

# ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ

ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΜΑΡΤΙΟΣ 2006 • ΤΕΥΧΟΣ 19 • ΤΙΜΗ 5 €

## **Το επικαιροποιημένο Πρόγραμμα Σταθερότητας και Ανάπτυξης 2005-2008**

*Η έγκρισή του από το Ecofin επιβεβαιώνει  
την θετική πορεία και αξιοπιστία  
της ελληνικής οικονομίας*

### **Η διπλή φύση των πολιτικών κομμάτων**

■ Η υπονόμευση της χώρας μας

### **Η τρομοκρατία**

■ Πολιτική Υγείας

### **Η Αναθεώρηση του Συντάγματος**

■ Βασικές σκέψεις για την αναστήλωση  
της Παιδείας στην Ελλάδα

«Το νέο σχέδιο» του Αμπντουλάχ  
Γκιουλ για το Κυπριακό, δεν είναι  
ούτε νέο ούτε σχέδιο

### **Πώς βλέπουν οι Κούρδοι την προσπάθεια ένταξης της Τουρκίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση**

■ Η πολιτική των Η.Π.Α., της Ε.Ε.  
και της Κίνας στην Κεντρική Ασία

### **Η νόμιμη άσκηση του δικαιώματος της απεργίας**

■ Οι Αγορές πρώτων Υλών

### **2006: το έτος του Ευρώ**

■ Βιβλιοκρισίες



# Πολιτική Υγείας

## Αξιολόγηση της Ελληνικής πραγματικότητας και προτάσεις βελτίωσης

Του **ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Χ. ΜΠΑΝΤΗ\***

### Περίληψη

Μια αποτελεσματική Πολιτική Υγείας εκφραζόμενη μέσω ενός σύγχρονου και αποδοτικού συστήματος εξαρτάται κυρίως από την επάρκεια, την ποιότητα και την ορθολογική κατανομή των υπηρεσιών που προσφέρει στους καταναλωτές πολίτες.

Το σύστημα υγείας της χώρας μας παρουσιάζει αδυναμίες σε θέματα πολιτικής υγείας όπως οι γεωγραφικές ανισότητες των υπηρεσιών, γραφειοκρατική διοίκηση, δυσαρρέσκεια και δυσπιστία των πολιτών, αξιολόγηση του επιπέδου των υπηρεσιών, έλλειψη κινήτρων των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, έλλειψη ιατρικών αρχείων και ενός αποτελεσματικού συστήματος διαχείρισης των ιατρικών πληροφοριών από το οποίο θα μπορούσε να υπολογισθούν και να αξιολογηθούν οι δείκτες θνησιμότητας, νοσηρότητας, επιπολασμού και θετικής υγείας.

Η κεντρική εξουσία της χώρας μας πρέπει να αναπτύξει μια συγκεκριμένη πολιτική υγείας, η οποία, να ελαχιστο-

ποιεί τις δυσμενείς επιπτώσεις του συνεχώς μεταβαλλόμενου περιβάλλοντος, ταυτόχρονα δε να διασφαλίσει την ομαλή ανάπτυξη και εξέλιξη του Συστήματος Υγείας καθιστώντας τελικά δυνατή την επίτευξη του αρχικού σκοπού, ο οποίος δεν είναι άλλος από το άρθρο 21 παράγραφος 3 του Ελληνικού Συντάγματος. «Το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών...».

### Εισαγωγή

Είναι γεγονός διεθνώς, ότι η πολιτική υγείας, συνδέεται άμεσα με τις πολιτιστικές αντιλήψεις των λαών. Η ανάπτυξη της συνδέεται, επίσης, άμεσα με τις κοινωνικές ανάγκες και το στάδιο ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας σε κάθε περιοχή ή χώρα.

Είναι προφανές ότι σήμερα στη χώρα μας με τις θεμελιακές αλλαγές στον τομέα της υγείας, η ανάπτυξη ενός σύγχρονου ελληνικού μοντέλου πολιτικής υγείας είναι όχι μόνο αναγκαία αλλά και καθοριστική για τους επιδιωκόμενους σκοπούς.



Στα πλαίσια αυτής της προσπάθειας, το κείμενο αυτό θα επιδιώξει να εκφράσει τις αρχές οι οποίες διέπουν την πολιτική υγείας και την αξιολόγηση αυτής, τονίζοντας τη σημασία της για την αποτελεσματικότητα της παροχής υγειονομικής φροντίδας στην χώρα μας.

