΔΟΥ	% within ΙΑΤΡΙΚ_ΣΥΛΛ	40,0%	60,0%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	0,4%	0,7%	0,6%
	% of Total	0,2%	0,3%	0,6%
	Count	4	1	5
ΤΡΙΚΑΛΩΝ	% within ΙΑΤΡΙΚ_ΣΥΛΛ	80,0%	20,0%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	0,9%	0,2%	0,6%
	% of Total	0,4%	0,1%	0,6%
	Count	4	4	8
ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ	% within ΙΑΤΡΙΚ_ΣΥΛΛ	50,0%	50,0%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	0,9%	0,9%	0,9%
	% of Total	0,4%	0,4%	0,9%
	Count	3	3	6
ΦΩΚΙΔΑΣ	% within ΙΑΤΡΙΚ_ΣΥΛΛ	50,0%	50,0%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	0,7%	0,7%	0,7%
	% of Total	0,3%	0,3%	0,7%
	Count	2	8	10
ΧΑΝΙΩΝ	% within ΙΑΤΡΙΚ_ΣΥΛΛ	20,0%	80,0%	100,0%

Total	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	0,4%	1,8%	1,1%
	% of Total	0,2%	0,9%	1,1%
	Count	459	441	900
	% within ΙΑΤΡΙΚ_ΣΥΛΛ	51,0%	49,0%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	51,0%	49,0%	100,0%

Πίνακας Π.3 Cross tab Analysis ιατρικής ειδικότητας και επαγγελματικής ασφάλισης

		ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ		Total
		ΝΑΙ	ΌΧΙ	
Άγνωστη	Count	0	4	4
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	100,0%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	0,0%	0,9%	0,4%
	% of Total	0,0%	0,4%	0,4%
Παθολογία	Count	64	90	154
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	41,6%	58,4%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	13,9%	20,4%	17,1%
	% of Total	7,1%	10,0%	17,1%
Γενική Ιατρική	Count	15	12	27
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	55,6%	44,4%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	3,3%	2,7%	3,0%
	% of Total	1,7%	1,3%	3,0%
Καρδιολογία- Καρδιοχειρουργική	Count	49	35	84
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	58,3%	41,7%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	10,7%	7,9%	9,3%
	% of Total	5,4%	3,9%	9,3%
Πνευμονολογία	Count	8	25	33
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	24,2%	75,8%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	1,7%	5,7%	3,7%
	% of Total	0,9%	2,8%	3,7%
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ Αλλεργιολογία	Count	1	1	2
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	50,0%	50,0%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	0,2%	0,2%	0,2%
	% of Total	0,1%	0,1%	0,2%

Γαστρεντερολογία	Count	10	2	12
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	83,3%	16,7%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	2,2%	0,5%	1,3%
	% of Total	1,1%	0,2%	1,3%
Νεφρολογία	Count	0	7	7
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	100,0%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	0,0%	1,6%	0,8%
	% of Total	0,0%	0,8%	0,8%
Αιματολογία	Count	1	4	5
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	20,0%	80,0%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	0,2%	0,9%	0,6%
	% of Total	0,1%	0,4%	0,6%
Ενδοκρινολογία	Count	10	5	15
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	66,7%	33,3%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	2,2%	1,1%	1,7%
	% of Total	1,1%	0,6%	1,7%
Ρευματολογία	Count	0	2	2
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	100,0%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	0,0%	0,5%	0,2%
	% of Total	0,0%	0,2%	0,2%
Δερματολογία - Αφροδισιολογία	Count	23	23	46
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	50,0%	50,0%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	5,0%	5,2%	5,1%
	% of Total	2,6%	2,6%	5,1%
Νευρολογία	Count	2	7	9
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	22,2%	77,8%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	0,4%	1,6%	1,0%
	% of Total	0,2%	0,8%	1,0%
Ψυχιατρική	Count	5	11	16
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	31,2%	68,8%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	1,1%	2,5%	1,8%
	% of Total	0,6%	1,2%	1,8%
Παιδιατρική	Count	23	29	52
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	44,2%	55,8%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	5,0%	6,6%	5,8%
	% of Total	2,6%	3,2%	5,8%
Γενική Χειρουργική	Count	14	26	40
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	35,0%	65,0%	100,0%

