

Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Ν. Πολύζος,¹
Ι. Υφαντόπουλος²

¹Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο
²Τομέας Δημόσιας Διοίκησης και Πολιτικής Επιστήμης
Πανεπιστήμιο Αθηνών

Health manpower development and National Health System staffing

Abstract at the end of the article

1. Προβλήματα ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία
2. Ιατρικό δυναμικό
3. Προβλήματα στα νοσηλευτικά και τα άλλα επαγγέλματα υγείας
 - 3.1. Έλλειψη και ανεπαρκής εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού
 - 3.2. Έλλειψεις στα άλλα υγειονομικά επαγγέλματα
 - 3.3. Προβλήματα κατανομής
 - 3.4. Προβλήματα για το μέλλον
4. Στελέχωση του Υπουργείου Υγείας
5. Στελέχωση των Νομαρχιακών Διευθύνσεων Υγείας
 - 5.1. Συμπεράσματα
 - 5.2. Προτάσεις
6. Στελεχειακό δυναμικό των Νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας
 - 6.1. Προτάσεις
7. Αντί επιλόγου

Λέξεις ευρετηρίου

Ανάπτυξη
Ανθρώπινο δυναμικό
Διαχείριση
Εκπαίδευση
Παραγωγή
Στελέχωση
Στόχοι
Σχεδιασμός
Υγεία

1. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Ένα αποτελεσματικό σύστημα υγείας εξαρτάται κυρίως από την επάρκεια, την ποιότητα και την ορθολογική κατανομή του υγειονομικού προσωπικού. Η παραγωγή ανθρώπινου δυναμικού, ιδιαίτερα στις υπηρεσίες υγείας που είναι «έντασης εργασίας», απαιτεί σχεδιασμό μακράς πνοής, που λαμβάνει υπόψη την ισότιμη κατανομή ανά κατηγορία και γεωγραφική θέση, παράλληλα με την εσωτερική διαδικασία της παρακίνησης του προσωπικού και της ορθολογικής διαχείρισής του. Ο Baker¹ αναφέρει: «ένα νοσοκομείο μπορεί να χτιστεί σε μερικούς μήνες (όχι πάντως στην Ελλάδα!), ένας γιατρός χρειάζεται μία δεκαετία για να εκπαιδευθεί».

Η ισόρροπη ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία δεν είναι κάτι το απόλυτο, αλλά έχει άμεση σχέση με τον καθορισμό του υγειονομικού στόχου που πρέπει να επιτευχθεί.² Το Υπουργείο Παιδείας και οι διάφορες σχολές παράγουν όχι σύμφωνα με τις ανάγκες τους, αλλά σύμφωνα με τις ανάγκες του συστήματος υγείας που θα κληθεί να απασχολήσει το προσωπικό αυτό μελλο-

νικά³ και τελικά σύμφωνα με τις ανάγκες της χώρας, όπως καταγράφονται μέσα από τα υγειονομικά προβλήματα του πληθυσμού με βάση συγκεκριμένες προτεραιότητες. Η εργασιακή απασχόληση στην υγεία είναι συνάρτηση της βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού.⁴

Στις χώρες του ΟΟΣΑ, η υγεία απασχολεί περίπου το 5% του εργατικού δυναμικού. Το ανθρώπινο δυναμικό απορροφά το 60% των δαπανών υγείας και είναι ο κύριος παράγοντας που επηρεάζει τη λειτουργία των υπηρεσιών και κατ' επέκταση τη στάθμη του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Στην Ελλάδα, εκτός από την πληθώρα γιατρών, ο τομέας υγείας είναι υποστελεχωμένος. Σε σύγκριση με τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), με μέσο ποσοστό απασχόλησης 4,6% του εργατικού δυναμικού, η Ελλάδα παρουσιάζει το μικρότερο ποσοστό απασχολούμενων στην υγεία, το οποίο όμως έχει σημαντικά βελτιωθεί την τελευταία 10ετία και φθάνει το 3,5% περίπου του εργατικού δυναμικού (πίν. 1). Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας⁵ προειδοποιεί ότι στις περισσότερες χώρες η παραγωγή και η διαθεσιμότητα του υγειονομικού προσωπικού δεν έχει σημειώσει πρόοδο,

Πίνακας 1. Η απασχόληση υγειονομικού προσωπικού στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ).^{6,7}

	Ελλάδα			ΕΕ
	1974	1983	1993	1989-1990
Γιατροί/1000 κατοίκους	2,0	2,8	3,9	2,8
Νοσηλεύτες/1000 κατοίκους	1,6	2,2	3,9	4,3
Λοιπό προσωπικό (% εργατικού δυναμικού)	0,5	1,1	1,5	3,3
Σύνολο προσωπικού (% εργατικού δυναμικού)	1,6	2,5	3,5	4,6

ιδιαίτερα στα θέματα της ισότιμης κατανομής και της αύξησης της παραγωγικότητας και της παρακίνησης.

Σε όλο τον κόσμο, τα προβλήματα ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία είναι ποσοτικά και ποιοτικά και μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής:

Προβλήματα στο σχεδιασμό: Οι αποφάσεις συχνά βασίζονται σε πρόχειρες εκτιμήσεις, ενώ η συνεργασία «σχεδιαστών» (υγεία) και «παραγωγών» (παιδεία) είναι αδύνατη.³ Τα όποια σχέδια βασίζονται περισσότερο στη βεβαιότητα ότι τα χρήματα θα δοθούν εκ των υστέρων^{6,8} και λιγότερο στην ανάπτυξη προγραμμάτων για συγκεκριμένες ειδικότητες με σαφώς καταγεγραμμένα προσόντα. Οι ελλείψεις είναι πάντοτε σοβαρότερες στις αγροτικές και τις φτωχές περιοχές και σε άλλα, εκτός γιατρών, επαγγέλματα. Οι ποιοτικές διευθετήσεις κατανομής και εξειδίκευσης απουσιάζουν.^{9,10}

Προβλήματα στην παραγωγή: Οι αποκλίσεις μεταξύ των ακαδημαϊκών στόχων αλλά και των απαιτήσεων των υπηρεσιών, των χρηστών και της γενικότερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, είναι σημαντικές. Το μοντέλο είναι ιατροκεντρικό, με έμφαση στην επεμβατική Ιατρική. Η πρόληψη, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) και η αποκατάσταση έρχονται σε δεύτερη μοίρα. Τα πανεπιστήμια περιορίζουν τις θέσεις τους, ενώ οι ακαδημαϊκοί δάσκαλοι αντιμετωπίζουν προβλήματα επάρκειας και σύγχρονης εκπαίδευσης.^{9,10}

Προβλήματα στη διαχείριση: Η απογοήτευση και η πώση των ηθικών αξιών είναι σύννητες φαινόμενα, ιδιαίτερα στους νέους επαγγελματίες υγείας, με έμφαση στους γιατρούς.¹² Η έλλειψη κινήτρων, ιδιαίτερα στις απομακρυσμένες περιοχές, προκαλούν τη μη αποδοτική χρησιμοποίηση των υπηρεσιών. Η σύγχυση ρόλων και αρμοδιοτήτων, μαζί με την έλλειψη συνεχιζόμενης κατάρτισης, μειώνουν την ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού.^{9,13}

2. ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ

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 επίσημη 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%).¹⁴ Υπολογίζεται ότι ο συνολικός αριθμός γιατρών είχε ανέλθει σε 47.979 (αύξηση 27%) το 2.000.¹⁵ 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 (πίν. 2).

Η κατάσταση, όμως, που περιγράφηκε επιδεινώνεται από το γεγονός ότι στην Ελληνική κοινωνία το ιατρικό επάγγελμα εξακολουθεί να ελκύει, ο προγραμματισμός της Πολιτείας κωλαίνει και πολλά ξένα πανεπιστήμια (ακόμα και χωρών της πρώην Ανατολικής Ευρώπης) επανέρχονται προσφέροντας σπουδές (π.χ. στην Αγγλική γλώσσα) στις ιατρικές τους σχολές. Επιπροσθέτως, οι 7 ιατρικές μας σχολές (10.000 φοιτητές) δεν πληρούν τα κριτήρια που έχει θεσπίσει η Ευρωπαϊκή Επιτροπή,¹⁶ με αποτέλεσμα οι Έλληνες γιατροί να αντιμετωπίζουν έμμεσα τον περιορισμό της ελεύθερης επαγγελματικής τους διακίνησης προς άλλες χώρες και τελικά τη διόγκωση του ιατρικού σώματος στη χώρα μας.

Αν συνεχιστεί η πορεία αυτή χωρίς παρεμβάσεις από την Πολιτεία, θα δημιουργήσει εκρήξεις ανεργίας, όπως συμβαίνει σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες. Στο ταμείο ανεργίας είναι σήμερα εγγεγραμμένοι περισσότεροι από 2.000 γιατροί. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αξιολο-

Πίνακας 2. Κάτοικοι ανά γιατρό κατά γεωγραφικό διαμέρισμα (1960, 1970, 1980, 1992).¹⁴

Γεωγραφικό διαμέρισμα	1980-1992				Ποσοστό αύξησης των γιατρών ανά κάτοικο (%)
	1960	1970	1980	1992	
Σύνολο Ελλάδας	805	615	394	265	32,7
Περιφέρεια πρωτευούσης	500	338	226	172	24,0
Λοιπή Στερεά & Εύβοια	2.000	1.290	1.330	656	50,6
Πελοπόννησος	1.301	1.010	853	391	54,0
Ιόνια νησιά	1.436	1.175	1.009	452	55,0
Ήπειρος	1.959	1.116	845	359	57,5
Θεσσαλία	1.497	1.176	760	483	36,4
Μακεδονία	1.106	672	424	270	36,3
Θράκη	2.764	1.263	809	481	40,5
Νησιά Αιγαίου	1.197	878	875	577	34,0
Κρήτη	1.252	988	779	318	59,0