### Πώς αξιολογείται η Πολιτική Υγείας

Σύμφωνα με την WHO (World Health Organization - Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας) ορίζεται ως «Υγεία» η κατάσταση πλήρους ευεξίας και αρμονίας του ανθρώπου με τον εαυτό του και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον με την απουσία της ασθένειας (*WHO, Health Care-The Grown Dilemma 1960*).

Η πολιτική Υγείας είναι το σύνολο των δραστηριοτήτων (πολιτικών και νομοθετικών) οι οποίες αποβλέπουν στον βασικό σκοπό της παγκόσμιας οργάνωσης υγείας, εφαρμόζοντας μεθόδους ανάλογες των πολιτικών δομών και της οικονομικής δυνατότητας ενός κράτους.

Η πολιτική Υγείας στην Ελλάδα εκφραζόμενη μέσω του Εθνικού Συστήματος Υγείας, χαρακτηρίζεται ως ακριβή και μη αποδοτική. Συγκεντρώνει τον μεγαλύτερο βαθμό δυσαρέσκειας εκ μέρους των χρηστών, συγκριτικά με οποιοδήποτε άλλο ευρωπαϊκό σύστημα υγείας και έχει ανάγκη άμεσης μεταρρύθμισης, με στόχο τον εξορθολογισμό της οργάνωσης και λειτουργίας καθώς επίσης και την ολοκλήρωσή της.

Θα πρέπει όμως να τονιστεί ότι η πολιτική υγείας με την εφαρμογή του

Ν. 1397/1983, παρά τις αδυναμίες και τις ελλείψεις που του καταλογίζονται, αποτέλεσε για την Ελλάδα ίσως τη μεγαλύτερη προσπάθεια νομοθετικής μεταρρύθμισης στον χώρο της υγείας τα τελευταία σαράντα χρόνια, αφού με το Νόμο αυτό επιχειρήθηκε για πρώτη φορά να τεθούν τα πλαίσια και οι βάσεις ανάπτυξης ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Το γεγονός ότι σήμερα αναζητείται η ανάγκη αναμόρφωσής του σε καμιά περίπτωση δεν μειώνει τη σπουδαιότητα που είχε η θέσπιση του Ε.Σ.Υ. για την υγεία και για την ελληνική κοινωνία ευρύτερα.

Η πολιτική υγείας της χώρας μας θα έπρεπε να διέπεται από μια σχετικά αποκεντρωμένη δομή και ανακατανομή των αρμοδιοτήτων της κεντρικής εξουσίας (Υπουργείου Υγείας). Αντικειμενικός σκοπός της θα έπρεπε να είναι η μεταμόρφωση και η εξέλιξη αυτής, σε ένα σύγχρονο οργανισμό, ευπροσάρμοστο στις απαιτήσεις των πολιτών, ευέλικτο και κυρίως αποτελεσματικό, στον καθημερινό αγώνα για την εξασφάλιση αξιοπρεπούς αντιμετώπισης της αρρώστιας, του πόνου και τις δυστυχίας σε κάθε γωνιά της χώρας.

### Αξιολόγηση της Ελληνικής πραγματικότητας στον χώρο πολιτικής της υγείας

Οι δείκτες αξιολόγησης της πολιτικής υγείας χρησιμεύουν ως κατευθυντήριες γραμμές στην εκτίμηση συγκεκριμένων πολιτικών μοντέλων πρακτικής της γενικότερης πολιτικής της κάθε



κυβέρνησης. Καθώς στην πράξη οι κυβερνήσεις διαθέτουν διαφορετικές πολιτικές προτεραιότητες και προϋποθέσεις, τα κριτήρια, φυσικά, δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως απόλυτο μέτρο αξιολόγησης. Αντιθέτως, η μεγαλύτερη βαρύτητα δίνεται στο κατά πόσο η πολιτική επιδεικνύει μια ξεχωριστή ανάπτυξη και ευαισθησία στον τομέα της υγείας του πληθυσμού.

