



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**«Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΣΕ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ
ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΘΕΣΜΙΚΩΝ ΑΛΛΑΓΩΝ»**

ΣΕΡΑΦΕΙΜ Ν. ΑΝΤΩΝΑΚΗΣ

Ιατρός

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Δρ ΔΑΦΝΗ ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΛΙΟΣ, 2012

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**«Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΕ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ
ΕΝΩΣΗ
ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΘΕΣΜΙΚΩΝ ΑΛΛΑΓΩΝ»**

ΣΕΡΑΦΕΙΜ Ν.ΑΝΤΩΝΑΚΗΣ

Ιατρός

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Δρ ΔΑΦΝΗ ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΛΙΟΣ, 2012

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	Σελίδα
Ευχαριστίες	7
Περίληψη	9
Abstract	11
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	12
ΚΕΦ 1: ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ	14
1.1 Η σημασία της διαχείρισης του ανθρωπίνου δυναμικού.....	14
1.2 Η Σημασία της Εκπαίδευσης και της Κατάρτισης των Ανθρώπινων Πόρων.....	15
1.3 Η Σημασία της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και η συνάρτηση της με την έννοια της Ποιότητας του Ανθρώπινου Δυναμικού στην Υγεία	17
1.4 Η Υγεία σε Εθνικό και Ευρωπαϊκό Επίπεδο.....	19
1.4.1 Η Υγεία σε Επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης.....	19
1.4.2 Η Υγεία στην Ελληνική Επικράτεια.....	20
1.4.3 Η Σχέση ανάμεσα στην Υγεία, την Οικονομική Δραστηριότητα και τον σχεδιασμό του ανθρωπίνου δυναμικού.....	21
ΚΕΦ 2: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ	23
2.1 Ημιδομημένο ερωτηματολόγιο LSE.....	23
2.2 Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση – Πρωτογενές υλικό.....	24
2.3 Συλλογή στατιστικών στοιχείων της κατανομής των ιατρών.....	24
2.4 Φόρμα δεδομένων για τις αναμονές των ιατρικών ειδικοτήτων.....	25
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	29
ΚΕΦ 3: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΘΕΣΜΙΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ	29
3.1 Απόκτηση πτυχίου ιατρικής.....	29
3.1.1 Γενικά Στοιχεία.....	29

3.1.2 Η Διαδικασία Λήψης Πτυχίου.....	30
3.1.3 Στοιχεία Εκπαιδευτικής Διαδικασίας Απόκτησης του Τίτλου Σπουδών.....	32
3.1.4 Η Διαδικασία Αξιολόγησης και Εξέτασης των Υποψηφίων Ιατρών.....	35
3.1.5 Ευρωπαϊκά δεδομένα σχετικά με την λήψη του πτυχίου ιατρικής.....	36
3.1.5.1 Ηνωμένο Βασίλειο.....	36
3.1.5.2 Γερμανία.....	37
3.1.5.3 Γαλλία.....	38
3.2 Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος.....	40
3.2.1 Η Σημασία της Ηθικής και της Δεοντολογίας στην Άσκηση του Επαγγέλματος..	41
3.2.2 Η Διαδικασία Λήψης στην Ελλάδα.....	42
3.2.3 Η Διαδικασία Λήψης στην Ευρωπαϊκή Ένωση.....	44
3.3 Υπηρεσία Υπαίθρου.....	44
3.3.1 Βασικά Χαρακτηριστικά της Υπηρεσίας Υπαίθρου.....	44
3.3.2 Επιμέρους Χαρακτηριστικά της Υπηρεσίας Υπαίθρου.....	47
3.4 Απόκτηση Τίτλου ειδικότητας	48
3.4.1 Χαρακτηριστικά Απόκτησης Ιατρικής Ειδικότητας.....	48
3.4.2 Εκπαίδευση για την λήψη του τίτλου ειδικότητας.....	49
3.4.2.1 Βασικά Στοιχεία Διαδικασίας Εκπαίδευσης.....	49
3.4.2.2 Στοιχεία Προβληματισμού στην Διαδικασία Απόκτησης Ειδικότητας.....	51
3.4.3 Λήψη του τίτλου ειδικότητας σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες	54
3.4.3.1 Ηνωμένο Βασίλειο.....	56
3.4.3.2 Γερμανία.....	57
3.4.3.3 Γαλλία.....	58
3.5 Ευρωπαϊκή αναγνώριση διπλωμάτων, πιστοποιητικών και άλλων τίτλων.....	59
3.6 Συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση.....	60

3.6.1 Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση και Ελληνική Πραγματικότητα.....	60
3.6.2 Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση και Ευρωπαϊκή Εμπειρία.....	61
ΚΕΦ 4: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ...	68
4.1 Περιγραφή αριθμητικών δεδομένων.....	68
4.2 Κατανομή ιατρών ανά ειδικότητα-γεωγραφική περιφέρεια.....	69
4.3 Παρούσα κατάσταση καθορισμού αριθμού ειδικευομένων ιατρών και αναμονών για την έναρξη ειδικότητας στην Ελλάδα.....	71
4.4 Ευρωπαϊκά δεδομένα αναφορικά με τον καθορισμό του αριθμού των θέσεων των ειδικευομένων ιατρών και τις αναμονές των ιατρικών ειδικοτήτων.....	75
4.4.1 Μεταρρυθμίσεις Μεγάλης Βρετανίας.....	76
4.4.2 Μεταρρυθμίσεις Γερμανίας.....	77
4.4.3 Μεταρρυθμίσεις Γαλλίας.....	79
ΚΕΦ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	83
ΚΕΦ 6: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΘΕΣΜΙΚΩΝ ΑΛΛΑΓΩΝ.....	88
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	93
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι - ΠΙΝΑΚΕΣ.....	100
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ – Ερωτηματολόγιο έρευνας LSE.....	109

Πρόλογος - Ευχαριστίες

«Ο ιατρός ενεργεί με βάση: α) την εκπαίδευση που του έχει παρασχεθεί κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών του σπουδών, την άσκησή του για την απόκτηση τίτλου ιατρικής ειδικότητας και τη συνεχιζόμενη ιατρική του εκπαίδευση, β) την πείρα και τις δεξιότητες που αποκτά κατά την άσκηση της ιατρικής και γ) τους κανόνες της τεκμηριωμένης και βασισμένης σε ενδείξεις ιατρικής επιστήμης.»

Αυτές είναι μόνο λίγες γραμμές από τον κώδικα ιατρικής δεοντολογίας που διέπει την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και οι οποίες αποτυπώνουν το νόημα τούτης εδώ της προσπάθειας. Μιας προσπάθειας που ξεκινά από τα πρώτα φοιτητικά χρόνια και την ενεργό ενασχόληση με τα κοινά της Ιατρικής Σχολής Πατρών μέχρι και την έναρξη του ελεύθερου επαγγέλματος ως Οφθαλμιάτρου και η οποία είχε πάντα σαν στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της ιατρικής εκπαίδευσης και την επιβράβευση των άξιων και των ικανών. Ακριβώς αυτός είναι και ο απώτερος στόχος της διπλωματικής αυτής εργασίας. Να αναδείξει τη σημασία της ιατρικής εκπαίδευσης, να επισημάνει τα προβλήματα και τις αδυναμίες που αυτή αντιμετωπίζει στον ελληνικό χώρο και μέσα από παραδείγματα της διεθνούς εμπειρίας να οδηγήσει σε σκέψεις-προτάσεις βελτίωσης σε κάθε στάδιο της εκπαίδευσης και απόκτησης δεξιοτήτων ενός ιατρού.

Γι'αυτήν την προσπάθεια λοιπόν, η οποία ουσιαστικά ξεκινά αρκετά χρόνια πριν μέχρι να αποτυπωθεί τελικά σε αυτό εδώ το χαρτί, θεωρώ υποχρέωση μου να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλαν στην επίτευξη και ολοκλήρωσή της.

Θα ήθελα καταρχάς να ευχαριστήσω ιδιαίτερος την επιβλέπουσα καθηγήτρια της διπλωματικής μου εργασίας Δρα. Καϊτελίδου Δάφνη, Επίκουρη Καθηγήτρια του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και μέλος ΣΕΠ του ΑΠΚυ, για την αμέριστη συμπαράστασή της τόσο στην εκπόνηση αυτής της διπλωματικής εργασίας όσο και στην φοίτηση μου στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, για την αμεσότητα της επικοινωνίας μας και τις πολύτιμες συμβουλές της.

Θερμές επίσης ευχαριστίες στους καθηγητές του Ανοικτού Πανεπιστημίου κα Χριστίνα Οικονομοπούλου, κ. Χαράλαμπο Οικονόμου και κ. Γεώργιο Δουμουλάκη για τις γνώσεις που μου μεταλαμπάδευσαν κατά τη διάρκειά της φοίτησής μου καθώς και σε όλους τους καθηγητές μου σε κάθε βαθμίδα της εκπαιδευτικής μου πορείας.

Ευχαριστώ θερμά τον αδερφό μου Βασίλη για την συνεχή του στήριξη και παρουσία σε όλη την εκπαιδευτική μου διαδρομή και φυσικά τους γονείς μου Νικόλαο και Μαρία που είχα την τύχη να τους έχω ως διπλό πρότυπο τόσο μέσα από το παράδειγμα της αφοσίωσης τους στην οικογένεια όσο και μέσα από την ιδιότητα τους ως δασκάλων - παιδαγωγών, που ώθησαν εκατοντάδες μαθητές τους, μεταξύ αυτών και εμένα, στο μαγικό ταξίδι της γνώσης και της κριτικής σκέψης με μόνο κίνητρο την αγάπη για τη μάθηση και την πρόοδο.

Τέλος ένα μεγάλο ευχαριστώ στη σύζυγό μου Μίνα και στον γιο μου Νικόλα χωρίς τη βοήθεια, τη φροντίδα, την υπομονή, την κατανόηση και την αμέριστη συμπαράσταση των οποίων δε θα ήταν δυνατή όχι μόνο η εκπόνηση αυτής της διατριβής αλλά και η φοίτηση μου στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου σε συνδυασμό με το ιδιαίτερα απαιτητικό έργο της ολοκλήρωσης και λήψης της ειδικότητας της Οφθαλμολογίας.

Σε όλους τους προαναφερθέντες πέρα από το ευχαριστώ, που άλλωστε είναι δύσκολο να αποτυπωθεί ως μέγεθος συναισθήματος σε ένα κομμάτι χαρτί μπορώ απλά να υποσχεθώ το εξής:

Οι αράδες του όρκου του Ιπποκράτη που με έκαναν να δακρύσω τη στιγμή της ορκωμοσίας μου και που ακόμα και σήμερα με συγκινούν το ίδιο βαθιά, δεν έχουν σταματήσει ποτέ - και ούτε πρόκειται να σταματήσουν - να οδηγούν τα βήματα μου στον υπέροχο κόσμο της ιατρικής:

«Άγνῶς δὲ καὶ ὀσίως διατηρήσω βίον τὸν ἐμὸν καὶ τέχνην τὴν ἐμήν»

«Θα διατηρώ αγνή και άσπιλη και τη ζωή και την τέχνη μου»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η παροχή αποτελεσματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης προς τους ιατρούς, αποτελεί μια βασική εισροή, της παραγωγικής λειτουργίας των συστημάτων υγείας. Συνεπώς πρέπει να σχεδιάζονται και να αποφασίζονται εκείνες οι πολιτικές, που βελτιώνουν το επίπεδο των δεξιοτήτων και των γνώσεων των ιατρών.

Σκοπός: Η εργασία επιχειρεί να διερευνήσει τους όρους άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος τόσο στην ελληνική επικράτεια όσο και στην Ευρωπαϊκή Ένωση, υπό το πρίσμα της συνεχούς κατάρτισης και εκπαίδευσης του ανθρώπινου δυναμικού. Γίνεται προσπάθεια να αποτυπωθούν τα βασικά χαρακτηριστικά του ανθρώπινου ιατρικού δυναμικού της ελληνικής επικράτειας και να προσδιορισθούν οι όροι διαχείρισης και κατάρτισης του τόσο σε θεσμικό όσο και σε εκπαιδευτικό επίπεδο.

Μεθοδολογία: Βασικό εργαλείο μελέτης στην παρούσα εργασία ήταν η ανάλυση ενός ερωτηματολογίου που δημιουργήθηκε από το συντονιστικό τμήμα του προγράμματος του London School of Economics στη Μεγ.Βρετανία και το οποίο συμπληρώθηκε από εμπειρογνώμονες σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες. Εκτός από τη χρήση του συγκεκριμένου ημιδομημένου ερωτηματολογίου, έγινε και μια συστηματική καταγραφή και ανάλυση των αριθμητικών δεδομένων για το ελληνικό καθώς και το ευρωπαϊκό ιατρικό δυναμικό με απώτερο στόχο της την ανάλυση της υφιστάμενης κατάστασης και την ανάδειξη των προβλημάτων της διαδικασίας κατάρτισης του ιατρικού ανθρώπινου δυναμικού.

Αποτελέσματα: Η ανάλυση των στοιχείων της έρευνας και η σύγκριση των ελληνικών δεδομένων με τα αντίστοιχα ευρωπαϊκά ανέδειξε τις διαφοροποιήσεις που υπάρχουν στην διαχείριση, στην κατανομή, αλλά και στο θεσμικό πλαίσιο συνεχιζόμενης κατάρτισης στις διάφορες χώρες και στην ανάγκη ομογενοποίησης και σύγκλισης του τρόπου διαχείρισης και λειτουργίας του ιατρικού δυναμικού.

Συμπεράσματα: Η έρευνα κατέδειξε την ανάγκη συνεργασίας των ευρωπαϊκών χωρών και την συνδυαστική προσφορά θετικών μεταρρυθμίσεων που έχουν ήδη εφαρμοστεί. Προβλήματα όπως η απουσία ολοκληρωμένων συστημάτων αξιολόγησης και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, η υπερπληθώρα ιατρικού δυναμικού και οι γεωγραφικές ανισότητες στην κατανομή ειδικοτήτων

στην ελληνική επικράτεια είναι ζητήματα στα οποία επιβάλλεται να δοθούν λύσεις ρεαλιστικές, υλοποιήσιμες οι οποίες να βασίζονται στη διεθνή εμπειρία.

ABSTRACT

Introduction: Providing effective education and training for doctors, is a key input of the production function of health systems. It should therefore be designed and decided those policies that improve the level of skills and knowledge of doctors.

Purpose: This paper attempts to investigate the conditions governing the medical profession both in the Greek territory and in the European Union under the prism of continuing education and training of human resources. It's a try of depicting the basic features of human medical resources in the Greek territory and defining its management and training of both institutional and educational level.

Methodology: A key tool in this thesis study was the analysis of a questionnaire created by the coordinating part of London School of Economics in Great Britain program, which was supplemented by experts in various European countries. Apart from the use of this semi-structured questionnaire it was held a systematic recording and analysis of numerical data for the Greek and European medical resources with the aim of analyzing the current situation and highlight the problems of the training process of the medical workforce.

Results: The analysis of survey data and LSE Greek data compared with the corresponding European highlighted the differences that exist in management, distribution, and the institutional framework of continuing training in various countries and the need for convergence and homogenization of the way and operation of medical resources.

Conclusions: The study demonstrated the need for cooperation between European countries and the combined offer of positive reforms that have already implemented. Problems such as lack of comprehensive assessment systems and continuing education, the over-potential medical and geographical disparities in the distribution of resident posts in Greek territory are issues in which must be given realistic solutions, workable arrangements based on international experience.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος αποτελεί μια από τις σημαντικότερες λειτουργίες των σύγχρονων κοινωνιών. Οι ιατροί αποτελούν εκείνους τους επαγγελματίες της υγείας που δραστηριοποιούνται με σκοπό την παροχή των κατάλληλων θεραπειών στους ασθενείς. Δεν είναι λοιπόν δύσκολο να γίνει κατανοητό ότι η βελτίωση της ποιότητας του ανθρώπινου δυναμικού των ιατρών μέσα από τη σωστή διαχείριση του αποτελεί ουσιαστικά βελτίωση της ευρύτερης ποιότητας ζωής.

Πρώτος άξονας στα πλαίσια της σωστής διαχείρισης του ιατρικού δυναμικού είναι η ορθή κατανομή τόσο μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων όσο και μεταξύ των διαφόρων γεωγραφικών περιοχών και νοσοκομειακών ιδρυμάτων. Η στόχευση αυτή σε συνδυασμό με την αποκατάσταση ανισοροπιών στην κατανομή των ειδικών (σχετικά μεγάλοι αριθμοί) και γενικών γιατρών (χαμηλοί αριθμοί), η προαγωγή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η αναβάθμιση των προπτυχιακών και μεταπτυχιακών σπουδών στον τομέα της ιατρικής δίνουν το στίγμα των νέων τάσεων πολιτικών υγείας στο ευρωπαϊκό γίγνεσθαι.

Η πολιτική κατάρτισης και επανεκπαίδευσης του ανθρώπινου δυναμικού της υγείας, συνιστά ένα μείζον θέμα βελτίωσης του γενικότερου επιπέδου κοινωνικής ευημερίας. Ο σχεδιασμός της πολιτικής στο πεδίο βελτίωσης των δεξιοτήτων των επαγγελματιών της υγείας συνδέεται άμεσα με τις υπάρχουσες κοινωνικοοικονομικές και δημογραφικές εξελίξεις των σύγχρονων κοινωνιών (Dussault, 2010). Και αυτό διότι, το πλαίσιο ανάπτυξης της ζήτησης και προσφοράς των υπηρεσιών υγείας, προσδιορίζεται άμεσα από μια σειρά διαφορετικών κοινωνικών, οικονομικών, δημογραφικών και πολιτισμικών μεταβλητών (OECD, 2008). Συνεπώς το ζητούμενο στοιχείο είναι να καταστεί κατανοητό το ευρύτερο πεδίο εκπαίδευσης και κατάρτισης των επαγγελματιών της υγείας.

Η προβληματική και ο σκοπός της παρούσας εργασίας αναπτύσσεται μέσα σε αυτό το ευρύτερο πλαίσιο. Είναι η παρουσίαση για πρώτη φορά συγκεντρωμένων, τεκμηριωμένων και επιβεβαιωμένων στοιχείων σε ότι αφορά στους ιατρούς και τα οποία σχετίζονται με κάθε στάδιο της επαγγελματικής πορείας ενός ιατρού από την στιγμή της απόκτησης του πτυχίου, έως την απόκτηση του τίτλου ειδικότητας καθώς και σε θέματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης αυτών και των όρων κατάρτισης και επανεκπαίδευσης του ελληνικού ιατρικού δυναμικού, διαμέσου του θεσμικού πλαισίου και της σύγκρισης με τα υφιστάμενα διεθνή πρότυπα.

Η συγκεκριμένη πρόταση αποτελεί μέρος ευρύτερου ερευνητικού προγράμματος το οποίο συντονίζει το London School of Economics (LSE). Ο υπογράφων και η επιβλέπουσα καθηγήτρια κα Καϊτελίδου είναι οι υπεύθυνοι της συγγραφής της ελληνικής έκθεσης η οποία έχει ήδη κατατεθεί.

Κίνητρο η πρωτοβουλία του LSE για καταγραφή δεδομένων και χαρτογράφηση της ελληνικής επικράτειας με στόχο τη δημιουργία ενός παρατηρητηρίου που θα περιέχει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες για το θεσμικό και λειτουργικό πλαίσιο για την άσκηση του ιατρικού και νοσηλευτικού έργου.

Η αναγκαιότητα και η σπουδαιότητα της έρευνας σε ευρωπαϊκό επίπεδο προκύπτει από την απουσία ενός εξειδικευμένου οργανισμού, ο οποίος θα λειτουργούσε ως συντονιστικός φορέας υπεύθυνος για την αξιολόγηση και την εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στην γηραιά ήπειρο.

Ειδικότερα σε ότι αφορά στον ελληνικό χώρο η ανάγκη της συγγραφής μιας τέτοιας προσπάθειας αναδεικνύεται από τη μη ύπαρξη στοιχείων ή μιας λεπτομερούς εκθέσεως και κριτικής αξιολόγησης του μέχρι τώρα συστήματος διαχείρισης του ιατρικού δυναμικού.

Ακριβώς αυτή η καταγραφή και η παροχή δεδομένων και πληροφοριών σε συνδυασμό με την τεκμηριωμένη απάντηση ερωτημάτων σχετικά με το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο, τους όρους εκπαίδευσης κατά τη διάρκεια της ειδικότητας καθώς και τις υποχρεώσεις ενός ειδικευμένου ιατρού ως προς τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση, καθιστούν μια τέτοια προσπάθεια απολύτως αναγκαίο μέσο για τον εντοπισμό και την ανάδειξη προβλημάτων αλλά και την παρουσίαση βελτιωτικών προτάσεων.

ΚΕΦ 1: ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ - ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

1.1 Η σημασία της διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού

Το ανθρώπινο δυναμικό, σύμφωνα με τη νέα προσέγγιση της διοίκησης ανθρωπίνων πόρων αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους περιουσιακούς πόρους κάθε οργάνωσης. Η στρατολόγηση των κατάλληλων ανθρώπων με σκοπό την ένταξη τους, στην παραγωγική λειτουργία των οργανώσεων αποτελεί μια καίρια στρατηγική επιλογή. Η επιλογή αυτή όπως είναι εύλογο, μπορεί να έχει καταλυτική επίδραση στην ευρύτερη αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα της οργάνωσης είτε πρόκειται για μια επιχείρηση, είτε πρόκειται για μια δημόσια υπηρεσία, όπως η νοσοκομειακή μονάδα (Μπουραντάς & Βάθης, 1999:47).

Εκτός όμως από την επιλογή του κατάλληλου ανθρώπινου δυναμικού, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η διαχείριση του. Η διαχείριση αφορά μια σειρά από ζητήματα της σχέσης που αναπτύσσεται ανάμεσα στο ανθρώπινο δυναμικό και στην οργάνωση. Στο επίκεντρο της διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού, τίθεται η προσπάθεια της οργάνωσης για μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας της και συνεπώς της παροχής της μέγιστης ικανοποίησης προς τους καταναλωτές. Καταλυτικά στοιχεία αυτής της διαδικασίας, είναι η σωστή εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού, η ορθολογική αξιολόγηση του και η λειτουργική κατανομή του, με βάση τις επιμέρους ανάγκες που προκύπτουν (Λαλούμης & Ρούπας, 1996:47). Και αυτό διότι, η επίτευξη των παραπάνω στόχων μπορεί να συμβάλλει σε καταλυτικό βαθμό στη βελτίωση της ποιότητας των παραγόμενων εκροών που παράγει η οργάνωση.

Καθώς το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί μια καίρια εισροή των οργανισμών, δεν είναι δύσκολο να γίνει κατανοητό, ότι η σωστή διαχείριση του, μπορεί να έχει ιδιαίτερα σημαντικές θετικές επιδράσεις στη συνολική λειτουργία. Ειδικότερα, αν στη θέση του οργανισμού, εισέλθει ένα δημόσιο σύστημα υγείας, τότε η σωστή διαχείριση του ιατρικού δυναμικού, αναδεικνύεται ως μια κρίσιμη μεταβλητή για το τελικό επίπεδο των υπηρεσιών υγείας, που απολαμβάνει ο πληθυσμός. Συνεπώς η ορθολογική αντιμετώπιση του ιατρικού δυναμικού και η κατανομή του, στις θέσεις που χρειάζεται επιδρά σημαντικά στη συνολική αποτελεσματικότητα του συστήματος. Ουσιαστικά αυτό που έχει σημασία είναι με αυτή τη διαδικασία, επιχειρείται μια κάλυψη της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας, από την υπάρχουσα προσφορά (OECD, 2008).

Οι επαγγελματίες της υγείας, οφείλουν υπό αυτό το πρίσμα να κατανέμονται με τέτοιο τρόπο, ώστε να μη δημιουργούνται προβλήματα στην ικανοποίηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Η κατανομή των επαγγελματιών της υγείας στο γεωγραφικό χώρο της ζήτησης εκροών υγείας, είναι μια καίρια στρατηγική κίνηση. Πιο συγκεκριμένα η διαδικασία αυτή έχει ως βασικό σκοπό την αποφυγή στρεβλώσεων και δυσαναλογιών στη διαδικασία ίασης και φροντίδας των ανθρώπων. Επίσης, σημαντικό ρόλο στην αποτελεσματικότητα αυτής της διαδικασίας, διαδραματίζει και η λειτουργική αξιολόγηση του ιατρικού δυναμικού. Η λειτουργική αξιολόγηση, σε αυτή την περίπτωση, λειτουργεί ως εχέγγυο για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας προς τον πληθυσμό.

Η διασπορά των ιατρών στον χώρο, και οι όροι της σύνθεσης της έχουν απασχολήσει τη βιβλιογραφία (OECD, 2006, Dussault et al, 2010). Το ενδιαφέρον έχει επικεντρωθεί αφενός, στην κατανομή των ιατρών σε μια συγκεκριμένη γεωγραφική επικράτεια και αφετέρου στην κάλυψη των ιατρικών ειδικοτήτων από τους ιατρούς. Τα δύο αυτά χαρακτηριστικά προσδιορίζουν άμεσα το επίπεδο των υπηρεσιών υγείας καθώς περικλείουν τόσο τα γενικά όσο και τα ειδικά χαρακτηριστικά της προσφοράς υγείας (Mladovsky & Leone, 2010). Υπό αυτή την οπτική, δεν μπορεί να θεωρηθεί τυχαίο, ότι οι γεωγραφικές ανισότητες στην κατανομή των ιατρών, αλλά και των ιατρικών ειδικοτήτων, μπορούν να λειτουργήσουν ερμηνευτικά, για το παρεχόμενο επίπεδο υγείας προς τον πληθυσμό. Επίσης σημαντικό ρόλο, στην ύπαρξη στρεβλώσεων στην προσφορά υπηρεσιών υγείας, και ιδιαίτερα στην ποιότητα τους, έχουν τα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης των ιατρών που παρατηρούνται σε διαφορετικές χώρες.

1.2 Η Σημασία της Εκπαίδευσης και της Κατάρτισης των Ανθρωπίνων Πόρων

Όπως κάθε άλλο οργανωσιακό σύστημα έτσι και ένα σύστημα δημόσιας υγείας έχει ορισμένες προτεραιότητες αναφορικά με το σχεδιασμό του ανθρώπινου δυναμικού του. Η διαδικασία απόκτησης ειδικότητας για τους ιατρούς βασίζεται σε σχέση με την προσέγγιση της διοίκησης ανθρωπίνων πόρων στα ακόλουθα χαρακτηριστικά (Φαναριώτης, 1997, Λαλούμης & Ρούπας, 1996):

- Ο καθορισμός των αναγκαίων θέσεων στον οργανισμό και η κατανομή τους κατά επίπεδα.
- Η βελτίωση των συνθηκών εργασίας, ώστε να εξασφαλίζεται η υποκίνηση και η ικανοποίηση του προσωπικού στον υψηλότερο δυνατόν βαθμό.
- Η βελτίωση των τεχνικών πλευρών της εργασίας που αντιτίθεται σε κάθε εργαζόμενο, ώστε να εξασφαλίζεται ο μέγιστος βαθμός παραγωγικότητας, ταυτόχρονα με το υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης.
- Ο σχεδιασμός της παραγωγικής διαδικασίας, με τέτοιο τρόπο ώστε να εξασφαλισθεί ένα ικανοποιητικό επίπεδο λειτουργικής απόδοσης από την πλευρά των μεγαλύτερης έκτασης υποσυστημάτων.
- Η ανάπτυξη μιας ικανοποιητικής ισορροπίας μεταξύ της αποδοτικότητας στην παραγωγή και της ικανοποίησης του εργαζόμενου με μια μακροχρόνια προοπτική

Υπό αυτήν την οπτική η απόκτηση του τίτλου ειδικότητας εντάσσεται στη γενικότερη διάταξη της εκπαίδευσης και της κατάρτισης του ανθρώπινου δυναμικού του δημόσιου συστήματος υγείας. Η εκπαίδευση του προσωπικού είναι βασικό στοιχείο κάθε ολοκληρωμένου διοικητικού συστήματος, καθώς τα τελικά της αποτελέσματα, μπορούν να επιφέρουν σημαντικές βελτιώσεις στην τελική ποιότητα των παραγόμενων εκροών. Δεν είναι δύσκολο υπό αυτό το πρίσμα να καταστεί κατανοητό, ότι η βελτίωση της ποιότητας συνεπάγεται άμεση μείωση του κόστους.

Θεωρείται χρήσιμο να τονιστεί ότι επιγραμματικά με τον όρο εκπαίδευση εννοείται η σχεδιασμένη διαδικασία που αποβλέπει στην τροποποίηση των διαθέσεων-στάσεων, των γνώσεων και των κλίσεων της συμπεριφοράς, μέσω εμπειρικής μάθησης, για την επίτευξη αποτελεσματικής απόδοσης σε μια δραστηριότητα ή σε ένα πεδίο δραστηριοτήτων (Byars, 2003:124). Σκοπός της, στην εργασιακή κατάσταση, είναι να αναπτύξει τις ικανότητες του ατόμου και να ικανοποιήσει τις τρέχουσες και μελλοντικές ανάγκες της επιχείρησης.

Όσον αφορά ειδικότερα στη λειτουργία του δημόσιου συστήματος υγείας η εκπαίδευση και η κατάρτιση των ειδικευόμενων ιατρών περιλαμβάνει ταυτόχρονα και υπηρεσίες άμεσης εφαρμογής των γνώσεων σε ασθενείς και φυσικά σχετίζεται και με σωματικές δεξιότητες και τεχνικές γνώσεις, αλλά και με μια ώριμη πνευματική κατάρτιση. Η εκπαιδευτική αυτή διαδικασία προωθεί τη δημιουργικότητα των ιατρών καθώς πλέον, όπως θα δούμε και παρακάτω,

είναι σε σημαντικό βαθμό υπεύθυνοι για τη θεραπεία των ασθενών. Σε μια επιγραμματική διατύπωση θα έλεγε κανείς ότι η εκπαίδευση βοηθάει ή διαμορφώνει τις γνώσεις, τις δεξιότητες και τη διάθεση προς την εργασία

1.3 Η σημασία της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και η συνάρτηση της με την έννοια της Ποιότητας του Ανθρώπινου Δυναμικού στην Υγεία

Η συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση είναι αναμφίβολα ένα βασικό χαρακτηριστικό της βελτίωσης της ποιότητας των ανθρωπίνων πόρων ενός δημόσιου συστήματος υγείας. Προτού μελετηθούν τα βασικά χαρακτηριστικά της συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης των ιατρών, τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό, θεωρείται χρήσιμο να αποσαφηνιστούν ορισμένα βασικά στοιχεία για την έννοια της ποιότητας και τη σύνδεση της με τους ανθρώπινους πόρους ενός συστήματος ή ενός οργανισμού.

Η έννοια της ποιότητας μπορεί να προσδιοριστεί μέσα από την προσπάθεια ενός οργανισμού ή ενός συστήματος να παρέχει την απαιτούμενη ικανοποίηση προς το κοινό που επιζητά τις υπηρεσίες της. Η κατανάλωση των προϊόντων ή των υπηρεσιών της οργανωτικής μονάδας συνιστά τη διαδικασία αποκόμισης ενός συγκεκριμένου επίπεδου χρησιμότητας εκ μέρους των καταναλωτών (Χαχολιάδης, 1990:121). Η ποιότητα ως έννοια περιλαμβάνει όλα εκείνα τα στοιχεία τα οποία έχουν τη δυνατότητα να συνδράμουν στην επίτευξη σημαντικής αν όχι πλήρους ικανοποίησης του κοινού που συνιστά την πλευρά της ζήτησης (Λογοθέτης, 2005:30). Υπό αυτήν την έννοια η ποιότητα αποτελεί ένα σημαντικό μέσο της οργάνωσης στην προσπάθεια της για ικανοποίηση των αναγκών και των απαιτήσεων των καταναλωτών των υπηρεσιών της (Τσιότρας, 2002:27).

Αξίζει να σημειωθεί ότι η ποιότητα προσδιορίζεται από το καταναλωτικό κοινό και όχι από την ίδια την οργάνωση, ή σε κάθε περίπτωση από το σύστημα που την παρέχει. Η αξιολόγηση και ο προσδιορισμός της ποιότητας βασίζεται πρωτίστως στην εμπειρία που αποκομίζει ο καταναλωτής από την κατανάλωση των προϊόντων και των υπηρεσιών που ικανοποιούν τις ανάγκες του. Η ποιότητα μετράται έναντι των απαιτήσεων του κοινού και παρά το γεγονός ότι έχει υποκειμενικό χαρακτήρα δεν παύει να αντιπροσωπεύει έναν ενδιάμεσο στόχο, δηλαδή ένα μέσο στην ευρύτερη προσπάθεια των οργανισμών να ικανοποιήσουν στους στόχους τους.

Η έννοια και η συνακόλουθη διαδικασία της ποιότητας μπορεί να επιμεριστεί σε δύο βασικές διαστάσεις (Δερβιτσιώτης, 2005:45-46). Η πρώτη προσδιορίζει την ποιότητα ως μια συγκεκριμένη δραστηριότητα του οργανισμού, η οποία έχει ως βασικό πλαίσιο λειτουργία τον κύκλο ζωής του προϊόντος. Αντίστοιχα η δεύτερη τοποθετεί την ποιότητα στη συνολική δράση του οργανισμού, με αποτέλεσμα να καθορίζει σε σημαντικό βαθμό τις οργανωσιακές πρωτοβουλίες του.

Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω το ελληνικό σύστημα υγείας οφείλει να αναπτύσσει εκείνες τις πρωτοβουλίες ώστε να προσφέρει υψηλές υπηρεσίες προς το «καταναλωτικό» κοινό που δεν είναι άλλο από τους Έλληνες ασθενείς. Το κοινό στην περίπτωση του δημόσιου συστήματος υγείας, διέπεται από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, που κυρίως εδράζονται στην ανάγκη για θεραπεία και ίαση συγκεκριμένων νόσων. Αν ληφθεί υπόψη ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας εκ μέρους του δημόσιου συστήματος υγείας προς το κοινό, πρέπει να είναι συχνά επιτακτική, μπορεί εύκολα να γίνει κατανοητή η κρίσιμη διάσταση της ποιότητας στην προσφορά υπηρεσιών υγείας. Αν επίσης προστεθεί και το ότι συχνά οι ασθενείς δεν έχουν πληροφόρηση για την ασθένεια τους, αλλά αποκλειστικός κάτοχος και γνώστης είναι ο ιατρός, μπορεί να γίνει ευκολότερα κατανοητό, ότι η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας διέρχεται από το ανθρώπινο κεφάλαιο των υπηρεσιών.

Κατά συνέπεια απαιτούνται οι συνεχείς εκείνες ενέργειες οι οποίες θα συμβάλλουν στη βελτίωση του ανθρώπινου δυναμικού των νοσοκομείων. Η επιτυχής έκβαση αυτής της διαδικασίας, δηλαδή η βελτίωση της ποιότητας του ανθρώπινου δυναμικού για έναν οργανισμό μπορεί να προσδιοριστεί με βάση τις παρακάτω προτεραιότητες (Σπανός, 2005:25):

- Παροχή βελτιώσεων στην εκπαίδευση και στην κατάρτιση του ανθρώπινου δυναμικού
- Παροχή ενός δυναμικού πλαισίου επικοινωνίας ανάμεσα στο ανθρώπινο δυναμικό και τον οργανισμό
- Συνεχή παροχή ευκαιριών για ανταλλαγή απόψεων και γνώσεων μεταξύ συναδέλφων και εκπαιδευτικών και νοσοκομειακών ιδρυμάτων.
- Γνωριμία του ανθρώπινου δυναμικού του οργανισμού με νέες μεθόδους παραγωγής σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα.

Βασικό χαρακτηριστικό όλων των παραπάνω στοιχείων είναι η εκπαίδευση. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση, ειδικά για την περίπτωση των ιατρών, μπορεί να λειτουργεί καταλυτικά, τόσο για τη βελτίωση των δεξιοτήτων τους, όσο και για την ενίσχυση της ποιότητας που χαρακτηρίζει το σύνολο της λειτουργίας ενός συστήματος υγείας.

1.4 Η Υγεία σε Εθνικό και Ευρωπαϊκό Επίπεδο

Σε ότι αφορά στην επιλογή της παράθεσης των γενικότερων στοιχείων για την υγεία, αυτή βασίζεται στην παροχή πληροφοριών για το ευρύτερο πλαίσιο μέσα στο οποίο ασκείται η ιατρική, σε επίπεδο χώρας, αλλά και σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η κατανόηση των στοιχείων αυτών, μπορεί να λειτουργήσει ως θεμέλιο για τη βαρύτητα που έχει η ιατρική εκπαίδευση, τόσο σε επίπεδο λήψης πτυχίου, όσο και σε επίπεδο απόκτησης της ειδικότητας, αλλά και της δια βίου εκπαίδευσης.

1.4.1 Η Υγεία σε Επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης

Τοποθετώντας την υγεία σε άμεση προτεραιότητα και αντιμετωπίζοντας πολλές απειλές όπως τη γήρανση του πληθυσμού, τις ανισότητες στην περίθαλψη, τη μετανάστευση, τις διασυνοριακές απειλές, την κινητικότητα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού αλλά και των ασθενών, τις πανδημίες, τη βιοτρομοκρατία, την παγκοσμιοποίηση αλλά και τις κλιματικές αλλαγές, η ΕΕ-27 προτείνει ένα πλαίσιο δράσης μέχρι το 2013 με σκοπό να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τις ανάγκες αυτές του πληθυσμού της. Η Λευκή Βίβλος καθορίζει μια νέα στρατηγική για την υγεία 2008-2013 προκειμένου να αντιμετωπιστούν όλα τα καιρία προβλήματα τόσο σε ευρωπαϊκό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο. Η στρατηγική στοχεύει στην ενίσχυση της κοινοτικής συνεργασίας όπου τα κράτη μέλη δεν πρέπει να δρουν από μόνα τους χωρίς σχέδιο και ευρωπαϊκή συνεργασία και στην επίτευξη καλύτερης κατανόησης των θεμάτων υγείας.