	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	3,1%	5,9%	4,4%
	% of Total	1,6%	2,9%	4,4%
Ουρολογία	Count	10	1	11
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	90,9%	9,1%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	2,2%	0,2%	1,2%
	% of Total	1,1%	0,1%	1,2%
Ορθοπαιδική	Count	35	21	56
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	62,5%	37,5%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	7,6%	4,8%	6,2%
	% of Total	3,9%	2,3%	6,2%
Φυσιατρική	Count	2	2	4
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	50,0%	50,0%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	0,4%	0,5%	0,4%
	% of Total	0,2%	0,2%	0,4%
Οφθαλμολογία	Count	19	17	36
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	52,8%	47,2%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	4,1%	3,9%	4,0%
	% of Total	2,1%	1,9%	4,0%
Ωτορινολαρυγγολογία	Count	15	15	30
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	50,0%	50,0%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	3,3%	3,4%	3,3%
	% of Total	1,7%	1,7%	3,3%
Παιδοχειρουργική	Count	1	2	3
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	33,3%	66,7%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	0,2%	0,5%	0,3%
	% of Total	0,1%	0,2%	0,3%
Νευροχειρουργική	Count	3	3	6
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	50,0%	50,0%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	0,7%	0,7%	0,7%
	% of Total	0,3%	0,3%	0,7%
Θωρακοχειρουργική	Count	3	2	5
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	60,0%	40,0%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	0,7%	0,5%	0,6%
	% of Total	0,3%	0,2%	0,6%
Αγγειοχειρουργική	Count	5	1	6
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	83,3%	16,7%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	1,1%	0,2%	0,7%
	% of Total	0,6%	0,1%	0,7%

	Count	7	1	8
Πλαστική Χειρουργική	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	87,5%	12,5%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	1,5%	0,2%	0,9%
	% of Total	0,8%	0,1%	0,9%
	Count	7	3	10
Αναισθησιολογία	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	70,0%	30,0%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	1,5%	0,7%	1,1%
	% of Total	0,8%	0,3%	1,1%
	Count	50	15	65
Μαιευτική - Γυναικολογία	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	76,9%	23,1%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	10,9%	3,4%	7,2%
	% of Total	5,6%	1,7%	7,2%
	Count	8	13	21
Ακτινολογία	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	38,1%	61,9%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	1,7%	2,9%	2,3%
	% of Total	0,9%	1,4%	2,3%
	Count	3	1	4
Πυρηνική Ιατρική	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	75,0%	25,0%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	0,7%	0,2%	0,4%
	% of Total	0,3%	0,1%	0,4%
	Count	2	1	3
Ακτινοθεραπευτική Ογκολογία	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	66,7%	33,3%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	0,4%	0,2%	0,3%
	% of Total	0,2%	0,1%	0,3%
	Count	12	12	24
Μικροβιολογία Βιοπαθολογία	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	50,0%	50,0%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	2,6%	2,7%	2,7%
	% of Total	1,3%	1,3%	2,7%
	Count	1	3	4
Παθολογική Ανατομική	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	25,0%	75,0%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	0,2%	0,7%	0,4%
	% of Total	0,1%	0,3%	0,4%
	Count	0	1	1
Κυτταρολογία	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	100,0%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	0,0%	0,2%	0,1%
	% of Total	0,0%	0,1%	0,1%
	Count	0	1	1
Ιατροδικαστική - Τοξικολογία	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	100,0%	100,0%

	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	0,0%	0,2%	0,1%
	% of Total	0,0%	0,1%	0,1%
Οδοντιατρική	Count	49	41	90
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	54,4%	45,6%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	10,7%	9,3%	10,0%
	% of Total	5,4%	4,6%	10,0%
Γναθοχειρουργική	Count	2	2	4
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	50,0%	50,0%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	0,4%	0,5%	0,4%
	% of Total	0,2%	0,2%	0,4%
Total	Count	459	441	900
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	51,0%	49,0%	100,0%
	% within ΑΣΦΑΛ_ΕΠΑΓΓ_ΕΥΘ	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	51,0%	49,0%	100,0%

Πίνακας Π.4 Cross tab Analysis ιατρικής ειδικότητας και ύψους ετησίων ασφαλιστρών

		ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ							Total	
		0-200	201-400	401 - 600	601-1000	1001-1600	1601-2500	2501-5500		
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	Παθολογία	Count	3	14	3	7	1	4	2	34
		% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	8,8%	41,2%	8,8%	20,6%	2,9%	11,8%	5,9%	100,0%
		% within ΚΛΙΜΑΚΑ_ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	10,0%	20,0%	6,8%	16,3%	2,7%	22,2%	16,7%	13,4%
		% of Total	1,2%	5,5%	1,2%	2,8%	0,4%	1,6%	0,8%	13,4%
	Γενική Ιατρική	Count	0	3	4	0	0	1	0	8
		% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	37,5%	50,0%	0,0%	0,0%	12,5%	0,0%	100,0%
		% within ΚΛΙΜΑΚΑ_ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	0,0%	4,3%	9,1%	0,0%	0,0%	5,6%	0,0%	3,1%
		% of Total	0,0%	1,2%	1,6%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	3,1%
	Καρδιολογία-Καρδιοχειρουργική	Count	1	12	7	3	5	1	1	30
		% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	3,3%	40,0%	23,3%	10,0%	16,7%	3,3%	3,3%	100,0%
		% within ΚΛΙΜΑΚΑ_ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	3,3%	17,1%	15,9%	7,0%	13,5%	5,6%	8,3%	11,8%
		% of Total	0,4%	4,7%	2,8%	1,2%	2,0%	0,4%	0,4%	11,8%
μνο	Count	1	2	0	1	0	0	0	4	