Η πολιτική υγείας η οποία αποβλέπει στον βασικό σκοπό της παγκόσμιας οργάνωσης υγείας πληροί τα κριτήρια ως μοντέλο καλής πρακτικής. Στην πράξη, η προαγωγή της υγείας δε διάφορους τομείς δεν ολοκληρώνεται επαρκώς. Ως επακόλουθο, συχνά υπάρχουν μόνο μεμονωμένα προγράμματα τα οποία, ακόμα και εάν ολοκληρωθούν με επιτυχία, δεν μπορούν να γενικευτούν και να μεταβιβαστούν σε άλλους τομείς της υγείας. Επιπλέον, σε πολλές περιπτώσεις τα μέτρα δεν βασίζονται επαρκώς σε προγενέστερες αναλύσεις αναγκών.

Για τους λόγους αυτούς, πέντε πτυχές αξιολογούνται στην εκτίμηση των μοντέλων πρακτικής της πολιτικής υγείας: οι δείκτες θνησιμότητας, δείκτες νοσηρότητας, η επίπτωση, ο επιπολασμός και τελικώς οι δείκτες θετικής υγείας. (*WHO Geneva 1988*). Παράλληλα προσδιορίζονται και πολλές αδυναμίες (του συστήματος) σε θέματα πολιτικής υγείας όπως οι γεωγραφικές ανισότητες των υπηρεσιών, η γραφειοκρατική διοίκηση, η δυσαρέσκεια και δυσπιστία των πολιτών, η αξιολόγηση του επιπέδου των υπηρε-

σιών, η έλλειψη κινήτρων των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, η έλλειψη ιατρικών αρχείων και ενός αποτελεσματικού συστήματος διαχείρισης των ιατρικών πληροφοριών από το οποίο θα μπορούσαν να αξιολογηθούν οι δείκτες θνησιμότητας, νοσηρότητας, επίπτωσης, επιπολασμού και θετικής υγείας.

#### **Μεγάλες γεωγραφικές ανισότητες των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας:**

Υπάρχουν πολύ μεγάλες διαβαθμίσεις στην ποσότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται σε διάφορες περιοχές της χώρας, κάτι που εν μέρει μόνο οφείλεται στον τρόπο με τον οποίο ο πληθυσμός χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες. Οι δαπάνες του προϋπολογισμού για την υγεία ποικίλουν από τις 18.310 δραχμές κατά κεφαλήν στην Κεντρική Ελλάδα μέχρι τις 43.124 δραχμές στην Αττική (1995). Είναι παγκόσμια γνωστό ότι ο «ιατρικός πληθωρισμός» αυξάνει τις δαπάνες και συχνά σχετίζεται αρνητικά με την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού. Στην Ελλάδα το πρόβλημα είναι έντονο, μια και οι Έλληνες γιατροί φθάνουν τους περίπου 50.000, με αναλογία περίπου ένα γιατρό προς 210 κατοίκους. Η συνολική ετήσια παραγωγή γιατρών από όλες τις πηγές (εσωτερικού - εξωτερικού) ανέρχεται σε 1.800 (αύξηση 4-5%) περίπου νέους γιατρούς, ενώ συνταξιοδοτούνται αντίστοιχα περίπου 600 γιατροί (μείωση 1,5%). (*Δερβένης Χ. Πολύζος, Αθήνα, 1995*).

Υπολογίζεται ότι ο συνολικός αριθ-



μός γιατρών είχε ανέλθει σε 47.979 (αύξηση 27%) το 2000. Βέβαια, η αύξηση της πενταετίας 1995-2000 (15%) είναι μικρότερη σε σύγκριση με την αντίστοιχη της περιόδου 1990-1995 (17%), με μόνο ελπιδοφόρο μήνυμα τη γενικότερη τάση σταθεροποίησης της αύξησης αυτής. Σημαντικό, επίσης, είναι και το πρόβλημα της ανισοκατανομής. Το 1992, στην Αττική απασχολείτο το 52,1% του συνόλου των γιατρών της χώρας, σε αναλογία κατοίκων/γιατρό 1:172, ενώ στις περιφέρειες των νησιών, της Στερεάς Ελλάδας, της Θράκης και της Θεσσαλίας η σχέση ήταν περίπου 1:500. Πρέπει να σημειωθεί ότι τα δύο τρίτα των γιατρών αυτών βρίσκονται στο δημόσιο σύστημα (ΕΣΥ, ΙΚΑ). Σε άλλες χώρες, με συστήματα υγείας δημόσιου χαρακτήρα (π.χ. Δανία, Αγγλία κ.ά.), η αναλογία είναι μεγαλύτερη υπέρ του δημοσίου. Παρόλα αυτά, η αναλογία μόνο στο δημόσιο συνολικά (370 κάτοικοι ανά γιατρό) δεν είναι ευκαταφρόνητη, αν και οι περιφερειακές ανισότητες παραμένουν και εδώ. Η κατανομή των θέσεων ειδικοτήτων σε σταθερή βάση ανά περιφέρεια αποτελεί μια αξιόπιστη λύση. Η παροχή νοσοκομειακών κλινών ποικίλουν από τα 2,9 κρεβάτια ανά 1.000 άτομα στη Δυτική Ελλάδα, μέχρι τα 6,9 στην Αττική. Αν συνυπολογιστούν οι γιατροί του ΕΣΥ και οι ιδιώτες γιατροί, στην Αττική υπάρχουν συνολικά 20.390 γιατροί έναντι 476 στη Δ. Μακεδονία. (Υφαντόπουλος Γ. Σούλης, Αθήνα, 1993).