Αξίζει να υπογραμμιστεί ότι η παρούσα στρατηγική πρόκειται να χρηματοδοτηθεί από τα μέσα του τρέχοντος δημοσιονομικού προγράμματος που εκπνέει το 2013. Η αύξηση των δαπανών σε συνδυασμό με τις ολοένα αυξανόμενες ανάγκες και προσδοκίες των πολιτών για βελτιωμένες υπηρεσίες υγείας λειτούργησε ως καταλύτης στην ανάπτυξη των νέων διαγνωστικών θεραπευτικών τεχνολογιών καθώς και της πληροφορικής κάτι που είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση των επιλογών των ασθενών και τη διαμόρφωση νέων σχέσεων κράτους και αγοράς. Έτσι, από το 1980 το ποσοστό του ΑΕΠ που δαπανάται για την υγεία στις δυτικές χώρες φτάνει

στο 7% - 10%. Συγκεκριμένα στην ΕΕ-27 τα κράτη μέλη δαπανούν κατά μέσο όρο 7,76% του ΑΕΠ για υγειονομική περίθαλψη. Ωστόσο, σε κάθε χώρα οι αλλαγές συντελούνται σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμιακού της μοντέλου, όπως αυτό διαμορφώνεται από το ιστορικό, πολιτισμικό και κοινωνικοπολιτικό της μοντέλο. (Ερμείδου, 2009)

1.4.2 Η Υγεία στην Ελληνική Επικράτεια

Με την καθιέρωση του ΕΣΥ το σύστημα υγείας στην Ελλάδα ανήκει στην κατηγορία του μοντέλου Beveridge μαζί με την Ιταλία, Ισπανία, Σουηδία σε αντίθεση με τα αντίστοιχα της Γαλλίας, Γερμανίας, Ολλανδίας που ανήκουν στο μοντέλο Bismarck. Ωστόσο, ο ιδιωτικός τομέας από τα τέλη της δεκαετίας του '90 και μέχρι σήμερα διαρκώς αναπτύσσεται, πραγματοποιώντας επενδύσεις και εξαγορές, τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό. Τα νοσοκομεία στην Ελλάδα είναι κυρίως δημόσια νοσοκομεία του ΕΣΥ και ιδιωτικές κλινικές, ενώ η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, από τα κέντρα υγείας ΕΣΥ, από τα πολυϊατρεία του ΙΚΑ, από ιδιώτες ιατρούς και από τα διαγνωστικά ιατρικά κέντρα. Ο δε ιατρικός εξοπλισμός παρέχεται από ιδιωτικές εταιρίες με κατευθείαν προμήθεια ή μετά από διεξαγωγή μειοδοτικών διαγωνισμών.

Παρατηρώντας την πορεία του κλάδου, αξίζει να σημειωθεί ότι τα τελευταία χρόνια διαπιστώνεται μια σταδιακή εγκατάλειψη των παραδοσιακών μοντέλων που προαναφέρθησαν, υιοθετώντας ένα μοντέλο μικτής περιφερειακής διοίκησης σε συνδυασμό με την αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας, όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και στις άλλες χώρες κυρίως της Ανατολικής Ευρώπης. Σύμφωνα με δημοσιευμένα στοιχεία του ΟΟΣΑ στην Ελλάδα οι δαπάνες για την υγεία μεταξύ του έτους 2000 και 2006 αυξήθηκαν κατά 7,2%, ξεπερνώντας το μέσο όρο αύξησης των χωρών του ΟΟΣΑ κατά 2,8%. Αξίζει να σημειωθεί ότι το δημόσιο φαίνεται να είναι ο κύριος χρηματοδότης των υπηρεσιών υγείας για όλα τα κράτη του ΟΟΣΑ με το μέσο όρο να φτάνει στο 73% για τα κράτη του ΟΟΣΑ και στην Ελλάδα στο 62% κατά το έτος 2006.

Σύμφωνα και πάλι με τα επίσημα στοιχεία του ΟΟΣΑ, οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα κατά το 2006 έφθασαν στο 9,1% του ΑΕΠ, κατά 0,2% περισσότερο από το μέσο όρο του συνόλου των χωρών του ΟΟΣΑ. Θα πρέπει να τονισθεί επίσης ότι οι ΗΠΑ βρίσκονται πρώτες στην κατάταξη δαπανών υγείας κατά το έτος 2005 με ποσοστό 15,3% του ΑΕΠ και ακολουθεί η Ελβετία με ποσοστό 11,3%, η Γαλλία (11,1%) και η Γερμανία (10,6%) ενώ αξίζει να σημειωθεί

ότι σε σχέση με τα υπέρογκα ποσά που δαπανώνται για την υγεία στις ΗΠΑ, τα μέχρι τώρα αποτελέσματα του κλάδου βρίσκονται σε χαμηλά επίπεδα σε σχέση με τις άλλες χώρες. (Ερμείδου, 2009)

1.4.3 Η Σχέση ανάμεσα στην Υγεία την Οικονομική Δραστηριότητα και το σχεδιασμό του ανθρώπινου δυναμικού

Είναι αποδεκτό ότι η εκτίμηση των αναγκών σε υγειονομικό προσωπικό πρέπει να στηρίζεται στη γνώση του οργανωτικού πλαισίου του υγειονομικού συστήματος, των πραγματικών αναγκών υγείας του πληθυσμού, καθώς και των διαθέσιμων πόρων. Το απαραίτητο αυτό δυναμικό πληροφοριών για τον ορθολογικό προγραμματισμό του προσωπικού μπορεί να είναι διαθέσιμο μόνο με την ύπαρξη ενός οργανωμένου συστήματος πληροφορικής στο οποίο μεταξύ άλλων να καταχωρούνται τόσο τα στοιχεία των εργαζομένων όσο και οι ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Στην πράξη, στα περισσότερα υγειονομικά συστήματα, ο προγραμματισμός του υγειονομικού προσωπικού υπαγορεύεται από τις οικονομικές δυνατότητες και συνεπώς ο αριθμός των απασχολούμενων στον τομέα της υγείας καθορίζεται (συνήθως αποκλειστικά) από τη δυνατότητα πληρωμής τους. Πρόσθετα, κατά τη διαδικασία του προγραμματισμού συχνά παραγνωρίζεται το αυτονόητο ότι δηλαδή οι πολιτικές διαχείρισης και ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού θα πρέπει να στοχεύουν στην ικανοποίηση των πραγματικών αναγκών των χρηστών των υπηρεσιών υγείας και όχι το αντίθετο (Λιαρόπουλος, 2009).

Επιπλέον, τεκμηριωμένα στοιχεία δείχνουν ότι η σχέση υγείας και οικονομίας είναι άμεση και σε παγκόσμιο επίπεδο τα στοιχεία αποδεικνύουν ότι όσο πιο εύρωστη είναι μια χώρα τόσο περισσότερο δαπανά για την υγεία. Η πραγματική επίδραση της οικονομίας στην διαμόρφωση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού εκτιμάται από την οργανωτική δομή μιας κοινωνίας, από την οργάνωση της οικονομίας και τη μορφή της κοινωνικής διαστρωμάτωσης σε σχέση με την παραγωγή. Σύμφωνα με την έρευνα World Health Report 2000 που διεξήχθη για πρώτη φορά από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ανάμεσα στις 191 χώρες μέλη του οργανισμού, το πιο αποτελεσματικό σύστημα υγείας το έχει η Γαλλία και ακολουθούν η Ιταλία, Ισπανία, το Ομάν, η Αυστρία και η Ιαπωνία με τις ΗΠΑ να κατέχουν την 37η θέση στο πίνακα κατάταξης, παρά το γεγονός ότι οι ΗΠΑ δαπανούν σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ το 15,3% του ΑΕΠ για την υγεία.

Σαφώς και η εμπειρία αλλά και η πρόσφατη μελέτη του ΠΟΥ δείχνει ότι η υγεία εξαρτάται άμεσα από την οικονομία, ωστόσο στο ερώτημα πως θα γίνει η κατανομή των κεφαλαίων υγείας αφού εξαρτάται από την κοινωνική οργάνωση της χώρας απόλυτα σωστή απάντηση δεν υπάρχει. Να σημειωθεί ότι κατά την έρευνα οι χώρες που δαπανούν, κατά κεφαλήν, λιγότερο από 60 δολάρια ετησίως δεν κατατάσσονται στις χώρες των οποίων ο πληθυσμός έχει άμεση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Μια άλλη έρευνα δείχνει ότι στις πλούσιες χώρες ο πληθυσμός ζει κατά μέσο όρο 22 χρόνια περισσότερο απ' όσο στις φτωχές (Ερμείδου, 2009).

ΚΕΦ 2: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Η παρούσα διατριβή εκπονήθηκε με κύριο χαρακτηριστικό την πρωτογενή έρευνα που αναπτύχθηκε μέσω συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης, συλλογής πρωτογενούς υλικού από ιατρικούς συλλόγους αλλά και στοιχείων με ημιδομημένο ερωτηματολόγιο από διάφορες ευρωπαϊκές χώρες που συμμετείχαν στο ευρύτερο ερευνητικό πρόγραμμα του LSE καθώς και με φόρμα δεδομένων που δημιουργήθηκε και συμπληρώθηκε από δείγμα νοσοκομείων της ελληνικής επικράτειας για τις αναμονές των ιατρικών ειδικοτήτων.

2.1 Συλλογή στοιχείων για το θεσμικό και λειτουργικό πλαίσιο αναφορικά με την ιατρική εκπαίδευση και την άσκηση της ιατρικής επιστήμης μέσω ημιδομημένου ερωτηματολογίου.

Η παρούσα πρόταση αποτελεί μέρος ευρύτερου ερευνητικού προγράμματος το οποίο συντονίζει το London School of Economics (LSE). Το ερωτηματολόγιο (Παράρτημα II) τόσο ως προς την δομή του όσο και ως προς το περιεχόμενο του καταρτίστηκε από το LSE και ο γράφων με την επιβλέπουσα καθηγήτρια αποτέλεσαν τους εμπειρογνώμονες της Ελλάδας (country experts) ως μέλη της ομάδας μελέτης και τους υπεύθυνους συγγραφής της ελληνικής έκθεσης.

Το ερωτηματολόγιο εστάλη σε πολλές τις Ευρωπαϊκές χώρες καθώς και στον Καναδά. Οι χώρες των οποίων οι εθνικοί αντιπρόσωποι είχαν απαντήσει κατά την συγγραφή της συγκεκριμένης διατριβής και τα στοιχεία τους χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα εργασία είναι οι εξής: Μεγ. Βρετανία, Γαλλία, Γερμανία.

Στα κατατιθέμενα στοιχεία έγινε ανάλυση των επιμέρους απαντήσεων που δόθηκαν καθώς και σύγκριση των διαφορών που υπάρχουν ανά χώρα σε τομείς όπως η εκπαιδευτική διαδικασία λήψης του πτυχίου ιατρικής, οι προϋποθέσεις απόκτησης άδειας ασκήσεως επαγγέλματος, η έναρξη για τη λήψη ειδικότητας, η αριθμητική και γεωγραφική κατανομή των ειδικοτήτων, η αξιολόγηση της εκπαιδευτικής διαδικασίας καθώς και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση μετά την λήψη του τίτλου ειδικότητας όπως και η αναγνώριση των τίτλων άλλων ευρωπαϊκών χωρών.

Ανάλογα με τα προς συμπλήρωση αιτούμενα στοιχεία, οι εμπειρογνώμονες απαιτήθηκε να έρθουν σε επαφή με διάφορους οργανισμούς και φορείς που σχετίζονται με το θέμα όπως για παράδειγμα τις Γραμματείες Ιατρικών Σχολών, τους Προέδρους Ιατρικών Εταιρειών, τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, τους Ιατρικούς Συλλόγους της χώρας, τις Διευθύνσεις Υγείας των

Περιφερειών καθώς και Νοσοκομεία σε όλη την επικράτεια που παρέχουν πλήρη ή μερική ειδικότητα.. Σε αυτούς αποστάλθηκαν τμηματικά τα σημεία που ερωτηματολογίου για τα οποία είχαν τη δυνατότητα παροχής στοιχείων για να γίνει στη συνέχεια συλλογή αυτών των δεδομένων και η μορφοποίηση τους σύμφωνα με τις ανάγκες του ερωτηματολογίου.

2.2 Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση – Πρωτογενές υλικό Ιατρικών Συλλόγων και Ιατρικών Σχολών

Για την αναζήτηση του σχετικού νομοθετικού πλαισίου και της νομολογίας σχετικά με την απόκτηση του πτυχίου ιατρικής, της άδειας ασκήσεως επαγγέλματος, του τίτλου ειδικότητας αλλά και την υπηρεσία υπαίθρου, χρησιμοποιήθηκαν η κείμενη νομοθεσία με νομοθετήματα του Υπουργείου Υγείας, τα συναφή Προεδρικά Διατάγματα με αναφορά και αντιστοιχία στους παραπάνω τίτλους, καθώς και το νομικό καθεστώς των Ιατρικών Συλλόγων σχετικά με την εκπαίδευση αλλά και οι Οδηγοί Σπουδών των Ιατρικών Σχολών της ελληνικής επικράτειας.

Έπειτα αναλύθηκε η κύρια διεθνής βιβλιογραφία της πολιτικής για τους ανθρώπινους πόρους για την υγεία ώστε να προσδιοριστούν τα βασικά θέματα γύρω από την υπερπροσφορά των γιατρών σε διάφορες χώρες. Στη συνέχεια, διεξήχθη μια αναζήτηση για τα δεδομένα και τη σχετική βιβλιογραφία για τους ανθρώπινους πόρους στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα σύμφωνα με τα θέματα που έχουν προσδιοριστεί. Ερευνήθηκαν οι ακόλουθες βάσεις δεδομένων: Οι εκθέσεις του 2010 και 2006 ΟΟΣΑ για την υγεία, η βάση δεδομένων της Eurostat, η Ελληνική Στατιστική Αρχή, και η βάση δεδομένων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (HFA-DB) για την Ευρώπη. Επιπλέον, δημοσιευμένα άρθρα για την Ελλάδα ανακτήθηκαν από Pubmed, Scopus, ISI Web of Science και IATROTEK. Δεδομένου ότι ο στόχος της μελέτης είναι να δώσει μια κριτική επισκόπηση των παραγόντων που επηρεάζουν την εκπαιδευτική, θεσμική αλλά και πολιτική διάσταση της ιατρικής εκπαίδευσης η μεθοδολογία περιέλαβε την παρουσίαση τόσο στατιστικών στοιχείων όσο και πληροφοριών πολιτικής.

2.3 Συλλογή στατιστικών στοιχείων της κατανομής των ιατρών.

Για τα στοιχεία αναφορικά με τη γεωγραφική κατανομή αλλά και την κατανομή μεταξύ των ειδικοτήτων του ιατρικού δυναμικού, συλλέχθηκαν πρωτογενή δεδομένα τόσο από την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία όσο και από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, τους Ιατρικούς Συλλόγους, καθώς και τις Ιατρικές Εταιρείες διαφόρων ειδικοτήτων.

Για τις ανάγκες της μελέτης δημιουργήθηκε φόρμα δεδομένων αναφορικά με τον αριθμό των ιατρών ανά ειδικότητα, την ηλικιακή και γεωγραφική κατανομή τους και την κατανομή τους ως προς το φύλο. Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί ότι τόσο για την ηλικιακή κατανομή των διάφορων ειδικοτήτων όσο και για το φύλο δεν υπήρχαν και τελικά δεν συλλέχθηκαν στοιχεία από την Ελλάδα, λόγω αδυναμίας των ιατρικών συλλόγων να τα προσκομίσουν.

2.4 Φόρμα δεδομένων για τις αναμονές των ιατρικών ειδικοτήτων

Σχετικά με τις αναμονές των ιατρικών ειδικοτήτων θα πρέπει να επισημανθεί ότι δεν παρέχονται σχετικές πληροφορίες από το Υπουργείο Υγείας προς τους ενδιαφερόμενους ιατρούς. Ο κάθε ειδικευόμενος θα πρέπει να ζητήσει πληροφορίες από τα Νοσοκομεία για τα οποία ενδιαφέρεται, τα οποία επίσης δεν παρέχουν ακριβείς πληροφορίες για το χρόνο αναμονής. Η μόνη πληροφορία που είναι διαθέσιμη είναι ο χρόνος ολοκλήρωσης της ειδικότητας των υπηρετούντων ιατρών από την πλευρά των Νοσοκομείων και τα αριθμητικά δεδομένα της λίστας αναμονής για κάθε Νοσοκομείο από την πλευρά της Περιφέρειας που ανήκουν τα Νοσοκομεία αυτά. Ως εκ τούτου, προκειμένου για τις ανάγκες της παρούσας διατριβής, να εκτιμηθεί κατά προσέγγιση ο χρόνος αναμονής για τις ιατρικές ειδικότητες στην Ελλάδα με έναν ενιαίο και αξιόπιστο τρόπο, απαιτήθηκε η συλλογή πρωτογενών δεδομένων από νοσοκομεία και η ανάπτυξη μιας συνάρτησης προκειμένου να είναι εφικτή η εκτίμησή του.

Ο υπολογισμός του χρόνου αναμονής έγινε ως εξής: Αρχικά υπολογίσθηκε η ημερομηνία λήξης της σύμβασης των ήδη υπαρχόντων ειδικευομένων ιατρών. Στη συνέχεια, η ημερομηνία λήξης της σύμβασης τους θεωρήθηκε ως η ημερομηνία έναρξης των επόμενων στη σειρά κατάταξης. Με βάση τη διάρκεια ειδικότητας που δήλωσαν υπολογίσθηκε η δική τους ημερομηνία λήξης, η οποία ορίζεται ως ημερομηνία έναρξης των επόμενων κ.ο.κ. Με βάση αυτήν την ακολουθία υπολογίσθηκε η ημερομηνία έναρξης της ειδικότητας για κάποιον που θα δήλωνε τη χρονική στιγμή που λάμβανε χώρα η συγκεκριμένη έρευνα.

Ο παραπάνω υπολογισμός μπορεί να εκφραστεί και με τη μορφή ενός απλού αλγορίθμου-εξίσωσης ως εξής: Αν ονομάσουμε την ημερομηνία λήξης της θητείας ενός ειδικευομένου ως «λ», «ε» την πιθανή ημερομηνία έναρξης της διαδικασίας λήψης ειδικότητας, «δ» την διάρκεια των ετών ειδικότητας που προσφέρει το νοσοκομείο, «x» τον αριθμό της θέσης μας στην λίστα αναμονής και «σ» το σύνολο των θέσεων ειδικότητας σε ένα νοσοκομείο τότε γνωρίζοντας την θέση ενός ειδικευομένου στη λίστα αναμονής και υπολογίζοντας ποιον ειδικευόμενο που ήδη

λαμβάνει ειδικότητα θα αντικαταστήσει μετά την λήξη της θητείας του, η πιθανή ημερομηνία έναρξης προκύπτει από την εξίσωση:

$$\varepsilon_x = \varepsilon_{x-\sigma} + \delta$$

Ας πάρουμε για παράδειγμα σε ένα νοσοκομείο που παρέχει πλήρη ειδικότητα της Οφθαλμολογίας (σύνολο 4 έτη) όπου οι θέσεις ειδικότητας είναι τρεις, οι ημερομηνίες λήξης της θητείας αυτών που υπηρετούν είναι $\lambda_1=10/2012$, $\lambda_2=12/2012$, $\lambda_3=5/2014$. Αν υποθέσουμε ότι στη λίστα αναμονής της Περιφέρειας για την ειδικότητα της Οφθαλμολογίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο υπάρχουν πέντε ιατροί, τότε αν θελήσουμε να υπολογίσουμε την ημερομηνία έναρξης της ειδικότητας στην περίπτωση που καταλάβουμε την επόμενη έκτη θέση θα πρέπει σκεφτούμε ως εξής: Οι τρεις πρώτοι ιατροί της λίστας αναμονής θα αρχίσουν την ειδικότητα τους στις ημερομηνίες λήξης των συναδέλφων που υπηρετούν. Δηλαδή οι ημερομηνίες έναρξης ειδικότητας είναι $\varepsilon_1=10/2012$, $\varepsilon_2=12/2012$, $\varepsilon_3=5/2014$ και οι αντίστοιχες δικές τους ημερομηνίες λήξεις προκύπτουν αν προσθέσουμε 4 έτη, όση δηλαδή και η διάρκεια της ειδικότητας της Οφθαλμολογίας. Άρα οι νέες ημερομηνίες λήξης είναι $\lambda_1'=10/2016$, $\lambda_2'=12/2016$, $\lambda_3'=5/2018$. Η θέση μας στην λίστα αναμονής που θα δημιουργηθεί μετά την ανάληψη καθηκόντων από τους τρεις ιατρούς θα είναι πλέον η τρίτη και η ημερομηνία έναρξης τον 5/2018. Σύμφωνα και με την εξίσωση: $\varepsilon_6 = \lambda_3' = \varepsilon_{6-3} + \delta = \varepsilon_3 + 4 = 5/2014 + 4 \text{ έτη} = 5/2018$

Συνοπτικά το παράδειγμα μας και υπό την μορφή πινάκων για ευκολότερη κατανόηση:

Πίνακας 2.1: Τρόπος υπολογισμού ημερομηνίας έναρξης ειδικότητας

Υπηρετούντες ιατροί	Λήξη Θητείας
1ος	$\lambda_1=10/2012$
2ος	$\lambda_2=12/2012$
3ος	$\lambda_3=5/2014$

Γιατροί σε αναμονή	Έναρξη Θητείας	Λήξη Θητείας = Έναρξη Θητείας + Διάρκεια Προσφερόμενης ειδικότητας
1ος	$\varepsilon_1 = \lambda_1 = 10/2012$	$\lambda_1' = \varepsilon_1 + \delta = 10/2012 + 4 = 10/2016$
2ος	$\varepsilon_2 = \lambda_2 = 12/2012$	$\lambda_2' = \varepsilon_2 + \delta = 12/2012 + 4 = 12/2016$
3ος	$\varepsilon_3 = \lambda_3 = 5/2014$	$\lambda_3' = \varepsilon_3 + \delta = 5/2014 + 4 = 5/2018$
4ος	$\varepsilon_4 = \lambda_1' = 10/2016$	$\lambda_4' = \varepsilon_4 + \delta = 10/2016 + 4 = 10/2020$
5ος	$\varepsilon_5 = \lambda_2' = 12/2016$	$\lambda_5' = \varepsilon_5 + \delta = 12/2016 + 4 = 12/2020$
6ος	$\varepsilon_6 = \lambda_3' = 5/2018$	$\lambda_6' = \varepsilon_6 + \delta = 5/2018 + 4 = 5/2022$
και ούτω καθεξής ακολουθούν οι υπόλοιποι		

Είναι αυτονόητο ότι στις περιπτώσεις όπου ο αριθμός των ειδικευομένων που υπηρετούν είναι ίσος ή μεγαλύτερος από τον αριθμό των ειδικευομένων στην λίστα αναμονής οι ημερομηνίες λήξης της θητείας των υπηρετούντων ειδικευομένων ταυτίζονται με τις ημερομηνίες έναρξης των ιατρών που αναμένουν να εισαχθούν. Δηλαδή:

$$\varepsilon_x = \lambda_x$$

Πρέπει πάντως να σημειωθεί ότι το στοιχείο του χρόνου αναμονής είναι ένα δυναμικό στοιχείο το οποίο μεταβάλλεται καθημερινά και επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες όπως άδειες ειδικευομένων, ανακλήσεις ή διαγραφές ιατρών από τους καταλόγους αναμονής, αναστολή εκπαίδευσης, αλλαγές στον αριθμό των θέσεων αλλά και στο χρόνο ειδικότητας που προσφέρουν τα νοσοκομεία. Ως εκ τούτου οι μέσοι χρόνοι αναμονής έχουν αξία συγκριτική και ενδεικτική για τις αναμονές στα διάφορα νοσοκομεία.

Για το νομό Αττικής, πηγή αποτέλεσαν τα στοιχεία που συλλέχθηκαν ανά νοσοκομείο από το Σύστημα Διαχείρισης Ιατρικών Ειδικοτήτων (EDMS), το οποίο αποτελείται από Βάσεις Δεδομένων με συνεχή ενημέρωση, που περιλαμβάνουν τις Λίστες Διορισμού Ιατρών στα

Δημόσια Νοσοκομεία, που εδρεύουν στην ευρύτερη περιοχή Αθηνών - Πειραιώς. Για την Θεσσαλονίκη, το Ηράκλειο και τα Ιωάννινα, οι αναμονές εκτιμήθηκαν από τις αντίστοιχες περιφέρειες (και πρώην νομαρχίες).

Για τον υπολογισμό της αναμονής στην Αθήνα χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από τέσσερα μεγάλα νοσοκομεία από τα οποία εκτιμήθηκε και ο μέσος όρος. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από το Π.Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός», το Π.Γ.Ν. «Λαϊκό», το Π.Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς» και τον Ε.Ε.Σ. «Κοργιαλένιο- Μπενάκειο». Επιπλέον για ορισμένες ειδικότητες χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από ειδικά νοσοκομεία. Πιο συγκεκριμένα για την ειδικότητα της Παιδιατρικής και την ειδικότητα της Χειρουργικής παιδών από το Π.Γ.Ν. Παίδων «Αγία Σοφία» και Γ.Ν. Παίδων «Π. & Α. Κυριακού». Για την ειδικότητα της Δερματολογίας από το Ν.Α.Δ.Ν.Α. «Α. Συγγρός». Για την ειδικότητα της Ψυχιατρικής από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής και το «Αιγινήτειο». Για την ειδικότητα της Μαιευτικής-Γυναικολογίας από το Π.Γ.Ν. «Αλεξάνδρα» και Π.Γ.Ν. «Ε. Βενιζέλου». Για την ειδικότητα της Φυματιολογίας-Πνευμονολογίας από το Π.Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία» ενώ για την ειδικότητα της Ορθοπδικής και την ειδικότητα της Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης από το Π.Γ.Ν. «ΚΑΤ». Τέλος για την ειδικότητα της Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας από το Νοσοκομείο «Αρεταίειο» και το Π.Α.Ο.Ν.Α. «Άγιος Σάββας», για την ειδικότητα της Παθολογικής Ογκολογίας από το Π.Α.Ο.Ν.Α. «Άγιος Σάββας» ενώ για την ειδικότητα της Ιατροδικαστικής από το Ιατρικό και Τοξικολογικό. Εργαστήριο του Πανεπιστημίου Αθηνών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΚΕΦ 3: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΘΕΣΜΙΚΟΥ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ

Στο κεφάλαιο αυτό επιχειρείται να παρουσιαστούν τα βασικά χαρακτηριστικά του θεσμικού πλαισίου για την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος. Σκοπός του κεφαλαίου είναι να παρουσιάσει τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, μέσα από τη θεσμική και την ηθική του διάσταση. Η συνεισφορά του κεφαλαίου στη διατριβή έγκειται στο ότι διαμέσου της ανάλυσής του θα καταστεί εφικτή η ευρύτερη κατανόηση άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.

Το κεφάλαιο αναπτύσσεται σε πέντε βασικές ενότητες σε καθεμία από τις οποίες επιχειρείται η καταγραφή τόσο της ελληνικής πραγματικότητας όσο και των ευρωπαϊκών πρακτικών. Η πρώτη ενότητα περιγράφει τη διαδικασία απόκτησης πτυχίου ιατρικής. Η δεύτερη ενότητα τονίζει τους όρους παροχής αδείας για την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος. Συνακόλουθα στην τρίτη ενότητα περιγράφεται η υπηρεσία υπαίθρου που παρέχει ο ιατρός προκειμένου να αποκτήσει την αρμόζουσα εμπειρία. Στην τέταρτη ενότητα μελετάται η δραστηριότητα απόκτησης τίτλου ειδικότητας. Τέλος στην τελευταία ενότητα του κεφαλαίου παρουσιάζεται το ευρύτερο θεσμικό πλαίσιο της ευρωπαϊκής αναγνώρισης διπλωμάτων και άλλων τίτλων συναφών τίτλων του ιατρικού επαγγέλματος.

3.1 Απόκτηση πτυχίου ιατρικής

3.1.1 Γενικά στοιχεία

Η διαδικασία απόκτησης πτυχίου ιατρικής, στην ελληνική επικράτεια, λαμβάνει χώρα, μέσα από την επιτυχή παρακολούθηση του κύκλου σπουδών στις ανώτατες ιατρικές σχολές της χώρας. Η εισαγωγή στις ιατρικές σχολές ολοκληρώνεται μέσα από τη διαδικασία των πανελληνίων εξετάσεων κατά κύριο λόγο. Οι υποψήφιοι των σχολών είναι συνήθως αριστούχοι μαθητές, καθώς η βάση εισαγωγής στις ιατρικές σχολές είναι από τις υψηλότερες (Κότιος & Τσαουσάνης, 2012:87). Επίσης η εισαγωγή στις ιατρικές σχολές της Ελλάδας, μπορεί να γίνει με το σύστημα των κατατακτήριων εξετάσεων, όπου οι υποψήφιοι είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιων σχολών, οι

οποίοι διαγωνίζονται μεταξύ τους σε συγκεκριμένα μαθήματα¹. Τέλος ένας ακόμα τρόπος εισαγωγής στην ιατρική σχολή, ο οποίος έχει δεχθεί πολλές ενστάσεις είναι και το καθεστώς των μετεγγραφών από Πανεπιστήμια του εξωτερικού.

Συνολικά στο ελληνικό κράτος λειτουργούν επτά ιατρικές σχολές, που παρέχουν πτυχίο ανώτατης πανεπιστημιακής εκπαίδευσης. Οι σχολές αυτές είναι οι ακόλουθες:

1. Ιατρική Σχολή Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
2. Ιατρική Σχολή Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης
3. Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πάτρας
4. Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
5. Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
6. Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης
7. Ιατρική Σχολή Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης

Όπως μπορεί να γίνει κατανοητό, από την κατανομή των παραπάνω σχολών στον ελληνικό χώρο, υπάρχει μια σημαντική γεωγραφική διασπορά. Πιο συγκεκριμένα εκτός από την Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, λειτουργούν ανώτατες ιατρικές σχολές στους μεγάλους νομούς των γεωγραφικών διαμερισμάτων της χώρας και συγκεκριμένα στην Πάτρα, την Αλεξανδρούπολη, τα Ιωάννινα, τη Λάρισα και το Ηράκλειο. Συνεπώς μπορεί να υποστηριχθεί ότι η ιατρική εκπαίδευση παρέχεται στην Ελλάδα, στο σύνολο σχεδόν της επικράτειας.

3.1.2 Η διαδικασία λήψης πτυχίου

Όπως ισχύει σε όλα τα ανώτατα ιδρύματα, η απόκτηση του διπλώματος σπουδών διέρχεται μέσα από την επιτυχή παρακολούθηση μαθημάτων, εργαστηρίων και την κλινική-πρακτική εξάσκηση των φοιτητών. Η επιτυχής παρακολούθηση των μαθημάτων ουσιαστικά εκφράζεται με την επιτυχία στις εξετάσεις κάθε μαθήματος. Απαραίτητη προϋπόθεση ώστε να εξεταστεί επιτυχώς σε ένα μάθημα κάποιος φοιτητής είναι το γραπτό του, να λάβει κατά ελάχιστο τον βαθμό πέντε. Η επιτυχής παρακολούθηση του κύκλου σπουδών ιατρικής παρέχει τη δυνατότητα στο φοιτητή για λήψη όλων των απαραίτητων πιστωτικών μονάδων που απαιτούνται για τη λήψη του πτυχίου

¹ Κατά κανόνα τα μαθήματα αυτά είναι η Φυσιολογία, η Βιοχημεία, η Ανατομία, η Ιατρική Φυσική. Ωστόσο υπάρχουν αποκλίσεις μεταξύ των ιατρικών σχολών της χώρας.

του. Τα υποχρεωτικά εξάμηνα για την απόκτηση του πτυχίου της ιατρικής ανέρχονται σε δώδεκα, δηλαδή σε έξι ακαδημαϊκά έτη (Υπουργείο Παιδείας, 2012).

Ωστόσο το βασικό χαρακτηριστικό των ιατρικών σπουδών, είναι η επιτυχής εφαρμογή μιας σειράς δραστηριοτήτων κλινικού χαρακτήρα εκ μέρους των φοιτητών, που είναι άρρηκτα δεμένες με το ιατρικό επάγγελμα. Πιο συγκεκριμένα η συμμετοχή στα εργαστήρια των σπουδών παρέχει τη δυνατότητα στον υποψήφιο ιατρό να λάβει όλες εκείνες τις γνώσεις και να αποκτήσει εκείνες τις δεξιότητες προκειμένου να ασκήσει με επιτυχία το επάγγελμα του. Η συμμετοχή στα εργαστήρια των ιατρικών σπουδών περιλαμβάνει μεταξύ άλλων και τις επισκέψεις στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Οι επισκέψεις στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία λαμβάνουν χώρα με τη συνοδεία των καθηγητών-επιβλεπόντων ιατρών, όπου οι υποψήφιοι ιατροί παρακολουθούν τη διαδικασία θεραπείας ίασης και αποκατάστασης των ασθενών για όλες τις ασθένειες².

Πρόκειται ίσως για τη σημαντικότερη εμπειρία που αποκτούν οι υποψήφιοι ιατροί καθώς έχουν τη δυνατότητα, να συνδυάσουν τη θεωρία με την κλινική-πράξη. Άλλωστε ακολουθώντας τη διεθνή πρακτική, σε πολλά από τα εξεταζόμενα μαθήματα, η εξέταση των υποψηφίων ιατρών λαμβάνει χώρα, μέσα από την εξέταση και κυρίως τη διάγνωση στην οποία οι ίδιοι προβαίνουν σε πραγματικούς ασθενείς. Κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας, οι υποψήφιοι ιατροί έχουν τη δυνατότητα να αποδείξουν στους καθηγητές τους ότι μπορούν να ασκήσουν με επιτυχία το συγκεκριμένο επάγγελμα έχοντας αφομοιώσει πλήρως τόσο το θεωρητικό όσο και το πρακτικό κομμάτι της εκπαίδευσης τους.

Εκτός από την επιτυχή εξέταση στα μαθήματα της ιατρικής σχολής οι φοιτητές, υποχρεούνται να τηρούν και να σέβονται τον κανονισμό των σπουδών τους. Εκτός των άλλων, οι φοιτητές υποχρεούνται να εγγράφονται σε κάθε εξάμηνο, και να παρακολουθούν τα μαθήματα, ιδιαίτερα όσα θεωρούνται ως υποχρεωτικά (<http://www.med.uoc.gr>)³. Δεν είναι άλλωστε υπερβολή, αν υποστηριχθεί ότι η τήρηση των όρων του κανονισμού σπουδών συμβάλλει στην ενίσχυση της ηθικής και δεοντολογικής αντίληψης, για την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος.

2 Η διαδικασία αυτή, αναπτύσσεται στην πλειονότητα των μαθημάτων. Συνεπώς οι φοιτητές έχουν τη δυνατότητα να αποκτούν έμπρακτες γνώσεις για τους όρους αντιμετώπισης των περισσότερων ασθενειών.

3 Περισσότερες πληροφορίες για έναν κανονισμό σπουδών ιατρικής σχολής, μπορούν να αναζητηθούν στις ιστοσελίδες των προαναφερόμενων τμημάτων..

3.1.3 Στοιχεία Εκπαιδευτικής Διαδικασίας για την Απόκτηση του Τίτλου Σπουδών Ιατρικής

Όπως αναφέρθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο η εκπαίδευση για τη λήψη του πτυχίου ιατρικής λαμβάνει χώρα στις ιατρικές σχολές των ανώτατων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων. Απαραίτητη προϋπόθεση για την απόκτηση του πτυχίου ιατρικής, είναι η επιτυχής παρακολούθηση και εξέταση των μαθημάτων αλλά και των κλινικών εργαστηρίων εκ μέρους του υποψήφιου ιατρού. Αυτή η επιλογή αυτή της εκπαίδευσης, συνδυάζει τόσο την ιατρική θεωρία, όσο και την εφαρμογή της με σκοπό την παραγωγή του κατάλληλου ανθρώπινου κεφαλαίου που θα στελεχώσει στη συνέχεια τις ιατρικές υπηρεσίες και τις δομές υγείας.

Τα στοιχεία της εκπαιδευτικής διαδικασίας για την απόκτηση του πτυχίου ιατρικής οριοθετούν και τις υποχρεώσεις που έχουν οι φοιτητές ιατρικής. Οι υποχρεώσεις αυτές συνίστανται από την παρακολούθηση των υποχρεωτικών μαθημάτων, των κατά επιλογήν υποχρεωτικών μαθημάτων και της κλινικής εξέτασης. Σύμφωνα με τον Οδηγό Σπουδών της Ιατρικής Σχολής του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (2011:24) τα υποχρεωτικά μαθήματα διακρίνονται στις παρακάτω κατηγορίες⁴:

1. Μαθήματα Πληροφορικής, Τεχνολογίας, Μεθοδολογίας και Ξενόγλωσσης Ιατρικής Ορολογίας.
2. Μαθήματα των βασικών ιατρικών επιστημών, που προσφέρουν τις απαραίτητες γνώσεις για τις λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού και την κατανόηση των μηχανισμών των νόσων του.
3. Μαθήματα προκλινικά και κλινικά, που εισάγουν τους φοιτητές ιατρικής στην κατανόηση της απαιτούμενης μεθοδολογίας για την επιτυχή αντιμετώπιση των νόσων.
4. Μαθήματα κοινωνικού προσανατολισμού, που βασικό σκοπό έχουν την κατανόηση εκ μέρους του ιατρού των βασικών κοινωνικών περιβαλλοντικών προβλημάτων με σκοπό την ενίσχυση της ανθρωπιστικής του παιδείας.

⁴ Στο σύνολο τους οι πληροφορίες της παρούσας υπό-ενότητας αντλήθηκαν από τον συγκεκριμένο οδηγό σπουδών..