γνηθούν συγκριτικά στοιχεία από άλλες Ευρωπαϊκές χώρες (αν και τόσο τα γενικά στοιχεία όσο και τα στοιχεία της έρευνας είναι παλαιωμένα, εξαιτίας της καθυστέρησης της δημοσίευσης του παρόντος άρθρου). Στο σύνολο των χωρών της «Δυτικής» Ευρώπης απασχολούνται περίπου 1.100.000 γιατροί με 40.000–60.000 άνεργους γιατρούς. Το πρόβλημα της ανεργίας είναι σημαντικό σε 5 χώρες. Το 1990, το 60% των άνεργων γιατρών στην Ευρώπη αναφέρονταν στην Ιταλία, το 23% στη Γερμανία, το 9% στην Ισπανία, το 2,9% στην Αυστρία και το 2,6% στην Ολλανδία. Στις προαναφερόμενες χώρες απασχολείται το 57% των ιατρών του συνόλου του ιατρικού δυναμικού των Ευρωπαϊκών κρατών. Ωστόσο, μια πιθανή αναμενόμενη μετακίνηση γιατρών από την «Ανατολική» στη «Δυτική» Ευρώπη παραμένει ακόμη άγνωστο πόσο θα επηρεάσει την παράμετρο της προσφοράς. Από την άλλη πλευρά και η παράμετρος της ζήτησης είναι δυνατό να επηρεαστεί και να αυξηθεί τα επόμενα χρόνια. Η συνεχιζόμενη ιατρική πρόοδος, η ταχεία εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης, η ανάπτυξη της τεχνολογίας σε σχέση με τα ιατρικά επαγγέλματα και η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, που αλλάζει την υπάρχουσα δημογραφική πυραμίδα, δημιουργούν μια γενικότερη τάση για νέες θέσεις.¹⁷

Αν υποθέσουμε ότι οι υπάρχουσες κενές θέσεις στο δημόσιο τομέα (4.000–5.000) είχαν μέχρι το 2000 σχεδόν καλυφθεί, το 13% των Ελλήνων ειδικευμένων γιατρών (6.000–7.000) θα αναζητούν εργασία εκτός Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) και ασφαλιστικών ταμείων. Η επιβίωση του γιατρού θα διογκώσει τη ζήτηση με τη δημιουργία της ιατρογενούς νοσηρότητας (άσκοπες εξετάσεις, εισαγωγές στα νοσοκομεία, χειρουργικές επεμβάσεις κ.λπ.), με αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους και της νοσηρότητας (3% των θανάτων στις ΗΠΑ οφείλονται σε αναπιλόγνητες πράξεις ή παραλείψεις). Μεγάλο ποσοστό των νέων αυριανών γιατρών θα είναι χαμηλόμισθοι υπάλληλοι ιδιωτικών ασφαλιστικών οργανισμών, νοσοκομείων και διαγνωστικών κέντρων, αν έχουν αποφύγει το φάσμα της ανεργίας και της ετεροαπασχόλησης.

Μεγάλο θέμα, επίσης, αποτελεί η αναντιστοιχία στις ιατρικές ειδικότητες σε σχέση με τις ανάγκες. Η «δυσανάλογη ανά ειδικότητα κατανομή των γιατρών»¹⁸ δημιουργεί υπερβάλλουσα ζήτηση προς τις ειδικότητες με το μεγαλύτερο αριθμό γιατρών. Είναι αξιοσημείωτο να αναφέρουμε ότι ενώ υπάρχει υπερπροσφορά γιατρών σε ειδικότητες όπως η χειρουργική, η γυναικολογία, η παθολογία, η ωτορινολαρυγγολογία κ.λπ., παρατηρείται σημαντική έλλειψη σε ειδικότητες όπως γενικής ιατρικής, γηριατρικής, αποκατάστασης, κοινωνικής ιατρικής, δημόσιας υγείας κ.λπ. Προς τα εκεί θα πρέπει να στραφεί η νέα πολιτική υγείας, για να καλύψει το μελλοντικό πρόβλημα ανεργίας, αλλά και την καλύτερη αξιοποίηση του δυναμικού.

Στην Ελλάδα, σημαντικότερη είναι η έλλειψη γενικών γιατρών, στους οποίους στηρίζεται ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, κεντρικό σημείο στη σωστή οργάνωση ενός σύγχρονου συστήματος υγείας. Ενώ σε άλλα προηγμένα συστήματα υγείας το 40–50% των γιατρών είναι γενικοί γιατροί, στην Ελλάδα μόνο το 1,5% (περίπου 750) έχουν αυτή την ειδικότητα. Όμως και εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι περίπου 2.000 γιατροί του ΙΚΑ και 2.000 των κέντρων υγείας και των αγροτικών ιατρείων θα έπρεπε να έχουν το ρόλο του οικογενειακού γιατρού από κοινού ως ομάδα γιατρών (group practice) ανά κέντρο υγείας ή πολυϊατρείο του ΙΚΑ ή ως άτομα (solo practice) στα αγροτικά ιατρεία, αφού πρώτα, ειδικά οι τελευταίοι, εξειδικευτούν για μικρό χρονικό διάστημα (internship). Το προγραμματισμένο άνοιγμα περισσότερων θέσεων για ειδικότητα στη γενική ιατρική και τις άλλες αναγκαίες ειδικότητες, με αντίστοιχη μείωση στις «κορεσμένες» ειδικότητες, είναι απαραίτητο. Η έλλειψη, όμως, αντίληψης για την ΠΦΥ, η κακή οργάνωση του συστήματος και οι επαγγελματικές ή ακαδημαϊκές αντιδράσεις περιορίζουν τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ.

Σημαντικό, επίσης, είναι και το πρόβλημα της ανισοκατανομής. Το 1992, στην Αττική απασχολείτο το 52,1% του συνόλου των γιατρών της χώρας, με αναλογία κατοίκων/γιατρό 1:172, ενώ στις περιφέρειες των νησιών, της Στερεάς Ελλάδας, της Θράκης και της Θεσσαλίας η σχέση ήταν περίπου 1:500 (πίν. 2). Πρέπει να σημειωθεί ότι τα 2/3 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 (πίν. 3). Η κατανομή των θέσεων ειδικοτήτων σε σταθερή βάση ανά περιφέρεια αποτελεί μια αξιόπιστη λύση.

Μεγάλη σημασία πρέπει να δοθεί στη σύνδεση του συστήματος ιατρικής εκπαίδευσης και του προγράμματος σπουδών, στον αναγκαίο αριθμό φοιτητών, στον αριθμό των θέσεων για απόκτηση ειδικότητας, στην εισαγωγή φοιτητών από το εξωτερικό, στο σύστημα εξετάσεων, στον τρόπο παροχής άδειας άσκησης της Ιατρικής και στη συνεχή επιμόρφωση.⁶ Η συγκρότηση του Εθνικού Συμβουλίου Επαγγελματιών Υγείας, η μεταφορά της υποχρέωσης άσκησης της «υπηρεσίας υπαίθρου» μετά τη λήψη της ειδικότητας ή τουλάχιστον μετά από την αρχική, π.χ. επίσημη εξειδίκευση (παθολογία-χειρουργική), οι πανελλήνιες εξετάσεις χορήγησης άδειας άσκησης ιατρικής και ειδικότητας, η δημιουργία και κατηγοριοποίηση των εκπαιδευτικών κέντρων του ΕΣΥ πρέπει να εξεταστούν.¹⁴ Η ευαισθητοποίηση του γιατρού στο κόστος, η εισαγωγή μηχανισμών ελέγχου στη θεραπευτική διαδικασία και οι αλλαγές στις μεθόδους α-

Πίνακας 3. Αναλογία κλινών ανά γιατρό (Κ/Γ), νοσηλεύτρια (Κ/Ν), λοιπό προσωπικό (Κ/Λ) και σύνολο προσωπικού (Κ/Σ) στα γενικά νοσοκομεία (1993).

	ΕΣΥ				Ιδιωτικά			
	Κ/Γ	Κ/Ν	Κ/Λ	Κ/Σ	Κ/Γ	Κ/Ν	Κ/Λ	Κ/Σ
Ανατολική								
Μακεδονία-Θράκη	2,6	1	1,2	0,4	7	4,1	7	1,8
Κεντρική Μακεδονία	1,7	1,1	1,3	0,4	6	3,2	5	1,5
Δυτική Μακεδονία	4,5	1,1	1,5	0,5	4,8	4,5	5,4	1,6
Ήπειρος	2	0,8	1	0,4	7,2	5	10	2,3
Θεσσαλία	2,3	0,8	1,1	0,4	7,5	4,2	6,7	1,9
Ιόνια νησιά	4,6	1,2	1,4	0,6	1,7	1,7	4	0,7
Δυτική Ελλάδα	2,1	0,8	1	0,4	6,3	3,6	6,5	1,7
Στερεά Ελλάδα	3	1,1	1,1	0,5	7,6	7,8	11,3	2,9
Αττική	1,6	1	1	0,4	3,6	2,1	2,4	0,9
Πελοπόννησος	3,6	1,2	1,4	0,5	6,1	4,4	4,8	1,7
Βόρειο Αιγαίο	4	1,3	1,2	0,5	4,2	3	5	1,3
Νότιο Αιγαίο	4	1,7	2,4	0,8	2,9	2,5	5	1
Κρήτη	2,1	0,9	1	0,4	7,2	4,5	5,9	1,9
Σύνολα	1,9	1	1,1	0,4	4,5	2,7	3,3	1,1

Πηγή: Υπουργείο Υγείας-Πρόνοιας, ίδιες εκτιμήσεις, 1995

μοιτών, με στόχο τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών, αποτελούν πρόσθετες σημαντικές ρυθμίσεις.¹⁹

3. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΚΑΙ ΤΑ ΆΛΛΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

3.1. Έλλειψη και ανεπαρκής εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού

Σε σύνολο απασχολούμενου νοσηλευτικού προσωπικού περίπου 40.000, οι κενές οργανικές θέσεις στα νοσοκομεία του ΕΣΥ το 1995 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 ΕΕ, 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% περίπου των νοσηλευτών εγκαταλείπει το επάγγελμα, λόγω των χαμηλών αποδοχών, της κακής ποιότητας της εκπαίδευσης και των δυσμενών συνθηκών εργασίας.²⁰ 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.