**Υπερσυγκεντρωτισμός και γραφειοκρατική διοίκηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας:** Η χάραξη της πολιτικής, η χρηματοδότηση και ο έλεγχος των κρίσιμων ομάδων του προσωπικού χαρακτηρίζονται από υπερσυγκέντρωση. Οι νομαρχίες στηρίζονται στην κεντρική διοίκηση (Υπουργεία Υγείας και Οικονομικών) για πόρους τους οποίους διανέμουν στις τοπικές υγειονομικές υπηρεσίες της περιφέρειας.

**Η δυσaréσκεια και έμπρακτα επιδεικνυόμενη δυσπιστία των πολιτών χρηστών του συστήματος:** Η δυσaréσκεια του κοινού αποδεικνύεται από τον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιούνται οι ιατρικές υπηρεσίες στη χώρα μας. Πολλοί ασθενείς πληρώνουν για την παροχή υπηρεσιών μέσω του ασφαλιστικού τους ταμείου, αλλά δεν χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες που τους προσφέρει το συγκεκριμένο ταμείο. Αντ' αυτού απευθύνονται ακόμα και για μικρής σημασίας προβλήματα στα μεγάλα νοσοκομεία.

Μεγάλος αριθμός ασθενών απλούστατα παρακάμπτει τις τοπικές ιατρικές υπηρεσίες υγείας και καταφεύγει στα κορυφαία νοσοκομεία των μεγάλων πόλεων. Η δυσaréσκεια του κοινού αποδεικνύεται επίσης από το πόσο διαδεδομένοι είναι οι παράνομοι χρηματισμοί των λειτουργών της δημόσιας υγείας.

Οι απόψεις των ασθενών στις χώρες της Κοινότητας για τις ιατρικές υπηρεσίες που τους παρέχονται προκύπτουν από την έρευνα του ευρωβαρόμετρου



που πραγματοποιήθηκε σε όλες τις χώρες μέλη το 1992. Στις νότιες χώρες η πλειοψηφία των κατοίκων δεν θεωρεί ότι της παρέχονται υψηλής ποιότητας ιατρικές υπηρεσίες. Όμως μεταξύ αυτών η Ελλάδα ξεχωρίζει καθώς έχει το χαμηλότερο ποσοστό πολιτών που θεωρεί ότι οι υπηρεσίες είναι ανεπαρκείς. Τα δύο τρίτα του πληθυσμού δηλώνουν ότι θα ήταν διατεθειμένα να πληρώσουν περισσότερους φόρους για παροχή πρόσθετων ιατρικών υπηρεσιών (Sorkin A. 1977).

**Αξιολόγηση του επιπέδου παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας:** Για την αξιολόγηση του επιπέδου υπηρεσιών υγείας θα χρησιμοποιήσω το χαμηλό επίπεδο υπηρεσιών για τους διανοητικά ασθενείς και τους διανοητικά καθυστερημένους. Αυτό είναι ένα ιδιαίτερα σημαντικό θέμα καθώς οι ασθενείς αυτοί βρίσκονται σε αδυναμία να εκφράσουν δυσαρέσκειά τους. Ένα μεγάλο μέρος αυτών των υπηρεσιών εξακολουθούν να παρέχονται σε παλαιά κτίρια, άσυλα του δεκάτου ενάτου αιώνα με το στίγμα της κοινωνικής απομόνωσης των διανοητικά ασθενών και την υποβάθμιση της αξίας τους ως ανθρωπίνων όντων.