Εκτός από τα προκλινικά και τα κλινικά μαθήματα, των οποίων η διδασκαλία λαμβάνει χώρα στις νοσοκομειακές κλινικές, τα υπόλοιπα μαθήματα διδάσκονται στα πανεπιστημιακά αμφιθέατρα.

Συνακόλουθα, τα κατ' επιλογήν υποχρεωτικά μαθήματα προσδιορίζονται με σκοπό την ενίσχυση των γνώσεων του ιατρού σε ευρύτερα θέματα της επιστήμης του. Σκοπός της διδασκαλίας των κατ' επιλογήν μαθημάτων, είναι αναμφίβολα η διεύρυνση των γνώσεων του ιατρού, τόσο σε θέματα της ιατρικής ειδικότητας όσο και σε κοινωνικά, ανθρωπιστικά και περιβαλλοντικά ζητήματα. Η σύνδεση αυτή αναφέρεται στην αλληλεπίδραση του επιστημονικού αντικειμένου της ιατρικής με τις υπόλοιπες κοινωνικές και ανθρωπιστικές επιστήμες.

Επιπρόσθετα, το σημαντικότερο ίσως πεδίο της εκπαίδευσης του υποψηφίου ιατρού είναι η διαδικασία της κλινικής άσκησης. Η κλινική εκπαίδευση των ιατρών, ξεκινά κατά το τρίτο έτος σε εισαγωγικό επίπεδο, συνεχίζεται με αυξημένους ρυθμούς στο τέταρτο έτος για να εντατικοποιηθεί στο πέμπτο και στο έκτο έτος σπουδών. Ειδικότερα κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων εξαμήνων, οι φοιτητές εκπαιδεύονται κλινικά, ασκώντας την ιατρική υπό την καθοδήγηση των καθηγητών τους. Η άσκηση της κλινικής πρακτικής περιλαμβάνει υποχρεωτικά την Παθολογία, τη Χειρουργική, τη Γυναικολογία-Μαιευτική, την Παιδιατρική, τη Νευρολογία καθώς και επιμέρους ειδικότητες του παθολογικού, χειρουργικού και εργαστηριακού τομέα, όπως επίσης και την άσκηση σε δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Σημειώνεται ότι οι φοιτητές που ασκούνται σε κλινικές ακολουθούν το πρόγραμμα της λειτουργίας τους.

Η κατανομή των μαθημάτων, δηλαδή της εκπαιδευτικής διαδικασίας, γίνεται στα δώδεκα εξάμηνα (έξι έτη) που απαιτούνται για την απόκτηση του πτυχίου ιατρικής. Κατά τη διάρκεια της φοίτησης, τα μαθήματα κατανέμονται με βάση την αλληλουχία των γνωστικών τους αντικειμένων. Η κατανομή και η τοποθέτηση των γνωστικών αντικειμένων στα έξι εξάμηνα της φοίτησης, βασίζεται στην αρχή της βαθμιαίας, διαδοχικής και επαγωγικής εκπαίδευσης. Σκοπός αυτής της στρατηγικής επιλογής, είναι οι γνώσεις και η εμπειρία που θα αποκτηθούν σε συγκεκριμένα γνωστικά αντικείμενα, να μπορούν να διευκολύνουν και να στηρίζουν τη γνώση που θα αποκτηθεί στα επερχόμενα γνωστικά αντικείμενα. Υπό αυτήν την οπτική η αλληλουχία είναι άρρηκτα δεμένη με την απόκτηση των βασικών γνώσεων ιατρικής. Είναι εύλογο επίσης,

ότι αυτή η τοποθέτηση, συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων σπουδών, και συνεπώς στη βελτίωση της σύνθεσης του διανοητικού κεφαλαίου του ιατρικού προσωπικού.

Με βάση λοιπόν τα παραπάνω, δεν είναι δύσκολο να γίνει κατανοητό, ότι η εκπαιδευτική αλληλουχία των σπουδών της ιατρικής, συνδυάζεται με την αντίστοιχη χρονική αλληλουχία. Η χρονική αλληλουχία αναφέρεται στην επιλογή των μαθημάτων εκ μέρους των φοιτητών, τα οποία έχουν δύο σκέλη (π.χ. Ανατομική Ι και Ανατομική ΙΙ). Ο φοιτητής επιλέγει πρώτα το πρώτο σκέλος του μαθήματος και έπειτα το δεύτερο. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι η χρονική αλληλουχία συνιστά προϋπόθεση και για την επιτυχή παρακολούθηση των κλινικών μαθημάτων. Πιο συγκεκριμένα για να παρακολουθήσει με επιτυχία τα κλινικά μαθήματα, ο υποψήφιος ιατρός πρέπει πρωτίστως να έχει επιτύχει στα μαθήματα των προηγούμενων εξαμήνων.

Τέλος ιδιαίτερα σημαντική είναι η διάρθρωση των σπουδών ιατρικής σε δύο βασικούς κύκλους σπουδών. Δεν υπάρχει αυτονομία μεταξύ των δύο κύκλων σπουδών, αλλά άμεση σύνδεση. Η πρώτη ενότητα του κύκλου σπουδών της ιατρικής περιλαμβάνει τα πέντε πρώτα εξάμηνα. Κατά τη διάρκεια αυτών των εξαμήνων προσφέρονται στους φοιτητές ιατρικής οι εισαγωγικές γνώσεις και βάσεις της επιστήμης. Επίσης, παρέχεται η δυνατότητα για παρακολούθηση κλινικών εργαστηρίων κατά τον πρώτο κύκλο σπουδών.

Αντίστοιχα η δεύτερη ενότητα σπουδών, εμπεριέχει τα επόμενα επτά εξάμηνα, στα οποία και περιλαμβάνονται τα κλινικά μαθήματα. Κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων εξαμήνων, οι φοιτητές της ιατρικής ασκούνται στην κλινική πρακτική, αναλαμβάνοντας μια σειρά από υπεύθυνες δράσεις. Πρόκειται επίσης, για ένα κρίσιμο διάστημα, το οποίο καθορίζει το τελικό επίπεδο εκπαίδευσης και κατάρτισης του ιατρού.

Η σύνδεση των δύο κύκλων σπουδών, αποτελεί μια βασική προτεραιότητα κάθε επιτυχούς εκπαιδευτικής διαδικασίας. Αμφότεροι οι κύκλοι σπουδών, έχουν κοινό τόπο και συνεπώς προσδιορίζουν την αποτελεσματική εφαρμογή της ιατρικής θεωρίας. Συνεπώς η διεύρυνση της διδασκαλίας, περικλείει αναμφίβολα, την επιτυχή διαθεματική προσέγγιση των δύο κύκλων σπουδών.

Από τα παραπάνω μπορεί να γίνει κατανοητό ότι η εκπαιδευτική διαδικασία για την απόκτηση του τίτλου σπουδών ιατρικής αποτελεί μια αρκετά σύνθετη διαδικασία. Η μελέτη, με σκοπό την κατανόηση και την αφομοίωση της θεωρίας της ιατρικής σε όλα τα πεδία της σε συνδυασμό με την εφαρμογή των γνώσεων που έχουν αποκτηθεί, κατά τη διάρκεια των σπουδών, αποτελεί τον πυρήνα, της ειδίκευσης του υποψήφιου ιατρού. Παράλληλα η λήψη γνώσεων, από ένα ευρύτερο πλαίσιο γνώσεων και θεωριών, κοινωνικών και ανθρωπιστικών επιστημών, μπορεί να βελτιώσει ακόμη περισσότερο το επίπεδο του ιατρού. Δεν είναι δύσκολο υπό αυτό το πρίσμα να καταστεί κατανοητό, ότι η περίοδος φοίτησης στο πανεπιστήμιο για κάθε υποψήφιο ιατρό, αποτελεί το θεμελιώδες χρονικό διάστημα, για την κατάρτιση και τη σύνθεση του κεφαλαίου «άνθρωπος».

3.1.4 Η Διαδικασία Αξιολόγησης και Εξέτασης των Υποψηφίων Ιατρών

Βασικό χαρακτηριστικό της εκπαίδευσης των ιατρών, συνιστά η διαδικασία αξιολόγησης των γνώσεων που έχουν αποκτήσει κατά τη διάρκεια των σπουδών τους. Η αξιολόγηση των υποψηφίων ιατρών λαμβάνει χώρα, μέσα από εξετάσεις, οι οποίες μπορούν να είναι γραπτές ή προφορικές, μέσα από εξετάσεις κλινικών δεξιοτήτων καθώς και μέσα από τις παρατηρήσεις των καθηγητών τους, κατά τη διάρκεια της εξέτασης (Scuwirth et al, 1999).

Οι γραπτές εξετάσεις περιλαμβάνουν την υποβολή ερωτημάτων εκ μέρους των διδασκόντων και των υπευθύνων καθηγητών του μαθήματος προς τους φοιτητές. Τα ερωτήματα μπορούν να είναι είτε ανάπτυξης, είτε πολλαπλής επιλογής, ενώ η βαρύτητα τους σε κάθε εξέταση επιλέγεται από τον εξεταστή. Ακόμη, οι ερωτήσεις μπορούν να περιλαμβάνουν όπως είναι φυσικό υπό-ερωτήματα με σκοπό την παροχή εγγυήσεων προς τους διδάσκοντες ότι οι φοιτητές ιατρικής έχουν αποκτήσει τις απαιτούμενες γνώσεις.

Συνάμα, οι εξετάσεις κλινικών δεξιοτήτων, λαμβάνουν χώρα σε πραγματικό χρόνο και αποτελούν επίσης ένα μέσο απόδειξης της απόκτησης και βελτίωσης των δεξιοτήτων του ιατρικού προσωπικού. Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, οι φοιτητές ιατρικής εξετάζουν ένα περιστατικό με βάση το ιστορικό του, και προβαίνουν στη σχετική διάγνωση. Ακολούθως ο εξεταστής προβαίνει στην ορθή διάγνωση και βαθμολογεί τον εξεταζόμενο με βάση το επίπεδο της κλινικής τους εκτίμησης. Κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας αποδεικνύεται εκτός από

την αποτελεσματική λήψη των γνώσεων εκ μέρους των ιατρών και η ικανότητα τους για ορθή εφαρμογή τους, που μπορεί να προσφέρει ίαση και θεραπεία στους ασθενείς.

Τέλος, σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση του υποψηφίου ιατρού ενέχουν οι παρατηρήσεις και η αντίληψη που σχηματίζουν οι επόπτες καθηγητές κατά τη διάρκεια των κλινικών εργαστηρίων. Η διαδικασία αυτή, περιλαμβάνει εκτός από την αξιολόγηση των κλινικών δεξιοτήτων των ιατρών και τη στάθμιση παραγόντων όπως είναι η επικοινωνία τους με τους ασθενείς καθώς και η δυνατότητα αντίληψης των βασικών περιβαλλοντικών παραμέτρων της θεραπείας. Σημαντικό ρόλο τέλος στη διαδικασία βελτίωσης των δεξιοτήτων του υποψηφίου έχει και η αλληλεπίδραση του με τον επιβλέποντα καθηγητή του.

Όλα τα παραπάνω χαρακτηριστικά συμβάλλουν στην αξιολόγηση και στο σχηματισμό της τελικής βαθμολογίας του τίτλου σπουδών για τον υποψήφιο ιατρό. Συνεπώς απαιτείται μια συνεχής προσπάθεια εκ μέρους των φοιτητών ιατρικής για απόκτηση τόσο των γνώσεων και δεξιοτήτων, όσο και της απαιτούμενης πιστοποίησης τους. Άρα σε κάθε περίπτωση η πανεπιστημιακή εκπαίδευση που παρέχεται προς τους ιατρούς μπορεί να χαρακτηριστεί ως ολοκληρωμένη.

3.1.5 Ευρωπαϊκά δεδομένα σχετικά με την λήψη του πτυχίου ιατρικής

3.1.5.1 Ηνωμένο Βασίλειο

Η λογική του βρετανικού συστήματος εκπαίδευσης το διαφοροποιεί από τα περισσότερα ευρωπαϊκά, αν και οι νεότερες εξελίξεις στον χώρο της ιατρικής εκπαίδευσης μάλλον το δικαιώνουν, ώστε πολλές χώρες να προσπαθούν πλέον να το μιμηθούν. Η Μεγάλη Βρετανία είναι μια χώρα με τεράστια παράδοση στο χώρο της ιατρικής τέχνης και Επιστήμης. Ο σχεδιασμός του εκπαιδευτικού της συστήματος βασίζεται σε διαρκή μελέτη και γίνεται από ένα εθνικής εμβέλειας όργανο, το General Medical Council (GMC) που δίνει τις κατευθυντήριες γραμμές και επισκέπτεται τις Ιατρικές Σχολές για να επιβλέψει τη λειτουργία τους και να προτείνει αλλαγές. Οι σχολές είναι 5ετούς φοίτησης, ενώ σε κάποιες από αυτές, με παράταση σπουδών για άλλον ένα χρόνο δίνεται δίπλωμα Master. Ένα σύστημα εκπαίδευσης που εφαρμόζεται σε πολλές Ιατρικές Σχολές είναι αυτό του Core

Curriculum με τα Special Study Modules (SSMs). Το σύστημα αυτό έρχεται ως απάντηση στα υπερφορτωμένα με όγκο γνώσεων παραδοσιακά προγράμματα σπουδών που συχνά δεν προετοιμάζουν επαρκώς τον φοιτητή για τις πραγματικές ανάγκες προσφοράς υγείας. Κάθε Ιατρική Σχολή καθορίζει με βάση τις κατευθύνσεις του GMC τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες που πρέπει να έχει ένας απόφοιτος Ιατρικής και σχεδιάζει ένα πρόγραμμα σπουδών με πυρήνα (core) αυτές. Επιπλέον, προσφέρονται στους φοιτητές ειδικά μαθήματα ‘κατεύθυνσης’ (SSMs), με τα οποία μπορούν να προσανατολίσουν τις σπουδές τους ανάλογα με τους στόχους τους για το μέλλον.

Στη Μεγάλη Βρετανία γίνεται επίσης εκτεταμένη χρήση του Problem Based Learning, είτε αμιγώς είτε σε μικτού τύπου προγράμματα σπουδών, ενώ επιδιώκεται η επαφή του φοιτητή με τον ασθενή από το πρώτο έτος. Στα κλινικά μαθήματα γίνεται ελάχιστη θεωρητική διδασκαλία και η εκπαίδευση γίνεται με το να περνά ο φοιτητής αρκετό χρόνο στην αντίστοιχη κλινική, δουλεύοντας υπό επίβλεψη. Ακόμα, ιδιαίτερη σημασία δίνεται στις στάσεις και συμπεριφορές που πρέπει να έχει ο φοιτητής ως άτομο και ως επαγγελματίας υγείας αργότερα, κάτι που διδάσκεται μέσα από ειδικά προγράμματα Personal and Professional Development. Τέλος, ακριβώς επειδή το σύστημα υγείας της χώρας βασίζεται στη γενική και οικογενειακή ιατρική, οι ιατρικές σπουδές είναι ιδιαίτερα προσανατολισμένες στην κοινότητα και στις ανάγκες της.

3.1.5.2 Γερμανία

Το σύστημα εκπαίδευσης της Γερμανίας υπεβλήθη σε μεταρρυθμίσεις και εκσυγχρονιστικές παρεμβάσεις το 2003, οπότε και ψηφίστηκε η περίφημη «Approbationsordnung für Ärzte», δηλαδή το πλαίσιο λειτουργίας των Ιατρικών Σχολών στη χώρα που καθορίζει τις προϋποθέσεις για την απόκτηση του πτυχίου Ιατρικής. Σύμφωνα λοιπόν με την νομοθεσία, η προπτυχιακή εκπαίδευση στη Γερμανία αποτελείται από:

1. Πανεπιστημιακές σπουδές τουλάχιστον 6 ετών που περιλαμβάνουν υποχρεωτικά πρακτική εκπαίδευση σε χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας για τουλάχιστον 48 εβδομάδες
2. Εκπαίδευση στην επείγουσα Ιατρική και στις Πρώτες Βοήθειες
3. Τρίμηνη εκπαίδευση σε θέση νοσηλεύτη
4. Τετράμηνη εργασία σε κλινική νοσοκομείου και

5. Κρατικές εξετάσεις σε 2 φάσεις (μια μετά το 2ο έτος και μια πριν τη λήψη του πτυχίου).

Η εκπαίδευση των φοιτητών πρέπει σύμφωνα με τη νομοθεσία να εστιάζει στη σύνδεση της θεωρίας με την κλινική πράξη, προσφέροντας ευκαιρίες για πρακτική άσκηση, στη διασύνδεση των επιμέρους μαθημάτων, στην ολιστική αντιμετώπιση του ανθρώπου και στην ανάπτυξη κοινωνικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων.

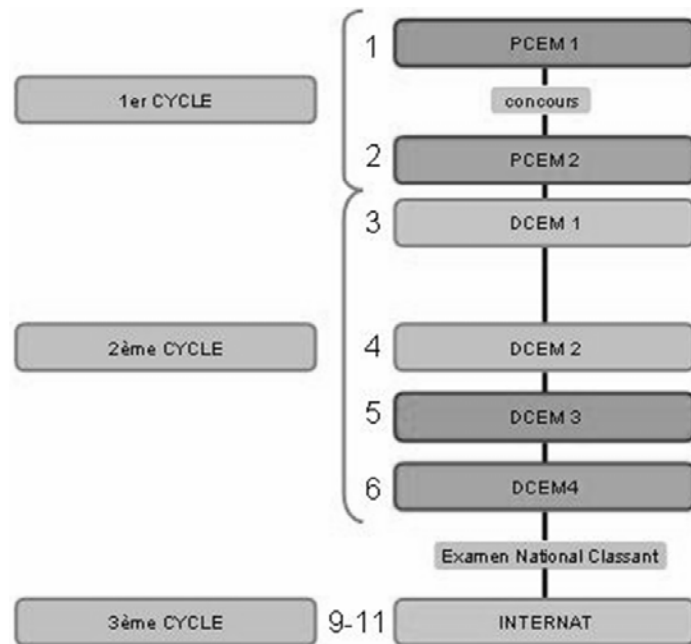
Στην πράξη, οι νέοι κανονισμοί οδήγησαν σε αλυσιδωτές αλλαγές στις γερμανικές Ιατρικές Σχολές οι περισσότερες από τις οποίες προχώρησαν σε αναδιοργάνωση του προγράμματος σπουδών τους από το μηδέν. Για παράδειγμα Ιατρικές Σχολές όπως του Βερολίνου, της Χαϊδελβέργης, του Άαχεν και του Μονάχου δημιούργησαν Ανανεωμένα Προγράμματα Σπουδών («Reformstudiengang»), που παρουσιάζουν πολλά κοινά σημεία. Η διδασκαλία δε γίνεται πλέον ανά γνωστικό αντικείμενο, αλλά σε κύκλους μαθημάτων στα οποία διδάσκουν καθηγητές από διαφορετικά εργαστήρια και κλινικές. Ενδεικτικά, διδάσκονται μαθήματα όπως «Εφηβεία», «Αναπνοή», «Μεταβολισμός», «Ορμόνες», ενώ η διδασκαλία αυτόνομων κλινικών μαθημάτων έχει περιοριστεί στα απαραίτητα, όπως Παιδιατρική, Χειρουργική και Παθολογία. Τέλος, δίνεται έμφαση στην εκμάθηση Κλινικών Δεξιοτήτων, στην Πρακτική Άσκηση των φοιτητών, συχνά από το πρώτο κιόλας έτος, ενώ προωθείται και η διδασκαλία σε μικρές ομάδες 5-10 ατόμων. Στόχος του γερμανικού συστήματος που σταδιακά εφαρμόζεται σε όλες τις Ιατρικές Σχολές, είναι η μετάβαση από τη θεωρία στην πράξη και η καλύτερη προετοιμασία των φοιτητών για τις ανάγκες του Ιατρικού επαγγέλματος.

3.1.5.3 Γαλλία

Στο γαλλικό εκπαιδευτικό σύστημα ισχύουν 3 κύκλοι ιατρικών σπουδών. Σε αδρές γραμμές οι 2 πρώτοι κύκλοι αντιστοιχούν στην ιατρική εκπαίδευση που παρέχουν οι ελληνικές ιατρικές σχολές. Η εισαγωγή στο πρώτο έτος με το Baccalauréat ανεξάρτητα από το βαθμό πρόσβασης Ο πρώτος κύκλος σπουδών (PCEM) είναι κοινός με φαρμακευτική, οδοντιατρική και μαιευτική και μετά την επιτυχή ολοκλήρωση του πρώτου έτους διενεργείται διαγωνισμός για την εισαγωγή στο δεύτερο έτος (PCEM2). Μέχρι το 2009, το πρώτο έτος των σπουδών Ιατρικής ονομαζόταν PCEM 1 (Πρώτος Κύκλος Ιατρικών Σπουδών 1). Έπειτα από μια πρόσφατη μεταρρύθμιση, μετονομάστηκε σε « Première Année Commune des Etudes de Santé» (PACES) (Πρώτο Έτος Σπουδών Υγείας)

Ο δεύτερος κύκλος σπουδών (4 χρόνια) (DCEM 1, 2, 3, 4) περιλαμβάνει Θεωρητική εκπαίδευση, Πρακτική και Εφημερίες. Ο φοιτητής ιατρικής που ολοκληρώνει επιτυχώς και τα έξι χρόνια σπουδών λαμβάνει το Diplôme d'Etat de docteur en médecine.

Εικόνα 3.1 : Σύνδεση των κύκλων σπουδών της ιατρικής στη Γαλλία μέχρι την έναρξη ειδικότητας



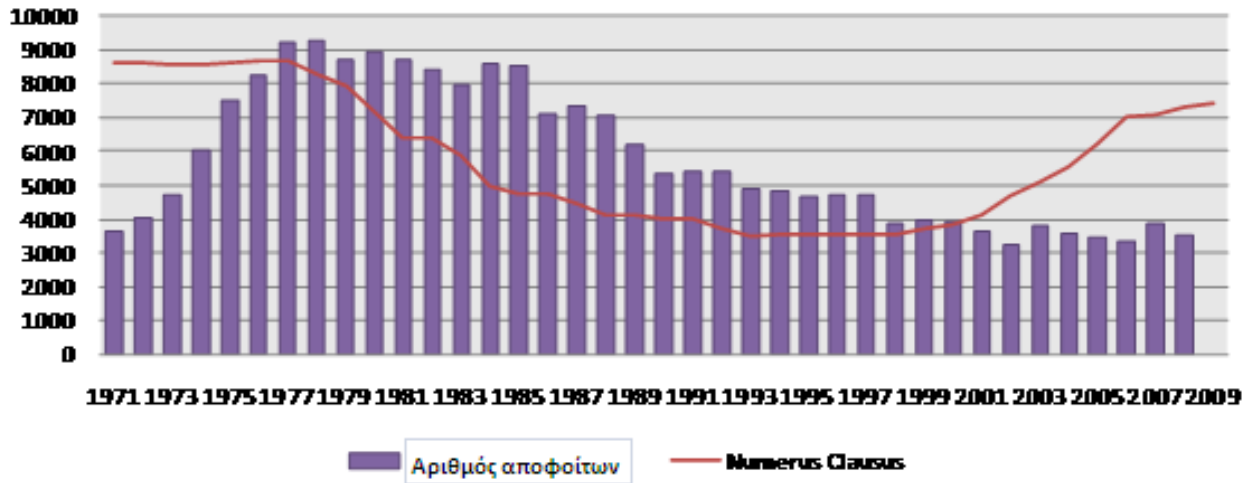
Πηγή: Γραφείο Διασύνδεσης ΑΠΘ, Μάιος 2011

Η εισαγωγή στο PACES είναι εύκολη υπόθεση σε αντίθεση με την επιτυχή μετάβαση στο 2ο έτος. Ο διαγωνισμός για την εισαγωγή στο 2ο έτος είναι πολύ απαιτητικός. Μόνο το 17% περίπου των φοιτητών του πρώτου έτους πετυχαίνει το διαγωνισμό για την εισαγωγή στο 2ο έτος. (Helmsic, 2012)

Στο τέλος του πρώτου έτους φοίτησης δίνονται εξετάσεις και η κατάταξη του φοιτητή σε αυτές του επιτρέπει να επιλέξει την περαιτέρω διαδρομή του με βάση τον αριθμό των θέσεων που είναι διαθέσιμες. Ο αριθμός αυτός καθορίζεται κάθε χρόνο από το Υπουργείο Υγείας (Art. L 631-1 of the Code of Education). Για το ακαδημαϊκό έτος 2009-2010 ο αριθμός αυτός ήταν 7.400 φοιτητές και περιελάμβανε όλους τους φοιτητές επαγγελματιών υγείας ήτοι ιατρούς, φαρμακοποιούς, οδοντιάτρους, μαίες ενώ το 2010-2011 οι θέσεις αυξήθηκαν σε 7532. Το σύστημα numerus

clausus εισήχθη στις ιατρικές σπουδές το 1971 και έδωσε τα πρώτα αποτελέσματα στο τέλος αυτής της δεκαετίας. Από τότε η αύξηση του αριθμού των ιατρών επιβραδύνθηκε.

Εικόνα 3.2: Επίδραση του Numerus Clusus στον αριθμό των αποφοίτων στη Γαλλία (1971-2009)



Πηγή: Eco santé Database, 2011.

Επιπλέον το 1988 αλλά και το 1996 με στόχο την μείωση του αριθμού των ιατρών δόθηκε οικονομικό κίνητρο για πρόωρη συνταξιοδότηση. Ακολουθώντας τα συμπεράσματα μιας έρευνας-αναφοράς η οποία προέβλεπε την μείωση του ιατρικού πληθυσμού έως 24% το 2020 (CREDES 2001) ο αριθμός των φοιτητών αυξήθηκε προοδευτικά. Ο απώτερος στόχος του συστήματος numerus clausus το 1971 ήταν να μειώσει τον αριθμό των φοιτητών ιατρικής για να εξασφαλίσει την ποσότητα της προπτυχιακής εκπαίδευσης μέχρι τη λήψη του πτυχίου (Marchand-Antonin, 2009). Με το πέρασμα των ετών οι λόγοι εφαρμογής του εν λόγω συστήματος εξελίχθηκαν και κατέληξε σε ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο για την ρύθμιση της ιατρικής δημογραφίας αλλά και το υκόσο της πολιτικής υγείας στην Γαλλία. (Marchand-Antonin, 2009)

3.2 Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος

Η λήψη της άδειας ασκήσεως επαγγέλματος από τους ιατρούς είναι το επόμενο βήμα μετά την επιτυχή ολοκλήρωση των ιατρικών σπουδών. Ακριβώς επειδή η διαδικασία ασκήσεως επαγγέλματος αποτελεί πέρα από ένα μέσο επίδειξης των δεξιοτήτων και των ικανοτήτων ενός

ιατρού, και ένα πεδίο ηθικής και δεοντολογικής δραστηριότητας θα παρατεθούν ορισμένα στοιχεία για τη σημασία της επαγγελματικής δεοντολογίας. Η παράθεση των στοιχείων αυτών με βάση τη σημασία της δεοντολογίας και της ηθικής στην άσκηση του επαγγέλματος αναπτύσσεται σύμφωνα με τον όρκο του Ιπποκράτη ο οποίος τονίζει και την ηθική διάσταση του ιατρικού επαγγέλματος.

3.2.1 Η Σημασία της Ηθικής και της Δεοντολογίας στην Άσκηση του Επαγγέλματος.

Σε όλα τα επαγγέλματα, σε όλες τις αντίστοιχες επιστήμες και θεσμούς που σχετίζονται με τον άνθρωπο, την αρωγή του και τη στήριξή του, καθοριστική είναι η θέση και ουσιαστικός είναι ο ρόλος της δεοντολογίας και των ηθικών, αρχών που διέπουν την άσκηση τους. Πολλά επαγγέλματα έχουν οργανωμένους κώδικες δεοντολογίας, σε γραπτή μορφή. Παρόλα αυτά ο άγραφος κώδικας του κάθε τέτοιου επαγγέλματος ή θεσμού είναι εκείνος που προσδιορίζει, πέρα από κάθε κώδικα και νομοθεσία, τη συμπεριφορά και τη στάση των λειτουργών απέναντι στον εαυτό τους, στο επάγγελμα, στην ιδιότητα τους, στον πελάτη τους (Γιαννά, 2006:37) .

Ένας κώδικας δεοντολογίας δεν είναι νομοθετικό κείμενο που επιβάλλεται, που έχει «ρητές διατάξεις», οι οποίες πρέπει να εφαρμόζονται, ούτε είναι αρμοδιότητα της πολιτείας η τήρηση του. Αντίθετα, είναι ένα σύνολο ευέλικτων και ελαστικών προβλέψεων, στις οποίες μπορεί να καταφεύγει κανείς σε περιπτώσεις με αμφιλεγόμενες όψεις. Γιατί οι περιπτώσεις που έχει να αντιμετωπίσει ο επιστήμονας στις τόσο σύνθετες σημερινές κοινωνίες είναι τέτοιες, που οι αυστηροί και άκαμπτοι κανόνες θα δημιουργούσαν περισσότερα προβλήματα απ' όσα θα έλυναν. Ουσιαστικά δηλαδή ο κώδικας δεοντολογίας παρέχει εκείνο το άτυπο πλαίσιο ηθικών αρχών, το οποίο προσδιορίζει σε σημαντικό βαθμό τους όρους άσκησης ενός επαγγέλματος (Θανόπουλος, 2003).

Και αυτό διότι στις περισσότερες περιπτώσεις τα προβλήματα του επιστητού δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν μέσα από δογματικές προσεγγίσεις. Όμως ο κώδικας δεοντολογίας και ηθικής άσκησης ενός επαγγέλματος παρέχει το πλαίσιο εφαρμογής των επιστημονικών αρχών το οποίο συνδυάζεται και με τον ίδιο τον επιστήμονα. Επομένως οι προσωπικές αξίες, η προσωπικότητα, οι ατομικές αρχές αναγκαστικά αποτελούν σημαντικό μέρος της παρέμβασης. Γι' αυτό και ένας Κώδικας δεοντολογίας εκτός από «αρχές» και «κανόνες για υποχρεωτική εφαρμογή» συνιστά

και ένα μέσο αλληλεπίδρασης ανάμεσα στην προσωπικότητα του επιστήμονα και στο πλαίσιο αυτών των αρχών.

Στην περίπτωση δε των ιατρών όπως είναι γνωστό η ηθική και δεοντολογική διάσταση της εφαρμογής του επαγγέλματος, τονίζεται από τον Όρκο του Ιπποκράτη και με βάση αυτόν έχει συγγραφεί και ο κώδικας δεοντολογίας του ιατρικού επαγγέλματος. (Ν.3418, ΦΕΚ Α 287/28-11-2005). Όπως είναι γνωστό, ο συγκεκριμένος όρκος παρέχει ένα ιδιαίτερα ανθρωπιστικό πλαίσιο για την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος. Η κρισιμότητα ωστόσο της ηθικής και της δεοντολογίας στο ιατρικό επάγγελμα, έγκειται ασφαλώς στην επίδραση που έχει στην ανθρώπινη υγεία και κατά επέκταση στην κοινωνική ισορροπία. Δεν θα ήταν υπερβολή αν υποστηριζόταν ότι η ηθική και δεοντολογική συνάμα άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος αποτελεί μια καταλυτική εισροή για την κοινωνική ισορροπία.

3.2.2 Η Διαδικασία Λήψης της Άδειας Ασκήσεως Ιατρικού Επαγγέλματος στην Ελλάδα

Η άδεια ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος χορηγείται στους απόφοιτους των ιατρικών σχολών, δηλαδή στους ιατρούς που ολοκλήρωσαν με επιτυχία τον κύκλο των πανεπιστημιακών τους σπουδών. Εκτός λοιπόν από τη λήψη του βασικού τίτλου σπουδών απαιτούνται σύμφωνα με το νόμο 1565/1939 ο οποίος ισχύει μέχρι σήμερα και τα ακόλουθα⁵:

α) Να είναι πτυχιούχος της Ιατρικής Σχολής ημεδαπού Πανεπιστημίου. Για να χορηγηθεί άδεια στους πτυχιούχους ξένων Σχολών, πρέπει να αντιμετωπίσουν με επιτυχία την προβλεπόμενη από το νόμο δοκιμασία. Πτυχιούχοι που δεν έχουν ασκήσει την ιατρική για μια συνεχή πενταετία και έχουν απομακρυνθεί κατά το διάστημα αυτό από τις επιστημονικές τους ασχολίες, πρέπει να

⁵ Η ανάκτηση των παραπάνω δεδομένων έλαβε χώρα από την ακόλουθη ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.mednet.gr/law/law1.htm>:26/05/2012. Η αυτούσια παράθεση των στοιχείων, όπως παρουσιάζεται στο νόμο διαμέσου της συγκεκριμένης ιστοσελίδας αποσκοπεί στην κατανόηση του πνεύματος και του γράμματος του νόμου, για την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος. Θεωρείται αναγκαίο να σημειωθεί ότι έχουν υπάρξει μια σειρά από προσαρμογές στον παραπάνω νόμο (π.χ. Νόμος 2071/1992, Νόμος 3846/2010), όμως ο πυρήνας της διαδικασίας παροχής άδειας ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος εμπεριέχεται στα παραπάνω. Το μόνο στοιχείο που αξίζει να σημειωθεί είναι ότι μέσα από μια σειρά νομοθετικών διατάξεων προσδιορίστηκαν οι όροι απόδοσης άδειας ασκήσεως επαγγέλματος στους ιατρούς που σπούδασαν στο εξωτερικό (Νόμος 1735/1987- Ίδρυση ΔΙΚΑΤΣΑ & Νόμος 3328/2005 ίδρυση ΔΟΑΤΑΠ).

υποβληθούν σε ετήσια άσκηση σε νοσηλευτικά ιδρύματα ή ιατρεία ή εργαστήρια που ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Κρατικής Υγιεινής και Αντιλήψεως (Υπουργού Υγείας).

β) Να είναι Έλληνας πολίτης, να μην έχει στερηθεί τα πολιτικά του δικαιώματα και να μην τελεί υπό απαγόρευση ή δικαστική αντίληψη. Κατ' εξαίρεση μπορεί να χορηγηθεί άδεια άσκησης της ιατρικής σε ομογενείς γιατρούς που δεν έχουν την Ελληνική ιθαγένεια και που επιθυμούν να εγκατασταθούν στην Ελλάδα, εφόσον έχουν τη νόμιμη άδεια εργασίας και διαμονής. Δεν απαιτείται άδεια για γιατρούς ξένης ιθαγένειας, που ασκούν νόμιμα την ιατρική στο εξωτερικό, προκειμένου να έλθουν στην Ελλάδα για να επισκεφθούν ασθενή. Οι αλλοδαποί γιατροί όμως που βρίσκονται στην Ελλάδα μπορούν να επισκεφθούν άλλον ασθενή μόνο σε συμβούλιο με έλληνα γιατρό και μετά από άδεια του οικείου Συλλόγου που χορηγείται με αίτηση του Έλληνα γιατρού. Οι ίδιες προϋποθέσεις ισχύουν και για κάθε άλλο αλλοδαπό γιατρό που βρίσκεται στην Ελλάδα.

γ) Να έχει ο αιτών εκπληρώσει τις στρατιωτικές του υποχρεώσεις, αν έχει τέτοιες υποχρεώσεις κατά το νόμο, ή να έχει απαλλαγεί από αυτές.

δ) Να μην έχει καταδικαστεί για κλοπή, απάτη, υπεξαίρεση, πλαστογραφία, εκβίαση, παραχάραξη και να μην έχει καθ' υποτροπή τιμωρηθεί για πλημμέλημα που συνεπάγεται στέρηση των πολιτικών του δικαιωμάτων, εκτός εάν ο αιτών επικαλείται εξαιρετικούς λόγους για τη χορήγηση της άδειας για τους οποίους γνωμοδοτεί το Α.Π.Σ.Ι.

ε) Να σημειώνεται στην αίτηση που καταθέτει ο ιατρός για την έκδοση της άδειας ασκήσεως επαγγέλματος ο Ιατρικός Σύλλογος στην περιφέρεια του οποίου ο γιατρός προτίθεται να έχει την επαγγελματική του εγκατάσταση. Κατ' εξαίρεση επιτρέπεται η χορήγηση άδειας άσκησης του Ιατρικού επαγγέλματος στην Ελλάδα σε όσους έχουν υπηκοότητα ή προστασία ξένου κράτους, του οποίου η νομοθεσία επιτρέπει την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος στους Έλληνες υπηκόους που είναι εγκατεστημένοι στο έδαφος του κράτους αυτού.

Από τα στοιχεία του παραπάνω νόμου, μπορεί να γίνει κατανοητό, ότι εκτός από τη λήψη πτυχίου ιατρικής, πρέπει να συντρέχουν μια σειρά από διαφορετικές προϋποθέσεις. Εκτός από τη λήψη της ελληνικής ιθαγένειας και των επιμέρους διατάξεων για τους αλλοδαπούς ιατρούς απαραίτητη προϋπόθεση είναι η εκπλήρωση των στρατιωτικών υποχρεώσεων για τους άνδρες

ιατρούς. Επίσης στοιχεία που μπορούν να συνδεθούν με την ηθική και τη δεοντολογία, είναι ουσιαστικά το λευκό ποινικό μητρώο και η μη στέρηση των πολιτικών δικαιωμάτων του ιατρού. Τέλος όπως φαίνεται και από τα παραπάνω, σημαντική θέση έχει η επιλογή της τοποθεσίας όπου ο ιατρός θα ασκήσει το επάγγελμα του. Θεωρείται επίσης χρήσιμο να σημειωθεί ότι αρμόδιος φορέας για την παροχή της σχετικής άδειας είναι ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος.