3.2. Ελλείψεις στα άλλα υγειονομικά επαγγέλματα

Εκτός ίσως του ιδιωτικού τομέα, το κομμάτι αυτό του προσωπικού φαίνεται να έχει λιγότερες ελλείψεις, του-

λάχιστον σε σχέση με το αντίστοιχο νοσηλευτικό [8.000 απασχολούμενοι στα παραϊατρικά επαγγέλματα (τα 2/3 στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, το 1/5 στο ΙΚΑ, το 1/20 στα κέντρα υγείας, το 1/15 στα ιδιωτικά νοσοκομεία κ.λπ.), 8.000 διοικητικό προσωπικό (τα 3/4 στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, το 1/8 στα ιδιωτικά κ.ο.κ.) και 22.000 τεχνικό, βοηθητικό και λοιπό προσωπικό (τα 3/4 στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, το 1/10 στα ιδιωτικά, το 1/10 στα κέντρα υγείας κ.ο.κ.)]. Όμως, παρόλα αυτά, παρατηρείται έλλειψη σε ορισμένες παραϊατρικές ειδικότητες και σε επαγγέλματα κρίσιμα για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος, όπως διευθυντικά στελέχη, φυσικοί, κλινικοί μηχανικοί, πληροφορικοί, επιχειρησιακοί ερευνητές, στατιστικοί κ.λπ. Αντίθετα, στα προηγμένα υγειονομικά συστήματα, η παρουσία ειδικευμένου υγειονομικού προσωπικού θεωρείται θεμελιώδης για την εύρυθμη λειτουργία του συστήματος και συχνά οι ειδικοί αυτές αποτελούν τη μεγαλύτερη ομάδα των εργαζομένων. Πρέπει να σημειωθεί ότι στο χώρο της υγείας έχουν καταγραφεί 300 περίπου επαγγέλματα.

3.3. Προβλήματα κατανομής

Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει στην αναλογία γιατρών, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού στα νοσοκομεία. Όπως φαίνεται και από τον πίνακα 3, ο ιδιωτικός τομέας παρουσιάζει σαφώς υποδεέστερους δείκτες από το δημόσιο. Ο δημόσιος τομέας έχει διπλάσιους γιατρούς και τριπλάσιο λοιπό προσωπικό από τον ιδιωτικό. Η αναλογία όμως γιατρών (1,9/κλίνη) και νοσηλευτών (1:1) είναι περίπου η μισή σε σχέση με τις χώρες της ΕΕ. Οι περιφερειακές ανισότητες επιτείνουν το πρόβλημα σε ορισμένες περιοχές. Αξίζει να αναφερθεί ότι ο δείκτης νοσηλευτικού προσωπικού γενικά μειώνεται ακόμα περισσότερο, αν υπολογιστούν οι νοσηλευτές με τριτοβάθμια εκπαίδευση. Στον ιδιωτικό τομέα, ο δείκτης των γιατρών δεν είναι αντιπροσωπευτικός, αφού πολλοί γιατροί δεν έχουν μόνιμη σχέση εργασίας, αλλά είναι μέτοχοι, συνεργάτες κ.λπ.

3.4. Προβλέψεις για το μέλλον

Στην Ελλάδα, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η πολιτική σταθεροποίησης των θέσεων, που αναπτύχθηκε τα τελευταία χρόνια στις ιατρικές και άλλες σχολές, έχει αρχικά παρουσιάσει θετικά αποτελέσματα. Από την άλλη μεριά, η μεταβολή στο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού την περίοδο 1995–2000 (+24%) αναμενόταν χαμηλότερη από την αντίστοιχη της περιόδου 1990–1995 (+31%) (πίν. 4). Αξιοσημείωτο είναι ότι η αύξηση αφορά μόνο στις ειδικευμένες νοσηλεύτριες και στους βοηθούς νοσοκόμους, αντί των μαιών και των πρακτικών νοσοκόμων.¹⁵ Εδώ πρέπει να επισημάνουμε ότι το ποσοστό μεταβολής είναι υψηλότερο από το αντί-

στοιχο των ιατρών. Εκτός από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, και οι άλλες κατηγορίες εργαζομένων στο σύστημα υγείας θα τύχουν ουσιαστικών μεταβολών. Η δημιουργία του «υγειονομικού χάρτη» της χώρας με στόχο τον έλεγχο της ανάπτυξης της προσφοράς και ζήτησης του ανθρώπινου δυναμικού είναι μακροπρόθεσμα σημαντική, με ιδιαίτερο βάρος στην ποσότητα και την κατανομή (γεωγραφικά, ανά ειδικότητα και βαθμίδα περίθαλψης) των γιατρών και των νοσηλευτών που θα εισέλθουν μελλοντικά στο σύστημα υγείας.

4. ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

Θα ξεκινήσουμε την αναφορά μας στη στελέχωση του ΕΣΥ από την «κεντρική υπηρεσία» του Υπουργείου Υγείας, η οποία πρέπει να αναλάβει το ρόλο του στρατηγικού σχεδιασμού, της χρηματοδότησης και του τελικού ελέγχου των περιφερειακών υπηρεσιών υγείας και κατ'επέκταση του υγειονομικού προσωπικού. Με την απουσία όμως περιφερειακών αρχών υγείας και την υποβάθμιση των νομαρχιακών σε απλούς «διεκπαιωτές», η κεντρική υπηρεσία οδηγείται σε υπερσυγκέντρωση αρμοδιοτήτων και τελικά στην απεμπόληση του καθαρά επιτελικού της ρόλου. Είναι επίσης σημαντικό να αναφερθεί ότι η παρουσία της στη διαπραγμάτευση ή τον έλεγχο της προσφοράς, σε σχέση με τους «προμηθευτές» υπηρεσιών υγείας αλλά και τους φορείς εκπαίδευσης, είναι τουλάχιστον πλημμελής.

Το Υπουργείο Υγείας-Πρόνοιας είναι οργανωμένο σε 21 Διευθύνσεις της Υγειονομικής Περίθαλψης των Δν-

Πίνακας 4. Ανθρώπινο δυναμικό στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα (1980–2000).¹⁵

Κατηγορίες	1980	1990	1995	% μεταβολή 1990-1995	2000	% μεταβολή 1995-2000
Γιατροί	23.469	35.657	41.818	17	47.979	15
Νοσοκομειακοί γιατροί	11.871	18.287	22.729	24	27.175	20
Νοσηλευτικό προσωπικό	18.954	34.582	45.421	31	56.164	24
Διπλωματούχοι νοσοκόμοι	5.048	8.253	9.731	18	11.277	16
Βοηθτικές νοσοκόμες	3.596	11.313	16.498	46	21.846	32
Μαίες	1.704	1.860	1.784	-4	1.793	1
Πρακτικές νοσοκόμες	8.445	9.038	622	-93	0	-100
Διοικητικό προσωπικό	4.382	6.873	6.546	-5	6.202	-5
Τεχνικό προσωπικό	2.094	3.685	4.817	31	5.742	19
Άλλο προσωπικό	2.298	3.488	5.195	49	6.264	21

μοσιών Υπαλλήλων και των υπηρεσιών των ΚΑΥ (αποθήκες), ΚΕΔΥ (Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας) και ΚΕΣΥ (Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας). Η Πρόνοια είναι οργανωμένη σε τέσσερις Διευθύνσεις, με 50 περίπου άτομα προσωπικό. Οι Διευθύνσεις του Υπουργείου Υγείας απασχολούν 518 μόνιμους υπαλλήλους (πίν. 5), ενώ αδιευκρίνιστος και εναλλασσόμενος παραμένει ο αριθμός αποσπασμένων υπαλλήλων, που μπορεί να φθάνει και τους 500. 291 είναι διοικητικοί υπάλληλοι (58%), από τους οποίους 111 (35%) είναι τριτοβάθμιας (πανεπιστημιακής ή τεχνικής) εκπαίδευσης. Οι υπόλοιποι είναι 22 γιατροί δημόσιας υγείας (4%), 46 μηχανικοί (8%), 10 φαρμακοποιοί (2%), 44 τεχνικοί (8%), 25 απόφοιτοι ΤΕΙ στα επαγγέλματα των εποπών, επισκεπτών, μαιών, παρασκευαστών κ.λπ. (4%) και 80 άτομα βοηθητικό προσωπικό (16%). Στο σύνολο του προσωπικού, 179 είναι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (ΠΕ) (1/3 περίπου), 44 τεχνολογικής εκπαίδευσης (ΤΕ) (8%), 215 διοικητικής εκπαίδευσης (ΔΕ) (40%) και οι υπόλοιποι (16%) ανήκουν σε άλλα υγειονομικά επαγγέλματα (ΥΕ). Στους διοικητικούς υπαλλήλους περιλαμβάνονται και 4 ΠΕ πληροφορικής (πίν. 5). Από το σύνολο του προσωπικού, οι 10 είναι απόφοιτοι της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Διοίκησης, 10 έχουν μεταπτυχιακές σπουδές (6 μηχανικοί, 1 πληροφορική, 1 νομική, 1 περιφερειακή ανάπτυξη και 1 ψυχολογία) και 6 διδακτορικό τίτλο (στατιστική, διοικητικές επιστήμες, ψυχολογία, πυρηνική φυσική, ιατρική και μηχανική). Επίσης, κάθε φορά προσλαμβάνεται ένας μικρός αριθμός συμβούλων και επιστημονικών συνεργατών των Υπουργών, Υφυπουργών και των Γενικών Γραμματέων, που εναλλάσσεται.