Η Ελλάδα με καθυστέρηση υιοθέτησε τις πολιτικές που από μακρού χρόνου προτείνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Fulop T. *WHO Chronicle*, 1986) για να διορθώσει την άνιση διανομή των πόρων για την πνευματική υγεία μεταξύ περιοχών και να υιοθετήσει αποτελεσματικές μεθόδους σχε-

διασμού. Μια επιτροπή της Ευρωπαϊκής Κοινότητας το 1984 περιέγραψε την κατάσταση στο Δαφνί και στη Λέρο όπου βρίσκονται τα μεγαλύτερα άσυλα ως «μοναδική, η οποία απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή». Σύμφωνα με την αναφορά της επιτροπής εκείνης: «Στη Λέρο τα προβλήματα εκτείνονται πολύ πέραν των τειχών του Ιδρύματος και επηρεάζουν ολόκληρο το νησί. Η εντύπωση της ομάδας της Κοινότητας είναι ότι η χρήση της Λέρου επί χρόνια, ίσως επί αιώνες, ως χώρου εναπόθεσης των ανεπιθύμητων-λεπρών, καταδίκων, πολιτικών εξόριστων και τώρα παιδιών με ειδικές ανάγκες - οδήγησε στην υποβάθμιση του τρόπου ζωής και του πολιτισμού του νησιού» (Γόρισμα Υπ. Υγείας Γνωμοδοτική Έκθεση, Σεπτέμβριος 1995).

#### **Έλλειψη κινήτρων γενικότερα στις δημόσιες υπηρεσίες και ειδικότερα στους εργαζόμενους στην Υγεία:**

Το γεγονός ότι ένας τόσο μεγάλος αριθμός υπαλλήλων των υπηρεσιών υγείας είναι δημόσιοι υπάλληλοι οδηγεί σε ένα άκαμπτο σύστημα αμοιβών και στην αδυναμία της τοπικής διοίκησης των μονάδων να ανταμείψουν την παροχή καλών υπηρεσιών και να τιμωρήσουν εκείνους που παραμελούν την εργασία τους ή την κάνουν αδιάφορα. Υπάρχει έλλειψη κινήτρων σε όλες τις ομάδες του προσωπικού, εκτός του κινήτρου να φύγουν νωρίς από την εργασία τους για να κάνουν δική τους δουλειά.

Υπάρχει περιορισμένη επαγγελματική ικανοποίηση από την πλευρά των γιατρών και περιορισμένη ικανοποίηση



των χρηστών για την έλλειψη συνέχειας στην ιατρική περίθαλψη, για την έλλειψη φιλικής συμπεριφοράς και για τις δυσχέρειες στη χρήση δημοσίων υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα στα υπερκορεσμένα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων που δεν διαθέτουν χωριστά τμήματα για ατυχήματα και πρώτες βοήθειες. Δεν υπάρχει ακόμα στο σύστημα η παραμικρή εκπροσώπηση των ιδίων των χρηστών.

**Έλλειψη ιατρικών αρχείων και ενός αποτελεσματικού συστήματος διαχείρισης των ιατρικών πληροφοριών:** Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας μας δεν διαθέτει έναν αποτελεσματικό μηχανισμό τήρησης ιατρικών αρχείων (medical records) ή ένα επαρκές σύστημα διαχείρισης των ιατρικών πληροφοριών, το οποίο να είναι προσανατολισμένο στην παρουσίαση του τρόπου χρήσης των ιατρικών πόρων ή ακόμα περισσότερο στην εκτίμηση των αποτελεσμάτων τα οποία επιτυγχάνονται. Οι περισσότεροι γιατροί δεν τηρούν αρχεία στα ιδιωτικά τους ιατρεία ή δεν υπάρχει πρόσβαση στα αρχεία τα οποία τηρούνται. (*Πόρισμα Υπουργείου Υγείας Γνωμοδοτική Έκθεση, Σεπτέμβριος 1995*).

Όπως προαναφέρθηκε στην αντίθετη περίπτωση τα ιατρικά αρχεία των ασθενών θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως στοιχεία, για την έκφραση των δεικτών θνησιμότητας, νοσηρότητας, επίπτωσης και επιπολασμού της νόσου.