3.2.3 Η Διαδικασία Λήψης της Άδειας Ασκήσεως Ιατρικού Επαγγέλματος στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Η λήψη της άδειας ασκήσεως επαγγέλματος είναι μια διαδικασία η οποία είναι παρόμοια σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες και έχει σαν στόχο τον έλεγχο και την πιστοποίηση όλων των απαραίτητων δικαιολογητικών και εγγράφων από την πλευρά του ιατρού όπως το πτυχίο ιατρικής, η ταυτότητα του, το ποινικό του μητρώο, το πιστοποιητικό υγείας, η άδεια παραμονής σε μια χώρα αλλά και η γνώση της γλώσσας της χώρας στην οποία θα ασκήσει το ιατρικό επάγγελμα. Είναι ίσως η μόνη διαδικασία στην οποία παρατηρείται τέτοια ομοιογένεια με μοναδική διαφορά το όργανο το οποίο συλλέγει και ελέγχει σε κάθε κράτος τα έγγραφα του ιατρού. Στην Βρετανία με το έργο αυτό έχει επιφορτιστεί το GMC, στην Γερμανία το Γερμανικό Υπουργείο Υγείας κάθε κρατιδίου και την Γαλλία το Γαλλικό Υπουργείο Υγείας.

3.3 Υπηρεσία Υπαίθρου

Το επόμενο βήμα για ένα ιατρό στην ελληνική επικράτεια, στην πορεία απόκτησης όλων των τυπικών προσόντων που θα του επιτρέψουν στη συνέχεια να ασκήσει με επιτυχία το επάγγελμα του, είναι η υπηρεσία υπαίθρου. Η υπηρεσία υπαίθρου, ή εναλλακτικά διατυπωμένο «το αγροτικό» ενός ιατρού, αναφέρεται σε εκείνη την περίοδο κατά την οποία ο πτυχιούχος μη ειδικευμένος ιατρός προσφέρει τις υπηρεσίες του προς τον πληθυσμό κάποιας αγροτικής ή ημιαστικής περιοχής. Πρόκειται ίσως για μια ιδιαίτερα σημαντική περίοδο για τη σταδιοδρομία ενός ιατρού, καθώς αναμφίβολα αποκτά εμπειρίες που θα του είναι χρήσιμες σε όλη τη διάρκεια της σταδιοδρομίας του.

3.3.1 Βασικά Χαρακτηριστικά της Υπηρεσίας Υπαίθρου

Η υπηρεσία υπαίθρου για έναν ιατρό έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα, για τον μελλοντικό τους διορισμό στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Η άσκηση της υπηρεσίας υπαίθρου λαμβάνει χώρα σε

κάποιο Κέντρο Υγείας, ή Περιφερειακό Ιατρείο. Στο σύνολο της η δωδεκάμηνη υπηρεσία υπαίθρου επιμερίζεται σε δύο βασικές περιόδους. Η πρώτη αφορά, την τρίμηνη εκπαίδευση του ιατρού που λαμβάνει χώρα στο νοσοκομείο που ανήκει η ιατρική υπηρεσία υπαίθρου. Αντίστοιχα οι υπόλοιποι εννέα μήνες αφορούν την άσκηση της υπηρεσίας στο Κέντρο Υγείας, ή Περιφερειακό Ιατρείο που θα διοριστεί ο ιατρός.

Προκειμένου να διοριστεί ένας ιατρός σε υπηρεσία υπαίθρου απαιτείται η κατοχή μιας σειράς δικαιολογητικών, τα οποία προβλέπονται από το νόμο 1579/1985 και οι γιατροί που τοποθετούνται έχουν υποχρέωση να προσκομίσουν στο νοσοκομείο υποδοχής προκειμένου να αναλάβουν υπηρεσία (κανονιστική 20110131):

1. Επικυρωμένο αντίγραφο (των δύο όψεων) αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου ή κάρτα ομογένειας. (Για τους πρώην αλλοδαπούς: ΦΕΚ πολιτογράφησης-Κτήση Ιθαγένειας).

2. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/86 σύμφωνα με την απόφαση ΔΙΑΔΠ/Α/10050/20-4-2007 (ΦΕΚ629/25~4-2007 τ'. Β) (Αντικατάσταση ποινικού μητρώου)

3. Επικυρωμένο Αντίγραφο πτυχίου.

4. (Για πτυχία αλλοδαπής: ξενόγλωσσο και μετάφραση - άδεια άσκησης επαγγέλματος στην αλλοδαπή. Για Ιταλικά πτυχία επί πλέον: ESAME DI STATO και μετάφραση - ATTESTATO και μετάφραση. Για πτυχία άλλων χωρών (πλην Ε.Ε.), επί πλέον: ΔΟΑΤΑΠ ή αναγνώριση τίτλου σπουδών από χώρα της Ε.Ε.

5. Άδεια άσκησης επαγγέλματος από τη Νομαρχία.

6. Τίτλο ειδικότητας (για ειδικευμένους)

7. Πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης τύπου Α' (η αναβολή στράτευσης θα πρέπει να είναι διάρκειας πλέον του ενός (1) έτους από την ημερομηνία λήξης της προκήρυξης), ή σχετική βεβαίωση οριστικής απόλυσης από τη Μονάδα τους (για άρρενες).

8. Πιστοποιητικό υγείας και αρτιμέλειας (από την Πρωτοβάθμια Υγειονομική Επιτροπή της Νομαρχίας του τόπου κατοικίας).

9. Σε περίπτωση προϋπηρεσίας σε νοσοκομείο βεβαίωση παραίτησης και διαγραφής από τη δύναμη του προσωπικού του Νοσοκομείου.

10. Σε περίπτωση προϋπηρεσίας σε Κ. Υ. ή Π.Ι βεβαίωση παραίτησης και διαγραφής από τη δύναμη του προσωπικού του νοσοκομείου.

11. Οποιοδήποτε άλλο πιστοποιητικό κρίνει και είναι απαραίτητο το νοσοκομείο υποδοχής.

Από τα παραπάνω μπορεί να γίνει κατανοητό, ότι η ένταξη του ιατρού στο καθεστώς υπηρεσίας υπαίθρου απαιτεί εκτός από τη λήψη του πτυχίου και άδεια ασκήσεως του επαγγέλματος.

Επίσης στο σημείο αυτό που πρέπει να τονιστεί είναι ότι σε μια προσπάθεια αναβάθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας οι ιατροί που έχουν ειδικότητα Γενικής Ιατρικής, έχουν προτεραιότητα σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 2519/1997 και η εφαρμογή κριτηρίων γίνεται μόνο όταν υποβληθούν για την ίδια θέση περισσότερες της μιας αιτήσεις ιατρών της ίδιας κατηγορίας.

Θεωρείται επίσης χρήσιμο να σημειωθεί ότι ο διορισμός των ιατρών στην αγροτική υπηρεσία υπαίθρου λαμβάνει χώρα με σχετική προκήρυξη των κενών θέσεων από το Υπουργείο Υγείας.

Αναφορικά επίσης με το διοικητικό σκέλος των υπηρεσιών υπαίθρου των ιατρών αξίζει να αναφερθεί ότι ο διορισμός των ιατρών, μπορεί να γίνει είτε πριν είτε μετά την απόκτηση της ειδικότητας τους, όσο και στο μεσοδιάστημα αναμονής απόκτησης του γενικού και του ειδικού μέρους της ειδικότητας τους. Οι ειδικευμένοι ιατροί οι οποίοι έχουν εκπληρώσει την υπηρεσία υπαίθρου μπορούν επίσης να συνεχίσουν εφόσον το επιθυμούν, να εργάζονται ως αγροτικοί ιατροί (ιατροί επί θητεία) σε κενές θέσεις που προκηρύσσονται για τη συγκεκριμένη κατηγορία ιατρών. Σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου 2646/1998, οι προκηρυσσόμενες θέσεις για όλους τους ενδιαφερόμενους ιατρούς (δηλαδή Ιατρούς υπόχρεους υπηρεσίας υπαίθρου, Ιατρούς με θητεία -μη υπόχρεους υπηρεσίας υπαίθρου του Ν.Δ. 67/1968 και Γενικούς Ιατρούς) ορίζονται πέντε μήνες πριν από την αποχώρηση των ιατρών που υπηρετούν στις συγκεκριμένες θέσεις. Οι ενδιαφερόμενοι έχουν δικαίωμα να εκδηλώσουν ενδιαφέρον μέχρι και για πέντε θέσεις.

Το κυρίαρχο στοιχείο καθορισμού για την επιτυχία ή όχι μιας αίτησης είναι ο βαθμός πτυχίου. Ιατροί με υψηλότερο βαθμό πτυχίου έχουν σαφώς μεγαλύτερες πιθανότητες να καταλάβουν τη θέση. Σε περίπτωση δε ισοβαθμίας λαμβάνεται υπόψη η χρονολογία απόκτησης του τίτλου σπουδών. Παράλληλα, το ίδιο κριτήριο εφαρμόζεται και για τις περιπτώσεις ιατρών που έχουν λάβει ο πτυχίο τους από κάποιο ανώτατο ίδρυμα του εξωτερικού για πτυχία Πανεπιστημίων της αλλοδαπής εκτός Ε.Ε. και προκειμένου να καθοριστεί η βαθμολογία που προκύπτει από αυτά, ως

προς την αντίστοιχη των ελληνικών πτυχίων, οι ενδιαφερόμενοι πρέπει να προσκομίζουν σχετική βεβαίωση από το ΔΟΑΤΑΠ (πρώην ΔΙΚΑΤΣΑ).

3.3.2 Επιμέρους Χαρακτηριστικά της Υπηρεσίας Υπαίθρου.

Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω όπως είναι επόμενο, οι ιατροί που διορίζονται σε υπηρεσία υπαίθρου, ικανοποιούν τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας των τοπικών περιοχών. Καθώς ως επί το πλείστον πρόκειται για αγροτικές και για ημιαστικές περιοχές οι ανάγκες σε υπηρεσίες υγείας είναι λίγο έως πολύ καθορισμένες. Με άλλα λόγια, οι ιατροί της υπαίθρου συνιστούν τους ανθρώπινους πόρους της προσφοράς ιατρικών υπηρεσιών ενός μέρους της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Όπως είναι εύλογο η διαδικασία άσκησης της υπηρεσίας υπαίθρου, έχει σημαντική επίδραση στην κατάρτιση και στην απόκτηση δεξιοτήτων και εμπειριών από τον ιατρό. Αυτό συμβαίνει ως απόρροια των περιστατικών που αντιμετωπίζει και που παρόλο δεν μπορούν να χαρακτηριστούν στο σύνολό τους ως ιδιαίτερα επείγοντα και σημαντικά, φέρνει το νέο ιατρό σε άμεση επαφή, με τα βασικά χαρακτηριστικά του επαγγέλματος και τις υπηρεσίες που καλείται να προσφέρει προς το κοινό. Σε αυτό το πεδίο αναπτύσσεται μια δίπολη αλληλεπίδραση, η οποία από τη μια πλευρά περιλαμβάνει την ένταξη του ιατρού στο σύστημα υγείας από την πλευρά της προσφοράς και από την άλλη την αλληλεπίδραση ανάμεσα στις ιατρικές υπηρεσίες και στους ανθρώπινους τους πόρους.

Καθώς οι ανθρώπινοι πόροι κάθε σύγχρονου οργανισμού αποτελούν μια ιδιαίτερα σημαντική εισροή, για την επίτευξη των στόχων τους (Ξηροτύρη-Κουφίδου, 2001:27), είναι εύλογο, ότι η επαρκής ειδίκευση των ιατρών κατά τη διάρκεια της αγροτικής τους υπηρεσίας αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό μέσο βελτίωσης των δεξιοτήτων και των ικανοτήτων τους. Παράλληλα συνιστά μέσο βελτίωσης και κυρίως γεωγραφικής διασποράς των ιατρικών υπηρεσιών υγείας, στο σύνολο του πληθυσμού.

Ο ιατρός ο οποίος εντάσσεται σε αυτό το καθεστώς, έχει τη δυνατότητα για άμεση γνωριμία με τη βάση του δημόσιου συστήματος υγείας, το οποίο στη συνέχεια θα υπηρετήσει από διάφορες σχέσεις. Η προαναφερόμενη αλληλεπίδραση αναπτύσσεται έχοντας στο κέντρο τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας από τον τοπικό πληθυσμό. Κατά συνέπεια, η τελική επίδοση του ιατρού κατά

τη διάρκεια της συγκεκριμένης χρονικής περιόδου, μπορεί να λειτουργήσει καταλυτικά για τη διαμόρφωση των δεξιοτήτων του και κατά επέκταση για την ενίσχυση του ανθρώπινου και διανοητικού κεφαλαίου του δημόσιου συστήματος υγείας.

3.4 Απόκτηση Τίτλου ειδικότητας

Συνακόλουθα το επόμενο βήμα για την ολοκλήρωση ενός ιατρού είναι η απόκτηση του τίτλου ειδικότητας. Πρόκειται ίσως για το σημαντικότερο βήμα στη διαδικασία ειδίκευσης των ιατρών, καθώς κατά τη διάρκεια του αποκτούνται εκείνες οι απαραίτητες γνώσεις για τη μελλοντική άσκηση του επαγγέλματος. Συνεπώς πρόκειται για μια ιδιαίτερα κρίσιμη διαδικασία καθώς στους κόλπους της καθορίζεται η κατάρτιση και η εκπαίδευση των ανθρωπίνων πόρων του δημόσιου συστήματος υγείας.

3.4.1 Χαρακτηριστικά Απόκτησης Ιατρικής Ειδικότητας

Η απόκτηση της ιατρικής ειδικότητας από τους ιατρούς λαμβάνει χώρα στα νοσοκομεία της επικράτειας αλλά και σε αναγνωρισμένα νοσοκομεία του εξωτερικού. Η απόκτηση ιατρικής ειδικότητας έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα, για όλους τους απόφοιτους των ιατρικών σχολών. Κατά τη διάρκεια απόκτησης της ειδικότητας οι ειδικευόμενοι ιατροί προσφέρουν τις υπηρεσίες τους, με σκοπό την εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομειακού ιδρύματος στο οποίο τοποθετούνται.

Τα βασικά χαρακτηριστικά για την απόκτηση ιατρικής ειδικότητας αναφέρονται στο Προεδρικό Διάταγμα 415 (ΦΕΚ 236/29/12/1994). Στο συγκεκριμένο νομοθέτημα προβλέπεται ο απαιτούμενος χρόνος για την απόκτηση σε καθεμιά από τις τριάντα επτά ιατρικές ειδικότητες. Ο χρόνος που προβλέπεται επιμερίζεται σε μια σειρά από ειδικεύσεις στις οποίες οι ιατροί πρέπει να αφιερώσουν τον χρόνο τους ώστε να αποκτήσουν το κατάλληλο υπόβαθρο, ώστε να ασκήσουν με επιτυχία στη συνέχεια τα καθήκοντά τους. Σημειώνεται ότι ο συνολικός χρόνος που απαιτείται για την απόκτηση της ειδικότητας ποικίλλει μεταξύ των τεσσάρων και των έξι ετών. Προκειμένου να λάβει ο ιατρός την ειδικότητα απαιτείται η επιτυχής ένταξη του στο σύστημα υγείας για το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

Οι βασικοί χώροι απόκτησης της ειδικότητας των ιατρών, είναι φυσικά τα νοσοκομειακά ιδρύματα. Ωστόσο σύμφωνα με το συγκεκριμένο προεδρικό διάταγμα σε ορισμένες ειδικότητες απαιτείται η συμμετοχή του ιατρού στη λειτουργία επιστημονικών εργαστηρίων που σχετίζονται

με το αντικείμενο άσκησης της. Δεν είναι δύσκολο να γίνει κατανοητό, ότι κατά τη διάρκεια αυτών των υπο πρνώσεων το υ ο ιατρό ς απο κά μια σειρά από πρό θετες ικανότητες και δεξιότητες.

Αυτό συμβαίνει ως αποτέλεσμα του γεγονότος, ότι ο ιατρός ως ειδικευόμενος ανθρώπινος πόρος, έρχεται σε επαφή με ιατρικά περιστατικά, στα οποία καλείται να προσφέρει τις υπηρεσίες του. Ειδικά στην περίπτωση των επειγόντων περιστατικών, όπου απαιτείται άμεση ίαση και αντιμετώπιση των προβλημάτων, οι ειδικευόμενοι ιατροί προσφέρουν άμεσα τις υπηρεσίες τους και συνάμα βελτιώνουν το επίπεδο της κατάρτισής τους. Επιπρόσθετα οι ιατροί έρχονται σε επαφή και εμβαθύνουν στους όρους λειτουργίας του ευρύτερου ιατρικού περιβάλλοντος του δημόσιου συστήματος υγείας.

Αξίζει επίσης να σημειωθεί αναφορικά με τη διοικητική υπόσταση των όρων απόδοσης της ιατρικής ειδικότητας, ότι την τελευταία δεκαετία επιχειρήθηκε η αλλαγή τους με πιο πρόσφατη την προσπάθεια του 2011. Το Σχέδιο Νόμου για την Απόκτηση Ιατρικής Ειδικότητας, το οποίο συζητήθηκε από το ελληνικό κοινοβούλιο κατά τη διάρκεια του 2011, περιείχε αρκετές και σημαντικές αλλαγές με θετικά στοιχεία μεταρρύθμισης. Ωστόσο το σχέδιο νόμου δεν ψηφίστηκε ποτέ ως νόμος του ελληνικού κράτους εν μέσω των νομοθετικών ρυθμίσεων λόγω της οικονομικής κρίσης και της πολιτικής κρίσης που ακολούθησε.

3.4.2 Εκπαίδευση για τη λήψη του τίτλου ειδικότητας

3.4.2.1 Βασικά Στοιχεία Διαδικασίας Εκπαίδευσης

Καίρια θέση στην εκπαιδευτική διαδικασία του ιατρού, ενέχει η εκπαίδευση για τη λήψη της ειδικότητας του. Αν ληφθεί εξάλλου υπόψη, ότι η περίοδος απόκτησης ειδικότητας, ισοδυναμεί στην πράξη, με την μεταπτυχιακή εκπαίδευση του ιατρού, είναι εύλογο, ότι πρόκειται για μια ιδιαίτερα κρίσιμη περίοδο.

Η εκπαιδευτική διαδικασία λαμβάνει χώρα τόσο κατά τη διάρκεια της ένταξης του ιατρού στο νοσοκομείο, όσο και κατά τη διάρκεια παρακολούθησης συγκεκριμένων σεμιναρίων. Σημαντικό ρόλο έχει επίσης η συμμετοχή του ιατρού σε ερευνητικά κέντρα και εργαστήρια ιατρικής. Ένα βασικό πρόβλημα ωστόσο, της όλης διαδικασίας είναι ότι λόγω των χρονικών υστερήσεων και

των αναμονών, ο ιατρός μπορεί να μείνει εκτός ιατρικής υπηρεσίας για σημαντικό χρονικό διάστημα. Το χρονικό αυτό κενό οφείλεται, στο ότι συχνά δεν υπάρχουν οι απαιτούμενες θέσεις στο ελληνικό δημόσιο σύστημα υγείας, για την απορρόφηση της υπερπληθώρας των υποψηφίων ειδικευομένων ιατρών (Αυγερινός, 2006).

Κατά τη διάρκεια της απόκτησης της ειδικότητας ο ιατρός οφείλει να παρακολουθεί συγκεκριμένα προγράμματα εκπαίδευσης. Η επιλογή αυτή είναι άρρηκτα δεμένη με τη βελτίωση των γνώσεων, που πρέπει να αποκτήσει ο ειδικευόμενος ιατρός. Η αλληλεπίδραση ανάμεσα στην απόκτηση των νέων γνώσεων και της πρακτικής εφαρμογής τους, είναι σε αυτή την περίπτωση συνεχής, καθώς ο ιατρός συμμετέχει εξ ολοκλήρου στο νοσοκομειακό σύστημα.

Θεμελιώδες στοιχείο το οποίο συνδέεται με την επάρκεια της εκπαιδευτικής ολοκλήρωσης του ιατρού κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης του, είναι το επίπεδο των επιβλεπόντων του και το πρόγραμμα που θα του καθορίσουν. Πιο συγκεκριμένα η επιλογή ενός προγράμματος το οποίο θα ακολουθήσει ο ειδικευόμενος ιατρός, και που περιλαμβάνει την καθημερινή μελέτη συγκεκριμένων επιστημονικών θεμάτων, που έχουν σχέση με την ειδικότητα του, είναι αναμφίβολα η ιδανική επιλογή. Η αποσαφήνιση αυτής της διαδικασίας αναφέρεται κυρίως για το ότι συχνά λόγω της υψηλής συχνότητας ζήτησης υπηρεσιών υγείας, οι ειδικευόμενοι ιατροί απασχολούνται αποκλειστικά σε ιατρικά και νοσηλευτικά καθήκοντα (Αυγερινός, 2006).

Σημαντικό ρόλο επίσης διαδραματίζει στο τελικό επίπεδο εκπαίδευσης του υποψηφίου ιατρού το ίδιο το νοσηλευτικό ίδρυμα στο οποίο θα τοποθετηθεί προκειμένου να ολοκληρώσει την εκπαίδευση του. Αναμφίβολα, η κατάρτιση που θα λάβει εξαρτάται από τις δυνατότητες του νοσηλευτικού ιδρύματος να προσφέρει θεωρητική εκπαίδευση, αλλά και από το επίπεδο της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας. Η πρώτη διάσταση περιλαμβάνει τη σύνδεση του νοσοκομείου με ερευνητικά και πανεπιστημιακά κέντρα, την ύπαρξη ή όχι βιβλιοθήκης στο εσωτερικό του και την δυνατότητα ανταλλαγής γνώσεων και καινοτομικών πρακτικών υγείας με άλλα ιδρύματα. Αντίστοιχα, η δεύτερη διάσταση συνδέεται με τη δυνατότητα βελτίωσης των δεξιοτήτων του ιατρού, μέσα από τη συνεχή άσκηση του επαγγέλματος του, κατά τη διάρκεια απόκτησης της ειδικότητας του.

3.4.2.2 Στοιχεία Προβληματισμού στην Διαδικασία Απόκτησης Ειδικότητας

Ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία προβληματισμού που αφορούν στη λήψη της ιατρικής ειδικότητας είναι και οι μεγάλες αναμονές στις λίστες των Περιφερειών όλης χώρας, που όπως προέκυψε από την καταγραφή των αναμονών στα νοσοκομεία της ελληνικής επικράτειας και η οποία παρουσιάζεται εκτενώς στο 4^ο κεφάλαιο μπορεί να φτάσει μέχρι και τα 13 έτη σε δημοφιλείς ειδικότητες με τον μέσο όρο να κυμαίνεται στα 5-6 χρόνια. Ο υποψήφιος ειδικευόμενος ιατρός δηλαδή αποσύρεται από τη συστηματική εκπαίδευση της ιατρικής για περίπου 5 με 13 χρόνια και τα χρόνια αμέσως μετά το πτυχίο, στα οποία θα έπρεπε να υποβάλλεται σε εντατική πρακτική εκπαίδευση αναλώνονται χωρίς συγκεκριμένο αντικείμενο. Επομένως, το σύστημα δημιουργεί εξαρχής υποψηφίους με σημαντικές ελλείψεις, οι οποίοι καλούνται να ειδικευτούν τη στιγμή που έχουν απωλέσει θεμελιώδεις γενικές γνώσεις ιατρικής, λόγω του χαμένου χρόνου εκπαίδευσης.

Αρχικά με βάση τα παραπάνω, υπάρχει ένα σχετικά ανομοιογενές πλαίσιο ειδίκευσης του ιατρού στην ελληνική επικράτεια λόγω της διαφοράς επιπέδου των νοσηλευτικών ιδρυμάτων που παρέχουν ειδικότητα τόσο σε επιστημονικό επίπεδο όσο και στο επίπεδο των παρεχομένων ιατρικών υπηρεσιών λόγω των υποδομών τους. Τα διάφορα περιφερειακά και νομαρχιακά νοσοκομεία της χώρας παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές ως προς τον αριθμό αλλά και ως προς το είδος των περιστατικών που αντιμετωπίζουν. Ο τυπικός χαρακτηρισμός τους ως δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια κέντρα πολλές φορές δεν αντανακλά και το είδος των υπηρεσιών που προσφέρουν, με αποτέλεσμα το ίδιο γνωστικό αντικείμενο να προσφέρεται στους ειδικευόμενους σε εντελώς άνισες συνθήκες στα διάφορα νοσοκομεία της χώρας. Συνεπώς, σε αυτό το πεδίο απαιτούνται σημαντικές αλλαγές με σκοπό και την περαιτέρω βελτίωση των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών.

Επίσης σημαντικά στοιχεία του συστήματος εκπαίδευσης των ειδικευόμενων ιατρών που συναντούμε σε μεγάλες ευρωπαϊκές χώρες και λείπουν από το ελληνικό εκπαιδευτικό πλαίσιο είναι η θεσμοθέτηση αυστηρών πλαισίων εκπαίδευσης στο πλαίσιο της ειδικότητας, η καθιέρωση βιβλίου εκπαίδευσης για τον ειδικευόμενο ιατρό με τις δεξιότητες και γνώσεις που πρέπει να αποκτήσει μέσα από την άσκηση των καθηκόντων του. Ελάχιστες είναι οι κλινικές που υποβάλλουν τους ειδικευόμενους ιατρούς σε συγκεκριμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης και που

θέτουν συγκεκριμένες προδιαγραφές δεξιοτήτων, τις οποίες πρέπει να κατέχει ο ιατρός που τελειώνει ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης (Π.χ. χειρουργικές τεχνικές που πρέπει να κατέχει ο ειδικός χειρουργός μετά από 5 χρόνια ειδίκευσης, συγκεκριμένος αριθμός χειρουργείων που πρέπει να έχει διεκπεραιώσει). Χαρακτηριστικό της έλλειψης προγράμματος σπουδών είναι η απουσία μαθημάτων (θεωρητικών και πρακτικών) από το καθημερινό πρόγραμμα του ειδικευόμενου ιατρού το οποίο αναλώνεται σε γραμματειακά και νοσηλευτικά καθήκοντα. Τελικά, η εκπαίδευση του ειδικευόμενου στηρίζεται στη φιλοτιμία και στην επιστημονική εκπαιδευτική επάρκεια των διευθυντών και επιμελητών καθώς και στην τύχη του εκάστοτε ιατρού στην επιλογή του «προνομιούχου» κέντρου που έχει την τύχη να διαθέτει ουσιαστικούς εκπαιδευτές.

Ένα ακόμη πρόβλημα στο σημερινό σύστημα εκπαίδευσης είναι ότι οι εκπαιδευτές δεν είναι ουσιαστικά θεσμοθετημένοι, με αποτέλεσμα να επαφίεται στην προσωπική επιθυμία των εμπειρότερων ιατρών να διδάξουν. Είναι σαφές ότι για να πετύχει οποιαδήποτε προσπάθεια βελτίωσης του συστήματος εκπαίδευσης θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη σημασία στους εκπαιδευτές του συστήματος και στον ουσιαστικό και συνεχή έλεγχο των εκπαιδευτών-διευθυντών κλινικών τόσο των πανεπιστημιακών κλινικών όσο και των νοσοκομείων του ΕΣΥ.

Πίνακας 3.1 Εντοπισμένα προβλήματα στην ειδικότητα
<ul style="list-style-type: none">➤ Μεγάλες αναμονές για την έναρξη➤ Ανομοιογένεια εκπαιδευτικών κέντρων➤ Έλλειψη θεσμοθετημένων εκπαιδευτών➤ Έλλειψη πιστοποιημένων εκπαιδευτών➤ Έλλειψη κριτηρίων εκπαίδευσης➤ Έλλειψη αξιολόγησης εκπαιδευτών➤ Απουσία αξιολόγησης εκπαιδευομένων➤ Υπερανάληση καθηκόντων ειδικευομένων➤ Χαμηλές αμοιβές ειδικευομένων

Εάν σε όλα τα παραπάνω προστεθούν η έλλειψη αξιολόγησης των ειδικευομένων ιατρών κατά τη διάρκεια της θητείας τους αλλά και η ανεπαρκής κάλυψη τους σε επίπεδο απολαβών με βάση τις πραγματικές ώρες εργασίας τους, λόγω της αναντιστοιχίας αριθμού ειδικευόμενων ιατρών με τις

υπηρεσίες και τον πληθυσμό κάλυψης του νοσοκομειακού ιδρύματος στο οποίο ανήκουν μπορεί κανείς εύκολα να ενώσει τα κομμάτια του πάζλ που λείπουν και θα μπορούσαν να συνθέσουν την ιδανική εκπαιδευτική διαδικασία κατά τη διάρκεια της ειδικότητας.

3.4.3 Λήψη του τίτλου ειδικότητας σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες

Μια εύκολη διαπίστωση μετά την επισκόπηση πολλών διαφορετικών συστημάτων ιατρικής εκπαίδευσης σε ευρωπαϊκό αλλά και διεθνές επίπεδο είναι η ανομοιογένεια στην εκπαιδευτική διαδικασία.

Ενδεικτικό της ανομοιογένειας που επικρατεί στην εκπαίδευση των ιατρών παγκοσμίως είναι και η διαφορά στα έτη εκπαίδευσης που απαιτούνται για την ολοκλήρωση μιας ειδικότητας. Στον πίνακα 3.2, παρατίθενται τα στοιχεία αναφορικά με τα έτη που απαιτούνται για την απόκτηση ιατρικής ειδικότητας στην Ελλάδα αλλά και σε πέντε ευρωπαϊκές χώρες (Μεγ. Βρετανία, Γαλλία, Γερμανία, Σουηδία Ρουμανία). Ο πίνακας είναι ιδιαίτερα κατατοπιστικός αναφορικά με τις διαφορές που υπάρχουν σε χώρες οι οποίες είναι όλες κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Έτσι στη Σουηδία ο απαιτούμενος χρόνος για τη λήψη της ιατρικής ειδικότητας είναι τουλάχιστον 5 έτη, για όλες τις ειδικότητες ενώ μπορεί να υπάρξει μια αύξηση του απαιτούμενου χρόνου, όπου κρίνεται σκόπιμο.

Στις περιπτώσεις της Ρουμανίας και της Γερμανίας, τα απαιτούμενα έτη, είναι σχεδόν παρόμοια σε όλες τις ειδικότητες με εξαίρεση τους γενικούς ιατρούς που είναι 3 έτη στη Ρουμανία. Στην Ελλάδα, υπάρχουν αποκλίσεις τόσο προς τα πάνω όσο και προς τα κάτω, για όλες τις ειδικότητες.

Σημαντικά επίσης στοιχεία διαφορετικότητας άλλων χωρών στο σύστημα εισόδου και λήψης ειδικότητας είναι ότι τόσο η είσοδος όσο και η παραμονή σε ένα πρόγραμμα ειδικότητας προϋποθέτουν την επιτυχή συμμετοχή σε εξετάσεις ενώ σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η συνέντευξη του υποψηφίου ιατρού.

Εξίσου σημαντικό στοιχείο στην εκπαίδευση των ειδικευομένων ιατρών στις χώρες με υψηλό επίπεδο μεταπτυχιακής ιατρικής εκπαίδευσης είναι και η ουσιαστική εφαρμογή του βιβλιαρίου εκπαίδευσης το οποίο αποτελεί τόσο εργαλείο ελέγχου της εκπαιδευτικής διαδικασίας όσο και αποδεικτικό στοιχείο των κλινικών δεξιοτήτων που απέκτησε ο ιατρός κατά την ειδικότητα του.

Πίνακας 3.2: Απαιτούμενα Έτη για Λήψη Ιατρικής Ειδικότητας

	Μεγ.Βρετανία	Γερμανία	Γαλλία	Σουηδία	Ρουμανία	Ελλάδα
Αναισθησιολόγοι	4-6	5	3-5	Τουλάχιστον 5	5	5
Γενικοί Χειρουργοί	4-6	6	3-5	Τουλάχιστον 5	6	6
Νευρολόγοι	4-6	5	3-5	Τουλάχιστον 5	5	4
Καρδιολόγοι	4-6	6	3-5	Τουλάχιστον 5	6	6
Γενικοί Παθολόγοι	4-6	5	3-5	Τουλάχιστον 5	5	5
Γαστρεντερολόγοι	4-6	6	3-5	Τουλάχιστον 5	5	6
Ψυχίατροι	4-6	5,5	3-5	Τουλάχιστον 5	5	5
Γενικοί Ιατροί	4-6	5	3-5	Τουλάχιστον 5	3	4
Γυναικολόγοι	4-6	5	3-5	Τουλάχιστον 5	5	5
Ουρολόγοι	4-6	5	3-5	Τουλάχιστον 5	5	5
Ογκολόγοι	4-6	6	3-5	Τουλάχιστον 5	5	4
Παιδίατροι	4-6	5	3-5	Τουλάχιστον 5	5	4
Αιματολόγοι	4-6	5	3-5	Τουλάχιστον 5	5	6
Ορθοπαιδικοί	4-6	6	3-5	Τουλάχιστον 5	6	6

Πηγή: Eurostat (2012). Ίδιοι υπολογισμοί με βάση τα στοιχεία της παρούσας διατριβής

Θα εξετάσουμε ενδεικτικά τα παραδείγματα της Μεγάλης Βρετανίας, της Γερμανίας και της Γαλλίας για τις οποίες έχουν δοθεί επίσημα στατιστικά στοιχεία και οι οποίες που συγκαταλέγονται στις χώρες με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης ιατρών.

3.4.3.1 Μεγάλη Βρετανία

Η ειδίκευση στην Μεγάλη Βρετανία μετά τη μεταρρύθμιση του συστήματος περιλαμβάνει δύο βασικά στάδια εκπαίδευσης:

- Foundation Programme διάρκειας δύο ετών

- Βασική εκπαίδευση ειδικότητας (σε βαθμό Senior House Officer [SHO]) διάρκειας δύο έως τριών ετών

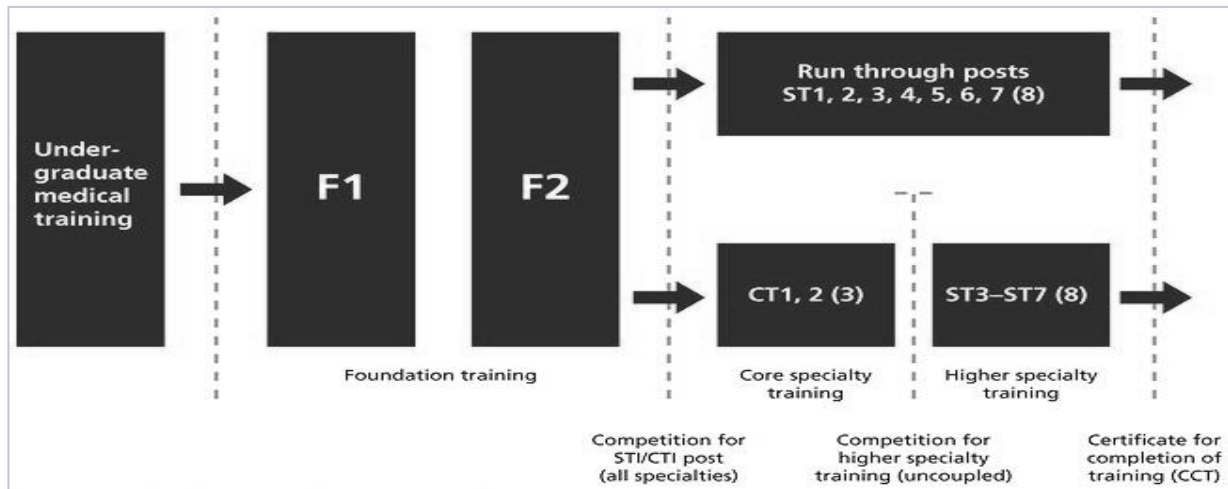
Οι απόφοιτοι Ιατρικών Σχολών στο Ηνωμένο Βασίλειο προτού προχωρήσουν στο πρόγραμμα ιατρικής ειδικότητας ή Γενικής Ιατρικής, αμέσως μετά την αποφοίτησή τους, εισάγονται στο διετές πρόγραμμα βασικής εκπαίδευσης (Foundation Programme). Αυτά τα δύο έτη στην πραγματικότητα αντικαθιστούν το έτος σε βαθμίδα PRHO και το πρώτο έτος της εκπαίδευσης σε βαθμίδα senior house officer (SHO). Οι γιατροί εκπαιδεύονται σύμφωνα με το Πρόγραμμα Σπουδών των Προκαταρκτικών Ετών Μεταπτυχιακής Εκπαίδευσης και Ειδικότητας (Curriculum for the Foundation Years in Postgraduate Education and Training).

Το 1ο έτος του Προκαταρκτικού προγράμματος (F1) περιλαμβάνει 3μηνες- 4μηνες θέσεις εργασίας στην Παθολογία, Χειρουργική και άλλες ειδικότητες, ενιαία εκπαίδευση που βασίζεται σε εθνικό πρόγραμμα σπουδών, επίσημη πρόσβαση σε επαγγελματικό προσανατολισμό και πλήρη εγγραφή στον Ιατρικό Σύλλογο (GMC).

Με την ολοκλήρωση του 1^{ου} έτους F1, συνεχίζουν αυτόματα στο 2^ο έτος (F2). Ένα κανονικό έτος αποτελείται από τρεις διαφορετικές θέσεις διάρκειας 4 μηνών και περιλαμβάνει επίσημη πρόσβαση σε επαγγελματικό προσανατολισμό, προγραμματισμένη αξιολόγηση στον εργασιακό χώρο με βάση τα κριτήρια ικανοτήτων ενώ με την ολοκλήρωση του προκαταρκτικού προγράμματος ο στόχος είναι όλοι οι ιατροί να έχουν το ίδιο επίπεδο κλινικών ικανοτήτων.

Μετά το τέλος του F2, οι ιατροί κάνουν μια ηλεκτρονική αίτηση για μια θέση σε ολοκληρωμένο πρόγραμμα ιατρικής ειδικότητας (Training programmes). Εναλλακτικά, οι ιατροί κάνουν αίτηση για θέσεις καριέρας (Career post) ή θέσεις εκπαίδευσης ειδικότητας ορισμένου χρόνου (FTSTA), ενώ μπορούν να αρχίσουν και ένα Πρόγραμμα Ιατρικής Ειδικότητας ή Γενικής Ιατρικής. Η ικανοποιητική ετήσια πρόοδος οδηγεί στην επιτυχή ολοκλήρωση της εκπαίδευσης. Κάθε πρόγραμμα έχει το δικό του πρόγραμμα σπουδών, σύμφωνα με το οποίο αξιολογούνται όλοι οι ειδικευόμενοι ιατροί. Ο αριθμός των ετών διαφέρει από πρόγραμμα σε πρόγραμμα και καθορίζεται από το Royal College της αντίστοιχης ειδικότητας.