Φαίνεται, λοιπόν, ότι στην Κεντρική Υπηρεσία το έμψυχο υλικό είναι σχετικά αξιόλογο και ίσως δεν αξιοποιείται αποτελεσματικά. Πρέπει να σημειωθεί ότι ορισμένες Διευθύνσεις είναι εξαιρετικά διογκωμένες (π.χ. προσωπικό: 132 άτομα, τεχνικές υπηρεσίες: 49, ανάπτυξης νοσοκομείων: 33 κ.ο.κ.), με δραστηριότητες που θα μπορούσαν να μεταφερθούν περιφερειακά. Αντίθετα, άλλες υπηρεσίες με ιδιαίτερη βαρύτητα υστερούν σημαντικά σε προσωπικό (π.χ. μετεκπαίδευσης: 2, αξιοποίησης της περιουσίας: 5, εκπαίδευσης: 8, πληροφορικής: 9, ψυχικής υγείας: 9, οργάνωσης: 6, βιοϊατρικής τεχνολογίας: 7, αγωγής υγείας και πληροφόρησης: 7, πολιτικού σχεδιασμού και έκτακτης ανάγκης: 4 κ.ο.κ.). Η μεταφορά αρμοδιοτήτων στην περιφέρεια για τις πρώτες και η αναβάθμιση των δεύτερων είναι αναγκαία.

Πίνακας 5. Μόνιμο προσωπικό Υπουργείου Υγείας ανά κατηγορία (1995): Πανεπιστημιακή (ΠΕ), Τεχνολογική (ΤΕ), Δευτεροβάθμια (ΔΕ).

1	2	3	4			5		6	7	Σύνολο
			ΠΕ	ΤΕ	ΔΕ	ΤΕ	ΔΕ			
22	46	10	101	10	180	9	35	25	80	518

1: Γιατροί, 2: Μηχανικοί, 3: Φαρμακοποιοί, 4: Διοικητικοί, 5: Τεχνικοί, 6: Επόπτες, επισκέπτες, μαίες κ.λπ., 7: Βοηθοί ΥΕ

Σημαντικό στοιχείο αποτελεί (μέσα και από τις πιθανά επερχόμενες μεταρρυθμίσεις) ο επανακαθορισμός του ρόλου των υπηρεσιών, με το διαχωρισμό εκείνων που θα υπαχθούν στον «ενιαίο φορέα χρηματοδότησης» και στη Γενική Διεύθυνση ΕΣΥ (NHS executive) και των υπολοίπων, που θα παραμείνουν στην Πρόνοια ή σε ανεξάρτητα σώματα, όπως είναι το ΚΕΣΥ και το ΚΕΔΥ. Νέες δραστηριότητες-Διευθύνσεις (π.χ. στατιστικής, προγραμμάτων, αξιολόγησης της ποιότητας και των προμηθειών, νοσηλευτικών επαγγελμάτων κ.λπ.) πρέπει να προστεθούν. Η εκπαίδευση των υπαλλήλων αλλά και η περιοδική εναλλαγή τους με άλλους (π.χ. από νοσοκομεία, νομαρχίες κ.λπ.) θα προσδώσει γνώσεις και κινητικότητα. Πολλά από τα στελέχη θα πρέπει να μεταφερθούν και στα περιφερειακά συμβούλια υγείας (ΠΕΣΥ) με τη νέα μεταρρύθμιση.

5. ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΩΝ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΩΝ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Είναι γνωστό ότι, για διοικητικούς λόγους, η χώρα διαιρείται σε 51 νομαρχίες (3 πλέον για την Αττική) και 13 διαμερίσματα περιφερειακής ανάπτυξης (περιφέρειες). Σε ό,τι αφορά την υγειονομική φροντίδα, οι 51 νομαρχίες είχαν ή συνεχίζουν να έχουν μέρος των εξής αρμοδιοτήτων:

- Κατανομή των προϋπολογισμών και επίβλεψη στα νοσοκομεία και στους άλλους φορείς του ΕΣΥ στην περιοχή τους, σύμφωνα με τις αποφάσεις του Υπουργείου Υγείας
- Περιβαλλοντική και δημόσια υγεία.

Σε ό,τι αφορά το «περιφερειακό σύστημα», τα Περιφερειακά Υγειονομικά Συμβούλια είναι γνωστό ότι ποτέ δεν λειτούργησαν. Σε νομαρχιακό επίπεδο, οι υπηρεσίες υγείας των νομαρχιών παρουσιάζουν περίπου την ίδια οργανωτική δομή. Από την έρευνα που έγινε, οι διαφορές που εμφανίζονται αφορούν το επίπεδο ανάπτυξης των διαφόρων τμημάτων και το βαθμό στελέχωσής τους. Οι νομαρχιακές υπηρεσίες υγείας (54) αποτελούν Διεύθυνση με τις ακόλουθες αρμοδιότητες-γραφεία και τα αντίστοιχα οργανωμένα τμήματα σε πολλές από αυτές (δόθηκαν στοιχεία για 49):

- Τμήμα Δημόσιας Υγείας και Υγιεινής (41)
- Τμήμα Υπηρεσιών Υγείας (11)
- Τμήμα Υγειονομικού Ελέγχου (16)
- Τμήμα Υγειονομικής Περίθαλψης (11)
- Τμήμα Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας ή και ΠΦΥ (4)
- Τμήμα Χορήγησης Αδειών και Εγκρίσεων (9)

- Τμήμα ή Γραφείο Γραμματείας ή Διοικητικών Υποθέσεων ή και ενημέρωσης (σχεδόν όλες).

Από 1.1.1995, ο αιρετός νομάρχης έχει στην υπευθυνότητά του (εκτός των άλλων) και τη Διεύθυνση Υγείας και Πρόνοιας, χωρίς μέχρι σήμερα να έχουν πλήρως διευκρινιστεί και διαβιβαστεί οι αρμοδιότητες στις νέες νομαρχιακές αυτοδιοικήσεις. Για τα ΝΠΔΔ (π.χ. νοσοκομεία, κέντρα υγείας κ.λπ.), μέχρι πρότινος, αρμόδιος ήταν ο διορισμένος από το κράτος περιφερειακός διευθυντής. Ο τελευταίος, χωρίς διοικητικό μηχανισμό θεσμικά κατανομημένο στην αρμοδιότητά του, αδυνατούσε ουσιαστικά να ελέγξει τα ΝΠΔΔ. Μετά την κατάργησή του, η σαφής οριοθέτηση των αρμοδιοτήτων των εκλεγμένων από το λαό νομαρχών παραμένει προς συζήτηση.

Οι δήμαρχοι και οι κοινοτάρχες ουσιαστικά δεν έχουν συμμετοχή στη διοίκηση ή οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, εκτός των περιπτώσεων που έχουν αναπτύξει (ελάχιστες) υπό τον έλεγχό τους υπηρεσίες (π.χ. δημοτικά ιατρεία) και της συμμετοχής του εκπροσώπου τους στα ΔΣ των νοσοκομείων που βρίσκονται στα όρια του δήμου τους. Η μόνη εμπλοκή της περιφέρειας στην υγεία έχει σχέση με την κατανομή των κονδυλίων της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τις υποδομές. Στις περισσότερες Περιφέρειες απασχολούνται ένας ή δύο υπάλληλοι με αυτή την αρμοδιότητα. Έτσι, το μοντέλο διοίκησης του ΕΣΥ, μέχρι στιγμής, είναι αυστηρά συγκεντρωτικό, χωρίς μακροπρόθεσμους στόχους και πολιτικές, κυρίως σε τοπικό επίπεδο (αναμένονται οι αλλαγές στα ΠΕΣΥ).

Από την έρευνα στο ανθρώπινο δυναμικό διαπιστώθηκε ότι συνολική αξιολόγηση στις Διευθύνσεις Υγείας (και τα τμήματά τους) ανά νομαρχία (και περιφέρεια) δεν είναι δυνατό να πραγματοποιηθεί εξαιτίας της ανομοιομορφίας των ειδικοτήτων και της εμπειρίας των υπηρετούντων. Το 55,8% (24) των υπηρετούντων σε θέσεις διευθυντών ανήκει σε γιατρούς, το 30,2% (13) σε διοικητικούς με πανεπιστημιακή εκπαίδευση και το 14% (6) σε προσωπικό ανώτερης εκπαίδευσης και, συγκεκριμένα, στις κατηγορίες εποπτών δημόσιας υγείας και επισκεπτών υγείας (πίν. 6). Ο μέσος χρόνος υπηρεσίας των υπηρετούντων διευθυντών (για τις περιπτώσεις που δόθηκαν στοιχεία) είναι τα 20,5 έτη.

Αντίστοιχα, στις θέσεις τμηματάρχων Δημόσιας Υγείας-Υγιεινής, το 27,2% (9) ανήκει σε ιατρικές ειδικότητες, το 9,1% (3) σε διοικητικούς πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, το 36,4% (12) σε επόπτες δημόσιας υγείας, το 24,2% (8) σε επισκέπτες υγείας (αναφέρεται και μία μαία!). Ο μέσος χρόνος υπηρεσίας για τους ανωτέρω είναι τα 24 έτη. Αν και δεν έχουν δοθεί πλήρη στοιχεία, αντίστοιχη εικόνα επικρατεί και στα υπόλοιπα τμήματα, με λιγότερους υπηρετούντες σε ιατρικές ειδικότητες και περισσότερους από τα άλλα επαγγέλματα υγείας.

Πίνακας 6. Συγκεντρωτικά στοιχεία προσωπικού Διευθύνσεων Υγείας Νομαρχιών Ελλάδας (1995).