	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	25,0%	50,0%	0,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% within ΚΛΙΜΑΚΑ_ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	3,3%	2,9%	0,0%	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	1,6%
	% of Total	0,4%	0,8%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	1,6%
Αλλεργιολογία	Count	0	1	0	0	0	0	0	1
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% within ΚΛΙΜΑΚΑ_ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	0,0%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
	% of Total	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
Γαστρεντερολογία	Count	2	2	1	2	0	0	0	7
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	28,6%	28,6%	14,3%	28,6%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% within ΚΛΙΜΑΚΑ_ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	6,7%	2,9%	2,3%	4,7%	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%
	% of Total	0,8%	0,8%	0,4%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%
Αιματολογία	Count	0	1	0	0	0	0	0	1
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% within ΚΛΙΜΑΚΑ_ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	0,0%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
	% of Total	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
Ενδοκρινολογία	Count	1	3	0	2	0	0	1	7
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	14,3%	42,9%	0,0%	28,6%	0,0%	0,0%	14,3%	100,0%
	% within ΚΛΙΜΑΚΑ_ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	3,3%	4,3%	0,0%	4,7%	0,0%	0,0%	8,3%	2,8%
	% of Total	0,4%	1,2%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,4%	2,8%
Δερματολογία - Αφροδισιατολογία	Count	2	2	6	0	0	1	0	11
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	18,2%	18,2%	54,5%	0,0%	0,0%	9,1%	0,0%	100,0%
	% within ΚΛΙΜΑΚΑ_ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	6,7%	2,9%	13,6%	0,0%	0,0%	5,6%	0,0%	4,3%
	% of Total	0,8%	0,8%	2,4%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	4,3%
Νευρολογία	Count	0	0	1	0	0	0	0	1
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% within ΚΛΙΜΑΚΑ_ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	0,0%	0,0%	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
	% of Total	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
Ψυχιατρική	Count	0	0	1	0	0	0	0	1
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% within ΚΛΙΜΑΚΑ_ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	0,0%	0,0%	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
	% of Total	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%

	% of Total	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
Παιδιατρική	Count	1	5	5	1	0	1	2	15
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	6,7%	33,3%	33,3%	6,7%	0,0%	6,7%	13,3%	100,0%
	% within ΚΛΙΜΑΚΑ_ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	3,3%	7,1%	11,4%	2,3%	0,0%	5,6%	16,7%	5,9%
	% of Total	0,4%	2,0%	2,0%	0,4%	0,0%	0,4%	0,8%	5,9%
Γενική Χειρουργική	Count	0	1	0	3	3	1	0	8
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	12,5%	0,0%	37,5%	37,5%	12,5%	0,0%	100,0%
	% within ΚΛΙΜΑΚΑ_ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	0,0%	1,4%	0,0%	7,0%	8,1%	5,6%	0,0%	3,1%
	% of Total	0,0%	0,4%	0,0%	1,2%	1,2%	0,4%	0,0%	3,1%
Ουρολογία	Count	0	1	0	2	0	0	0	3
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	33,3%	0,0%	66,7%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% within ΚΛΙΜΑΚΑ_ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	0,0%	1,4%	0,0%	4,7%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%
	% of Total	0,0%	0,4%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%
Ορθοπαιδική	Count	0	3	2	2	9	1	1	18
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	16,7%	11,1%	11,1%	50,0%	5,6%	5,6%	100,0%
	% within ΚΛΙΜΑΚΑ_ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	0,0%	4,3%	4,5%	4,7%	24,3%	5,6%	8,3%	7,1%
	% of Total	0,0%	1,2%	0,8%	0,8%	3,5%	0,4%	0,4%	7,1%
Φυσιολογική	Count	0	0	0	0	1	0	0	1
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% within ΚΛΙΜΑΚΑ_ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,7%	0,0%	0,0%	0,4%
	% of Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,4%
Οφθαλμολογία	Count	0	3	5	2	1	0	0	11
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	27,3%	45,5%	18,2%	9,1%	0,0%	0,0%	100,0%
	% within ΚΛΙΜΑΚΑ_ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	0,0%	4,3%	11,4%	4,7%	2,7%	0,0%	0,0%	4,3%
	% of Total	0,0%	1,2%	2,0%	0,8%	0,4%	0,0%	0,0%	4,3%
Ω.Ρ.Λ.	Count	1	2	0	2	1	1	0	7
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	14,3%	28,6%	0,0%	28,6%	14,3%	14,3%	0,0%	100,0%
	% within ΚΛΙΜΑΚΑ_ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	3,3%	2,9%	0,0%	4,7%	2,7%	5,6%	0,0%	2,8%
	% of Total	0,4%	0,8%	0,0%	0,8%	0,4%	0,4%	0,0%	2,8%