Εικόνα 3.2: Στάδια εκπαίδευσης ειδικευομένων στην Μεγ.Βρετανία



Πηγή: GMC 2011

Ύστερα από επιτυχή ολοκλήρωση του συνεχόμενου προγράμματος ειδικότητας (Run Through Specialist Training), οι ιατροί λαμβάνουν το CCT και έχουν πλέον το δικαίωμα εγγραφής στο Μητρώο ειδικευμένων ή Γενικών Ιατρών του GMC. Οι γιατροί που δεν έχουν ολοκληρώσει το συνεχόμενο πρόγραμμα ειδικότητας αλλά το σταδιακό («uncoupled») πρόγραμμα θα μπορούν να κάνουν αίτηση για εγγραφή μέσω του PMETB (Postgraduate Medical Education Training Board). Αν το PMETB κάνει αποδεκτή την αίτησή τους, τότε θα εγγραφούν στο κατάλληλο Μητρώο.

Μετά την εγγραφή τους στο Μητρώο οι γιατροί στην Αγγλία, έχουν το δικαίωμα να κάνουν αίτηση για ανώτερη ιατρική θέση senior medical appointment (Διευθυντής Γενικής Ιατρικής, άλλοι Γενικοί Ιατροί, Διευθυντές Τμημάτων ή άλλες θέσεις σε άλλες ειδικότητες). Οι ιατροί που δεν γίνονται αποδεκτοί σε πρόγραμμα ιατρικής ειδικότητας (Run Through Specialist or GP Training Programme), αλλά πληρούν τα τυπικά προσόντα μπορούν να κάνουν αίτηση για θέσεις ιατρικής ειδικότητας ορισμένου χρόνου (FTSTA-Fixed term specialty training appointments

3.4.3.2 Γερμανία

Η Γερμανία διαθέτει 350 κρατικά Ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης καθώς και πάνω από 4.000 νοσοκομεία με άδεια μετεκπαίδευσης ιατρών.

- Μετά τη λήψη του πτυχίου της Ιατρικής δίνεται η δυνατότητα απόκτησης της άδειας άσκησης επαγγέλματος (Approbation als Arzt).
- Μετά την απόκτηση της άδειας αρχίζει η μετεκπαίδευση (Weiterbildung) για την απόκτηση της ειδικότητας. Η ειδίκευση πραγματοποιείται σε νοσοκομεία τα οποία έχουν το δικαίωμα μετεκπαίδευσης όπως πανεπιστημιακά νοσοκομεία, γενικά κρατικά νοσοκομεία, εκκλησιαστικά νοσοκομεία, νοσοκομεία ιδιωτικού δικαίου, κλινικές ιατρικής αποκατάστασης αλλά και ιδιωτικά ιατρεία που ένας ιατρός έχει δικαίωμα ειδίκευσης για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα

Η βασική προϋπόθεση για να μπορέσει κανείς να πραγματοποιήσει την ειδίκευση στη Γερμανία είναι η απόκτηση της άδειας άσκησης επαγγέλματος της Ιατρικής. Λίστες αναμονής δεν υπάρχουν. Ο διευθυντής ενός νοσοκομείου επιλέγει με δικά του κριτήρια τους υπαλλήλους του και σημαντικό ρόλο σε αυτή τη διαδικασία έχει και η προσωπική συνέντευξη. Η ειδικότητα γίνεται σε νοσοκομεία όπου ο ειδικευόμενος ιατρός παίρνει θέση ειδίκευσης σαν «Assistenzarzt» («βοηθός ιατρός») ή «Arzt in Weiterbildung».

Αρμόδιοι φορείς για την έκδοση τίτλων ειδικότητας είναι οι κατά τόπους ιατρικοί σύλλογοι των κρατιδίων.

3.4.3.3 Γαλλία

Στη Γαλλία, η ειδίκευση στην Ιατρική πιστοποιείται με το D.E.S (Diplôme d'Etudes Spécialisées). Για να ξεκινήσει την ειδικότητα, ο φοιτητής του τελευταίου έτους της Ιατρικής πρέπει να συμμετάσχει στον εθνικό διαγωνισμό για την ειδικότητα ECN (Epreuves Classantes Nationales). Για την εισαγωγή στην ειδικότητα (Internat ή Τρίτος Κύκλος Σπουδών) οι εθνικές εξετάσεις αφορούν σε ύλη γενικής ιατρικής και στις οποίες έχουν δικαίωμα συμμετοχής οι φοιτητές που βρίσκονται στο τελευταίο έτος του 2ου κύκλου ή έχουν κάποιο ισότιμο τίτλο σύμφωνα με την ευρωπαϊκή οδηγία του 2004. Προβλέπεται δεύτερη ευκαιρία αποκλειστικά για την επόμενη χρονιά. Οι εξετάσεις αυτές πραγματοποιούνται ανά υγειονομική περιφέρεια ενώ και κατά την διάρκεια της ειδικότητας ο ειδικευόμενος εξετάζεται ανά έτος και αξιολογείται συνεχώς. Η λήψη του τίτλου ειδικότητας γίνεται από τον οικείο ιατρικό σύλλογο με εξετάσεις.

Ο αριθμός θέσεων για την γενική ιατρική ή τις άλλες ειδικότητες καθορίζεται από Υπουργική Απόφαση (7592 θέσεις για το 2011). Η επιλογή της ειδικότητας γίνεται ανάλογα με τη σειρά κατάταξης. Η διαδικασία επιλογής της ειδικότητας (και του πανεπιστημιακού νοσοκομειακού κέντρου) γίνεται σε εθνικό επίπεδο τον Σεπτέμβριο μέσω διαδικτύου. Η ειδίκευση στην ιατρική (Internat) διαρκεί 3 ως 5 χρόνια. Περιλαμβάνει παρακολούθηση μαθημάτων, πρακτικά καθήκοντα και υποστήριξη διατριβής.

Μόνο το *Diplôme d'Etat de docteur en médecine* και η πλήρης κατοχύρωση του *Diplôme d'Etudes spécialisées (DES)* παρέχουν το δικαίωμα άσκησης της ιατρικής ειδικότητας στη Γαλλία.

3.5 Ευρωπαϊκή αναγνώριση διπλωμάτων, πιστοποιητικών και άλλων τίτλων

Η τελευταία υπό-ενότητα του παρόντος κεφαλαίου ασχολείται με τη μελέτη των όρων ευρωπαϊκής αναγνώρισης διπλωμάτων, πιστοποιητικών και άλλων τίτλων της ιατρικής ειδικότητας. Εκτός από την αναγνώριση που παρέχει στα πτυχία ιατρικών σχολών της αλλοδαπής η υπηρεσία του Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π. που αναφέρθηκε σε προηγούμενη ενότητα, σημαντικό ρόλο στην κινητικότητα των ιατρών, ως μελών του ευρωπαϊκού ιατρικού δυναμικού παρέχει η σχετική οδηγία του Συμβουλίου της Ευρώπης. Πρόκειται για την οδηγία «Οδηγία 93/16/ΕΟΚ του Συμβουλίου της 5ης Απριλίου 1993 για τη διευκόλυνση της ελεύθερης κυκλοφορίας των ιατρών και της αμοιβαίας αναγνώρισης των διπλωμάτων, πιστοποιητικών και άλλων τίτλων τους».

Η συγκεκριμένη οδηγία, παρέχει τις απαιτούμενες κατευθυντήριες γραμμές για τις προϋποθέσεις που πρέπει κάθε κράτος μέλος να εφαρμόζει προκειμένου να αναγνωρίζει τους σχετικούς τίτλους σπουδών. Η οδηγία αναγνωρίζει τους τίτλους σπουδών που παρέχονται από τα πανεπιστήμια της Ευρωπαϊκής Ένωσης και σχετίζονται με τη λήψη του πτυχίου ιατρικής⁶. Παράλληλα η οδηγία

⁶ Είναι εύλογο ότι όταν συντάχθηκε η οδηγία αυτή, στην Ευρωπαϊκή Ένωση συμμετείχαν 12 κράτη μέλη. Έκτοτε και με τις συνεχείς διευρύνσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης, έχουν γίνει και οι απαραίτητες προσαρμογές για την αναγνώριση των πτυχίων ιατρικής. Ενδεικτικό χαρακτηριστικό είναι ότι στο κείμενο τονίζεται η περίοδος έναρξης της ισχύος της συγκεκριμένης διάταξης η οποία αναφέρεται στην ημερομηνία ένταξης του κράτους μέλους στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Περισσότερες πληροφορίες μπορούν να αναζητηθούν στην Οδηγία 2005/36/ΕΚ του

ουσιαστικά τονίζει την υποχρέωση των κρατών μελών να αναγνωρίζουν ως ισότιμα τα πτυχία και τους λοιπούς τίτλους σπουδών ιατρικής που έχουν αποκτηθεί στην αλλοδαπή ως ισότιμα με αυτά της ημεδαπής.

Ενδεικτικό χαρακτηριστικό της εμβάθυνσης της συγκεκριμένης οδηγίας για την αναγνώριση όλων των πιστοποιητικών σπουδών ιατρικής είναι ότι παρέχει ένα ιδιαίτερα ευρύ φάσμα για τους τίτλους και τη συνάφεια των πιστοποιητικών ιατρικής. Όλοι οι αναφερόμενοι τίτλοι παρέχονται τόσο στην τοπική γλώσσα του πανεπιστημίου ή του ινστιτούτου που εξέδωσε τον τίτλο όσο και σε όλες τις γλώσσες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, προκειμένου να μην υπάρχουν παρερμηνείες.

Παράλληλα, στο σώμα του κειμένου παρέχονται διευκρινίσεις για τα δικαιώματα που απολαμβάνουν οι εργαζόμενοι ιατροί σε όλα τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σύμφωνα με την αρχή της ελεύθερης κινητικότητας εργαζομένων, κεφαλαίων και εμπορευμάτων (Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση, 1992), όσοι ιατροί έχουν αποκτήσει τον τίτλο σπουδών τους σε πανεπιστημιακό ίδρυμα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, έχουν το δικαίωμα να ασκήσουν το επάγγελμα τους, ανεξαιρέτως, σε όλα τα κράτη μέλη. Ακόμη στην οδηγία παρέχονται σημαντικές επιμέρους κατευθυντήριες γραμμές για τους όρους μεταβίβασης των δεδομένων που αφορούν στην εμπειρία, και σε άλλα προσωπικά δεδομένα (π.χ. άδεια άσκησης επαγγέλματος), από τη χώρα προέλευσης προς τη χώρα εργασίας του ιατρού.

Καθώς η Ευρωπαϊκή Ένωση αποτελεί μια ανοικτή διοικητική επικράτεια είναι ευνόητο, ότι οι ιατροί μπορούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε όλα τα κράτη μέλη. Εκτός από τη διοικητική υπόσταση του όλου ζητήματος, σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση του ανθρώπινου δυναμικού των ιατρικών συστημάτων, έχει η διαδικασία της κινητικότητας του ιατρικού δυναμικού. Η αλληλεπίδραση αυτή αναπτύσσεται μέσα από τη δυνατότητα να εργαστούν στο ίδιο νοσηλευτικό ίδρυμα, ιατροί που έχουν αποκτήσει το πτυχίο τους ή την ειδικότητα τους σε διαφορετικά κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αυτή η ανταλλαγή γνώσης και εμπειρίας αναμφίβολα μόνο θετικά οφέλη μπορεί να έχει στο τελικό επίπεδο της ποιότητας των παραγόμενων ιατρικών εκροών αρκεί οι όροι και οι κανόνες της Ευρωπαϊκής Ένωσης να πληρούνται και να επαναξιολογούνται σε συνεχή και αυστηρή βάση.

Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 7ης Σεπτεμβρίου 2005, σχετικά με την αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων.

3.6 Συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση

3.6.1 Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση και Ελληνική Πραγματικότητα

Η συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση στην Ελλάδα αποτελεί σύμφωνα με την προσέγγιση των Αυγερινού και συν. (2006), ένα ιδιαίτερα σημαντικό πρόβλημα της ελληνικής ιατρικής κατάρτισης. Όπως και στις υπόλοιπες χώρες του εξωτερικού, η ως άνω εκπαίδευση βασίζεται στην παρακολούθηση σεμιναρίων, συνεδρίων και ημερίδων, που παρέχουν την απαιτούμενη γνώση προς ιατρούς προκειμένου να βελτιώνουν το επίπεδο της κατάρτισής τους. Η συμμετοχή σε ένα επιστημονικό συνέδριο, σε μια ημερίδα ή ένα κλινικό φροντιστήριο παρέχει στον ιατρό, όπως και σε όλους τους επιστήμονες την ευκαιρία να έρθει σε άμεση αλληλεπίδραση, με τις νέες εξελίξεις στον χώρο.

Η συμμετοχή λοιπόν σε συνέδρια και σε ημερίδες αποτελούν τα βασικά μέσα της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για το ιατρικό προσωπικό. Τα μέσα αυτά, παρέχουν και τις απαιτούμενες πιστοποιήσεις, αναφορικά με την εξέλιξη των ιατρών, σε επαγγελματικό και σε επιστημονικό επίπεδο. Ωστόσο υπάρχουν αντιδράσεις οι οποίες εδράζονται στο ότι συχνά η λήψη πιστωτικών μονάδων, τις οποίες κομίζει ο ιατρός μέσα από την παρακολούθηση των συνεδρίων και των σεμιναρίων δεν είναι αξιόπιστες ούτε και χαρακτηριστικές για το επίπεδο της βελτίωσης των δεξιοτήτων του.

Ωστόσο ο θεσμός αυτός είναι αποδεκτός σε διεθνές επίπεδο, και συνεπώς πρέπει να εφαρμοστεί και στην Ελλάδα και να μετατραπεί πέρα από ηθική υποχρέωση του ιατρικού κώδικα δεοντολογίας σε νομική υποχρέωση, προκειμένου να υπάρξει μια ουσιαστική προσπάθεια βέλτιστης πιστοποίησης της ποιότητας του ανθρώπινου δυναμικού του δημόσιου αλλά και του ιδιωτικού συστήματος υγείας. Σε γενικές γραμμές οι διαταραχές που υπάρχουν στη διαδικασία συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του ελληνικού ανθρώπινου δυναμικού είναι άρρηκτα δεμένες, με τις ευρύτερες στρεβλώσεις που χαρακτηρίζουν το ελληνικό σύστημα υγείας (Nikolentzos & Mays, 2008). Παρά το γεγονός ότι μια σειρά από μεταρρυθμίσεις (1983 & 2001) και πρόσφατα (2011), έχουν εφαρμοστεί, ωστόσο δεν έχει επιτευχθεί ένα αποτελεσματικό συνεκτικό πλαίσιο.

Αν ωστόσο ληφθεί υπόψη το γεγονός, ότι τα προβλήματα στην εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού της χώρας παρουσιάζονται κυρίως κατά τη διαδικασία της απόκτησης ειδικότητας,

μπορεί να αναπτυχθεί ένα νέο ιδιαίτερα αποτελεσματικό και συνάμα συνεκτικό πλαίσιο για την επίλυση τους. Πιο συγκεκριμένα στο επίκεντρο βρίσκεται ο ανεπαρκής σχεδιασμός της κατανομής προσωπικού στο δημόσιο σύστημα υγείας στην Ελλάδα. Η ανεπάρκεια του σχεδιασμού αυτού βασίζεται, κατά κύριο λόγο, στην αδυναμία σύνδεσης των πραγματικών αναγκών του δημόσιου συστήματος στη χώρα, με τον αριθμό των εισακτέων στις σχολές ιατρικής. Ως αποτέλεσμα η Ελλάδα έχει σημαντικά υψηλότερο μέσο όρο ιατρών και οδοντιάτρων από τα υπόλοιπα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Kaitelidou, 2012). Η αυξημένη επάρκεια πόρων έχει ως βασική συνέπεια την αδυναμία ορθολογικής κατανομής των ιατρών, σε θέσεις διαρκούς εκπαίδευσης. Επίσης συχνά η μη ορθολογική κατανομή τους στο σύστημα υγείας δημιουργεί επίσης στρεβλώσεις στη διαδικασία εκπαίδευσης τους. Ενδεικτικό χαρακτηριστικό του προβλήματος συνιστά το γεγονός, ότι την ειδικότητα του γενικού ιατρού, την επιλέγουν πολύ λιγότεροι ιατροί από όσους χρειάζεται πραγματικά το σύστημα (Μαριολής, 2007).

Αν στα παραπάνω προστεθεί και το ότι λόγω των χρονικών υστερήσεων, απαιτείται μεγάλο σχετικά χρονικό διάστημα, ώστε ο ιατρός να διοριστεί στο δημόσιο σύστημα, μπορεί να γίνει αντιληπτό το ευρύτερο πρόβλημα. Η αργοπορημένη τοποθέτηση των ιατρών στο σύστημα μειώνει τις προοπτικές συνεχούς εκπαίδευσης τους, κυρίως λόγω του ότι οι όροι διανομής του ιατρικού προϊόντος και της ευρύτερης ιατρικής εισροής στην Ελλάδα συχνά τους το απαγορεύουν. Κατά συνέπεια προκειμένου να βελτιωθούν οι όροι συνεχιζόμενης εκπαίδευσης απαιτείται μια σειρά από αλλαγές στους όρους λειτουργίας του δημόσιου συστήματος υγείας.

3.6.2 Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση και Ευρωπαϊκή Εμπειρία

Διαφορετικά είναι τα δεδομένα, από τη διαδικασία της συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης στο εξωτερικό. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των ιατρών, είναι επιβεβλημένη και συντονίζεται σε θεσμικό επίπεδο από την Ευρωπαϊκή Ένωση Ιατρικών Ειδικοτήτων γνωστή και ως EUMS (European Union of Medical Specialties). Σύμφωνα με τις γενικές αρχές του συγκεκριμένου οργανισμού η συνεχιζόμενη εκπαίδευση οφείλει να χαρακτηρίζεται από εγκυρότητα, αξιοπιστία, κοινές παραδεκτές αρχές και φυσικά να μπορεί να αποδειχθεί με ποσοτικό τρόπο. Η ποσοτικοποίηση της λαμβάνει χώρα με τη χρήση πιστωτικών μονάδων (credits) που λαμβάνουν οι ιατροί οι οποίοι συμμετέχουν στις διαδικασίες της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

Αρμόδιο όργανο, για την κοινώς αποδεκτή σε διεθνές επίπεδο χρήση των πιστωτικών μονάδων είναι το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναγνώρισης της Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης. Οι βασικοί στόχοι λειτουργίας του συμβουλίου αυτού είναι οι ακόλουθοι (Αυγερινός κ. συν, 2006):

- Η ποιοτική αναβάθμιση της συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης
- Η ευκολότερη πρόσβαση στη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση μέσα από εξουσιοδοτημένα συνέδρια, σεμινάρια, φροντιστηριακά μαθήματα, τηλεδιασκέψεις και Internet Based εκπαίδευση
- Η πανευρωπαϊκή αναγνώρισή της συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης
- Ο καθορισμός συστήματος βαθμολόγησης με διδακτικές μονάδες (Credits), σύμφωνα με το οποίο 1 διδακτική ώρα αντιστοιχεί σε 1 Credit και τέλος
- Η εξουσιοδότηση κέντρων παροχής συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης σε εθνικό και πανευρωπαϊκό επίπεδο, με προκαθορισμένα κριτήρια ποιότητας και επιστημονικής επάρκειας.

Σύμφωνα δε, με τις βασικές προβλέψεις του οργάνου αυτού, κάθε ειδικευόμενος ιατρός θα πρέπει να συγκεντρώνει 250 διδακτικές μονάδες ανά 5 έτη, δηλαδή 250 διδακτικές ώρες. Εξ'αυτών οι 100 θα πρέπει να αποκτώνται από διεθνώς αναγνωρισμένες επιστημονικές δραστηριότητες καθώς και από εξουσιοδοτημένα κέντρα, συνέδρια και διαδραστικές δραστηριότητες (π.χ. διαδικασία τηλε-εκπαίδευσης), ενώ οι άλλες 100 θα πρέπει να προέρχονται από προσωπική μελέτη και έρευνα σε τοπικό επίπεδο. Σημειώνεται ότι δεν θα πρέπει να αναγνωρίζονται περισσότερες από 100 μονάδες σε ετήσια βάση, προκειμένου να εξασφαλίζεται η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της παρεχόμενης εκπαίδευσης. Οι τοπικές αρχές των κρατών μελών, είναι υπεύθυνες για τον καθορισμό του υποχρεωτικού ή εθελοντικού χαρακτήρα της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

Στον πίνακα 3.3 παρέχονται πληροφορίες για τους όρους που ισχύουν σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες μεταξύ αυτών η Ελλάδα και η Κύπρος. Γενικά, η τάση που παρατηρείται στο σύνολο των ευρωπαϊκών χωρών είναι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση να καθιερωθεί ως υποχρεωτική διαδικασία στην επαγγελματική πορεία ενός ιατρού. Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν διαφοροποιήσεις στη

διαδικασία μέτρησης και αποτίμησης των διδακτικών μονάδων όπως επίσης στην παρακολούθηση και την επιβολή της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης ωστόσο ακόμη και στις περιπτώσεις των χωρών, που το σύστημα αυτό εφαρμόζεται εθελοντικά, έχει ιδιαίτερη σημασία..

Οι ρυθμιστές της επαναξιολόγησης σε πολλές χώρες της Δυτικής Ευρώπης είναι οι επαγγελματικοί ιατρικοί φορείς-ιατρικοί σύλλογοι, οι οποίοι μπορεί να είναι υπόλογοι σε κυβερνητικά υπουργεία. Ωστόσο, σε άλλες, οι ασφαλιστές μπορούν να αναλάβουν ηγετικό ρόλο απαιτώντας την σύναψη συμβάσεων με τους γιατρούς που πληρούν ειδικές απαιτήσεις. Στις περισσότερες περιπτώσεις, ένας συνδυασμός πολλών φορέων αναλαμβάνουν την ευθύνη για τη διασφάλιση των απαιτούμενων κριτηρίων.

Η επαναξιολόγηση στην **Αυστρία** ρυθμίζεται, κυρίως, από το Αυστριακό Ιατρικό Συμβούλιο ένα επαγγελματικό σώμα που είναι ωστόσο, υπόλογο στο Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας αν και παραμένει ασαφές πώς αυτή η λογοδοσία λειτουργεί στην πράξη. Η Αυστριακή Ακαδημία των Ιατρών συμβουλεύει Συμβούλιο για θέματα περιεχόμενου και μεθόδων του συστήματος CME.

Το εθελοντικό σύστημα των CME **στην Ισπανία** διεξάγεται υπό την αιγίδα των ιατρικών σχολών (colegios de medicos) και την ισπανική Επιτροπή Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης των Επαγγελματιών Υγείας, η οποία ιδρύθηκε το 1997. Το 2002, τα ισπανικά Υπουργεία Υγείας και Παιδείας ανέθεσαν στον ισπανικό Ιατρικό Σύλλογο την εφαρμογή ενός συστήματος διαπίστευσης CME υπό την εποπτεία της Επιτροπής. Το προκύπτον ισπανικό Εθνικό Συμβούλιο Διαπίστευσης για CME επιδιώκει να ενσωματώσει το πλήθος των δραστηριοτήτων με CME.

Στη Γερμανία, αν και οι γιατροί να λαμβάνουν την άδεια να ασκούν το επάγγελμά από τα Υπουργεία Υγείας των κρατιδίων, η εξειδικευμένη κατάρτιση, η πιστοποίηση και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση ρυθμίζονται από τους Τοπικούς Ιατρικούς Συλλόγους (επαγγελματικοί σύλλογοι). Οι περιφερειακές και ομοσπονδιακές Ενώσεις Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας των ιατρών παρακολουθούν τη συμμόρφωση με CME μεταξύ των γιατρών που είναι συμβεβλημένοι μαζί τους.

Πίνακας 3.3: Όροι Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης σε Χώρες του Εξωτερικού

ΧΩΡΑ	ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
Αγγλία	Υποχρεωτικά 250 credits / 5έτη Υπεύθυνος φορέας General Medical Council Αυστηρή εφαρμογή για ειδικούς με άδεια ασκήσεως από 2013
Γερμανία	Υποχρεωτική ΣΙΕ Οικονομικά Κίνητρα Κυβέρνηση και ασφαλιστικές εταιρείες προωθούν τον θεσμό της ΣΙΕ
Γαλλία	Υποχρεωτική ΣΙΕ Επιβλέποντες φορείς: Τοπικά Συμβούλια Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης Εθνική Αρχή Ιατρών
Ελλάδα	Εθελοντική ΣΙΕ Πρόσφατη θεσμοθέτηση ως ηθικής υποχρέωσης στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας
Κύπρος	Εθελοντική ΣΙΕ Υπό την επίβλεψη του Ιατρικού Συλλόγου Χορήγηση Πιστοποιητικού σε όσους συλλέγουν 150 credits / 3 έτη
Ολλανδία	Υποχρεωτική ΣΙΕ Αποκλεισμός από τις Ιατρικές Εταιρείες όσων δεν συγκεντρώνουν τα απαραίτητα credits
Πορτογαλία	Εθελοντική ΣΙΕ

Πηγές: Στοιχεία παρούσας έρευνας και Αυγερινός κ. συν, 2006

Οι απαιτήσεις επαναξιολόγησης *στη Γαλλία* ορίζονται από τρεις επαγγελματικούς φορείς, τα εθνικά συμβούλια για CME (Conseils nationaux de formation médicale continue) – για τους ιατρούς για τους ιδιώτες γιατρούς και τους νοσοκομειακούς γιατρούς. Ωστόσο, μόνο το Συμβούλιο για τους αυτοαπασχολούμενους γιατρούς εργασίας έχει ορίσει τις απαιτήσεις κατά τη στιγμή της συγγραφής. Επιπλέον, ιατρικός έλεγχος προωθείται από την Ανώτατη Αρχή για την Υγεία (Haute Autorité de Santé) μια αρχή που λογοδοτεί στο κοινοβούλιο, μαζί με τις νοσοκομειακές ιατρικές επιτροπές. Τα Περιφερειακά Συμβούλια για CME (Conseils régionaux de formation médicale continue) είναι υπεύθυνα να διασφαλίζουν ότι οι γιατροί πληρούν τις απαιτήσεις-προϋποθέσεις, και αν όχι, το Περιφερειακό Συμβούλιο του Τάγματος των Ιατρών (Conseil régional de l'ordre des médecins) λαμβάνει τα κατάλληλα μέτρα.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η συμμετοχή σε CPD εδώ και πολύ καιρό είναι μια προϋπόθεση για την απασχόληση στο NHS και, πιο πρόσφατα, για την συνέχιση της συμμετοχής στα βασιλικά κολλέγια. Το Υπουργείο Υγείας (DH) υπογράμμισε τη δέσμευσή του για την εισαγωγή ενός υποχρεωτικού συστήματος επανεπικυρώσεων που θα περιλαμβάνει όλους τους ιατρούς, σε οποιαδήποτε καθεστώς ασκούν το επάγγελμά τους. Οι γιατροί θα πρέπει να ανανεώνουν την άδεια άσκησης επαγγέλματος κάθε πέντε χρόνια. Τα βασιλικά κολέγια θα έχουν ρόλο στην υποστήριξη της επαναπαιστοποίησης του γιατρού, ενώ το Γενικό Ιατρικό Συμβούλιο (GMC) θα είναι υπεύθυνο για τη διασφάλιση της ποιότητας κατά τη διαδικασία της αξιολόγησης για επανεπικύρωση της άδειας άσκησης επαγγέλματος. Ήδη έχει ξεκινήσει μια εκστρατεία ενημέρωσης των ιατρών με ειδικότητα, η οποία θα ολοκληρωθεί μέχρι το τέλος του 2012 και μέσω της οποίας θα ενημερωθούν για τις ακριβείς υποχρεώσεις τους αλλά και τον υπεύθυνο ενδιάμεσο φορέα στον οποίο θα απευθύνονται για την διαδικασία συγκέντρωσης των απαιτούμενων πιστοποιητικών.

Ο επαγγελματικός κανονισμός *στην Ολλανδία* καλύπτει τόσο τους επαγγελματίες που εργάζονται στο νοσοκομείο όσο και τους ιδιώτες και η εφαρμογή του εποπτεύεται από έναν συνασπισμό της κυβέρνησης (Κεντρικό Κέντρο Πληροφόρησης για τους επαγγελματίες υγείας) και τους επαγγελματικούς φορείς (Centra College Specialists).

Στο Βέλγιο, οι γιατροί λαμβάνουν την άδεια να ασκούν το επάγγελμά από το Υπουργείο Δημόσιας Υγείας ωστόσο, με την άδειας αυτή παραχωρείται στους ιατρούς μόνο το δικαίωμα να

χρησιμοποιούν τον τίτλο του ιατρού γενικής ιατρικής (GP) ή του ειδικού. Αυτοί οι γιατροί στη συνέχεια πρέπει να κάνουν αίτηση στο Εθνικό Ινστιτούτο Ασφάλισης, Ασθένειας και Αναπηρίας (INAMI / RIZIV) ώστε να ζητήσουν περαιτέρω διαπιστεύσεις, που θα τους επιτρέψουν να διεκδικήσουν υψηλότερες αμοιβές.

Η Επαγγελματική αυτορρύθμιση είναι δεδομένη και **στις ΗΠΑ**, όπου το αμερικανικό συμβούλιο των Ειδικών Ιατρών (ABPS) έχει σημειώσει μεγάλη πρόοδο στην αξιολόγηση και απαιτεί συμμετοχή και CME από τα μέλη του. Αν και δεν είναι υποχρεωτικό να εξασκείς το επάγγελμα στην πράξη η πιστοποίηση του συμβούλιου πιστοποίησης απαιτείται όλο και περισσότερο από τα νοσοκομεία, τους πληρωτές-ασφαλιστές και τους ασθενείς. Το 2002, περισσότερο από το 85% των γιατρών με άδεια στις ΗΠΑ κατείχαν έγκυρο πιστοποιητικό (Merkur et al, 2008).

Τέλος, αναφορικά με τους όρους αξιολόγησης, του ιατρικού δυναμικού υπάρχουν επίσης διαφορές ανά χώρα, όπως φαίνεται και στον πίνακα 3.4. Με εξαίρεση λοιπόν την Αυστρία και το Βέλγιο (3 έτη), οι υπόλοιπες χώρες του πίνακα, επανεπικυρώνουν το ιατρικό επάγγελμα σε 5 έτη. Η εκπαίδευση και η επαγγελματική κατάρτιση είναι συνεχής και συνεχιζόμενη σε όλες τις χώρες, ενώ λαμβάνει χώρα από ομότιμους ειδικούς επαγγελματίες, δηλαδή ιατρούς. Εκτός από το Βέλγιο και την Ισπανία, η διαδικασία αυτή έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα, ενώ υπάρχουν ανταμοιβές που αναφέρονται σε αυξήσεις μισθών, για όσους συμμετέχουν (Βέλγιο) ή κυρώσεις κατά κανόνα για όσους δεν συμμετέχουν στις άλλες χώρες. Τέλος όπως μπορεί να γίνει διακριτό οι εμπλεκόμενοι θεσμικοί φορείς σε αυτή τη διαδικασία είναι οι ιατρικοί σύλλογοι και τα ιατρικά επιμελητήρια. Παράλληλα δευτερεύοντα αλλά σημαντικό ρόλο στην όλη διαδικασία έχουν θεσμικοί φορείς της κεντρικής και της περιφερειακής διοίκησης.

Κλείνοντας λοιπόν την παρούσα υπό-ενότητα θεωρείται χρήσιμο να σημειωθεί, ότι η εφαρμογή του μοντέλου των πιστωτικών μονάδων στο ελληνικό σύστημα υγείας, μόνο θετικά χαρακτηριστικά μπορεί να επιφέρει αφού η ένταξη των Ελλήνων ιατρών στο συγκεκριμένο σύστημα θα συμβάλλει αναμφίβολα, στη βελτίωση του εκπαιδευτικού τους επιπέδου, της επιστημονικής τους κατάρτισης και των κλινικών τους δεξιοτήτων. Σε μια συστηματική ανασκόπηση δημοσιευμένων μελετών μεταξύ 1966 και 1999 διαπιστώθηκε ότι η πλειοψηφία κατέδειξε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ του καθεστώτος πιστοποίησης και την καλή κλινική πράξη (Sharp et al, 2002).

Πίνακας 3.4: Θεσμική Διαδικασία Επαναξιολόγησης Ιατρικού Επαγγέλματος

	Χρονική Περίοδος (έτη)	Τύποι Επικύρωσης		Υποχρεωτική	Ποινή/Ανταμοιβή	Κυρίαρχος Θεσμός	Έτεροι Θεσμοί
		ΣΙΕ/ΣΕΚ*	Αξιολόγηση από ομότιμους Επαγγελματίες				
Αυστρία	3	Ναι	Ναι	Ναι	Νομική Απαίτηση	Ιατρικό Επιμελητήριο	Υπουργεία Υγείας, Εθνική Ακαδημία Ιατρικής
Βέλγιο	3	Ναι	Ναι	Όχι	Αύξηση μισθού κατά 4%	Υπουργείο Υγείας και Ταμείο Κοινωνικής Ασφάλισης	-
Γαλλία	5	Ναι	Ναι (Εξέταση από Επαγγελματίες)	Ναι	Νόμος Περιφερειακού Συμβουλίου	Εθνικό Συμβούλιο Ιατρικής Εκπαίδευσης	Περιφερειακά Συμβούλια, Ανεξάρτητη Αρχή για Ιατρική
Γερμανία	5	Ναι	Ναι	Ναι (Από συμβεβλημένους ειδικούς)	Κυρώσεις σε μη Συμμόρφωση	Περιφερειακά Ιατρικά Επιμελητήρια	Υπουργείο Υγείας, Ομοσπονδιακός Ιατρικός Σύλλογος
Ελλάδα		Ναι	Όχι	Ηθική υποχρέωση (Κώδικας Ιατρ. Δεοντολογίας,)	Ηθική Ανταμοιβή	Απουσία	Ιατρικές Εταιρείες
Ηνωμένο Βασίλειο	5	Ναι	Ναι (Εξέταση Ανατροφοδότησης)	Αναμονή: Από ειδικούς και επαγγελματίες	Η αποτυχία οδηγεί σε εντατική εποπτεία	Υπουργείο Υγείας	Γενικό Συμβούλιο Ιατρικής
Ισπανία	-	Ναι (9 από 17 περιοχές)	-	Όχι	Ποικίλλει με βάση την περιφέρεια	Ισπανικός Ιατρικός Σύλλογος	Υπουργείο Υγείας, Επιτροπή Ιατρικής Εκπαίδευσης
Ολλανδία	5	Ναι	Ναι	Ναι (ειδικούς)	Διαγραφή από τους ιατρικούς συλλόγους	Κεντρική Σχολή Ιατρών	Κεντρική Αρχή Πληροφοριών για Ιατρικά Επαγγέλματα

Πηγή: Merkur et al (2008), Ίδιοι υπολογισμοί από πρωτογενή στοιχεία που συλλέχθηκαν για την παρούσα διατριβή

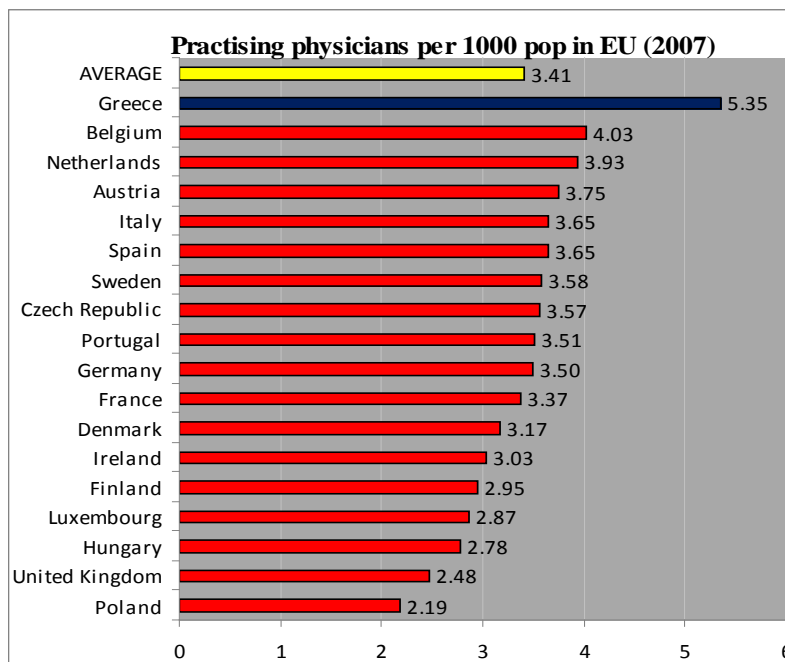
*ΣΙΕ: Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση, ΣΕΚ: Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Κατάρτιση

ΚΕΦ 4: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

4.1 Περιγραφή αριθμητικών δεδομένων

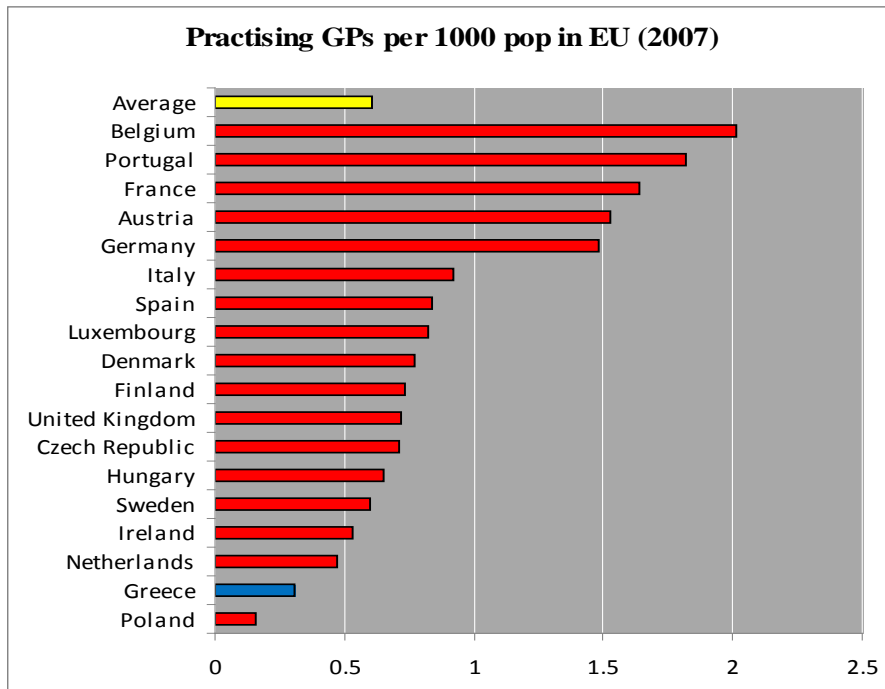
Με 5,35 ιατρούς ανά 1000 κατοίκους το 2007 και 6,1 ιατρούς ανά 1000 κατοίκους το 2009, (Εικόνα 4.1) (Παράρτημα Ι, Πίνακες 4 και 5) η Ελλάδα έχει σχεδόν τον διπλάσιο αριθμό ιατρών σε σύγκριση με το μέσο ευρωπαϊκό όρο (3,4 ιατροί /1000 κατοίκους και 0,68 Γενικοί Ιατροί /1000 κατοίκους) (OECD, 2010). Η Ελλάδα έχει 1 ιατρό ανά 187 κατοίκους ενώ ο αντίστοιχος ευρωπαϊκός μέσος όρος EU19 δεν είναι παραπάνω από 1 ιατρός ανά 312 κατοίκους. Παραδόξως, παρά τον υψηλό αριθμό ιατρών (Εικόνα 4.1), η Ελλάδα έχει από τους χαμηλότερους αριθμούς Γενικών Ιατρών (General Practitioners - GPs) (Εικόνα 4.2). Λαμβάνοντας αυτά τα στοιχεία υπόψη η Ελλάδα καταγράφηκε στην Ευρωπαϊκή Έκθεση Υγείας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για το 2009 ως χώρα με πλεόνασμα ιατρών ⁷ (WHO, 2009).