Προσόντα υπηρετούντων	Σύνολο υπηρετούντων	Ποσοστό (%) επί του συνόλου	Σύνολο κενών επί του συνόλου	Ποσοστό (%)	Γενικό σύνολο	Κάλυψη (%)
ΠΕ Ιατρών-υγιεινολόγων	51	4,68	67	6,98	118	43
ΠΕ Ιατρών Γενικής Ιατρικής	4	0,37	7	0,73	11	36
ΠΕ Ιατρών Κοινωνικής Ιατρικής	15	1,38	29	3,02	44	34
ΠΕ Ελεγκτών ιατρών	38	3,49	62	6,46	100	38
ΠΕ Οδοντιάτρων	10	0,92	30	3,13	40	25
ΠΕ Μικροβιολόγων	0	0,00	3	0,31	3	0
ΠΕ Νοσηλευτών	0	0,00	1	0,10	1	0
ΠΕ Σχολιάτρων	1	0,09	8	0,83	9	11
ΠΕ Φαρμακοποιών	13	1,19	17	1,77	30	43
ΠΕ Διοικητικού-λογιστικού	87	7,99	49	5,10	136	64
ΠΕ Ψυχολόγων	0	0,00	18	1,88	18	0
ΠΕ Υγ. μηχαν.	0	0,00	8	0,83	8	0
ΠΕ Περιβάλλοντος	0	0,00	2	0,21	2	0
ΠΕ Αρχιτεκτόνων	1	0,09	0	0,00	1	100
ΠΕ Κοινωνιολόγων	11	1,01	10	1,04	21	52
ΤΕ Εποπτών δημόσιας υγείας	244	22,41	236	24,58	480	51
ΤΕ Διοικητικού	10	0,92	76	7,92	86	12
ΤΕ Επισκεπτών υγείας	81	7,44	55	5,73	136	60
ΤΕ Μαιών	46	4,22	14	1,46	60	77
ΤΕ Νοσηλευτών	41	3,76	15	1,56	56	73
ΤΕ Κοινωνικών λειτουργών	31	2,85	19	1,98	50	62
ΤΕ Παρασκευαστών	1	0,09	9	0,94	10	10
ΤΕ Διαπολόγων	0	0,00	1	0,10	1	0
ΤΕ Τεχνικών γραφ.	0	0,00	1	0,10	1	0
ΤΕ Κοινωνικής εργασίας	5	0,46	9	0,94	14	36
ΔΕ Διοικητικού	258	23,69	123	12,81	381	68
ΔΕ Παρασκευαστών	11	1,01	8	0,83	19	58
ΔΕ Τεχνικού	0	0,00	0	0,00	0	0
ΔΕ Νοσηλευτών	15	1,29	13	1,35	27	52
Βοηθητικό προσωπικό	116	10,65	70	7,29	186	62
Σύνολο	1.089	100,00	960	100,00	2.049	53

Πηγή: Νομαρχιακές Διευθύνσεις Υγείας, ίδιοι υπολογισμοί, 1995

ΠΕ: Πανεπιστημιακή εκπαίδευση, ΤΕ: ΤΕΙ, ΔΕ: Δευτεροβάθμια εκπαίδευση

Από το σύνολο των υπηρετούντων ανά κατηγορία και κλάδο και το σύνολο των κενών θέσεων σε περιφερειακό και νομαρχιακό επίπεδο, έχει καλυφθεί το 53,2% (1.089) του συνόλου των προβλεπομένων θέσεων. Το μεγαλύτερο ποσοστό κάλυψης των θέσεων παρουσιάζεται στην περιφέρεια της Ηπείρου (79,4%) και το μικρότερο στην περιφέρεια της Στερεάς Ελλάδας (37,6%). Στο σύνολο των υπηρετούντων, το 21,2% (231) είναι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, το 42,2% (459) ανώτερης (ΤΕΙ), το 26% (283) μέσης εκπαίδευσης και το 10,6% (116) βοηθητικό προσωπικό. Αντίστοιχα, επί του συνόλου των κενών θέσεων, το 32,4% (311) ανήκει σε θέσεις πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, το 45,3% (435) σε θέσεις ανώτερης εκπαίδευσης, το 15% (144) σε θέσεις μέσης εκπαίδευσης και μόνο το 7,3% (70) σε θέσεις βοηθητικού προσωπικού. Οι θέσεις ιατρικού προσωπικού (109) έχουν τη μικρότερη κάλυψη (34,5%) σε

σχέση με το σύνολο των υπαρχουσών θέσεων όλων των ειδικοτήτων (316) (πίν. 6).

5.1. Συμπεράσματα

- Το υπηρετούν προσωπικό υπολείπεται αριθμητικά του προβλεπόμενου για την κάλυψη των αναγκών της υπάρχουσας δομής, χωρίς όμως να έχει γίνει πραγματική καταγραφή των αναγκών.
- Παρουσιάζεται ανισομερής γεωγραφική κατανομή, τόσο επί του συνόλου των θέσεων, όσο και των διαφόρων κλάδων και κατηγοριών.
- Υπάρχει μεγάλη ανομοιομορφία στην «οριζόντια και κάθετη» κάλυψη των επιτελικών θέσεων (διευθυντές, τμηματάρχες), τόσο στο επίπεδο της ίδιας περιφέρειας, όσο και διαπεριφερειακά.

- Εμφανίζεται μεγάλη έλλειψη στις απαιτούμενες βασικές ιατρικές ειδικότητες δημόσιας υγείας.
- Μεγάλη έλλειψη υπάρχει και σε νοσηλευτικό προσωπικό πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, για το οποίο δεν προβλέπεται ικανός αριθμός θέσεων.
- Το επίπεδο εξειδικευμένων γνώσεων για την οργάνωση και διοίκηση υπηρεσιών υγείας είναι ανεπαρκές.
- Κυρίαρχα προβλήματα είναι η κάλυψη των θέσεων, η αναγκαιότητα σε συστήματα πληροφορικής, τα κτιριακά και σε μερικές νομαρχίες η ανακατανομή αρμοδιοτήτων μεταξύ κέντρου και νομαρχίας.
- Σε οργανωτικό και διοικητικό επίπεδο δεν υπάρχει σαφής προσδιορισμός των αρμοδιοτήτων των τμημάτων και του εύρους ευθύνης των στελεχών στην άσκηση των καθηκόντων τους.

5.2. Προτάσεις

- Η νέα οργανωτική και διοικητική δομή του ΕΣΥ, με βάση την περιφέρεια, θα πρέπει να συνδυάζει αρμονικά ένα εθνικά χρηματοδοτούμενο σύστημα υπηρεσιών με υπηρεσίες που βασικά παρέχονται σε τοπικό επίπεδο και είναι προσανατολισμένες στην εξυπηρέτηση του πολίτη.
- Θα πρέπει να εξασφαλίζει τη δυνατότητα στις περιφέρειες, τις νομαρχίες, τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας, τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και εξωνοσοκομειακής φροντίδας και τη δημόσια υγεία να συντονίζουν τις υπηρεσίες τους.
- Είναι απαραίτητο η ιεραρχική δομή σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο να εξασφαλίζει την ομαλή μεταβίβαση των προτεραιοτήτων από το κέντρο στην περιφέρεια και να επιτρέπει την αξιολόγηση της απόδοσης των περιφερειακών διοικήσεων.
- Οι άνθρωποι πόροι χρειάζεται να ανανεωθούν και ειδικότερα για τις διευθυντικές θέσεις σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο, θα πρέπει να έχουν αποδεδειγμένη εμπειρία διοίκησης και γνώσης των προβλημάτων του τομέα υγείας.
- Απαιτείται ορθολογικός σχεδιασμός και ακριβής ταξινόμηση των ανθρώπινων πόρων, που να εγγυάται το σωστό και κατάλληλο αριθμό προσωπικού και τις απαραίτητες ειδικότητες στον αναγκαίο τόπο και χρόνο.
- Οι διαδικασίες οικονομικής διαχείρισης θα πρέπει να απεμπλακούν από αναποτελεσματικές δημοσιούπληλικές πρακτικές.
- Η κάλυψη κενών οργανικών θέσεων θα «παγώσει» καταρχήν με τη μεταφορά των θέσεων και αρμοδιοτήτων στις περιφερειακές διευθύνσεις υγείας και την α-

νακατανομή ρόλων των δύο οργάνων (περιφέρεια-νομαρχία).

- Η κάλυψη των 200 θέσεων γιατρών δημόσιας υγείας (νομαρχίες) με παράλληλη μεταφορά μέρους αυτών (π.χ. 100) στις υπό δημιουργία περιφερειακές υπηρεσίες υγείας κρίνεται άμεσης προτεραιότητας. Η στελέχωση με προσωπικό και από άλλα επαγγέλματα υγείας θα βοηθήσει στη λειτουργία νέων και παλαιών δομών αποτελεσματικά.

6. ΣΤΕΛΕΧΙΑΚΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τα προβλήματα ανάπτυξης του νοσοκομειακού τομέα στην Ελλάδα είναι πολλά και γνωστά, ιδιαίτερα στο δημόσιο χώρο. Οι αλλαγές για την αναστροφή του κλίματος στο δημόσιο τομέα θα πρέπει να είναι επαναστατικές αλλά και εφαρμόσιμες. Σύμφωνα με τους ευρωπαϊκούς μέσους όρους, οι κλίνες στην Ελλάδα είναι λίγες. Σύμφωνα με τα ποσοστά κάλυψής τους (69% στο δημόσιο, 49% στον ιδιωτικό τομέα), είναι αρκετές. Αν υπάρχουν ελλείψεις, αυτές πρέπει να εντοπιστούν στα κρεβάτια «οξείας» νοσηλείας, όπως επίσης και στα κρεβάτια χρονίων παθήσεων ή τα γηριατρικά, με παράλληλη εξέταση της σωστής κατανομής και της οργανωμένης ξενοδοχειακής υποδομής τους.

Οι αρμοδιότητες των υπηρεσιών, η στελέχωση του νοσοκομείου και τα προσόντα διορισμού του κάθε υπαλλήλου περιγράφονται στο ΠΔ 87/86 (ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των νοσοκομείων), που ήδη θεωρείται ξεπερασμένο, και στους επιμέρους οργανισμούς των νοσοκομείων, που κατά καιρούς εκδόθηκαν. Η έλλειψη συγκεκριμένου καθηκοντολογίου και περιγραφής-ανάλυσης θέσης εργασίας είναι εμφανής. Θεσμοθετημένα κίνητρα παραγωγικότητας δεν υπάρχουν και οι ποινές που επιβάλλουν τα πειθαρχικά συμβούλια είναι σπάνιες. Το ίδιο εμφανής είναι η έλλειψη ελέγχου διασφάλισης της ποιότητας εργασίας και του παραγόμενου έργου.²¹

Ως προς τη στελέχωση των νοσοκομείων του ΕΣΥ, παρατηρείται συνολική αύξηση της απασχόλησης κατά 128% τα τελευταία 15 χρόνια. Η μεγαλύτερη αύξηση παρουσιάζεται στον αριθμό των νοσηλευτών (περίπου 160% από το 1980 μέχρι σήμερα). Μεγάλη διαφοροποίηση παρατηρείται στον ιδιωτικό τομέα, όπου η στελέχωση είναι σημαντικά μικρότερη σε σχέση με τα δημόσια νοσοκομεία.