#### **Ανυπαρξία αποτελεσματικής διαχείρισης του κόστους της υγείας:**

Παρ' όλο που υπάρχουν αυστηροί έλεγχοι στον αριθμό του προσωπικού, οι ετήσιοι προϋπολογισμοί είναι κατά τα άλλα ανεφάρμοστοι. Η χρηματοδότηση είναι στην πράξη χωρίς φραγμούς. Δεν υπάρχουν μηχανισμοί περιορισμού του κόστους ούτε στην προσφορά ούτε στη ζήτηση εκτός από την συγχρηματοδότηση κατά 10-25% των φαρμάκων.

Οι νοσοκομειακές κλίνες χρησιμοποιούνται αλόγιστα. Μερικά νοσοκομεία και μερικά τμήματα νοσοκομείων έχουν πολύ χαμηλή πληρότητα ενώ η πρακτική της ημερήσιας νοσηλείας μετά από χειρουργική επέμβαση είναι ελάχιστα αναπτυγμένη.

Υπάρχει υπερβολική χρήση φαρμάκων, ιδιαίτερα των πολύ ακριβών αντιβιοτικών τρίτης γενεάς, και παράλογη υπερχρησιμοποίηση ακριβών διαγνωστικών tests. Όχι μόνον δεν υπάρχουν κίνητρα που να ενθαρρύνουν την υψηλή απόδοση, αλλά υπάρχουν θετικά κίνητρα για την αύξηση της ζήτησης από τους ίδιους τους παραγωγούς των ιατρικών υπηρεσιών.

Οι πολλαπλές πηγές χρηματοδότησης οδηγούν σε αδικαιολόγητα υψηλά διαχειριστικά κόστη και σε κακό συντονισμό του σχεδιασμού και της χρηματοδότησης.

#### **Αναντιστοιχία αναγκών και διαθέσιμου προσωπικού:**

Υπάρχει υπερβολικός αριθμός γιατρών και σοβαρή έλλειψη νοσοκόμων. Η εκπαίδευση και



των δύο κατηγοριών χρειάζεται εκσυγχρονισμό.

Σε σύνολο απασχολούμενου νοσηλευτικού προσωπικού περίπου 40.000 θέσεις, οι κενές οργανικές θέσεις στα νοσοκομεία του ΕΣΥ ήταν περίπου 20.000. Η αναλογία πτυχιούχων νοσηλευτών είναι 1:950 κατοίκους. Αν προστεθούν οι νοσηλευτές διετούς εκπαίδευσης η αναλογία γίνεται 1:460 κατοίκους. Ο δείκτης αυτός είναι ο χειρότερος στην Ευρωπαϊκή Ένωση, με μεγάλη απόκλιση από τις άλλες χώρες. Το 80% περίπου του νοσηλευτικού προσωπικού απασχολείται στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, το 10% στα ιδιωτικά νοσοκομεία και οι υπόλοιποι στα κέντρα υγείας, στο ΙΚΑ κ.ά. Πριν ή μετά την αποφοίτηση, το 50% των νοσηλευτών εγκαταλείπει το επάγγελμα, λόγω των χαμηλών αποδοχών, της κακής ποιότητας της εκπαίδευσης και των δυσμενών συνθηκών εργασίας. (Ανδριώτη Δ., Αθήνα 1994). Ο μακροχρόνιος σχεδιασμός κάλυψης των αναγκών, η αναβάθμιση του επαγγέλματος ηθικά και υλικά, καθώς και η δημιουργία νοσηλευτικών ειδικοτήτων, θεωρούνται αναγκαία για την ανάπτυξη του επαγγέλματος.

Δεν υπάρχουν σχεδόν καθόλου οικογενειακοί γιατροί, ενώ υφίσταται υπερβολικά μεγάλος αριθμός εξειδικευμένων γιατρών. Δεν υπάρχει καθόλου διαρκής επιμόρφωση των γιατρών ή χρηματοδότηση της έρευνας. Υπάρχει άνιση κατανομή των φοιτητών στις ιατρικές σχολές. Επιπροσθέτως υπάρχουν σοβαρές εντάσεις στις σχέσεις μεταξύ των πανεπιστημιακών γιατρών και των γιατρών

του ΕΣΥ, λόγω των διαφορετικών όρων εργασίας που ισχύουν για τις δύο κατηγορίες. (Ρούπας Θ., Πολύζος Ν. Αθήνα, 1994).