Εικόνα 4.1 : Ιατροί ανά 1000κατ. στην Ελλάδα και σε χώρες της ΕΕ για τις οποίες υπήρχαν διαθέσιμα δεδομένα (2007)



⁷ ΠΟΥ 2009: The European Health Reform 2009 Health and Health Systems. (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

Εικόνα 4.2: Γενικοί ιατροί ανά 1000κατ. στην ΕΕ (2007)



Πηγή: ΟΟΣΑ, 2010

4.2 Κατανομή ιατρών ανά ειδικότητα, γεωγραφική περιφέρεια

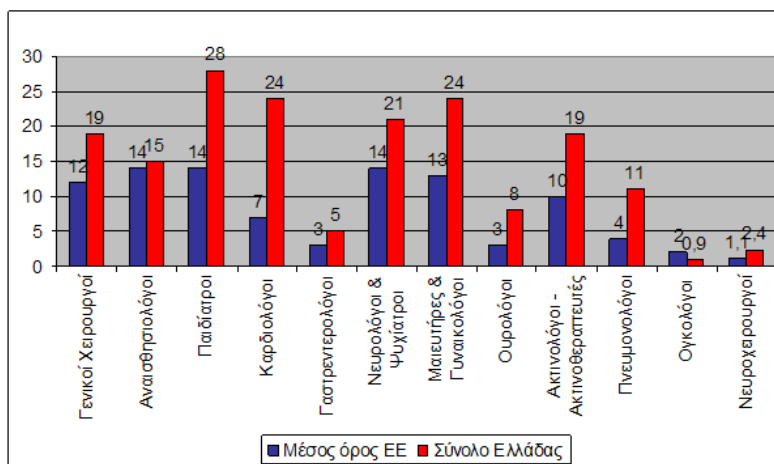
Όσον αφορά στη γεωγραφική κατανομή, είναι κατανοητό ότι ο σχετικά μεγάλος αριθμός των γιατρών θα μπορούσε να εξηγηθεί από την παροχή υπηρεσιών υγείας σε μεγάλες περιοχές με χαμηλή συγκέντρωση πληθυσμού. Ωστόσο, αυτό δε φαίνεται να συμβαίνει στην Ελλάδα, όπου οι περισσότεροι γιατροί στην Ελλάδα βρίσκεται σε μεγάλες αστικές περιοχές, οδηγώντας σε σημαντικές ανισότητες στην παροχή υπηρεσιών υγείας στην ελληνική επικράτεια..

Ενδεικτικά αναφέρεται ότι με βάση στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας του 2007, υπήρχαν 27 γενικοί χειρουργοί ανά 100.000 κατοίκους στην Αττική σε αντίθεση με 8 γενικούς χειρουργούς ανά 100.000 κατοίκους στην Πελοπόννησο και 9/100.000 στην Στερεά Ελλάδα. Σημαντικές διαφορές εντοπίζονται και σε άλλες ειδικότητες (για παράδειγμα 3.3/10.000κατ. παιδίατροι στην Αττική σε σχέση με 1.7/10.000 στην Πελοπόννησο, στα νησιά του Β. Αιγαίου και στην Δυτ. Μακεδονία, 3,4/10.000κατ. μαιευτήρες-γυναικολόγους στην Αττική σε σχέση με 1,2 στην Πελοπόννησο, τη Στερεά και τα νησιά του Αιγαίου. (Παράρτημα Ι, Πίνακας 2)

Ένα επίσης εντυπωσιακό στοιχείο είναι το γεγονός ότι από τις 2.700 θέσεις για γιατρούς σε Περιφερειακά Ιατρεία και Κέντρα Υγείας στην Ελλάδα, μόνο περίπου 1.200 έχουν καλυφθεί. (Μαριολής, 2007). Παρόμοια ευρήματα αναφέρθηκαν σε μια μελέτη που ανατέθηκε από το Υπουργείο Υγείας το 2001, στο Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών (CHESME 2001) σύμφωνα με την οποία μόνο το 47% του αναμενόμενου ποσοστού ιατρικών θέσεων (συμπεριλαμβανομένων Γενικών Ιατρών) στα ελληνικά κέντρα υγείας καλύφθηκαν. Πρέπει να αναφερθεί ότι χρηματοδοτική στήριξη έχει προσφερθεί από το Υπουργείο Υγείας για την άσκηση της ιατρικής σε αγροτικές περιοχές της Ελλάδας, αλλά αυτές οι επιδοτήσεις δεν ήταν αρκετό κίνητρο για να προσελκύσει και να διατηρήσει γιατρούς σε αυτές τις περιοχές. Ως εκ τούτου, παρά το μεγάλο αριθμό των γιατρών, η Ελλάδα εξακολουθεί να αντιμετωπίζει σημαντικές γεωγραφικές ανισότητες, γεγονός που υποδηλώνει ότι ενώ υπάρχει πλεόνασμα σε ορισμένους τομείς ταυτόχρονα υπάρχει έλλειψη σε άλλους.

Κατά την εκτίμηση του μεγάλου αριθμού των γιατρών στην Ελλάδα, είναι επίσης σημαντικό να διαχωριστεί ο αριθμός των γιατρών με ειδικότητα, προκειμένου να καταστεί κατανοητό κατά πόσον ορισμένες ειδικότητες μπορεί να ξεχωρίζουν στο φαινόμενο της υπερπροσφοράς. Στον πίνακα 2 του παραρτήματος παρουσιάζεται ο αριθμός των εν ενεργεία ειδικών ιατρών ανά 1.000 πληθυσμού για όλες τις περιοχές στην Ελλάδα και τον μέσο όρο της ΕΕ για το 2007 ενώ συνοπτικά τα δεδομένα αυτά αποτυπώνονται στο γράφημα της εικόνας 4.3.

Εικόνα 4.3: Αριθμός ειδικευμένων ιατρών/100.000πλ. σε Ελλάδα και ΕΕ19 (2007)



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (www.statistics.gr), OECD Health Data Base 2009, Eurostat data base

Αναλογικά, υπάρχουν πολύ λιγότεροι γενικοί ιατροί στην Ελλάδα από ό τι στην ΕΕ ενώ ο αριθμός των ειδικών ήταν σε ορισμένες περιπτώσεις σημαντικά μεγαλύτερος σε σχέση με την υπόλοιπη Ευρώπη. Η Γενική Ιατρική σημείωσε αξιόλογη αύξηση κατά τα τελευταία χρόνια, αλλά παρά την αύξηση, ο αριθμός των Γενικών Ιατρών είναι σχετικά μικρός, δεδομένου ότι αντιπροσωπεύουν το 1,8% του συνολικού αριθμού των εν ενεργεία γιατρών, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό είναι πάνω από 20% στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Η Ένωση Γενικών Ιατρών αναφέρει ότι περισσότερα από 5.000 επιπλέον γιατροί θα χρειαζόταν για να συμβαδίζουμε με το μέσο όρο της ΕΕ. Οι ογκολόγοι είναι σε έλλειψη, δεδομένου ότι είναι λιγότεροι από το ήμισυ (0.9/100.000pop) του μέσου όρου της ΕΕ (2/100.000pop) αλλά και ο συνολικός αριθμός είναι επίσης σχετικά χαμηλός, δεδομένου ότι αντιπροσωπεύει περίπου 17% του κοινοτικού μέσου όρου. Η Γηριατρική από την άλλη πλευρά είναι σχεδόν ανύπαρκτη (επί του παρόντος δεν είναι τίποτα περισσότερο από 5-6 σε όλη τη χώρα), δεδομένου ότι αυτή η ειδικότητα δεν παρέχεται στην Ελλάδα. (Αναλυτικά στοιχεία για τον αριθμό των ειδικευμένων ιατρών για το έτος 2009 παρατίθενται στον Πίνακα 3 του παραρτήματος)

Ωστόσο, όπως φαίνεται στον πίνακα 2, η Ελλάδα έχει 3,4 φορές περισσότερους καρδιολόγους, 2,7 φορές περισσότερους πνευμονολόγους, 2,6 φορές περισσότερους ουρολόγους, δύο φορές περισσότερους νευροχειρουργούς, 90% περισσότερους ακτινολόγους-ακτινοθεραπευτές, 58% περισσότερους γενικούς χειρουργούς, 30% περισσότερους παιδίατρους, 85% περισσότερους μαιευτήρες και 50% περισσότερους νευρολόγους σε σύγκριση με τους μέσους όρους της ΕΕ.

Τέλος σε ότι αφορά στην κατανομή των ιατρών με βάση την ηλικιακή σύνθεση αυτή φαίνεται στον Πίνακα 1 του Παραρτήματος, που ωστόσο περιορίζεται έως το έτος 1998 γιατί δεν υπάρχουν πρόσφατα δεδομένα.

4.3 Παρούσα κατάσταση καθορισμού αριθμού ειδικευομένων ιατρών και αναμονών για την έναρξη ειδικότητας στην Ελλάδα.

Η πολιτική υγείας αναφορικά με το σχεδιασμό του αριθμού των θέσεων των ειδικευμένων είναι ανύπαρκτη. Από τη συγκέντρωση πληροφοριακού υλικού από τη Διεύθυνση Μονάδων Υγείας του Υπουργείου Υγείας αλλά και το ΚΕΣΥ, προκύπτει ότι οι προκηρύξεις για τον αριθμό των

θέσεων των ειδικευομένων προκύπτουν τις περισσότερες φορές χωρίς να ληφθούν υπ' όψιν ούτε δεδομένα ζήτησης υπηρεσιών υγείας αλλά ούτε και της προσφοράς. Προκειμένου να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα συγκεντρώθηκαν από τη Διεύθυνση Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας του Υπουργείου Υγείας όλες οι αποφάσεις για τη σύσταση θέσεων ειδικευομένων ιατρών, την τελευταία πενταετία. Από τη μελέτη του σχετικού υλικού αλλά και των εισηγήσεων του ΚΕΣΥ, επιβεβαιώνεται πλήρως ο παραπάνω ισχυρισμός.

Ενδεικτικά αναφέρεται ότι για να εξασφαλίσει μία νοσοκομειακή κλινική την άδεια να εκπαιδεύει ειδικευομένους θα πρέπει να καταθέσει έναν φάκελο με στοιχεία που να αποδεικνύουν ορισμένες τυπικές προϋποθέσεις (οι οποίες στην πράξη δεν επαρκούν για να αποτελέσουν εγγυήσεις για μία ποιοτική εκπαίδευση των ιατρών υπό ειδικότητα) και το σύνηθες κριτήριο είναι οι λίστες αναμονής των ιατρών.

Πιο συγκεκριμένα οι προϋποθέσεις για την σύσταση θέσεων ειδικευομένων σε ένα νοσοκομείο αφορούν κυρίως: α) το μέγεθος του νοσοκομείου (τα μεγαλύτερα νοσοκομεία διαθέτουν περισσότερες θέσεις, β) το μέγεθος συγκεκριμένων τμημάτων (μεγαλύτερα και καλά οργανωμένα τμήματα διαθέτουν περισσότερες θέσεις), γ) η εξειδίκευση του νοσοκομείου (π.χ. ογκολογικό, ψυχιατρικό) και δ) η εν αναμονή αιτήσεις των ιατρών για τη λήψη ειδικότητας. Σύμφωνα με την υπάρχουσα νομοθεσία οι θέσεις των ειδικευομένων θα πρέπει να διατηρούνται σε μία θέση ανά 4 κλίνες (για γενικούς ιατρούς) (N123/75), 1 θέση ανά 12 κλίνες για αναισθησιολόγους (N2972/2001), 1 θέση ανά 25 χειρουργικές κλίνες (ΥΑ Α3β/ 8954/78). Για τις εργαστηριακές ειδικότητες ο λόγος καθορίζεται σε 1 θέση ανά 35 κλίνες. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Υπουργείου Υγείας ο αριθμός των ειδικευομένων ιατρών ανέρχεται σε 11.000 περίπου (Διεύθυνση Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας, Υπουργείο Υγείας). Πέρα των επίσημα συστημένων θέσεων ειδικευομένων ιατρών, προβλέπονται σε ορισμένες περιπτώσεις υπεράριθμες θέσεις ειδικότητας. Οι περιπτώσεις αυτές περιλαμβάνουν: στρατιωτικούς ιατρούς, δημοσίους υπαλλήλους, ιατρούς με σοβαρά προβλήματα υγείας (μία θέση ανά κλινική), ιατρούς προερχόμενους από χώρες εκτός ΕΕ, ιατρούς που απέκτησαν τον πτυχίο τους μετά την ηλικία των 50 ετών. Δυστυχώς όμως και ο θεσμός των υπεραρίθμων παρά την καλόπιστη διάθεση του νομοθέτη έγινε αντικείμενο εκμετάλλευσης από επιτήδειους που προκειμένου να παρακάμψουν την αναμονής των 10-12 ετών εξασφάλιζαν με περιέργες ή απατηλές μεθόδους βεβαιώσεις ασθενείας ώστε να ενταχθούν στην ευνοϊκή αυτή ρύθμιση.

Με τον τρόπο αυτό δίδεται έμφαση στη ζήτηση εκ μέρους των ιατρών αλλά όχι των ασθενών, καθιστώντας αυτόν τον τρόπο σχεδιασμού του ανθρώπινου δυναμικού τουλάχιστον ανορθολογικό.

Αυτό αποδεικνύεται περίτρανα και από την πλήρη αποτυχία του παρωχημένου, μη λειτουργικού συστήματος αναμονών με επετηρίδα για την είσοδο στην ειδικότητα με τους εξωπραγματικούς χρόνους αναμονής για πολλές ειδικότητες, η οποία αντανακλά την υπερπληθώρα των πτυχιούχων της ιατρικής και την απουσία ενός συστήματος αξιολόγησης και κατάταξης των υποψηφίων ιατρών για ειδικότητα με βάση τα αντικειμενικά τους προσόντα. Θεωρητικά το εν λόγω σύστημα είχε σχεδιαστεί για τη διαχείριση του προβλεπόμενου αριθμού φοιτητών Ιατρικής που φοιτούν στην Ελλάδα και έχουν εισαχθεί με τη διαδικασία των πανελληνίων εξετάσεων και των άλλων προβλεπόμενων μεθόδων εισαγωγής στην Τριτοβάθμια εκπαίδευση στη χώρα μας. Η αυξημένη ζήτηση των θέσεων ειδικότητας προκύπτει τόσο από τους πτυχιούχους ιατρικής από σχολές του εξωτερικού όσο και από τους φοιτητές που εισέρχονται στο σύστημα εκπαίδευσης με μεταγραφή από πανεπιστήμια του εξωτερικού και οι οποίοι προφανώς παρεκκλίνουν της αρχικής μέριμνας της Πολιτείας για τη ποσοτική σύνδεση προπτυχιακής ιατρικής εκπαίδευσης και εκπαίδευσης κατά την ειδικότητα.

Ενδεικτικά είναι τα αριθμητικά δεδομένα που παρατίθενται στον πίνακα 7 του παραρτήματος. Τα έτη αναμονής ανά ειδικότητα σε μεγάλα νοσοκομεία που παρέχουν πλήρη ειδικότητα κυμαίνονται από 1-2 έτη για μη δημοφιλείς ειδικότητες όπως Αιματολογία και Παθολογική Ανατομική για να εκτοξευθεί στα 10-13 έτη για ειδικότητες υψηλής δημοτικότητας όπως η Παιδιατρική, η Γυναικολογία και η Ενδοκρινολογία (Παράρτημα I, Πίνακας 7).

Με στόχο την αντιμετώπιση των παραπάνω προβλημάτων συστάθηκε στο ΚΕΣΥ μια επιτροπή εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης των ιατρών, με στόχο τη διαμόρφωση συγκεκριμένων προτάσεων προς το υπουργείο υγείας για την απόκτηση ιατρικής ειδικότητας και την συνεχιζόμενη εκπαίδευση των ιατρών. Τα πορίσματα της επιτροπής ολοκληρώθηκαν, κατατέθηκε πρόταση σχεδίου Νόμου στο Υπουργείο Υγείας η οποία προέβλεπε ριζικές αλλαγές στον τρόπο απόκτησης ιατρικής ειδικότητας και στη λειτουργία των επιστημονικών εταιρειών. Το σχέδιο υιοθετήθηκε από την Ολομέλεια του Συμβουλίου την 28η Μαρτίου 2011, τέθηκε σε δημόσια διαβούλευση μέχρι τον Οκτώβριο του 2011 και θα γινόταν Νόμος του Κράτους στις αρχές του 2012. Δυστυχώς η πολιτική και οικονομική κρίση στην Ελλάδα ήταν η αιτία να τεθεί

σε δεύτερη μοίρα αυτή η ριζική μεταρρύθμιση, η οποία ήταν προς την σωστή κατεύθυνση σε ότι αφορά το σκεπτικό και τις γενικές της αρχές παρά τις όποιες αδυναμίες της σε επιμέρους ζητήματα. Πρέπει να αναφερθεί ότι παρόμοια προσπάθεια με αρκετές ομοιότητες στον κορμό των μεταρρυθμίσεων έγινε και το 2002 από μια ανάλογη επιτροπή του ΚΕΣΥ για να έρθει τελικά τον Ιανουάριο του 2004 στη Βουλή και στην επιτροπή κοινωνικών υποθέσεων όπου και ολοκληρώθηκε η προπαρασκευαστική συζήτηση αλλά και πάλι δεν ήλθε ποτέ στην ολομέλεια προς ψήφιση.

Αυτό το σχέδιο νόμου όπως ήδη αναφέρθηκε έφερνε ριζικές αλλαγές στον τρόπο απόκτησης ιατρικής ειδικότητας και στη λειτουργία των επιστημονικών εταιρειών. Με τις νέες ρυθμίσεις καθιερωνόταν ειδικές πανελλαδικές εξετάσεις για την έναρξη ειδικότητας, με απώτερο στόχο την κατάργηση της ισχύουσας λίστας και ιδρύονταν Επιστημονικές Εταιρείες των ιατρικών ειδικοτήτων, στις οποίες θα αντιστοιχούσαν οι 41 κύριες ειδικότητες. Σε αυτές θα συμπεριλαμβανόταν οι ειδικότητες της Γηριατρικής και της Ιατρικής Γενετικής.

Οι Επιστημονικές Εταιρείες θα είχαν σημαντικές αρμοδιότητες, όπως τη χορήγηση του τίτλου ιατρικής ειδικότητας και την εισήγηση για το αναλυτικό πρόγραμμα εκπαίδευσης των ειδικευομένων γιατρών. Επίσης, προβλεπόταν η ίδρυση Ινστιτούτου Εκπαίδευσης και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης Επιστημών Υγείας του ΚΕΣΥ, ενώ θα συστηνόταν Εκπαιδευτικά Κέντρα και αντίστοιχες Μονάδες για την εκπαίδευση των ειδικευομένων, με καθιέρωση και «Βιβλιαρίου Εκπαίδευσης». Σε αυτό θα καταγραφόταν το περιεχόμενο της εκπαίδευσης και η πρόοδος του ειδικευομένου γιατρού.

Επίσης καθιερωνόταν για τους ειδικευμένους γιατρούς η «Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση και η Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Ανάπτυξη». Οι γιατροί θα υποχρεωνόταν στο εξής να παρακολουθούν ετήσια προγράμματα, σεμινάρια και συνέδρια τα οποία θα καταρτιζόταν από τις επιστημονικές εταιρείες των ιατρικών ειδικοτήτων. Οι γιατροί που παρακολουθούσαν αυτές τις δραστηριότητες θα λάμβαναν συγκεκριμένη βαθμολογία (μόρια) και βεβαίωση. Η συγκέντρωση 250 εκπαιδευτικών ωρών (μορίων) μέσα σε πέντε χρόνια θα ήταν προαιρετική για τα πρώτα τέσσερα χρόνια εφαρμογής του νόμου. Στη συνέχεια όμως θα γινόταν υποχρεωτική. Η βεβαίωση θα αποτελούσε προϋπόθεση για την κατάληψη θέσης σε δημόσιο φορέα ή την σύναψη σύμβασης με Ασφαλιστικό Οργανισμό.

Η εκπαίδευση για τη λήψη ειδικότητας δεν θα γινόταν πια άναρχα, όπως συμβαίνει σήμερα σε όποια κλινική νοσοκομείου καταφέρει να μπει ένας νέος γιατρός, αλλά σε Εκπαιδευτικές Μονάδες που θα ιδρύονταν ανά νοσοκομείο ή ομάδα νοσοκομείων υπό ένα ενιαίο, πιθανώς ανά περιφέρεια, Εκπαιδευτικό Κέντρο. Η εκπαίδευση θα περιελάμβανε κυκλική εναλλαγή των ειδικευομένων στις εκπαιδευτικές μονάδες και θα λειτουργούσε μόνο σε νοσοκομεία που εποπτεύονται από το υπουργείο Υγείας.

Ο συνολικός αριθμός θέσεων ειδίκευσης θα καθοριζόταν, μεταξύ άλλων, από τις ανάγκες του πληθυσμού. Ένας από τους στόχους ήταν να εξασφαλισθεί σταθερός αριθμός γενικών γιατρών, να αυξηθεί ο αριθμός των ιατροδικαστών, των γιατρών εργασίας, κοινωνικής ιατρικής, φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης, των παθολόγων-ογκολόγων και των ακτινοθεραπευτών-ογκολόγων, ειδικότητες οι οποίες παρ' ότι έχουν καταστεί απαραίτητες σήμερα, λείπουν από πολλές μονάδες Υγείας.

Φυσικά και σε αυτό το σχέδιο Νόμου υπήρχαν αρκετά περιθώρια βελτίωσης και σημεία που απαιτούσαν επιπλέον ώρες διαλόγου των εμπλεκομένων φορέων, όπως το μεταβατικό στάδιο της παράλληλης εφαρμογής των δύο συστημάτων εισαγωγής στην ειδικότητα, οι μεταβολές τόσο στον προβλεπόμενο αριθμό φοιτητών Ιατρικής όσο και στον αριθμό των θέσεων ειδικότητας αλλά και η διαχείριση του ιατρικού δυναμικού που δεν θα επιτύγχανε στις εξετάσεις έναρξης ειδικότητας.

4.4 Ευρωπαϊκά δεδομένα αναφορικά με τον καθορισμό του αριθμού των θέσεων των ειδικευομένων ιατρών και τις αναμονές των ιατρικών ειδικοτήτων.

Σε όλες τις ανεπτυγμένες ευρωπαϊκές χώρες δεν υπάρχουν λίστες αναμονής αλλά μεγάλος ανταγωνισμός για τη διεκδίκηση θέσεων ειδικότητας τόσο σε επίπεδο εξετάσεων εισαγωγής όσο και σε επίπεδο προσωπικής συνέντευξης. Τα μέτρα που εφαρμόστηκαν τα τελευταία χρόνια σε ευρωπαϊκή κλίμακα είχαν να κάνουν με την κατανομή και τον αριθμό των θέσεων ειδικότητας καθώς και με τη διαχείριση των ιατρών που αποτύγχαναν σε εξετάσεις ή παρέμεναν στάσιμοι σε κάποιο στάδιο της ειδίκευσής τους.

4.4.1 Μεταρρυθμίσεις Μεγάλης Βρετανίας

Τα Βασιλικά Κολέγια εισηγήθηκαν κι έγινε αποδεκτό τόσο από το GMC όσο και το MMC (Modernising Medical Careers) η εφαρμογή του συνεχόμενου («run-through») προγράμματος από το 2009 να εφαρμόζεται σε όσες ειδικότητες έκριναν ότι το συγκεκριμένο πρόγραμμα είναι προς όφελός τους, ενώ οι υπόλοιπες να μπορούν να εφαρμόσουν ένα πιο ελαστικό πρόγραμμα το οποίο ονομάζεται σταδιακό («uncoupled»).

Ο ιατρός που επιλέγει μια θέση σε αποσυνδεδεμένο πρόγραμμα έχει το πλεονέκτημα ότι μπορεί να αναθεωρήσει αργότερα την επιλογή της ειδικότητάς του αλλά και το μειονέκτημα ότι θα πρέπει να ξαναυποβάλλει αίτηση μελλοντικά. Το 2009 λοιπόν, κάποιες ειδικότητες άρχισαν να παρέχουν συνεχόμενη εκπαίδευση και κάποιες σταδιακή παρέχοντας 2 ή 3 έτη βασικής εκπαίδευσης σε ένα κορμό ειδικότητας (Specialty Core Training) και στη συνέχεια ανοιχτό διαγωνισμό για την πλήρωση των θέσεων ST3 ή ST4. Για τις ειδικότητες με σταδιακή εκπαίδευση η διαβάθμιση έχει ως εξής: CT1 (Core Training 1^ο έτος) ή CT2 (Core Training 2^ο έτος). Για την ψυχιατρική και τα επείγοντα υπάρχει και το CT3. Στον πίνακα 4.1 παρουσιάζονται οι ειδικότητες που παρέχουν συνεχόμενο και σταδιακό πρόγραμμα εκπαίδευσης από το 2009.

Πίνακας 4.1: Προγράμματα εκπαίδευσης ειδικότητας Ην.Βασίλειο από το 2009	
Σταδιακή εκπαίδευση	Συνεχόμενη εκπαίδευση
Γενική Ιατρική	Μαιευτική-Γυναικολογία
Αναισθησιολογία	Οφθαλμολογία
Ψυχιατρική	Παιδιατρική
Ιατρική της Εργασίας	General Practice
Επειγοντολογία	Δημόσιας Υγείας
Καρδιοθωρακοχειρουργική	Νευροχειρουργική
Γενική Χειρουργική	Παθολογοανατομική
Στοματογναθοχειρουργική	Χημική Παθολογία
ΩΡΛ	Μικροβιολογία
Παιδοχειρουργική	Ακτινολογία
Ορθοπαιδική και Τραυματολογία	
Ουρολογία	
Κλινική Ογκολογία	
Πλαστική χειρουργική	

4.4.2 Μεταρρυθμίσεις Γερμανίας

Στις πρόσφατες εξελίξεις στην εξειδικευμένη ιατρική κατάρτιση ο Γερμανικός Ιατρικός Σύλλογος παρουσίασε ένα νέο πλαίσιο και του καταλόγου των απαιτήσεων εξειδίκευσης (Musterweiterbildungsordnung) το 2003, που εγκρίθηκε και άρχισε να υλοποιείται από τις περιφερειακές ιατρικές ενώσεις μεταξύ 2004 και 2006. Ο κύριος στόχος του νέου πλαισίου ήταν να προσφέρει μια δομή για την εξειδικευμένη κατάρτιση, με βάση τη γεωγραφία, τις ειδικότητες, τις υποειδικότητες και πρόσθετα προσόντα, το οποίο είναι επίσης ευέλικτο, και μεταξύ των άλλων, λάμβανε υπόψη τις νέες εξελίξεις και τις διαδικασίες στον τομέα της υγείας. Η σημαντική αλλαγή όσον αφορά τις απαιτήσεις κατάρτισης ήταν η εισαγωγή ενός κοινού, κορμού βασικής εκπαίδευσης περιόδου 36 μηνών για ιατρικές και χειρουργικές ειδικότητες. Επίσης ο συνολικός αριθμός των υποειδικοτήτων μειώθηκε από περίπου 160 σε 100 ενώ οι Ιατρικές ειδικότητες δεν περιλαμβάνουν την οδοντιατρική.

Το πλαίσιο του 2003 εισήγαγε την ειδικότητα της «Εσωτερικής Παθολογίας και της Γενικής Ιατρικής» με στόχο τη καλύτερη δόμηση και ενοποιώντας τις απαιτήσεις για τη γενική πρακτική. Περιελάμβανε μεγαλύτερης διάρκειας εκπαίδευση στην Παθολογία και η Παιδιατρική έγινε προαιρετική (προηγουμένως ήταν υποχρεωτική). Μετά από κάποιες περαιτέρω αλλαγές τα χρόνια που μεσολάβησαν, το 2010 η 113η γερμανική Ιατρική Συνέλευση ενέκρινε τον ειδικό ιατρικό τίτλο Γενικής Ιατρικής. Σε συνδυασμό με αυτές τις εξελίξεις υπήρξε και γενικότερη προώθηση της Γενικής.

Από το 1999 τα ασφαλιστικά ταμεία, ιδιωτική ασφάλιση υγείας κεφάλαια και οι ιατρικοί σύλλογοι υποχρεώθηκαν να συγχρηματοδοτούν τους μισθούς των γιατρών που εξειδικεύονται στη Γενική Ιατρική. Το 2010 οι ίδιοι φορείς άρχισαν ένα πρόγραμμα με στόχο την υποστήριξη των γιατρών που επιθυμούν να ειδικευτούν και να ασκήσουν την Γενική Ιατρική, το οποίο περιλαμβάνει οικονομική και οργανωτική υποστήριξη για τουλάχιστον 5000 θέσεις κατάρτισης. Το βασικό εργαλείο είναι η χρηματοδότηση ενός σημαντικού τμήματος του μισθού των εκπαιδευόμενων. Το ύψος της χρηματοδότησης θα ποικίλλει γεωγραφικά για να παρέχει ένα κίνητρο για τους γιατρούς να ασκούν σε υποεξυπηρετούμενες περιοχές.

Επιπρόσθετα υπάρχει σε εξέλιξη μια συζήτηση σχετικά με την «έλλειψη» των γενικών γιατρών στη Γερμανία. Στην πραγματικότητα, υπάρχει κυρίως μια άνιση κατανομή των ειδικών παρά μια

υπο-προσφορά, με τα νοσοκομεία σε ορισμένες περιοχές της πρώην Ανατολικής Γερμανίας να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην κάλυψη θέσεων ειδικών αλλά και ειδικευομένων καθώς στη σκληρή πραγματικότητα του μικρού αριθμού Γενικών Ιατρών σε σχέση με άλλες περιοχές. Ωστόσο οι ιατρικοί σύλλογοι ισχυρίζονται ότι υπάρχει μια γενική έλλειψη σε όλη τη χώρα σε συγκεκριμένες ειδικότητες όπως η Γενική Ιατρική, Γυναικολογία, Παιδιατρική, Οφθαλμολογία και Νευρολογία. Στον Πίνακα 4.2 παρουσιάζεται ο αριθμός των γιατρών που ειδικεύονται σε επιλεγμένους τομείς ειδικότητας με βάση την ηλικιακή κατανομή και το φύλο.

Πίνακας 4.2: Αριθμός ιατρών ανά ειδικότητα, ηλικία, % Γυναικών για το 2007

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	Συνολικός αριθμός	% Γυναικών	Ηλικία < 50 ετών %	Ηλικία ≥ 50 ετών %
Αναισθησιολογία	18 868	39.9%	58.9%	41.1%
Γενική Χειρουργική	1 7134	17.6%	53.2%	46.8%
Νευρολογία	8 175	35.5%	49.5%	50.5%
Καρδιολογία	3 606	13.9%	n/a	n/a
Γενική Ιατρική / Επείγουσα Ιατρική	41 955	29.7%	53.3%	46.7%
Γαστρεντερολογία	2 155	12.8%	Μη διαθέσιμα	Μη διαθέσιμα
Ψυχιατρική	8 297/1 587	46.9%/57.3%	60.3%/58.3%	39.7%/41.7%
Γενική Ιατρική	42 897	41.3%	39.1%	60.9%
Μαιευτική-Γυναικολογία	16 369	56.6%	51.1%	48.9%
Ουρολογία	5 117	11.8%	56.6%	43.4%
Ακτινολογία	6 806	30.9%	54.5%	45.5%
Παιδιατρική	12 216	52.7%	52.9%	47.1%
Ογκολογία / Αιματολογία	1 583	25.1%	n/a	n/a
Ορθοπαιδική	10 837	12.1%	57.5%	42.5%

Πηγή: Euroobserver Summer 2010, Volume 12, Number 2

Ταυτόχρονα υπάρχει και ένας αυξανόμενος αριθμός ειδικών θέσεων μικρής διάρκειας τα αποκαλούμενα Locum (αντικαταστάτης). Οι περισσότερες από αυτές είναι για αναισθησιολόγους και κυρίως στα δυτικά της χώρας, ενώ υποεξυπηρετούμενες περιοχές στην ανατολική Γερμανία

δεν είναι αρκετά ελκυστικές ούτε για τους γιατρούς προς εκπαίδευση ούτε για τους πιστοποιημένους ειδικούς.

Τέλος, ένα ακόμη πρόβλημα είναι ότι τα νοσοκομεία αναζητούν όλο και περισσότερο πιστοποιημένους ειδικούς προσφέροντας λιγότερες θέσεις ειδικότητας. Στην πραγματικότητα, από το 2000 έχουν πιστοποιηθεί περισσότεροι ειδικοί από ειδικευόμενους-εκπαιδευόμενους γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε ελλείψεις μελλοντικά όταν οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ειδικοί συνταξιοδοτηθούν.

4.4.3 Μεταρρυθμίσεις Γαλλίας

Στη Γαλλία ο αριθμός θέσεων για τις ειδικότητες καθορίζεται από υπουργική απόφαση και εναρμονίζεται με τον αντίστοιχο αριθμό θέσεων φοιτητών ιατρικής (7750 θέσεις ειδικότητας για το 2011). Υπάρχει θεσμοθετημένη εθνική διαδικασία επιλογής της ειδικότητας και του πανεπιστημιακού νοσοκομειακού κέντρου ανάλογα με την σειρά κατάταξης στις εξετάσεις. Προβλέπεται και δεύτερη ευκαιρία για την επόμενη χρονιά ενώ κάθε υποψήφιος έχει δικαίωμα για 2 μόνο εγγραφές.

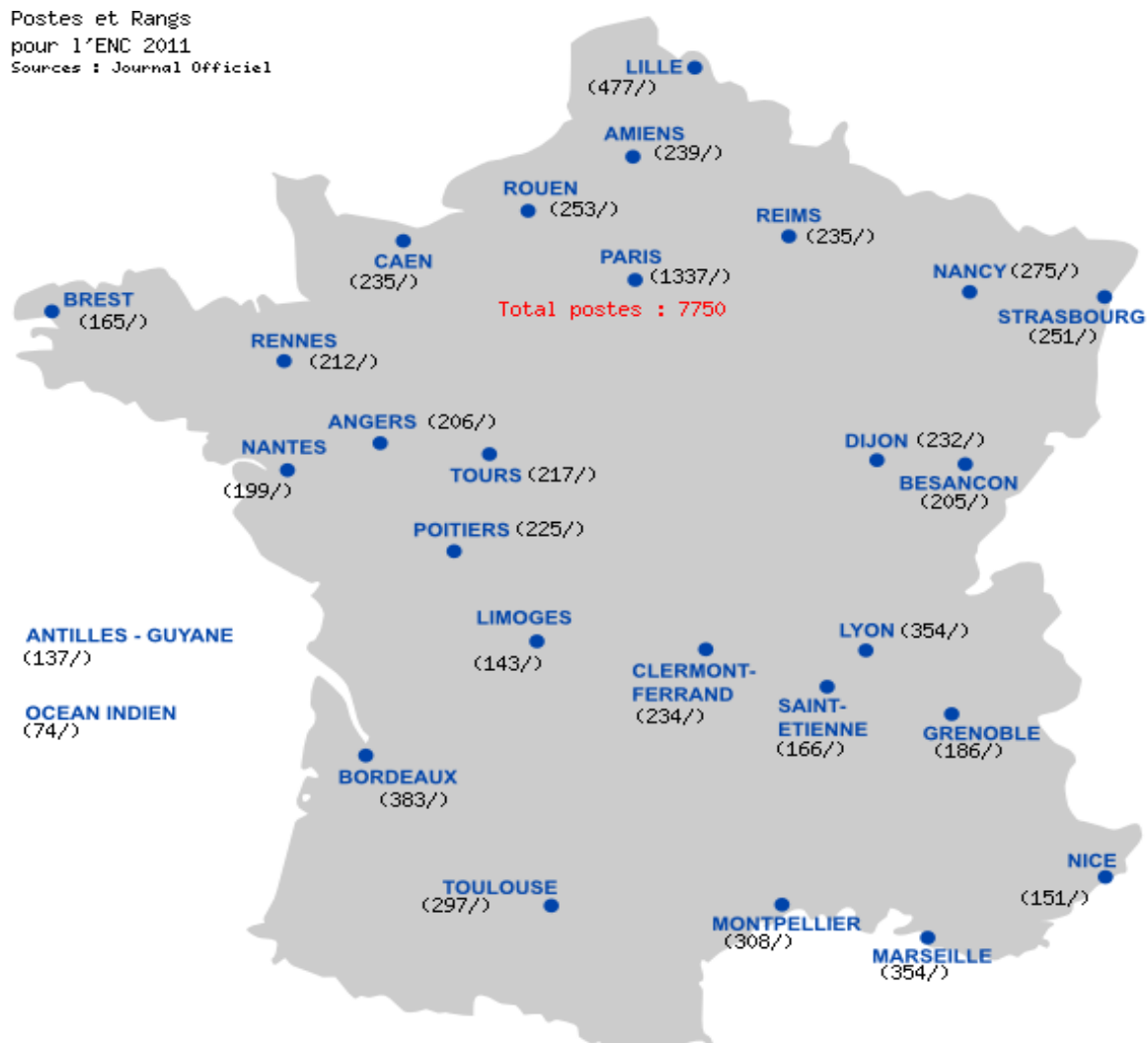
Σε ότι αφορά τις 7750 θέσεις για το 2011 η κατανομή τους στις περιοχές της Γαλλίας φαίνεται στον πίνακα 4.3 και την εικόνα 4.4 ενώ η αριθμητική διαίρεση ανά ειδικότητα παρουσιάζεται στον πίνακα 4.4.