Στην έρευνα που επιχειρήσαμε, συγκεντρώθηκαν στοιχεία από 113 (σύνολο 128) νοσοκομεία του ΕΣΥ (δεν απέστειλαν στοιχεία 7 ψυχιατρικά και 8 νομαρχιακά γενικά νοσοκομεία). Η συλλογή στοιχείων επικεντρώθηκε στην καταγραφή των προσόντων των στελεχών της

διοικητικής και της νοσηλευτικής υπηρεσίας (πτυχίο, μεταπτυχιακό, έτη προϋπηρεσίας κ.λπ.) και στα οργανωτικά, κυρίως, προβλήματα, με τις αντίστοιχες προτάσεις των νοσοκομείων.

Το πρώτο πρόβλημα που διαφαίνεται, όσον αφορά κυρίως τη διοικητική υπηρεσία, είναι η χαμηλή κάλυψη των θέσεων προϊσταμένων. Ενώ τα νοσοκομεία έπρεπε να είχαν 1.211 προϊσταμένους διευθύνσεων, υποδιευθύνσεων και τμημάτων, καταγράφηκαν μόνο 829 (68% κάλυψη), με μεγάλες διακυμάνσεις στην κατανομή (π.χ. όλες οι θέσεις των οικονομικών υποδιευθυντών είναι καλυμμένες, το 72% των προϊσταμένων τμημάτων γενικά και μόλις το 52% των υποδιευθυντών τεχνικών υπηρεσιών).

Αναλυτικότερα, παρουσιάζεται τρομακτική έλλειψη στους τμηματάρχες πληροφορικής (17 στους 113, κάλυψη 15%) και βιοϊατρικής τεχνολογίας (27 στους 113, κάλυψη 24%). Σημαντική είναι επίσης η έλλειψη στους προϊσταμένους τεχνικών τμημάτων (52 στους 113, κάλυψη 46%) και διατροφής (53 στους 81, κάλυψη 65%), ενώ τα τμήματα προσωπικού (101) και οικονομικού (103) είναι επαρκώς καλυμμένα. Μικρότερες ελλείψεις παρουσιάζουν τα άλλα τμήματα (γραμματείας, γραμματείας εξωτερικών ιατρείων και κίνησης ασθενών, κάλυψη 82%) (πίν. 7).

Σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των στελεχών αυτών, διαπιστώνουμε ότι το 50% είναι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (ΠΕ), το 18% τεχνικής-επαγγελματικής εκπαίδευσης (ΤΕ) και ένα σημαντικό ποσοστό (32%) μέσης εκπαίδευσης (ΜΕ). Όλοι οι οικονομικοί υποδιευθυντές είναι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, κυρίως οικονομικών σχολών, ενώ 1 στους 5 διοικητικοί διευθυντές και 1 στους 3 υποδιευθυντές διοικητικού είναι μέσης εκπαίδευσης. Αξιοσημείωτο είναι ότι στις τεχνικές υποδιευθύνσεις και τμήματα ελαχιστοποιείται η παρουσία στελεχών μέσης εκπαίδευσης, αυξάνεται όμως αντίστοιχα αυτή της τεχνικής-επαγγελματικής εκπαίδευσης (ΤΕΙ). Στους τμηματάρχες οικονομικού φαίνεται αυξημένο το ποσοστό των αποφοίτων ΤΕΙ (18%), αν και ο συνολικός αριθμός παραμένει σχετικά μικρός (19). Το υψηλότερο ποσοστό πτυχιούχων παρατηρείται στους προϊστάμενους διατροφής (83%), ενώ και οι υπόλοιποι απασχολούμενοι στα τμήματα διατροφής (16%) είναι απόφοιτοι ΤΕΙ. Αντίθετα, περίπου το 1/2 των προϊσταμένων προσωπικού και τα 2/3 των υπολοίπων τμημάτων είναι απόφοιτοι μέσης εκπαίδευσης.

Η παραπάνω κατάσταση δημιουργήθηκε, γιατί οι προϊστάμενοι κρίνονται κατά τεκμήριο με βάση τα χρόνια υπηρεσίας και δευτερευόντως με άλλα πιο ουσιαστικά κριτήρια. Το 50% των προϊσταμένων της διοικητικής υπηρεσίας έχουν πάνω από 16 χρόνια προϋπηρεσίας, ενώ

το ποσοστό στις πρώτες δύο βαθμίδες (διοικητικοί διευθυντές και υποδιευθυντές διοικητικού) ανέρχεται στο 75% (πίν. 9). Αυτό συμβαίνει επειδή, θεωρητικά τουλάχιστον, οι θέσεις αυτές διεκδικούνται και από παλαιότερα στελέχη με γενική θεωρητική εκπαίδευση, πράγμα που δεν συναντάται στις πιο εξειδικευμένες θέσεις (οικονομικού, τεχνικού, πληροφορικής, διαιτολογίας κ.λπ.), όπου τα στελέχη είναι πιο νέα σε προϋπηρεσία.

Στο νοσηλευτικό προσωπικό η κατάσταση παρουσιάζεται ακόμα πιο «ακραία», μια και το 1/2 περίπου των προϊσταμένων κλινικών έχουν πάνω από 20 χρόνια προϋπηρεσίας, ενώ μόνο μια μικρή μειοψηφία καταλαμβάνει θέση διευθύνουσας ή τομεάρχη όταν έχει κάτω από 16 χρόνια υπηρεσίας. Όσον αφορά τα προσόντα των προϊσταμένων κλινικών και τμημάτων νοσηλευτικής υπηρεσίας, το 98% είναι ΤΕ κατηγορίας, το 1% ΠΕ και το 1% ΜΕ. Αντίθετα, οι διευθύνουσες και οι τομεάρχες της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι αναλογικά 12% πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, 25% απόφοιτες ΤΕΙ και οι υπόλοιπες ΤΕ διητούς και τριητούς εκπαίδευσης (πίνακες 8, 9). Σε σύνολο 27.000 νοσηλευτών-τριών, που καταγράφηκαν, το 65,2% είναι μέσης εκπαίδευσης νοσοκόμοι, διητούς εκπαίδευσης και πρακτικές αδελφές, το 43,2% τεχνολογικής εκπαίδευσης και μόλις το 0,6% πανεπιστημιακής εκπαίδευσης.

Από την πλευρά της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης, σε σύνολο 1.000 περίπου πτυχιούχων πανεπιστημίου (διοικητικής και νοσηλευτικής υπηρεσίας), σύμφωνα με τα στοιχεία που δόθηκαν, οι 165 (περίπου 16%) έχουν κάποιας μορφής μεταπτυχιακό τίτλο. Η συντριπτική πλειοψηφία (125, ή 3 στους 4) αφορά διοικητικούς, κυρίως, απόφοιτους της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ), ενώ 23 έχουν μεταπτυχιακό τίτλο και 19 (8 νοσηλεύτριες) διδακτορικό τίτλο. Μόλις 10 έχουν μεταπτυχιακό τίτλο στη διοίκηση και τα οικονομικά της υγείας (πίν. 10).

6.1. Προτάσεις

Όπως φαίνεται και από την παραπάνω ανάλυση, τα προβλήματα του ανθρώπινου δυναμικού και ειδικά του στελεχειακού είναι κοινά σε όλη τη χώρα (κυρίως έλλειψη ειδικευμένων νοσηλευτών και ορισμένων άλλων επαγγελματιών κατηγοριών, που θα εκσυγχρονίσουν τα νοσοκομεία). Η αναλογία κάλυψης των νοσηλευτικών θέσεων είναι περίπου η μισή σε σύγκριση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (1 αντί 1,9 νοσηλεύτης ανά κλίνη). Άρα, συζητούμε για μέχρι 20.000 προσλήψεις (50–60 δις δρχ. το χρόνο), με αντίστοιχη μακροπρόθεσμη σταθεροποίηση και μείωση του μη εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού (π.χ. συνταξιοδοτήσεις κ.λπ.).

Πίνακας 7. Προσόντα στελεχών στις διοικητικές υπηρεσίες νοσοκομείων ΕΣΥ (1995).

Κατηγορία διευθυντές	Διοικητικού	Υποδιευθυντές Διοικητικού	Υποδιευθυντές Οικονομικού	Υποδιευθυντές Τεχνικού	Τριμνα Οικονομικών	Τριμνα Διατροφής	Τριμνα Πληροφοριών	Τριμνα Προσωπικού	Τριμνα Τεχνικών	Τριμνα Βιταμινών	Λοιπά Τμήματα*	Σύνολα
ΠΕ	87	54	25	26	68	42	12	48	10	2	61	414
% ΠΕ	80	74	100	64	64	83	70	47	20	7	27	50
ΤΕ				14	16	9	3	8	41	23	11	147
% ΤΕ				31	18	16	18	8	80	86	5	18
ΔΕ	21	19		2	19	2	2	45	1	2	155	268
% ΔΕ	20	26		5	18	1	12	45		7	68	32
Σύνολα (καλυμμένες)	108	73	25	42	103	53	17	101	52	27	227	829
Σύνολα (οργανικές)	113	81	25	81	113	81	113	113	113	113	275	1.211
Κενές θέσεις	5	8		39	10	28	96	12	61	86	227	382
Κάλυψη %	96	90	100	52	91	65	15	90	46	24	82	68

* Κίνησης Ασθενών, Γραμματείας, Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρών (3)

ΠΕ: Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση, ΤΕ: Τεχνολογική Εκπαίδευση, ΔΕ: Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση

Σημείωση: Το σύνολο των ΠΕ είναι 416, των ΤΕ 145 και των ΔΕ 268. Υπάρχουν ακόμη 505 πτυχούχοι ΠΕ στις διοικητικές υπηρεσίες που δεν έχουν θέση προΐσταμένου

Πηγή: Νοσοκομεία ΕΣΥ, ίδιοι υπολογισμοί, 1995

Πίνακας 8. Προσόντα στελεχών στις νοσηλευτικές υπηρεσίες νοσοκομείων ΕΣΥ (1995).