**Έλλειψη ποιοτικού ελέγχου:** Τέλος, δεν υπάρχει πουθενά στο σύστημα υγείας κάποιο σύστημα το οποίο να αξιολογεί την ποιότητα των υπηρεσιών, ούτε ασφαλώς και τη διαχείριση που υπάρχει από πλευράς κόστους και αποτελεσματικότητας.

### Επίλογος- Συμπεράσματα

Υπάρχει μικρή συνειδητοποίηση των προβλημάτων στον ευρύτερο τομέα της υγείας (εκτός λίγων περιπτώσεων) που προκύπτουν από την έλλειψη διάρθρωσης και επαρκούς προσδιορισμού των στόχων και ευθυνών, την αδυναμία παρεμβάσεων σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού, την έλλειψη ικανοποιητικών ιατρικών αρχείων (π.χ. γεννήσεων και θανάτων), την έλλειψη εργαστηριακών εγκαταστάσεων για την διερεύνηση επιδημιών και καμία στρατηγική αντίληψη της ανάγκης για τη δημιουργία διατομεακών συνδέσεων και προγραμμάτων. Έτσι δεν προκαλεί έκπληξη ότι η κατάσταση από πλευράς εμβολιασμών στην Ελλάδα είναι πτωχή σε σχέση με την Ευρωπαϊκή Ένωση και ότι έχει υπάρξει ένας αριθμός από σοβαρές επιδημίες συνηθισμένων μεταδοτικών ασθενειών, όπως ερυθρά και γαστρεντερίτιδα, που θα μπορούσαν να αποτραπούν.

Η έλλειψη μιας συγκροτημένης πο-



λιτικής ενημέρωσης για την υγεία σε εθνικό ή τοπικό επίπεδο για την καταπολέμηση των βλαβερών συνεπειών του καπνού και του αλκοόλ, καθώς επίσης και για την πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων είναι προφανής.

Η έλλειψη οποιασδήποτε περιοδικής αντικειμενικής ανάλυσης των αναγκών υγείας τοπικών (ή εθνικών) πληθυσμών με την χρήση και την αξιοποίηση ειδικών αναφορών υγείας, μπορεί μόνο να οδηγήσει σε μεγέθυνση αναποτελεσματικών και ακατάλληλων υπηρεσιών υγείας.

Γίνεται κατανοητό ότι καμία κυβέρνηση δεν έχει ως τώρα ανακοινώσει μια σαφή πολιτική για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού με συγκεκριμένους στόχους και δείκτες, όπως προβλέπει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO).

Η χώρα μας επιθυμεί να αναπτύξει μια συγκροτημένη πολιτική υγείας και να αξιοποιήσει με τρόπο αποτελεσματικό τους διαθέσιμους πόρους για την περίθαλψη, είναι ουσιαστικό να δημιουργήσει μια σύγχρονη και αποτελεσματική πολιτική για την ανάπτυξη του κλάδου της υγείας και όσων τον υπηρετούν.

#### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- 1.- WHO, *Health care-the growing dilemma* 1960.
- 2.- WHO. *Health promotion for health population: a report of a WHO expert committee on health promotion in the*

*work settings. Geneva* 1988.

3.- Δερβένης Χ., Πολύζος Ν. *Μελέτη-Πρόταση για την Οργάνωση-Διοίκηση του ΕΣΥ και την Ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού. Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Αθήνα, 1995.*

4.- Υφαντόπουλος Γ., Σούλης Σ., Παπαηλίας Θ., Μανιαδάκης Ν., *Οι ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της Υγείας στην Ελλάδα: 1980-2000. Έκθεση στη Διεύθυνση V της ΕΕ, Αθήνα 1993.*

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

6.- Fulop T., *Health personnel for "health for all": progress or stagnation? WHO Chronicle, 40, part 1:194-199, part 2: 222-225, 1986.*

7.- *European Institute of Health Service Management Consultants. Πόρισμα Υπ. Υγείας, Γνωμοδοτική Έκθεση, Σεπτέμβριος 1995.*

8.- Ανδριώτη Δ.: *Οι Ανθρώπινοι Πόροι στον Υγειονομικό Τομέα. Αθήνα, 1994.*

9.- Ρούπας Θ., Πολύζος Ν., *Ανθρώπινο Δυναμικό. Στο: Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα, 1994.*

-----  
\* Ο Αθανάσιος Χ. Μπαντής είναι διδάκτωρ της Ιατρικής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, ζει στην Αλεξανδρούπολη και εργάζεται στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ως Επιμελητής Β'.