Παιδοχειρουργική	Count	0	0	0	0	1	0	0	1
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0 %	0,0%	0,0%	100,0%
	% within ΚΛΙΜΑΚΑ_ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,7%	0,0%	0,0%	0,4%
	% of Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,4%
Νευροχειρουργική	Count	0	0	0	0	3	0	0	3
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0 %	0,0%	0,0%	100,0%
	% within ΚΛΙΜΑΚΑ_ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	8,1%	0,0%	0,0%	1,2%
	% of Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	0,0%	1,2%
Θωρακοχειρουργική	Count	0	0	0	2	0	0	0	2
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	0,0%	0,0%	100,0 %	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% within ΚΛΙΜΑΚΑ_ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	0,0%	0,0%	0,0%	4,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%
	% of Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%
Αγγειοχειρουργική	Count	0	0	0	1	0	0	0	1
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	0,0%	0,0%	100,0 %	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% within ΚΛΙΜΑΚΑ_ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	0,0%	0,0%	0,0%	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
	% of Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
Πλαστική Χειρουργική	Count	0	0	0	1	1	2	0	4
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	25,0%	50,0%	0,0%	100,0%
	% within ΚΛΙΜΑΚΑ_ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	0,0%	0,0%	0,0%	2,3%	2,7%	11,1%	0,0%	1,6%
	% of Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,4%	0,8%	0,0%	1,6%
Ανασθησιολογία	Count	0	1	1	2	0	0	2	6
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	16,7%	16,7%	33,3%	0,0%	0,0%	33,3%	100,0%
	% within ΚΛΙΜΑΚΑ_ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	0,0%	1,4%	2,3%	4,7%	0,0%	0,0%	16,7%	2,4%
	% of Total	0,0%	0,4%	0,4%	0,8%	0,0%	0,0%	0,8%	2,4%
κρή - Γυναικο	Count	0	3	1	4	10	5	0	23
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	13,0%	4,3%	17,4%	43,5%	21,7%	0,0%	100,0%

	% within ΚΛΙΜΑΚΑ_ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	0,0%	4,3%	2,3%	9,3%	27,0%	27,8%	0,0%	9,1%
	% of Total	0,0%	1,2%	0,4%	1,6%	3,9%	2,0%	0,0%	9,1%
Ακτινολογία	Count	1	2	0	1	0	0	0	4
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	25,0%	50,0%	0,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% within ΚΛΙΜΑΚΑ_ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	3,3%	2,9%	0,0%	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	1,6%
	% of Total	0,4%	0,8%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	1,6%
Πυρηνική Ιατρική	Count	0	0	1	0	0	0	0	1
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% within ΚΛΙΜΑΚΑ_ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	0,0%	0,0%	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
	% of Total	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
Ακτινοθεραπευτική Ογκολογία	Count	0	1	0	0	0	0	0	1
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	100,0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% within ΚΛΙΜΑΚΑ_ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	0,0%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
	% of Total	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
Μικροβιολογία Βιοπαθολογία	Count	5	2	1	1	0	0	1	10
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	50,0%	20,0%	10,0%	10,0%	0,0%	0,0%	10,0%	100,0%
	% within ΚΛΙΜΑΚΑ_ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	16,7%	2,9%	2,3%	2,3%	0,0%	0,0%	8,3%	3,9%
	% of Total	2,0%	0,8%	0,4%	0,4%	0,0%	0,0%	0,4%	3,9%
Οδοντιατρική	Count	12	6	5	3	1	0	2	29
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	41,4%	20,7%	17,2%	10,3%	3,4%	0,0%	6,9%	100,0%
	% within ΚΛΙΜΑΚΑ_ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	40,0%	8,6%	11,4%	7,0%	2,7%	0,0%	16,7%	11,4%
	% of Total	4,7%	2,4%	2,0%	1,2%	0,4%	0,0%	0,8%	11,4%
Γναθοχειρουργική	Count	0	0	0	1	0	0	0	1
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0,0%	0,0%	0,0%	100,0	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% within ΚΛΙΜΑΚΑ_ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	0,0%	0,0%	0,0%	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
	% of Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
Total	Count	30	70	44	43	37	18	12	254
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	11,8%	27,6%	17,3%	16,9%	14,6%	7,1%	4,7%	100,0%
	% within ΚΛΙΜΑΚΑ_ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	100,0	100,0	100,0%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0%
	% of Total	11,8%	27,6%	17,3%	16,9%	14,6%	7,1%	4,7%	100,0%