Η κατανομή αυτή δείχνει μια βελτιωμένη ισοτιμία μεταξύ της γενικής ιατρικής και άλλων ειδικοτήτων. Ο αριθμός των θέσεων ειδικότητας για την ειδικότητα της χειρουργικής, της αναισθησιολογίας-εντατικής θεραπείας, της μαιευτικής-γυναικολογίας και της ψυχιατρικής έχει αυξηθεί σημαντικά, γεγονός που αντιστοιχεί στις προσδοκίες των φοιτητών ιατρικής στη Γαλλία. Η κατανομή μεταξύ των πόλεων είναι σε ορισμένες περιπτώσεις αρκετά σκληρή με ορισμένες πόλεις να παρουσιάζουν συμφόρηση (Aix Marseille, Μονπελιέ, Μπορντό) ενώ άλλες δεν είχαν νέους ειδικευόμενους για το έτος 2011 (Νάντη, Αμιέν, Ντιζόν)

Και στην περίπτωση της Γαλλίας λοιπόν παρατηρείται μια γεωγραφική ανισοκατανομή με ολοένα αυξανόμενη την απαίτηση για αναθεώρηση του συστήματος προς μια πιο ισορροπημένη

κατάσταση από το ένα έτος στο άλλο, συνδυασμό με την κατανομή των φοιτητών ιατρικής και μακροπρόθεσμες στρατηγικές για ποιοτική κατάρτιση των ειδικευομένων.

Εικόνα 4.4 : Προσφερόμενες Θέσεις Ειδικότητας ανά πόλη γαλλικής επικράτειας



Πηγή ECN 2011

Πίνακας 4.3 : Προσφερόμενες Θέσεις Ειδικότητας ανά πόλη γαλλικής επικράτειας

Πόλη	2010	2011	Μεταβολή αριθμού	Ποσοστιαία μεταβολή
IDF	950	1206	+256	26,95%
Strasbourg	239	245	+6	2,51%
Nancy	263	284	+21	7,98%
Besançon	194	205	+11	5,67%
Dijon	237	218	-19	-8,02%
Reims	241	229	-12	-4,98%
Caen	234	237	+3	1,28%
Rouen	257	275	+18	7%
Lille	459	504	+45	9,80%
Amiens	242	218	+24	9,92%
Clermont	216	220	+4	1,85%
Grenoble	171	198	+27	15,79%
Lyon	314	378	+64	20,38%
Saint Etienne	136	161	+25	18,38%
Brest	158	157	-1	-0,63%
Rennes	211	218	+7	3,32%
Angers	199	195	-4	-2,01%
Nantes	242	211	-31	-12,81%
Tours	219	207	-12	-5,48%
Poitiers	191	212	+21	10,99%
Montpellier	226	309	+83	36,73%
Aix Marseille	251	361	+110	43,82%
Nice	129	149	+20	15,50%
Bordeaux	300	389	+89	29,33%
Ocean Indien	73	76	+3	4,11%
Toulouse	264	286	+22	8,33%
Limoges	125	127	+2	1,60%
Antilles Guyanne	98	117	+19	19,39%
ΣΥΝΟΛΑ	6839	7592	+753	11,01%

Πηγή: ANEMF, 2011

Πίνακας 4.4: Κατανομή των θέσεων ανά ειδικότητα στην Γαλλία, 2010-2011

	2010	2011	Κατανομή Θέσεων	Ποσοστιαία μεταβολή
Παθολογία	1204	1356	+ 152	12,62%
Χειρουργική	557	633	+ 76	13,64%
Γενική Ιατρική	3632	3930	+ 298	8,20%
Αναισθησιολογία	318	483	+ 165	51,89%
Ιατρική Βιολογία	86	88	+ 2	2,33%
Γυναικολογία	24	30	+ 6	25,00%
Μαιευτική	177	200	+ 23	12,99%
Ιατρική Εργασίας	120	124	+ 4	3,33%
Παιδιατρική	274	296	+ 22	8,03%
Ψυχιατρική	367	465	+ 98	26,70%

Πηγή: ANEMF, 2011

ΚΕΦ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι ισχύοντες περιορισμοί όσον αφορά τα διαθέσιμα δεδομένα στην Ελλάδα κάνει αυτή την απόπειρα καταγραφής και στατιστικής ανάλυσης πρόκληση, τονίζοντας την ανάγκη για βελτίωση του συστήματος συλλογής δεδομένων στη χώρα.

Παρά τους περιορισμούς αυτούς, ορισμένα σημαντικά συμπεράσματα μπορούν να εξαχθούν από τη μελέτη αυτή. Στη μέση μιας από τις χειρότερες οικονομικές κρίσεις, η Ελλάδα αντιμετωπίζει μια παράδοξη κατάσταση με πολύ περισσότερους εξειδικευμένους γιατρούς από ό, τι χρειάζεται η χώρα, φτωχή πρωτοβάθμια φροντίδα, υψηλές δαπάνες για την υγεία, χωρίς τα αναμενόμενα αποτελέσματα και ένα σύστημα εκπαίδευσης και συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης που απαιτεί άμεση αναμόρφωση.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης δείχνουν αναμφίβολα μια υπερπληθώρα ιατρικού δυναμικού η οποία καθιστά δυσχερή όχι μόνο την ίδια την άσκηση της ιατρικής όσο και την εφαρμογή ορθών εκπαιδευτικών και θεσμικών πλαισίων σε όλα τα στάδια της εκπαίδευσης και επαγγελματικής αποκατάστασης ενός ιατρού.

Είναι γεγονός ότι ούτε η δημογραφία του ιατρικού πληθυσμού όσον αφορά στην ηλικία, στο φύλο και στη γεωγραφική διασπορά, ούτε η επιδημιολογία του ελληνικού πληθυσμού μπορούν να εξηγήσουν τον σχετικά υψηλό αριθμό των γιατρών στην Ελλάδα.

Το ποσοστό των γυναικών ιατρών στο σύνολο του ιατρικού δυναμικού δεν ξεπερνά το 38,4% σε αντιδιαστολή με το μέσο όρο των χωρών της ΕΕ19 που ανέρχεται σε 45,7%. (OECD 2010). Παρά τη σημαντική αύξηση του αριθμού των γυναικών ιατρών τη τελευταία δεκαετία, τα συγκεκριμένα ποσοστά δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι αποτελούν λόγο για την ιατρική πληθώρα στην Ελλάδα.

Αναφορικά με την ηλικιακή σύνθεση του ιατρικού δυναμικού της χώρας, παρότι δεν υπάρχουν διαθέσιμα πρόσφατα στοιχεία (τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία είναι του 1998), το μεγαλύτερο ποσοστό του ιατρικού δυναμικού βρισκόταν στην ηλικιακή ομάδα 35-44 (38,9%) (Παράρτημα I, Πίνακας 1). Συγκριτικά στοιχεία από άλλες ευρωπαϊκές χώρες δείχνουν παρόμοια ποσοστά στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα (ελαφρώς χαμηλότερα με 33,6% μέσο ποσοστό της ΕΕ σε αυτήν

την ηλικιακή ομάδα). Σε ένα μοντέλο προβολής της ηλικιακής σύνθεσης των ιατρών που εκπονήθηκε από τον ΟΟΣΑ το 2003, προκειμένου να προβλεφθεί η ηλικιακή σύνθεση των ιατρών τα έτη 2011 και 2021, έδειξε ότι η ηλικιακή σύνθεση του ιατρικού δυναμικού στην Ελλάδα, μετακινείται ελαφρώς προς μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες αλλά χωρίς ουσιαστικές μεταβολές (Παράρτημα, Εικόνα 1)..

Για να κατανοήσουμε την προφανή υπερπροσφορά των γιατρών, είναι σημαντικό να σημειωθεί η ανισορροπία στην κατανομή των ειδικών (σχετικά μεγάλοι αριθμοί) και των γενικών γιατρών (σχετικά χαμηλοί αριθμοί). Επιπλέον, υπάρχουν και ανισορροπίες στο εσωτερικό της κατηγορίας «ειδικός» με ορισμένους ειδικούς να είναι σε υπερπροσφορά σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, ενώ άλλοι παραμένουν με χαμηλή εκπροσώπηση. Αν σε αυτά τα δεδομένα προστεθεί ο μεγάλος χρόνος αναμονής για την είσοδο στην ειδικότητα έχουμε όλα τα κομμάτια του γρίφου που συνθέτουν τη σημερινή δυσάρεστη ελληνική ιατρική πραγματικότητα.

Εξηγώντας αυτές τις τάσεις, τρία κύρια θέματα προκύπτουν: σχεδιασμός, πολιτική και εξουσία. Υπάρχει προφανώς ανεπαρκής σχεδιασμός των ανθρώπινων πόρων για την υγεία στην Ελλάδα. Συνοπτικά μέχρι τώρα, τέσσερις βασικές προσεγγίσεις έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως κατά το παρελθόν ώστε να εκτιμηθούν οι ανάγκες σε επαγγελματίες υγείας (Mejia 1978, Green 1992, Dreesch et al. 2005, WHO 2010):

- Οι λόγοι επαγγελματιών υγείας προς τον πληθυσμό (π.χ. λόγος του αριθμού των ιατρών/1000κατ.) είναι η απλούστερη και ίσως η συνηθέστερη προσέγγιση. Ο επιθυμητός λόγος συνήθως προκύπτει με βάση τα κριτήρια που έχουν τεθεί από την πολιτεία, τους επαγγελματίες υγείας και ίσως κάποιον τεχνοκρατικό οργανισμό όπως για παράδειγμα ο ΠΟΥ ή εναλλακτικά μπορεί να προκύψει από τη σύγκριση με δείκτες άλλων χωρών.

- Το δεύτερο μοντέλο που αφορά στη χρήση και στη ζήτηση, εστιάζει στη μελλοντική ζήτηση με βάση τα υπάρχοντα δεδομένα, τα οποία προσαρμόζονται με βάση μελλοντικές προβολές του δημογραφικού προφίλ του πληθυσμού.

- Η μέθοδος του στόχου για συγκεκριμένες υπηρεσίες, θέτει στόχους για την παραγωγή και προσφορά συγκεκριμένων υπηρεσιών υγείας και τις μεταφράζει σε συγκεκριμένα πρότυπα στελέχωσης και λειτουργίας (αριθμός ιατρών, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας που καλύπτει ένα συγκεκριμένο αριθμό ατόμων).

- Τέλος η μεθοδολογικά αρτιότερη είναι η μέθοδος εκτίμησης αναγκών υγείας και υπηρεσιών, σύμφωνα με την οποία γίνεται προσπάθεια να αποτυπωθούν οι απαιτήσεις για τον αριθμό των επαγγελματιών υγείας με βάση μελλοντικές προβολές για τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού και τις απαραίτητες υπηρεσίες υγείας ώστε να καλυφθούν αυτές οι ανάγκες. Στο μοντέλο αυτό οι ανάγκες σε υπηρεσίες υγείας καθορίζονται με βάση τις τάσεις νοσηρότητας του πληθυσμού (με βάση το φύλο και την ηλικία) και στη συνέχεια εκτιμάται ο αριθμός των επαγγελματιών υγείας που είναι αναγκαίος για να καλύψει αυτές τις ανάγκες.

Ωστόσο, η Ελλάδα δεν έχει υιοθετήσει καμία από αυτές τις μορφές προγραμματισμού. Αντίθετα, η εισαγωγή των φοιτητών ιατρικής καθορίζεται αποκλειστικά από το Υπουργείο Παιδείας, χωρίς εξέταση των στοιχείων για την υγεία. Αυτό με τη σειρά του μπορεί να εξηγηθεί εν μέρει από την αδικαιολόγητη ανεπάρκεια των διαθέσιμων στοιχείων για την υγεία στα οποία θα βασίσει το σχεδιασμό.

Δεύτερον, η ανεπαρκής χρηματοδότηση της υγείας και της παιδείας έχει οδηγήσει σε ανεπαρκή εστίαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και πρόληψη καθώς και σε θέματα εκπαίδευσης και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης ιατρών.

Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι η εμφάνιση φαινομένων προκλητής ζήτησης, μορφών άτυπων πληρωμών και τεχνητή αύξηση της παροχής φροντίδας υγείας με υψηλό κόστος τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο τομέα. Η λιγότερο ακριβή, αλλά δυνητικά πιο αποτελεσματική πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μένει πίσω και στο πλαίσιο της αυξημένης έκθεσης του πληθυσμού σε παράγοντες κινδύνου για την υγεία με αποτέλεσμα να είναι ορατό ένα ακόμη αρνητικό αντίκτυπο στο κόστος και την υγεία του ελληνικού πληθυσμού για τα επόμενα χρόνια. Η κυβέρνηση και τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης υγείας δεν έχουν προσπαθήσει να ελέγξουν τη συμπεριφορά των γιατρών και ασθενών με τη θέσπιση κινήτρων για την άσκηση προληπτικής ιατρικής και πρωτοβάθμιας φροντίδας των ασθενών, την εφαρμογή ενός νέου συστήματος παραπομπής ή την μεταρρύθμιση των μεθόδων πληρωμής του γιατρού για παράδειγμα. (Economou, 2010)

Η προσφορά των γιατρών αντ' αυτού έχει αφηθεί στις δυνάμεις της αγοράς, δεδομένου ότι οι φοιτητές ιατρικής επιτρέπεται να επιλέξουν την κατάρτιση σε ιατρικές ειδικότητες που είναι πιο προσοδοφόρες και όχι εκείνες που χρειάζονται περισσότερο στην ελληνική επικράτεια ενώ μέχρι

και πρόσφατα η είσοδος πτυχιούχων ιατρικής από πανεπιστήμια του εξωτερικού αμφιβόλου ποιότητας ήταν σχεδόν ανεξέλεγκτη.

Είναι φανερό λοιπόν ότι η πορεία του κλάδου της υγείας τόσο σε ευρωπαϊκό όσο και σε εθνικό επίπεδο, σε συνδυασμό με την οικονομική δραστηριότητα σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, διαμορφώνουν έναν συγκεκριμένο περιβάλλον μέσα στο οποίο καλείται ένας μαθητής λυκείου να αποφασίσει αν θέλει να γίνει τελικά ιατρός και αργότερα ένας φοιτητής ιατρικής να αποφασίσει την κατεύθυνση που θα λάβει στο τέλος των σπουδών του, σταχυολογώντας τα κριτήρια επιλογής της ειδικότητας που θα επιλέξει να ασκήσει στο μέλλον.

Τέλος, η ισχύς των γιατρών ως κλάδου κατέστησε δύσκολο για την κυβέρνηση και τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης υγείας να αναπτύξουν και να εφαρμόσουν μεταρρυθμίσεις στο σχεδιασμό και τους μηχανισμούς πληρωμής των γιατρών αλλά και στην εφαρμογή υποχρεωτικών κανόνων με νομικό καθεστώς σε ότι αφορά στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και στην επαναξιολόγηση του συνόλου του ιατρικού δυναμικού της χώρας.

Σε ότι αφορά στο σύστημα εκπαίδευσης των ιατρών δυστυχώς στη χώρα μας δεν υπάρχει οργανωμένο σύστημα ούτε για τους ειδικευόμενους, προκειμένου να αποκτήσουν ειδικότητα, ούτε για τους ειδικευμένους. Η προβληματική κατάσταση ξεκινά αφενός από την υπερπληθώρα των φοιτητών Ιατρικής αλλά και αφετέρου από την εισαγωγή στην ειδικότητα καθώς και στο γεγονός ότι η αναμονή με το σύστημα της επετηρίδας μπορεί να φτάσει στα 13 χρόνια από την απόκτηση του πτυχίου Ιατρικής.

Η εκπαιδευτική διαδικασία σε προπτυχιακό επίπεδο είναι ιδανική επί χάρτου και θα μπορούσε πραγματικά να ήταν τέτοια εάν ζητήματα όπως η ελλιπής χρηματοδότηση αλλά και οι πολυάριθμες μετεγγραφές από Πανεπιστήμια εξωτερικού αμφιβόλου ποιότητας, δεν εμπόδιζαν με τον τρόπο τους και στο ποσοστό που τους αναλογεί την προσπάθεια ενός φοιτητή ιατρικής να κατακτήσει τον στόχο της απόκτησης του πτυχίου της ιατρικής.

Οι εκπαιδευτές διδάσκουν χωρίς κατευθυντήριες γραμμές αλλά ακόμα και αν δεν επιτελούν το διδακτικό τους έργο κανείς έλεγχος ή συνέπεια δεν υφίσταται από μέρους της Πολιτείας. Το αντικείμενο εκπαίδευσης καθώς και το περιεχόμενο της διαφέρει επίσης στις διάφορες εκπαιδευτικές μονάδες. Χαρακτηριστικό είναι ότι υπάρχουν μονάδες που χορηγούν πλήρη

ειδικότητα και δεν έχουν καμία εκπαιδευτική δραστηριότητα. Εάν προστεθεί και το γεγονός της έλλειψης ομοιογένειας στην ποιότητα παροχής τόσο προπτυχιακής εκπαίδευσης στις Ιατρικές Σχολές της χώρας αλλά και της ειδικότητας ανάμεσα στα διάφορα υγειονομικά ιδρύματα καταλαβαίνει κανείς ότι απαιτείται άμεσα ανάγκη μεταρρύθμισης του συγκεκριμένου συστήματος.

Σε αντιδιαστολή από την ανάλυση που έχει προηγηθεί σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες όπως η Αγγλία, η Γαλλία, και η Γερμανία έχουν θεσμοθετηθεί κανόνες και υιοθετούνται επίσημες κατευθυντήριες γραμμές για την απρόσκοπτη εκπαιδευτική πορεία ενός ιατρού αλλά και την διασφάλιση της ποιότητας του ιατρικού δυναμικού. Η εφαρμογή του βιβλιαρίου εκπαίδευσης, η πιστοποίηση των εκπαιδευτικών κέντρων και των εκπαιδευτών αλλά και η συνεχής αξιολόγηση των ιατρών κατά τη εκπαιδευτική αλλά και την επαγγελματική τους πορεία είναι μερικά μόνο από τα θετικά στοιχεία που έχουν ήδη εφαρμοστεί και συνεισφέρουν στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας σε αυτές τις χώρες.

ΚΕΦ 6: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΘΕΣΜΙΚΩΝ ΑΛΛΑΓΩΝ

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρατεθούν προτάσεις για τη βελτίωση της κατανομής και της εκπαίδευσης του ιατρικού δυναμικού. Σκοπός της ενότητας αυτής, είναι η συνοπτική παροχή ενός ευρύτερου πλαισίου κατανόησης των όρων λειτουργίας του συστήματος υγείας για την εκτίμηση των πραγματικών αναγκών.

Μία από τις βασικές προτάσεις αφορά στη θέσπιση ενός *numerus clausus* στον αριθμό των εισακτέων στην ιατρική. Βεβαίως αρκετές χώρες που εφάρμοσαν αυτήν την τακτική για μεγάλα χρονικά διαστήματα αντιμετώπισαν μακροπρόθεσμες συνέπειες έλλειψης ιατρών, σε συνδυασμό και με τη συνταξιοδότηση των ιατρών, με αποτέλεσμα την αυξανόμενη ζήτηση για ιατρούς που εκπαιδεύτηκαν σε άλλες χώρες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα εφαρμογής του *Numerus clausus* ως κύριου εργαλείου ελέγχου της παραγωγής ιατρικού δυναμικού είναι η Γαλλία. Γενικά η υιοθέτηση οποιασδήποτε πολιτικής για τον έλεγχο του αριθμού των ιατρών, θα πρέπει να αντιμετωπιστεί με ιδιαίτερη προσοχή.

Επιπρόσθετα ο σχεδιασμός αναλογιών μεταξύ ειδικών και γενικών ιατρών σε ορισμένες χώρες, κυρίως της Δυτικής Ευρώπης, οδήγησε σε μία μείωση του αριθμού των γενικών ιατρών, αντανακλώντας όχι μόνο την πολυπλοκότητα της νέας τεχνολογίας υγείας αλλά και την επίδραση οικονομικών και πολιτισμικών παραγόντων (WHO 2009).

Η αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών υγείας τόσο αναφορικά με την ποσότητα όσο και με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, απαιτεί μεταξύ άλλων παραγόντων τη σύνδεση της ζήτησης και της προσφοράς όσον αφορά στο ιατρικό δυναμικό μιας χώρας. Αυτή ακριβώς η προσπάθεια για εξισορρόπηση των δύο παραγόντων, οδήγησε σε διαφορετικούς αριθμούς ως προς τις αναλογίες αριθμού ιατρών ανά 100.000 πληθυσμού μεταξύ των διαφόρων χωρών του ΟΟΣΑ, κυρίως λόγω των διαφοροποιήσεων στους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας του πληθυσμού, τις δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ αλλά και το σχεδιασμό του συστήματος υγείας (OECD 2006).

Έξι σημεία-κλειδιά επηρεάζουν την προσφορά σε ιατρικό δυναμικό διεθνώς: τα δημογραφικά στοιχεία του ιατρικού πληθυσμού (συμπεριλαμβανομένων παραγόντων όπως η ηλικία, το φύλο,

η γεωγραφική κατανομή και η ειδικότητα), οι ανάγκες υγείας και το επιδημιολογικό προφίλ του πληθυσμού, η χρήση των υπηρεσιών υγείας που μπορεί να αντανακλά τη ζήτηση για συγκεκριμένες υπηρεσίες υγείας, οι μηχανισμοί που σχετίζονται με το σχεδιασμό του ανθρώπινου δυναμικού, την επίδραση ευρύτερων παραγόντων του συστήματος υγείας στον σχεδιασμό του ανθρώπινου δυναμικού και τέλος τη δύναμη του ιατρικού δυναμικού και τη δυνατότητα αυξημένης επιρροής στο σχεδιασμό της πολιτικής υγείας μιας χώρας (Dussault, et al 2010).

Τα στοιχεία αυτά τονίζουν αναμφίβολα την αναγκαιότητα λήψης εκείνων των κατάλληλων πολιτικών, ώστε οι υπηρεσίες των ιατρών να κατανέμονται αποτελεσματικά και αναλογικά στον πληθυσμό. Προκειμένου να επιτευχθεί αυτός ο στόχος απαιτείται ένα σύγχρονο πλαίσιο συνεργασίας ανάμεσα σε όλους τους εμπλεκόμενους φορείς. Επίσης απαιτείται η μεταφορά γνώσεων και εμπειριών μεταξύ των δημόσιων συστημάτων υγείας ώστε να βελτιώνεται περαιτέρω η αποτελεσματικότητα της λειτουργίας τους.

Αναμφίβολα, ο σχεδιασμός του ανθρώπινου δυναμικού θα πρέπει να αποτελεί συνισταμένη παραγόντων όπως η παρούσα και μελλοντική ζήτηση του πληθυσμού (επίπτωση νοσημάτων, θνησιμότητα, μετανάστευση, επιδημιολογικό προφίλ μεταναστών κτλ.) αλλά και του ευρύτερου σχεδιασμού του συστήματος υγείας. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι σε χώρες όπως η Δανία, Ολλανδία, Πορτογαλία και Σλοβακία οι γενικοί ιατροί συνιστούν κατά μέγιστο το 20% του συνολικού ιατρικού δυναμικού ενώ σε άλλες χώρες με διαφορετικό τρόπο οργάνωσης του συστήματος υγείας (Αυστρία, Αυστραλία, Ν. Ζηλανδία, Ελβετία κτλ) οι γενικοί ιατροί αντιπροσωπεύουν ποσοστό μεγαλύτερο του 50%.

Είναι εμφανές ότι η υιοθέτηση ενός πρότυπου λόγου για τον αριθμό των ιατρών ανά 100.000 πληθυσμού με βάση δεδομένα άλλων χωρών ή το μέσο όρο των χωρών μελών της ΕΕ, δεν αποτελεί την αρτιότερη μεθοδολογικά προσέγγιση ώστε να εκτιμηθούν οι ανάγκες για τον αριθμό και τη σύνθεση του ιατρικού δυναμικού της Ελλάδας. Πέρα των διαφορετικών συστημάτων υγείας και των πολιτικών υγείας που εφαρμόζονται, υπάρχουν προβλήματα ακόμη και ως προς τη σύγκριση του αριθμητή και του παρονομαστή. Οι γιατροί, οι νοσηλευτές και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας δεν μπορούν να θεωρηθούν ως ομοιογενείς ομάδες σε όλες τις χώρες. Υπάρχουν διαφορές τόσο ως προς το εργασιακό καθεστώς (π.χ. ώρες εργασίας) και τον

τύπο της δραστηριότητας όσο και ως προς την παραγωγικότητα. Υπάρχουν επίσης ουσιαστικές διαφορές ως προς τον τρόπο άσκησης ενός επαγγέλματος μεταξύ των χωρών (π.χ. νοσηλευτές πανεπιστημιακής εκπαίδευσης με μεγάλη αυτονομία και αυξημένα καθήκοντα στο σύστημα σε αντιδιαστολή με νοσηλευτές που έχουν κατώτερο επίπεδο εκπαίδευσης και μικρή αυτονομία) με αποτέλεσμα οι συγκρίσεις να καθίστανται ουσιαστικά ανέφικτες. Αντίστοιχα, ο παρονομαστής δεν συμπεριλαμβάνει πληροφορίες για το δημογραφικό, επιδημιολογικό και κοινωνικό προφίλ του πληθυσμού. Υπό αυτές τις προϋποθέσεις ο λόγος αυτός δεν απεικονίζει την πραγματική παραγωγική δυνατότητα των επαγγελματιών υγείας ούτε βεβαίως και τις πραγματικές ανάγκες για υπηρεσίες υγείας.

Σε αντιδιαστολή με την παραπάνω προσέγγιση, η μέθοδος εκτίμησης των αναγκών υγείας του πληθυσμού αλλά και των υπηρεσιών, ουσιαστικά καλύπτει τις παραπάνω αδυναμίες και προτείνεται ως ο αρτιότερος μεθοδολογικά. Οι ανάγκες υγείας (οι οποίες αντιστοιχούν στο κενό μεταξύ του παρατηρούμενου και του επιθυμητού επιπέδου υγείας) εκτιμώνται με βάση ποσοτικούς δείκτες όπως η επίπτωση των νοσημάτων, ο επιπολασμός και ο προτυποποιημένος δείκτης θνησιμότητας. Με βάση τα παραπάνω θα προκύψουν οι ανάγκες για υπηρεσίες υγείας και αυτόματα θα αναδειχθεί το κενό μεταξύ των διαθέσιμων υπηρεσιών και αυτών που απαιτούνται επιπλέον για να καλύψουν τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού ενώ ο αριθμός του ανθρώπινου δυναμικού (ιατροί, νοσηλευτές) θα προκύψει από την εκτίμηση των αναγκών για τις υπηρεσίες υγείας.

Βεβαίως, παρότι η συγκεκριμένη προσέγγιση είναι αρτιότερη μεθοδολογικά, υπάρχουν συγκεκριμένα προβλήματα που σχετίζονται με την εφαρμογή της και θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν. Το βασικότερο πρόβλημα είναι ότι η γνώση των πραγματικών αναγκών υγείας είναι σε μεγάλο βαθμό ανεπαρκής, δεδομένου ότι οι ανάγκες υγείας και η εκδήλωσή τους συνδέονται με κοινωνικές διαστάσεις που διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, την εθνικότητα και τις προσωπικές αντιλήψεις και εμπειρίες αναφορικά με την ασθένεια. Τα παραπάνω θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν σε συνδυασμό με το γεγονός ότι στη χώρα μας υπάρχει σοβαρό πρόβλημα με την ύπαρξη ποσοτικά επαρκών και αξιόπιστων δεδομένων για τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι δεδομένα για την επίπτωση διαφόρων νοσημάτων δεν είναι εύκολο να συλλεχθούν με έγκυρο τρόπο εάν δεν γίνει υποχρεωτική χρήση του συστήματος διεθνούς ταξινόμησης νόσων (ICD) από τους ιατρούς (νοσοκομειακούς και μη).

Από την άλλη πλευρά, είναι σαφές ό τ στη χώρα μας θα πρέπει άμεσα να ακολουθηθούν συγκεκριμένες πολιτικές εξορθολογισμού της σύνθεσης των ιατρικών ειδικοτήτων ως προς τον αριθμό των προσφερόμενων θέσεων ενώ σχεδιασμός θα πρέπει να υπάρξει και στο επίπεδο προσέλκυσης των φοιτητών ιατρικής στα αντικείμενα των ειδικοτήτων που απαιτούν ανάπτυξη.

Τέλος σε ό τι αφορά στην ιατρική και στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση είναι αναγκαία η θεσμοθέτηση νέων κανόνων. Οι βασικές αρχές του Σχεδίου Νόμου της επιτροπής του ΚΕΣΥ πρέπει να προχωρήσουν και να αποτελέσουν την βάση για ένα νέο εκπαιδευτικό ιατρικό χάρτη. Ανάμεσα σε αυτές προτεραιότητα θα πρέπει να δοθεί στις εξής παραμέτρους:

- Κατάργηση των μετεγγραφών φοιτητών ιατρικής από πανεπιστήμια του εξωτερικού στις ιατρικές σχολές της Ελλάδος και αυστηρός έλεγχος των πτυχιούχων της αλλοδαπής ώστε να αρχίσει σταδιακά η σύνδεση και η εναρμόνιση του αριθμού εισακτέων φοιτητών με τις εγχώριες διαδικασίες με τον αριθμό των θέσεων ειδικότητας και τις ανάγκες του πληθυσμού ανά γεωγραφικό διαμέρισμα. Το χαμηλό επίπεδο προπτυχιακής ιατρικής εκπαίδευσης και εκπαίδευσης στη διάρκεια της ειδικότητας σχετίζεται άρρηκτα και με την υπερπληθώρα των φοιτητών και των πτυχιούχων ιατρικής που καλείται το ελληνικό σύστημα να διαχειριστεί.
- Καθιέρωση ειδικών, αδιάβλητων πανελλαδικών εξετάσεων υπό την αιγίδα των Υπουργείων Παιδείας και Υγείας για την έναρξη ειδικότητας, με απώτερο στόχο την κατάργηση της ισχύουσας λίστας,
- Καθιέρωση του «Βιβλιάριου Εκπαίδευσης» στο οποίο θα καταγράφονται το περιεχόμενο της εκπαίδευσης και η πρόοδος του ειδικευομένου γιατρού με ταυτόχρονη θέσπιση ελεγκτικών μηχανισμών για όλους τους εκπαιδευτές ιατρούς ανεξαρτήτως βαθμίδος.
- Καθιέρωση για τους ειδικευμένους γιατρούς της «Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης» όπου οι γιατροί θα υποχρεούνται να παρακολουθούν ετήσια προγράμματα, σεμινάρια και συνέδρια, τα οποία θα καταρτίζονται από τις επιστημονικές εταιρείες των ιατρικών ειδικοτήτων και στους γιατρούς που παρακολουθούν αυτές τις δραστηριότητες θα χορηγείται συγκεκριμένη βαθμολογία (μόρια) και βεβαίωση. Η συγκέντρωση συγκεκριμένου αριθμού εκπαιδευτικών ωρών (μορίων) μέσα σε πέντε χρόνια θα είναι υποχρεωτική ενώ θα αποτελεί προϋπόθεση για την κατάληψη θέσης σε δημόσιο φορέα, τη σύναψη σύμβασης με Ασφαλιστικό Οργανισμό και την έναρξη ή συνέχιση

επαγγέλματος στον Ιδιωτικό Τομέα. Φυσικά θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη μέριμνα ώστε οι παροχές προγραμμάτων να μην καθορίζονται και κατευθύνονται με κανένα τρόπο (άμεσα ή έμμεσα) από τον ιδιωτικό τομέα της βιοϊατρικής βιομηχανίας και ειδικότερα της φαρμακοβιομηχανίας και η αρμοδιότητα επίβλεψης και εφαρμογής και υιοθέτησης να φέρει την κρατική σφραγίδα.

Απαραίτητο στοιχείο για την αυξημένη πιθανότητα επιτυχίας των όποιων μεταρρυθμίσεων είναι η συνεχής αξιολόγηση και επανααξιολόγηση όλου του ιατρικού προσωπικού με κριτήρια ποιοτικά, αντικειμενικά και αξιοκρατικά. τόσο για την εισαγωγή, κατά τη διάρκεια της ειδικότητας αλλά και μετά την ολοκλήρωση αυτής. Οι εξετάσεις από μόνες τους άλλωστε δεν λύνουν το πρόβλημα αναμονής, αλλά θεσμοθετούν ένα είδος αξιολόγησης συμβάλλοντας στη γενικότερη εκπαίδευσή τους, και τίποτε περισσότερο.