Θέσεις/βαθμίδα	ΠΕ Νοσοκομείων	ΤΕ Νοσοκομείων	ΤΕ Επισκεπτριών	ΤΕ ΑΝ	ΤΕ ΕΕΣ	ΤΕ Λοιποί	ΤΕ 3ετούς	ΤΕ Εξωτερικού	ΤΕ Ματών	ΤΕ Σύνολο	ΔΕ Νοσοκομείων
Διευθυντής-Διευθύνουσα	17	23	8	28	6	20	7	3	2	97	
Τομέρχης Παθολογίας	9	13	5	32	1	24	4	1	2	82	
Τομέρχης Χειρουργικής	7	24	7	29	1	20	3	1	3	88	
Τομέρχης Εργαστηρίων	4	7	4	11		10			2	34	
Τομέρχης Ψυχιατρικής κ.λπ.	2	9	2	8		2			6	27	
Επιμέρους σύνολα	39	76	26	108	8	76	14	5	15	328	
%	12	23	8	31	2	23	4	2	5		
Προϊστάμενοι τμημάτων	12									1.214	14
Λοιποί*	106									10.000	15.000
Γενικά σύνολα	157									11.542	15.014
%	0,6									43,2	65,2

* Οι ΠΕ αφορούν στο σύνολο των νοσοκομείων όπου δόθηκαν στοιχεία, οι ΤΕ-ΔΕ είναι εκτιμήσεις από στοιχεία του Υπουργείου Υγείας-Πρόνοιας

ΑΝ: Αδελφών Νοσοκόμων, ΕΕΣ: Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού

ΠΕ: Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση, ΤΕ: Τεχνολογική Εκπαίδευση, ΔΕ: Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση

Πηγή: Νοσοκομεία ΕΣΥ, ίδιοι υπολογισμοί, 1995

Πίνακας 9. Έτη υπηρεσίας στελεχών νοσοκομείων ΕΣΥ (1995).

Θέσεις/έτη	-10	11-15	16-20	21-25	26-30	30+	Σύνολο	Άγνωστο
Διοικητικοί Διευθυντές	6	18	27	19	16	12	98	10
Υποδιευθυντές Διοικητικού	7	18	15	18	7	1	66	7
Υποδιευθυντές Οικονομικών	3	7	7	2	4	1	24	2
Υποδιευθυντές Τεχνικού	16	14	4	3		1	38	4
Προϊστάμενοι Τμημάτων	63	62	31	31	14	7	208	372
Σύνολα Διοικητικών	95	119	84	73	41	22	434	362
%	22	28	19	17	9	5	100	
Διευθυντές Νοσηλευτικού	1	6	27	42	19	14	109	5
Τομεάρχης Νοσηλευτικού	3	14	53	84	29	9	192	51
Προϊστάμενοι Κλινικών	23	33	152	161	38	2	409	821
Σύνολα Νοσηλευτικού	27	53	232	287	86	25	710	877
%	4	8	32	40	12	4	100	
Γενικά σύνολα	122	172	318	360	127	47	1.144	1.039
%	11	15	28	31	11	4	100	

Σημείωση: Τα παραπάνω στοιχεία αποτελούν επαρκές δείγμα. Ελάχιστα νοσοκομεία δεν έδωσαν καθόλου στοιχεία, πολλά όμως δεν έδωσαν σαφή στοιχεία. Πηγή: Νοσοκομεία ΕΣΥ, ίδιοι υπολογισμοί, 1995

Αντίστοιχα, στη διοικητική υπηρεσία είναι απόλυτης αναγκαιότητας η κάλυψη των 400 περίπου θέσεων προϊσταμένων από το υπάρχον προσωπικό, με μερικές κατ'εξαίρεση επιπλέον προσλήψεις (π.χ. 150 τεχνολόγων-τεχνικών, 100 πληροφορικών και 150 άλλων ειδικοτήτων, όλων πανεπιστημιακής τουλάχιστον κατεύθυνσης, με ετήσιο κόστος 1 δις δρχ.). Επίσης, άμεση είναι η ανάγκη κάλυψης των περίπου 100 θέσεων Γενικών Διευθυντών-Συμβούλων των νοσοκομείων ΕΣΥ άνω των 100 κλινών (κόστος περίπου 1 δις δρχ.).

Όσον αφορά την ιατρική υπηρεσία των νοσοκομείων, θα πρέπει να αναφερθεί η αναγκαιότητα μετατροπής της σε Διεύθυνση, της οποίας προϊστάται ο ιατρικός διευθυντής (αρχίατρος) και τομεάρχες που δεν θα εκλέγονται, αλλά θα διορίζονται με συγκεκριμένα καθήκοντα και αμοιβές, όπως σε όλα τα σύγχρονα συστήματα υγείας. Η απελευθέρωση της ιατρικής ιεραρχίας με εσωτερικές προαγωγές καθώς και η παροχή κινήτρων δια-

φαίνεται ως η μόνη βιώσιμη λύση βελτίωσης των εργασιακών σχέσεων των γιατρών του ΕΣΥ και εισόδου νέων γιατρών στο ΕΣΥ προγραμματισμένα.

Προτείνεται, επίσης, η πρόσληψη ή τοποθέτηση ενός οικονομολόγου ή manager (π.χ. απόφοιτος των ειδικών τμημάτων στα ΤΕΙ) ανά κλινικό τομέα (περίπου 300 στελέχη, κόστος 1 δις δρχ.). Σε κάθε κλινικό ή εργαστηριακό ή άλλο τμήμα θα πρέπει να λειτουργεί η «ομάδα οικονομικής και διοικητικής διαχείρισης» αποτελούμενη από ένα γιατρό (διευθυντή ή επιμελητή), την προϊσταμένη νοσηλεύτρια και ένα διοικητικό [π.χ. τον (-ν) γραμματέα της κλινικής, μέχρι την πρόσληψη των προαναφερθέντων στελεχών].

Τέλος, πρέπει να αναφερθούμε στην ειδική εκπαίδευση που πρέπει να παρασχεθεί σε όλα τα στελέχη των νοσοκομείων (διευθυντές, υποδιευθυντές, τομεάρχες, προϊστάμενοι κ.λπ.), τα οποία ξεπερνούν τα 3.000 (αν

Πίνακας 10. Επιπλέον προσόντα (MSc, PhD κ.λπ.) στελεχών υπηρετούντων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ (1995).

	ΕΣΔΥ	MSc	PhD	Σύνολο	ΕΣΔΥ %	MSc %	PhD %	Σύνολο %
Διευθυντής/Διευθύνουσα				2	2		10,5	1,2
Τομεάρχης Νοσηλευτικού			1	1			5,4	0,6
Λοιποί ΠΕ Νοσηλευτικού			5	5			26,3	3
Διοικητικοί Διευθυντές	13	6	2	21	10,6	26,1	10,5	12,7
Υποδιευθυντές Διοικητικού	8	2		10	6,5	8,7		6,1
Υποδιευθυντές Οικονομικού	7			7	5,7			4,2
Υποδιευθυντές Τεχνικού		1	2	3		4,4	10,5	1,8
Προϊστάμενοι Τμημάτων	19	3	2	24	15,4	13	10,5	14,5
Λοιποί ΠΕ Διοικητικού	76	11	5	92	61,8	47,8	26,3	55,9
Σύνολο	123	23	19	165	100,0	100,0	100,0	100,0
%	74,5	13,9	11,6	100,0				

Πηγή: Νοσοκομεία ΕΣΥ, 1995

συμπεριληφθούν και οι διευθυντές-γιατροί). Αν υποθεθεί ότι σε μια τετραετία εκπαιδεύονται περίπου 2.000 (500 το χρόνο) σε σεμινάρια επαγγελματικής κατάρτισης (π.χ. ενός μήνα) στα αντικείμενα management, οικονομικών, βιοστατιστικής, πληροφορικής, βιοτεχνολογίας κ.λπ., θα απαιτηθούν κονδύλια της τάξης περίπου του 1 δις δρχ. και καλή οργάνωση. Η εξοικονόμηση των χρημάτων που αναφέρθηκαν θεωρείται ότι θα γίνει άμεσα από τη βελτίωση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών. Οι ελλείψεις στις διάφορες ειδικότητες μπορούν με εκπαίδευση να καλυφθούν και η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών να αναβαθμιστεί.²²

7. ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ

Το κρίσιμο ερώτημα που τίθεται είναι το εξής: Τι πρέπει ή τι μπορεί να γίνει για να επιτευχθούν οι στόχοι ενός οργανωμένου σχεδιασμού για την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία; Η απάντηση είναι πολύδιάστατη και περιλαμβάνει τουλάχιστον τα παρακάτω:

- Ανάλυση της παρούσας προσφοράς - Μελλοντική πρόβλεψη
- Ανάλυση της παρούσας ζήτησης - Μελλοντική πρόβλεψη
- Ανάλυση της παρούσας και μελλοντικής παραγωγικότητας
- Συνδυασμός της μελλοντικής ζήτησης με την προσφορά - Αποφάσεις.

Η περαιτέρω ποσοτική και ποιοτική ανανέωση του συνόλου του ανθρώπινου δυναμικού (π.χ. γιατρών και νοσηλευτών, ιδιαίτερα σε νέες αναγκαίες ειδικότητες) μπορεί να ακολουθήσει το μοντέλο των «τριών σταδίων» ανάπτυξης,¹⁰ που περιλαμβάνει:

- α. Ολοκλήρωση των σχεδίων εφαρμογής ανάπτυξης υπηρεσιών υγείας και ανθρώπινου δυναμικού, έρευνας και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης (pre-pathogenic stage)
- β. Περιορισμό εγχώριας παραγωγής και εισαγωγής νέου ανθρώπινου δυναμικού με βάση υγειονομικούς στόχους και προτεραιότητες (early pathogenic stage)
- γ. Μείωση της υπάρχουσας προσφοράς σε ορισμένες ειδικότητες, καθώς και εξέταση του επαγγελματικού επαναπροσανατολισμού της (late pathogenic stage).

Ο όρος «διοίκηση του προσωπικού» μεταβάλλεται σε «ανάπτυξη και διαχείριση των ανθρώπινων πόρων».^{5,23} Η μειωμένη εμπιστοσύνη και η χαμηλή ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας θα αμβλυνθεί, εκτός του σχεδιασμού, με καλύτερα εκπαιδευμένο και με ουσιαστικά κίνητρα προσωπικό. Η θέσπιση καθηκοντολογίου και περιγραφής θέσης εργασίας θα βοηθήσει να ξεκαθαριστεί η έννοια της ευθύνης (accountability) του καθενός. Η

ενιαιοποίηση του θεσμικού πλαισίου και η μερική αυτονομία των νοσοκομείων ως αυτοδύναμων οργανισμών-επιχειρήσεων θα δώσει αναπτυξιακό χαρακτήρα στις προσπάθειες του προσωπικού και των διοικούντων. Σε δεύτερο στάδιο, είναι αναγκαίο να εκπονηθούν και να εφαρμοστούν συστήματα αξιολόγησης και διασφάλισης της ποιότητας εργασίας (labour quality assurance), που θα ελέγχουν ορθά το παραγόμενο έργο και θα θέτουν σαφείς προτεραιότητες στον προγραμματισμό.

Ο «εμβολιασμός» του συστήματος με 1.000 περίπου νέα στελέχη (π.χ. γιατρούς δημόσιας υγείας, γενικούς διευθυντές νοσοκομείων, ειδικούς επιστήμονες των νέων δομών, άλλα επαγγέλματα κ.λπ.) θα βοηθήσει στη δημιουργία της «κρίσιμης μάζας», θα εξοικονομήσει πόρους και θα βελτιώσει την ποιότητα. Πρέπει να σημειωθεί ότι στο Β' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης, στα πλαίσια των «άλλων δράσεων», προβλέπονταν κονδύλια 10 δις δρχ. περίπου για την αναβάθμιση της ΕΣΔΥ, την ανάπτυξη του υπό δημιουργία Εθνικού Κέντρου Ερευνών Υγείας (ΕΚΕΥ) και την ανάπτυξη προγραμμάτων κατάρτισης ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού. Στο Γ' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης πρέπει, κατά τη γνώμη μας, να συμπεριληφθούν και οι προαναφερθείσες δαπάνες εκπαίδευσης, όπως επίσης και η εκπαίδευση στελεχών των παλαιών ή νέων δομών (ενιαίος φορέας χρηματοδότησης, κεντρική υπηρεσία, περιφέρειες, νομαρχίες, ΠΦΥ κ.λπ.).

Οι αλλαγές στην «παραγωγή» περνούν μέσα από ένα νέο οργανωτικό πλαίσιο, όπου τα κίνητρα και τα αντικίνητρα θα είναι σαφώς προσδιορισμένα. Το προσωπικό και κυρίως το κοινωνικό κόστος ευκαιρίας ενός λανθασμένου επαγγελματικού προσανατολισμού είναι μεγάλο. Μελλοντικά, η ανάπτυξη του ανθρώπινου κεφαλαίου στην υγεία θα λαμβάνει υπόψη τις κοινωνικο-οικονομικές και επιδημιολογικές διαστάσεις σε εθνικό και τοπικό επίπεδο ("think globally, act locally") με κύριους άξονες την ισότητα (π.χ. στην κατανομή) και την αποδοτικότητα (π.χ. παραγωγικότητα ή αποτελεσματικότητα). Σημαντικό πλεονέκτημα θα προσδίδουν οι αναβαθμισμένες πολιτισμικές αντιλήψεις των στελεχών και η εγκατάλειψη του «εμπειρικού» προτύπου.²⁴ Η γενιά των στελεχών του 2000 θα πρέπει να αντιμετωπίζει τα προβλήματα των υπηρεσιών υγείας ανθρώπινα, σύγχρονα, επιστημονικά και, επιτέλους, πιο αποτελεσματικά.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Οι συγγραφείς αυτού του άρθρου εκφράζουν τις ευχαριστίες τους στις υπηρεσίες που παρέixαν τα στοιχεία (Υπουργείο, Νομαρχίες, Νοσοκομεία), καθώς και στον εκλεκτό συνάδελφο και φίλο κ. Μπαρδή Βασίλειο, Γενικό Διευθυντή του «Υγεία Μέλαθρον»-ΤΥΠΕΤ, για τη βοήθειά του στην επεξεργασία των στοιχείων.

ABSTRACT

Health manpower development and National Health System staffingN. POLYZOS,¹ J. YFANTOPOULOS²¹*Onassis Cardiac Surgery Center, ²University of Athens, Faculty of Public Administration and Political Science, Athens, Greece**Archives of Hellenic Medicine 2000, 17(6):627–639*

The problems of health manpower development are related to planning, production and management, based on specific priorities of health policy concerning both supply and demand of human resources. The Greek health care system is characterised by oversupply of physicians and lack of trained nurses and other specialised health professionals. Research shows that the National Health System suffers from a deficit of specialized staff, maldistribution of personnel, absence of decentralization policies, inadequate training, rigid practices of personnel promotion which are unrelated to merit and poor motivation, resulting in low productivity and customer satisfaction. The proposed organisational changes of the system, the planned development and the training of health manpower, based on population needs, should certainly improve the delivery of health services under the principles of equity and efficiency.

Key words: Development, Goals, Health, Management, Manpower, Planning, Production, Staff, Training

Βιβλιογραφία

- BAKER TD. Health personnel planning. In: Reike WA (ed) *Health Planning for Effective Management Ch. 10*. Oxford University Press, 1988
- MEJIA A. World trends in health manpower development: a review. *World Health Statistics Quarterly* 1980, 33:112–126
- FULLOP T. New approaches to a permanent problem—the integrated development of health services and health manpower. *WHO Chronicle* 1976, 30:433–441
- HOARE G, LEE K. Towards a new model of health manpower planning. *Health Services Manpower Review* 1984, 10:4–8
- WHO. Coordinated health and human resources development. Technical Report Series No 801, 1990
- ABEL-SMITH B, CALLTROP J, DIXON M, DUNNING AT, EVANS R, HOLLAND W ET AL. Report on the Greek Health Services, Ministry of Health and Social Welfare, Athens, 1994
- ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Λ. Η Οικονομία του Τομέα Υγείας στην Ελλάδα. Αδημοσίευτο Κείμενο Εργασίας, 1995
- ABEL-SMITH B. The world economic crisis, part 2: Health manpower out of balance. *Health Policy and Planning* 1986, 1:309–316
- FULLOP T. Health personnel for “health for all”: progress or stagnation? *WHO Chronicle*, 1986, 40, part 1:194–199, part 2:222–225
- MEJIA A. *Health Manpower out of Balance: conflicts and prospects*. Geneva, Council for International Organization of Medical Sciences, 1987
- FULLOP T, ROEMER M. International Development of Health Manpower Policy. Offset Publication No 61, WHO, Geneva, 1982
- BREARLY S. The medical manpower crisis: who can solve it? *Health Services Manpower Review* 1984, 10:8–10
- KARALLIEDE LD. Young doctor’s preferences in the Third World. *World Health Forum* 1987, 8:504–507
- ΔΕΡΒΕΝΗΣ Χ, ΠΟΛΥΖΟΣ Ν. *Μελέτη-Πρόταση για την Οργάνωση-Διοίκηση του ΕΣΥ και την Ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού*. Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Αθήνα, 1995
- ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΣΟΥΛΗΣ Σ, ΠΑΠΑΗΛΙΑΣ Θ, ΜΑΝΙΑΔΑΚΗΣ Ν. *Οι ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα Υγείας στην Ελλάδα: 1980–2000*. Έκθεση στη Διεύθυνση V της ΕΕ, Αθήνα, 1993
- ΜΑΤΣΑΝΙΩΤΗΣ Ν. Ο Ιατρικός Πληθωρισμός στην Ελλάδα. Καθημερινή της Κυριακής (1.12.96), 1996
- ΡΟΥΠΑΣ Θ, ΠΟΛΥΖΟΣ Ν. Ανθρώπινο Δυναμικό. Στο: *Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας*. Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα, 1994
- SORKIN AL. *Health Manpower: An Economic Perspective*. Lexington Books, 1977
- ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΝΙΑΚΑΣ Δ. *Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας*. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα, 1994
- ΑΝΔΡΙΩΤΗ Δ. *Οι Ανθρώπινοι Πόροι στον Υγειονομικό Τομέα*. Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα, 1994
- ΠΟΛΥΖΟΣ Ν. Δευτεροβάθμια-Τριτοβάθμια Περίθαλψη. Στο: *Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας*. Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα, 1994
- ΛΕΒΕΤ ΤΖ. *Ανάγκες εργατικού δυναμικού επαγγελματιών υγείας και οργάνωση ανάλογης επαγγελματικής εκπαίδευσης*. Λειτουργικό Πρόγραμμα Υγείας, ΕΣΔΥ, Αθήνα, 1994
- SIMMONDS S, BENNET-JONES N. *Human Resource Development: The Management, Planning and Training of Health Personnel*. Evaluation and Planning Centre for Health Care, 1989
- ΠΟΛΥΖΟΣ Ν. Πολιτισμικές Αντιλήψεις των Διοικητικών Στελεχών των Ελληνικών Νοσοκομείων. *Επιθεώρηση Υγείας* 1991, Ιαν-Φεβρ:52–61

Corresponding author:

N. Polyzos, 1–3 Triantafyllopoulou street, GR-104 43 Athens, Greece
e-mail: polyzos@ocsc.gr.