Η έννοια της ποιότητας και της ευθύνης όλων των εμπλεκόμενων φορέων με διάθεση και στόχευση για μια ολοκληρωμένη ιατρική εκπαίδευση που μπορεί να οδηγήσει στην παροχή αναβαθμισμένων υπηρεσιών υγείας, θα πρέπει να είναι ο κινητήριος μοχλός στην προσπάθεια που πρέπει να καταβληθεί στο εγγύς μέλλον.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

- Byars L. Rue L. (2003) Human Resources Management, Mc Graw Hill
- CHESME (2001) Center for Health Services Management and Evaluation. Report: Economic Evaluation of the 2001 Reform on Primary Health Care. Athens, 2001 (www.chesme.uoa.gr) (in Greek)
- Dreesch, N., et al., An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. Health Policy Plan, 20(5): p. 267-76, 2005
- Dussault, G., Buchan, J., Sermeus, W., Padaiga, Z. (2010). Investing in Europe's health workforce of tomorrow: Scope for innovation and collaboration. Assessing future health workforce needs. Policy Summary. Draft for consultation., Policy brief produced by the European Observatory on Health Systems and Policies and the Health Evidence Network of WHO/Europe, at the request of the Belgian government in preparation of the Belgian Presidency of the EU Council of Health Ministers.
Ανάκτηση Δεδομένων 10-04-2012 από:
http://www.healthworkforce4europe.eu/downloads/Draft_Policy_Summary_assessing_future_workforce_needs.pdf
- Economou C. Greece health system review. Health Syst Transit.;12(7):1-177, 2010
- European Observatory on Health Systems and Policies - Greek HIT 2010
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/130729/e94660.pdf
- Kaitelidou, D.; Mladovsky, P.; Leone, T. (2012) Understanding the oversupply of physicians in Greece: the role of human resources planning, financing policy and physician power Forthcoming in International Journal of Health Services

- Mariolis A., Mihas C., Alevizos A., Gizlis V., Mariolis T., Marayannis K., Tountas Y., Stefanadis C., Philalithis A., Creatsas G. (2007) General Practice as a career choice among undergraduate medical students in Greece, *BMC Medical Education* 2007, 7:15
- Merkur S., Mossialos E., Long M. Martin McKee M. (2008) Physician revalidation in Europe *Clinical Medicine*, 2008, (8), 371-376
- Nikolentzos N., Mays N., (2008) Can existing theories of health care reform explain the Greek case (1983_2001)? *Journal of European Social Policy* 18(2): 163–176
- OECD (2010) Electronic health data base. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development; 2010 version
- OECD (2008). *The Looming Crisis in the Health Workforce: How Can OECD Countries Respond?* Paris.
- OECD (2006) Simons S., Hurst J. The supply of physician services in OECD countries. Working paper N21 (DELSA/HEA/WD/HWP/2006)
- OECD (2003) Report On Human Resources For Health Care. SG/ADHOC/HEA(2003)14
- Scuwirth L.W. Van Der Vleuten C.P. Donkers H.H. (1996) Different Writing Assessment Methods: what can be said about their strengths and weakness, *Medicine Education*, 38, (9), 974-979
- Sharp LK, Bashook PG, Lipsky MS et al. Specialty board certification and clinical outcomes: the missing link. *Acad Med* 2002;77:534–42.
- The RAND Corporation – Health, <http://www.rand.org/health.html>, Ανάκτηση Δεδομένων 29-11-2011
- WHO (2009), *The European Health Reform 2009 Health and Health Systems*. Ανάκτηση Δεδομένων από <http://www.euro.who.int/pubrequest/12/042012>

Ελληνική

- Αρχή Διασφάλισης και Πιστοποίησης της Ποιότητας στην Ανώτατη Εκπαίδευση» (Α.ΔΙ.Π.) ,<http://www.hqaa.gr/>, Ανάκτηση Δεδομένων 11-3-2012
- Αυγερινός Ε.. (2006) Ιατρική Εκπαίδευση κατά την Ειδικότητα. Η Ελληνική και η Ευρωπαϊκή Πραγματικότητα. Ανάκτηση Δεδομένων 10-3-2012 από: <http://www.medtime.gr/content/view/64/29/lang,greek/>
- Αυγερινός Ε., Κεραμάρης Ν., Μσάουελ Π. (2006) Η Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση στην Ευρωπαϊκή Ένωση και στην Ελλάδα, Ανάκτηση Δεδομένων 10-3-2012 από: <http://www.medtime.gr/content/view/46/29/lang,greek/>
- Γιαννά Κ. (2006), Κώδικες Επαγγελματικής Δεοντολογίας, Εκδόσεις Σάκκουλας,
- Γραφείο Διασύνδεσης Σπουδών και Σταδιοδρομίας είναι μία υπηρεσία του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, <https://www.dasta.auth.gr>, Ανάκτηση Δεδομένων 5-3-2012
- Δερβιτσιώτης Κ. (2005) Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα
- Διεπιστημονικός Οργανισμός Αναγνώρισης Τίτλων Ακαδημαϊκών και Πληροφόρησης, <http://www.doatap.gr>, Ανάκτηση Δεδομένων 10-2-2012
- Ελληνική Στατιστική Αρχή, <http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/>
- Ελληνική Δημοκρατία (1939) Ν. 1565/1939 (ΦΕΚ Α 16) : Περί κώδικος ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος.
- Ελληνική Δημοκρατία (1985) Ν. 1579/1985 - Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις ΦΕΚ Α 217/23-12-1985

- Ελληνική Δημοκρατία (1987) Ν. 1735/1987 Ίδρυση ΔΙΚΑΤΣΑ (ΦΕΚ 195/Α'/11.11.1987)
- Ελληνική Δημοκρατία (1992) Ν. 2071/1992 - Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας, ΦΕΚ Α' 123/15-7-1992
- Ελληνική Δημοκρατία (1994) Προεδρικό Διάταγμα 415: Περί του Χρόνου Ειδίκευσης Ιατρών για Απόκτηση Ειδικότητας (ΦΕΚ 236/29/12/1994)
- Ελληνική Δημοκρατία (1998) Ν.2646/1998 Ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ Α 236/20-10-1998
- Ελληνική Δημοκρατία (2005) Ν. 3328/2005 ίδρυση ΔΟΑΤΑΠ, ΦΕΚ 80/Α/1.4.2005
- Ελληνική Δημοκρατία (2010) Ν. 3846/2010 «Εγγυήσεις για την εργασιακή ασφάλεια και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ Α' αρ. 66 / 11.05.2010)
- Επιστημονική Εταιρεία Φοιτητών Ιατρικής Ελλάδος (παράρτημα Ιωαννίνων), 2004, Δεδομένα για την Ιατρική Ειδικότητα στην Ελλάδα, Ιατρικές Εκδόσεις Σιώκης, Θεσσαλονίκη
- Ερμείδου Ε., (2009), Υπηρεσίες Υγείας & Ιατρικά Είδη, Περιοδικό Χρήμα, Τεύχος 350. Μάρτιος
- Ευρωπαϊκή Ένωση (1992) Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση
- Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία (2012) Έκδοση για τα Δημογραφικά Χαρακτηριστικά της Ευρωπαϊκής Ένωσης
- Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο (2005) Οδηγία 2005/36/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 7ης Σεπτεμβρίου 2005, σχετικά με την αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων.

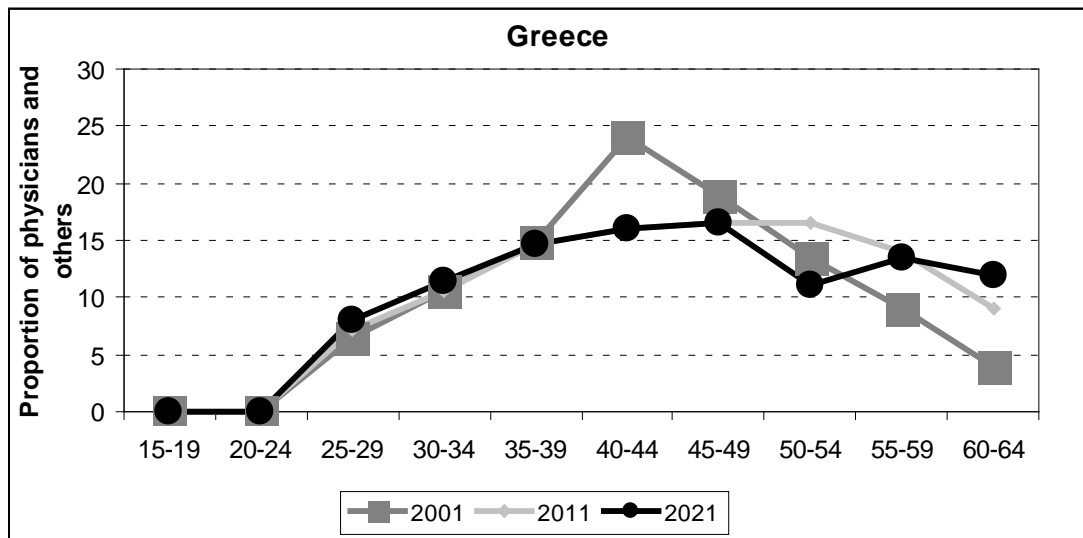
- Ευρωπαϊκό Συμβούλιο (1993) Οδηγία 93/16/ΕΟΚ του Συμβουλίου της 5ης Απριλίου 1993 για τη διευκόλυνση της ελεύθερης κυκλοφορίας των ιατρών και της αμοιβαίας αναγνώρισης των διπλωμάτων, πιστοποιητικών και άλλων τίτλων τους
- Θανόπουλος Ν. Γ. (2003), Επιχειρηματική Ηθική και Δεοντολογία, Εκδόσεις INTERBOOKS, Αθήνα,
- Ιατρική Εταιρεία Αθηνών (2012)
Ανάκτηση Δεδομένων από: <http://www.mednet.gr/law/law1.htm>:26/05/2012
- Ιατρική Σχολή Αθηνών, <http://www.school.med.uoa.gr/>, Ανάκτηση Δεδομένων 26-5-2012
- Ιατρική Σχολή Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (2011) Οδηγός Σπουδών για τις Προπτυχιακές Σπουδές, Θεσσαλονίκη, www.med.auth.gr/, Ανάκτηση Δεδομένων 26-5-2012
- Ιατρική Σχολή Πατρών, <http://www.med.upatras.gr/gr/index.php>, Ανάκτηση Δεδομένων 26-5-2012
- Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Κρήτης
Ανάκτηση Δεδομένων από [<http://www.med.uoc.gr/kanonismos.pdf>:25/055/2012]
- Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών, <http://www.isathens.gr>, Ανάκτηση Δεδομένων 11-10-2011
- Ιατρικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης, <http://www.isth.gr>, Ανάκτηση Δεδομένων 15-10-2011
- Κότιος Κ., Τσαουσάνης Χ., (2012) Επιλέγω Σπουδές και Επάγγελμα, Εκδόσεις Πατάκης, Αθήνα

- Καρατόλια – Μετζάκη Ζ. (2004), Δεοντολογία Επαγγέλματος Τεχνολόγων Γεωπόνων, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα,
- Λαλούμης Δ. – Ρούπας Β.(1996) , Διοίκηση Προσωπικού Τουριστικών Επιχειρήσεων εκδόσεις Interbooks Αθήνα
- Λιαρόπουλος, Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας Α΄ Τόμος, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα, 2009
- Λογοθέτης Ν. (2005) Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας, εκδόσεις Interbooks Αθήνα
- Muller P. & Surel Y, (2002) Η Ανάλυση των Πολιτικών του Κράτους, Αθήνα Τυπωθήτω
- Ξηροτυρη-Κουφίδου Σ. (2001) Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων. Εκδόσεις Ανικούλα, Θεσσαλονίκη
- Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, www.pis.gr/, Ανάκτηση Δεδομένων 11-2-2012
- Περιφέρεια Αττικής, Σύστημα Διαχείρισης Ιατρικών Ειδικοτήτων (EDMS)
http://www.patt.gov.gr/main/index.php?option=com_content&view=article&id=338&Itemid=12
- Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας, Σύστημα Διαχείρισης Ιατρικών Ειδικοτήτων Νοσοκομείων Θεσσαλονίκης, <http://www.nath.gr/default.aspx?page=128>, Ανάκτηση Δεδομένων 5-2-2012
- Περιφέρεια Κρήτης, Σύστημα Διαχείρισης Ιατρικών Ειδικοτήτων Νοσοκομείων Ηρακλείου
- <http://www.nah.gr/prefecture/health-office/lists-waiting-for-specialities-of-doctors.html>, Ανάκτηση Δεδομένων 11-3-2012

- Περιφέρεια Ηπείρου, Σύστημα Διαχείρισης Ιατρικών Ειδικοτήτων Νοσοκομείων Ιωαννίνων, <http://www.nomioan.gr/eidikotites-anamon.asp>, Ανάκτηση Δεδομένων 21-3-2012
- Quermonne Jean-Louis(2005), Το Πολιτικό Σύστημα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, www.yyka.gov.gr, Ανάκτηση Δεδομένων 20-3-2012
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Τελική Πρόταση ΚΕΣΥ για το Σχέδιο Νόμου της Ιατρικής Εκπαίδευσης, Ανάκτηση δεδομένων 5-2-2012 από:
<http://www.yyka.gov.gr/articles/health/telikh-protash-kesy-gia-to-sxedio-nomoy-ths-iatrikhs-ekpaideyshs/800-telikh-protash-kesy-gia-to-sxedio-nomoy-ths-iatrikhs-ekpaideyshs?fdl=2686>
- Υπουργείο Παιδείας, Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων, www.minedu.gov.gr Ανάκτηση Δεδομένων 20-10-2011
- Φαναριώτης Π.(1997), Διοίκηση Προσωπικού: Εισαγωγή στα Σύγχρονα Συστήματα Χειρισμού του Ανθρώπινου Δυναμικού, Εκδόσεις Σταμούλη Αθήνα
- Χαχολιάδης Μ. (1990) Μικροοικονομική, Τόμος Ι, Εκδόσεις Κριτική Αθήνα
- Σπανός Α., (1995): Ολική Ποιότητα Εκδόσεις ΓΑΛΑΙΟΣ, Αθήνα
- Τσάτσος Δ. (2003) Το Αξιακό Σύστημα της Ε.Ε. Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα
- Τσιότρας Γ. (2002) Βελτίωση Ποιότητας, Εκδόσεις Μπένος, Αθήνα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι - ΠΙΝΑΚΕΣ

Εικόνα 1: Προβολή της ηλικιακής σύνθεσης των Ελλήνων ιατρών, 2001-2021.



Πηγή: OECD 2003 Human Resources for HealthCare project, Paris, 2003, SG/ADHOC/HEA(2003)14/ANN

Πίνακας 1: Ιατροί κατά φύλο και ηλικία

Έτη	Γυναίκες ιατροί						Άνδρες ιατροί						Σύνολο ιατρών					
	Σύνολο		<i>Εκ των οποίων</i>				Σύνολο		<i>Εκ των οποίων</i>				Σύνολο		<i>Εκ των οποίων</i>			
	Γυναίκες	< 35	35-44	45-54	55-64	≥65	Άνδρες	< 35	35-44	45-54	55-64	≥65	ιατρών	< 35	35-44	45-54	55-64	≥65
(σε απόλυτους αριθμούς)							(σε απόλυτους αριθμούς)						(σε απόλυτους αριθμούς)					
1995	12948	3514	5632	3151	480	171	28252	4042	10245	8476	4255	1234	41200	7556	15877	11627	4735	1405
1996	13050	3569	5721	3099	487	174	28461	4081	10342	8496	4296	1246	41511	7650	16063	11595	4783	1420
1997	14099	3856	6180	3348	527	188	28931	4148	10514	8636	4367	1266	43030	8004	16694	11984	4894	1454
1998	15008	4105	6578	3564	561	200	29745	4265	10809	8879	4490	1302	44753	8370	17387	12443	5051	1502
1999	15373						30751						46124					
2000	16032						31219						47251					
2001	16600						31344						47944					
2002	17700						32647						50347					
2003	18583						33642						52225					
2004	19385						34558						53943					
2005	20195						35361						55556					
2006	22242						37357						59599					
2007	23480						38727						62207					
2008	25935						41605						67540					

Πηγή: Εθνική Στατιστική Αρχή

Πίνακας 2: Αριθμός Ειδικευμένων Ιατρών και Γενικών Ιατρών ανά 1000 κατοίκους σε διάφορες περιοχές της Ελλάδας και σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ (2007)

	Γενικοί Χειρουργοί	Αναισθησιολόγοι	Παιδίατροι	Καρδιολόγοι	Γαστρεντερολόγοι	Νευρολόγοι Ψυχίατροι	Γενικοί Ιατροί	Μαιευτ. Γυναικολόγοι	Νευροχειρουργοί	Ουρολόγοι	Ακτινολόγοι	Πνευμονολόγοι
Μέσος όρος ΕΕ	0.12	0.14	0.14	0.07*	0.03*	0.14	0.85	0.13	1,1	0.03*	0.10*	0.04
Σύνολο Ελλάδα	0.19	0.15	0.28	0.24	0.05	0.21	0.15**	0.24	2,4	0.08	0.19	0.11
Αττική	0.52	0.21	0.33	0.32	0.08	0.3	0.07	0.34		0.1	0.25	0.16
Στερεά Ελλάδα	0.08	0.06	0.19	0.15	0.03	0.05	0.19	0.12		0.04	0.16	0.07
Δυτική Ελλάδα	0.10	0.13	0.25	0.18	0.04	0.12	0.17	0.16		0.06	0.14	0.10
Πελοπόννησος	0.08	0.05	0.17	0.16	0.03	0.1	0.22	0.13		0.06	0.12	0.07
Θεσσαλία	0.11	0.1	0.24	0.2	0.04	0.14	0.17	0.16		0.07	0.16	0.08
Ήπειρος	0.14	0.15	0.31	0.24	0.05	0.21	0.26	0.16		0.1	0.18	0.12

Ανατολική Μακεδονία	0.15	0.09	0.2	0.18	0.04	0.16	0.2	0.19	0.08	0.13	0.07
Κεντρική Μακεδονία	0.22	0.18	0.31	0.24	0.05	0.26	0.18	0.24	0.08	0.2	0.08
Δυτική Μακεδονία	0.1	0.06	0.16	0.16	0.02	0.08	0.1	0.16	0.05	0.11	0.07
Ιόνια Νησιά	0.12	0.06	0.22	0.17	0.02	0.12	0.17	0.18	0.05	0.14	0.10
Βόρειο Αιγαίο	0.1	0.06	0.17	0.12	0.02	0.12	0.21	0.1	0.04	0.14	0.06
Νότιο Αιγαίο	0.1	0.08	0.21	0.16	0.03	0.1	0.23	0.14	0.05	0.11	0.05
Κρήτη	0.17	0.15	0.32	0.2	0.06	0.18	0.29	0.18	0.07	0.02	0.13

Πηγές: ΟΟΣΑ (2010), Ελληνική Στατιστική Αρχή, EUROSTAT

*Στοιχεία 2005 από Eurostat

** Οι αριθμοί του πίνακα αφορούν σε Γενικούς Ιατρούς με Ειδικότητα. Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ υπάρχουν 0.30 Γεν.Ιατροί ανα 1000 κατοίκους. Όμως στα στοιχεία του ΟΟΣΑ συμπεριλήφθησαν Ιατροί Κοινωνικής Ιατρικής και Ιατροί χωρίς ειδικότητα που υπηρετούν την υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου.

Πίνακας 3: Ιατροί κατά ειδικότητα και Οδοντίατροι , κατά Γεωγραφική Περιφέρεια και Νομό:2009

Γεωγραφική Περιφέρεια και Νομός	Ιατροί σύνολο	Ακτινολόγοι - Ακτινοθεραπευτές	Αναισθησιολόγοι	Γαστρεντερολόγοι	Γενικής Ιατρικής	Δερματολόγοι - Αφροδισιολόγοι	Ενδοκρινολόγοι	Ιατροδικαστές	Καρδιολόγοι	Μαιευτήρες - Γυναικολόγοι	Μικροβιολόγοι - Αιματολόγοι	Νευρολόγοι - Ψυχίατροι	Νευροχειρουργοί - Πλαστικής χειρουργικής	Νεφρολόγοι
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	69.030	2.280	1.794	660	1.930	1.054	521	60	2.788	2.720	3.706	2.491	648	469
ΑΤΤΙΚΗ	34.654	1.118	930	337	338	542	293	23	1.345	1.411	1.823	1.262	408	191
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	1.779	56	33	16	122	33	12	2	92	61	122	30	3	13
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	3.466	125	72	28	153	52	25	3	137	126	214	103	25	31
ΠΕΛΟΠΟΝΗΣΟΣ	2.224	74	30	19	142	35	11	0	92	82	155	59	5	18
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	3.533	121	82	40	142	52	28	4	152	123	239	116	18	20
ΗΠΕΙΡΟΣ	2.155	62	57	20	92	33	15	1	84	69	92	75	10	21
ΑΙΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ & ΘΡΑΚΗ	2.768	83	60	26	145	33	9	7	111	121	153	96	12	25
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	11.151	381	365	110	397	163	71	11	479	479	470	538	129	91
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	827	30	20	7	37	16	7	1	47	46	53	25	2	9
ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	897	31	14	7	42	16	6	1	45	40	63	31	4	8
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	752	32	12	8	44	11	7	0	29	22	48	23	3	4
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	1.017	39	24	8	74	21	7	2	49	30	71	28	5	9
ΚΡΗΤΗ	3.807	128	95	34	202	47	30	5	126	110	203	105	26	29

Γεωγραφική Περιφέρεια και Νομός	Ορθοπαιδικοί	Ουρολόγοι	Οφθαλμίατροι	Παθολογοανατόμοι - Κυτταρολόγοι	Παθολόγοι	Παιδίατροι	Πυρηνικής Ιατρικής	Ρευματολόγοι	Φυμπατολόγοι - Πνευμονολόγοι	Χειρουργοί	Χειρουργοί θώρακα	Χειρουργοί παιδιών	Ωτορινολαρυγγολόγοι	Χωρίς ειδικότητα	Λοσιών ειδικότητες
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	2.070	942	1.932	824	4.419	3.308	241	294	1.326	2.212	339	172	1.191	27.791	848
ΑΤΤΙΚΗ	995	408	941	443	2.060	1.414	109	140	688	1.140	232	75	549	14.961	480
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	68	23	51	10	146	108	4	5	41	45	1	2	28	646	6
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	114	57	91	50	227	191	20	18	78	76	9	7	73	1.327	34
ΠΕΛΟΠΟΝΗΣΟΣ	77	38	79	18	158	114	6	7	47	54	0	1	40	846	17
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	98	56	114	47	263	182	13	17	55	91	10	9	74	1.318	49
ΗΠΕΙΡΟΣ	65	35	53	40	142	120	9	16	43	47	0	0	44	890	20
ΑΙΑΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ & ΘΡΑΚΗ	80	47	74	24	174	131	13	11	47	90	8	6	52	1.116	14
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	330	183	328	127	716	629	47	47	169	455	70	56	199	3.961	150
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	30	17	26	5	67	52	2	4	20	27	0	0	15	257	5
ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	34	14	29	9	77	57	2	6	26	33	0	0	15	279	8
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	24	10	21	6	60	38	0	4	13	21	1	0	16	291	4
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	43	15	31	6	96	63	2	4	17	30	1	2	19	318	4
ΚΡΗΤΗ	112	39	94	39	234	209	14	15	82	103	7	14	67	1.581	57

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2009, Δ/νσεις και Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών, Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών, Ιατρικός Σύλλογος Πειραιώς και Πανελλήνιος Οδοντιατρικός Σύλλογος.

Σημείωση: Οι ιατροί των οποίων η ειδικότητα δεν αναγράφεται στον παρόντα πίνακα έχουν συμπεριληφθεί στον αριθμό της στήλης «λοιπών ειδικοτήτων» π.χ αλλεργιολόγοι, φυσικής ιατρικής αποκατάστασης, ιατρικής της εργασίας, κλινικής χημείας κτλ.

Πίνακας 4: Πληθυσμός και ιατροί με άδεια, στοιχεία 2009 ασκήσεως επαγγέλματος στην Ελλάδα ανά γεωγραφικό διαμέρισμα

Γεωγραφικό Διαμέρισμα	Πληθυσμός	Σύνολο Ιατρών	Ιατροί/1000 pop
Σύνολο επικράτειας	11.260.402	69.030	6,1
Αττική	3.584.554	34.654	9,7
Στερεά Ελλάδα	547.784	1.779	3,2
Δυτική Ελλάδα	693.742	3.466	5,0
Πελοπόννησος	573.854	2.224	3,9
Θεσσαλία	729.086	3.533	4,8
Ήπειρος	326.850	2.155	6,6
Ανατολική Μακεδονία	568.309	2.768	4,9
Κεντρική Μακεδονία	568.309	11.151	19,6
Δυτική Μακεδονία	288.451	827	2,9
Ιόνια Νησιά	188.359	897	4,8
Βόρειο Αιγαίο	201.318	752	3,7
Νότιο Αιγαίο	252.991	1.017	4,0
Κρήτη	534.314	3.807	7,1

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2009

Πίνακας 5: Επαγγελματικά ενεργοί ιατροί στην Ευρωπαϊκή Ένωση και στην Ελλάδα (1995-2008)

	1995		2000		2005		2008	
	N	/1.000 κστ	N	/1.000 κστ	N	/1000 κστ	N	/1000 κστ
Ευρωπαϊκή Ένωση	110217	3,2	121218	3,5	138665	3,7	159915	3,8
Ελλάδα	41200	3,9	47251	4,3	55556	5,0	67540	6,0

Πηγή: ΟΟΣΑ Βάση Δεδομένων για την Υγεία, 2010

Πίνακας 6: Ενδεικτικά στοιχεία αριθμού μελών και νέων εγγραφών σε διάφορους ιατρικούς συλλόγους της ελληνικής επικράτειας 2010

Ιατρικοί Σύλλογοι	Αριθμός Μελών	Νέες εγγραφές (2005-2010)
Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών	25238	Αναμονή στοιχείων
Ιατρικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης	Αναμονή στοιχείων	Αναμονή στοιχείων
Ιατρικός Σύλλογος Πατρών	1982	1622
Ιατρικός Σύλλογος Ηρακλείου	2124	1345
Ιατρικός Σύλλογος Κέρκυρας	508	210
Ιατρικός Σύλλογος Καβάλας	583	445
Ιατρικός Σύλλογος Αγρινίου	465	460
Ιατρικός Σύλλογος Κεφαλληνίας	102	Αναμονή στοιχείων
Ιατρικός Σύλλογος Μαγνησίας	811	Αναμονή στοιχείων
Ιατρικός Σύλλογος Θεσπρωτίας	159	Αναμονή στοιχείων
Ιατρικός Σύλλογος Ροδόπης	371	280

Πίνακας 7: Έτη αναμονής ανά ειδικότητα σε νοσοκομεία της Αθήνας, Θεσσαλονίκης, Ηρακλείου, Ιωαννίνων και Αχαΐας (Μάρτιος 2011)

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΘΗΝΑ*	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ	ΗΡΑΚΛΕΙΟ	ΙΩΑΝΝΙΝΑ	ΑΧΑΪΑ
Αγγειοχειρουργική	7	11	5,5		
Αιματολογία	2	2	2,5		Άμεσα
Ακτινοδιαγνωστική	4,5	5	4	6	4,5
Ακτινοθεραπευτική Ογκολογία	1,5	3,5	1	3	0,7
Αλλεργιολογία	7				
Ανασθησιολογία	3	2,5	2	2,5	1
Γαστρεντερολογία	7	10	8	9	6
Γενική Ιατρική	4	3,5	3,5	3	3
Δερματολογία	9	13	8	9,5	7
Ενδοκρινολογία	12*	13,5	11	13,5	12,5
Ιατρική Βιοπαθολογία (Μικροβιολογία)	3,5	4	3,5	2	6
Ιατρική της Εργασίας	3	Άμεσα	9	3,5	4
Ιατροδικαστική	4		4	3	
Καρδιολογία	5,5	8	4	6,5	5
Κυτταρολογία	4	13	2,5	5,5	3
Μαιευτική-Γυναικολογία	7	10	4,5	6	4
Νευρολογία	5	5,5	ανασύνταξη λίστας		7
Νευροχειρουργική	6	3	3	3	3
Νεφρολογία	3,5	4	3,5	1	2
Ορθοπαιδική	5	5,5	3,5	3,5	2,5
Ουρολογία	4	3	2	3	3
Οφθαλμολογία	10	10	8	8	7
Παθολογία	6	5,5	4	6	4
Παθολογική Ανατομική	0,8	1	1	2	1,5
Παθολογική Ογκολογία	5	6	1 κενή θέση	2,5	6
Παιδιατρική	10	13	5,5	8	5,5
Παιδοψυχιατρική	12**	13			
Πλαστική Χειρουργική	15***	14,5			14,5
Πνευμονολογία	3	3	4	5	4
Πυρηνική Ιατρική	2	4	5	1	3
Ρευματολογία	8	8	7,5	7,5	3
Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης	4				
Χειρουργική	6	4	3	5,5	2
Χειρουργική Θώρακος	5	3	3	Άμεσα	
Χειρουργική Παιδων	4	1	1 κενή θέση		2
Ψυχιατρική	7	5	ανασύνταξη λίστας	1,5	7
ΩΡΛ	5,5	8	4	5	5

Πίνακας 8: Αριθμός Ασκούμενων Ιατρών σε Γερμανία, Σουηδία, Ρουμανία, Ελλάδα

	Γερμανία	Σουηδία	Ρουμανία	Ελλάδα
Αναισθησιολόγοι	18.168	1.325	1.242	1.670
Γενικοί Χειρουργοί	17.134	1.260	1.790	2.287
Νευρολόγοι	8.175	302	853	610
Καρδιολόγοι	3.606	552	841	2.663
Γενικοί Παθολόγοι	41.955	1.241	2.677	1.602
Γαστρεντερολόγοι	2.155	196	222	611
Ψυχίατροι	9.884	1.603	1.367	1.740
Γενικοί Ιατροί	42.897	5.487	16.990	3.499
Γυναικολόγοι	16.369	1.232	2.088	2.644
Ουρολόγοι	5.117	285	332	1.296
Ογκολόγοι	6.806	305	1.575	144
Παιδίατροι	12.216	916	2.210	-
Αιματολόγοι	1.583	178	165	2.374
Ορθοπαιδικοί	10.837	1.040	681	1.959

Πηγή: Eurostat (2012)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ημιδομημένο ερωτηματολόγιο LSE

1 The profession

1.1 What is the primary qualification required for licensure?

1.2 Please provide an outline of the education programme leading to the primary qualification.

In your answer, please include information relating to:

- The duration, structure and content of the programme.
- Who provides the programme.
- The proportion of the programme which is classroom based and the proportion which is practice or experience based.
- The initial entry requirements for the programme / how students are selected.
- How student numbers are limited, and by whom.
- How students are assessed, and what is being assessed (e.g. knowledge, skills, professionalism...)
- Whether assessment is uniform across the country, or whether there is jurisdiction or provider variation in the manner and content of assessment.
- How often – and how – the assessment process is reviewed and revised.
- The options available to students who fail their assessment.
- How the education programme is funded, and how the programme providers are funded.
- Any changes to the structure and content of the education programme over the past ten years or so which you consider significant (please explain the rationale for any changes).

1.3 Please provide an outline of any further training (including supervised work experience) which must be undertaken prior to – and as a requirement for – licensure.

In your answer, please include information relating to:

- The duration, structure and content of the programme.
- Who provides the programme.
- How the programme is funded.
- Whether the programme is open to all qualified candidates or whether there is further selection involved (please explain what form this takes if there is).
- How training outcomes are assessed.

1.4 Please provide an outline of the typical career path of a member of the profession, including standard options in terms of specialisation and/or advanced practice.

In your answer, please include information relating to:

- The point at which entry into a speciality or form of advanced practice becomes an option, and what the practitioner must do in order to pursue this option.

1.5 Please describe the ‘scope of practice’ of the profession (if there is a clear or defined scope of practice)

In your answer, please include information relating to:

- How the scope of practice is determined and how it is revised in light of wider developments in – for instance – technological innovation, the practice of health care delivery, the content of educational programmes, and so on.

2 Licensure

2.1 Please name the body – or the bodies – responsible for licensure in your jurisdiction.

2.2 Please describe and explain the territorial organisation of licensure in your country.

In your answer, please include information relating to:

- The law or laws which underpin the territorial organisation of licensure.
- The relationship which exists among licensure bodies in different jurisdictions within your country (for instance, associations and federations).

2.3 What are the roles/functions of the licensure body – or bodies – beyond licensure?

2.4 How is the licensure body – or bodies – organised internally?

Licensure bodies can be organised in a number of different ways. One form that the licensure body commonly takes is that of a central decision/policy making entity (usually called a Council or a Board) + executive or administrative entity.

If licensure is conducted by a government department or agency, a different form may be in place.

If the licensure body in your jurisdiction is of the first type, please include information in your answer to this question relating to:

- The functions of the central (decision/policy making) entity.
- The title of the head of the central entity (e.g. President, Chair...).

- The number of members of the central entity.
- The proportion of members coming from the regulated profession.
- Where members who are not from the regulated profession (if any) come from, or who they represent.
- How members are appointed.
- The period of membership (if time limited).
- Rules around re-appointment.
- Reservation of named positions for members of the regulated profession (where membership is mixed).
- How members are paid (e.g. salary, allowance, honorarium).
- The title of the head of the executive/administrative entity (e.g. Registrar, Secretary, Director, CEO...).
- Reservation of position of head of the executive/administrative entity for a member of the regulated profession.

2.5 How is the licensure body – or bodies – funded?

In your answer, please specify:

- Whether there is a single source of revenue or a number of different sources of revenue, and what proportion of revenue each source accounts for.

2.6 Is the licensure body formally ‘accountable’ to any entity or stakeholder (e.g. government, the legislature, the profession, the public)? If it is, please say what form this accountability takes (e.g. reporting requirements, the duty to consult with stakeholders...)

2.7 Is there an organisation or entity which has formal oversight of the activities of the licensure body? If so, please explain how this works.

2.9 What is the law or laws which underpin the form and functions of the licensure body in your country or jurisdiction?

2.8 Is there is an authority higher than the licensure body which has the power to make changes to the licensure body or bodies and to the licensure process without these changes having to be approved by the legislature?

2.10 Does the licensure body have powers to investigate, and take n in response to, cases of people practising without licensure?

2.11 How does the process of licensure operate in your jurisdiction?

How does someone wishing to attain licensure go about this? What requirements must they meet? What procedures must they follow?

In your answer, please also include information relating to:

- The law or laws which underpin the licensure process.
- Requirements which must be met but which do not necessarily relate directly to licensure's standards-based 'control of entry' function (e.g. waiting requirements).
- The options available to someone who fails to attain licensure (including further attempts to attain licensure, and the possibility of appeal).
- Any system the licensure body has in place to detect fraud in the licensure process.

2.12 How is the licensure process funded?

2.13 Are there different categories of licensure? For example, restricted, limited, conditional, probationary, full.

In your answer, please include information relating to:

- The kind of entitlement each category of licensure confers.
- The basis on which different categories are conferred.
- How the system of student licensure – if there is one – works.

In your answer,

please also explain:

- Whether there are different licensure 'statuses', such as 'with licensure but not currently practising', and how these different statuses affect practice entitlements.

2.14 Is a register or list of practitioners with licensure kept? If there is, please explain what information is included in the list.

In your answer, please also include information relating to:

- Whether the list is made available to the public, and how.
- Whether the list records when a practitioner is under disciplinary investigation.
- Whether the list records disciplinary action which has been taken against the practitioner.
- The recording of different licensure statuses, such as 'with licensure but not currently practising'.
- What information on the list is made available to the public, and what information is not made available to the public.

2.15 In some settings, licensure is awarded 'for life' (or until retirement). In other settings it is not. In your jurisdiction, is there a system of licensure renewal (or re-licensure) in place? If so, how does this work?

In your answer, please include information relating to:

- How often, or when, licensure must be renewed.
- The requirements which must be met and the procedures which must be followed by a practitioner renewing their licensure.
- Any other requirements which relate to the ongoing maintenance of licensure – for example, the regular payment of a fee, the requirement that the practitioner notify the licensure body of a change of address, and so on.

2.16 Are there ‘re-entry to practice’ requirements in place for practitioners who have been non-practising (whether voluntarily, as a result of illness, or as a result of a disciplinary sanction) for a period of time? Please explain the rules around ‘re-entry to practice’.

2.17 If the system of licensure has changed, or if it changes, do practitioners practising under the former system have to attain licensure under the new system, or can they continue to practise with licensure attained under the former system?

2.18 Are there professional practice situations where normal licensure rules do not apply? Such situations may include, for instance, practitioners working in the military, for an international organisation, as a teacher or researcher, and so on. Please briefly explain how any such situations differ from the norm.

2.19 Please provide a brief explanation of licensure issues relating to the establishment of a private business or practice by the practitioner in pursuit of their profession.

2.20 Please provide the following figures where possible:

- The size of the population in your country.
- The size of the population in your jurisdiction.
- The current number of licensed/registered practitioners in your country.
- The current number of licensed/registered practitioners in your jurisdiction.

- The number of new licensures in your country each year (past five years).
- The number of new licensures in your jurisdiction each year (past five years).

2.21 Does any relation exist between the system of licensure and broader health workforce policy (e.g. in respect of numbers, geographical distribution, shortage practice areas, and so on)? If so, please explain the relationship between health workforce policy (and say who is responsible for this) and the licensure system.

2.22 Please provide a brief historical overview or timeline of licensure in your jurisdiction/country from the institution of licensure to the present, noting any major developments or reforms and explaining the rationale for these where possible.

2.23 What reforms to the organisation or operation of licensure are currently underway or are planned? Please explain the rationale for these.

3 Secondary licensure

3.1 Are there activities or areas of practice to which some form of secondary licensure applies (whether on a mandatory or a voluntary basis)? If there are, please say what the form of secondary licensure is called, and say what these activities or areas are.

In your answer, please include information relating to:

- Whether possession of secondary licensure is mandatory or voluntary.
- Whether voluntary secondary licensure can be considered de facto mandatory, in that it is hard (if not impossible) to gain employment in the area to which secondary licensure applies without it.

3.2 Which bodies are responsible for secondary licensure?

3.3 Please describe and explain the territorial organisation of secondary licensure in your country.

3.4 Which law or laws underpin the system of secondary licensure in your country?

3.5 How does the process of secondary licensure work?

How does someone wishing to attain secondary licensure go about this? What requirements must they meet? What procedures must they follow?

3.6 How is the process of secondary licensure funded?

3.7 Is there a system of secondary licensure renewal in place? If so, how does this work?

In your answer, please include information relating to:

- How often, or when, secondary licensure must be renewed.
- The requirements which must be met and the procedures which must be followed by a practitioner renewing their secondary licensure.

3.8 If the system of secondary licensure has changed, or if it changes, do practitioners practising under the former system have to attain secondary licensure under the new system, or can they continue to practise with secondary licensure attained under the former system?

3.9 Is possession of secondary licensure recorded on the main list or register of practitioners with licensure, or is it recorded on a separate list or register?

3.10 Please provide the following figures where possible:

- The number of practitioners currently holding some form of secondary licensure in your country.
- The number of practitioners currently holding some form of secondary licensure in your jurisdiction.

3.11 Please describe and explain the rationale behind any recent reforms or reforms underway in the area of secondary licensure.

4 Licensure of practitioners from other jurisdictions

4.1 Please explain how the processes of licensure of practitioners from other jurisdictions operates in your jurisdiction.

What must a practitioner from another jurisdiction do, and what requirements must they meet, to attain licensure in your jurisdiction?

In your answer, please include information relating to:

- All the requirements the practitioner must meet – including, briefly, broader non-regulation related requirements such as visa requirements or an existing offer of employment.
- The different bodies involved in the process and their roles within the licensure process (including agents of the body responsible for licensure).

In your answer, please also clarify:

- How the system of licensure of practitioners from other jurisdictions differs according to the practitioner's jurisdiction of origin.
- Please provide details regarding any formal arrangements in place between your jurisdiction and other jurisdictions (whether within your own country or in other countries) which affect licensure requirements and the licensure process.

In your answer, please also clarify:

- How licensure rules differ according to whether the practitioner is intending to practise in your jurisdiction on an occasional basis, on a temporary basis, or on a permanent bases.
- How you define the categories of 'occasional', 'temporary' and 'permanent' (or any equivalent categories in place).

In your answer, please also clarify:

- The different 'categories' or 'levels' of licensure awarded (if there are more than one) – for example: conditional, restricted, limited, provisional, full, and the basis on which different categories are awarded to practitioners from other jurisdictions.
- Whether it is possible, and under what circumstances it is possible, for a practitioner from another jurisdiction to progress from a partial licensure category to the full licensure category.

In your answer, please also respond to the following specific questions:

4.1.1 Language.

1. Are practitioners from other jurisdictions required to be proficient in the language or any of the languages of your jurisdiction for purposes of licensure?
2. If proficiency is required, please explain the level of proficiency required.
3. How does your jurisdiction ensure that practitioners possess the required level of language proficiency? If formal or informal assessment is involved, please describe this.
4. If practitioners are not required to be proficient in the language or a language of the jurisdiction for purposes of licensure, are they otherwise required to be proficient (by, for instance, employers)?

4.1.2 Recognition of qualifications, training and experience.

1. How does your jurisdiction determine whether the primary qualification which the practitioner holds is acceptable for purposes of licensure?
2. How does your jurisdiction determine whether other training which the practitioner holds (pre-licensure or post-licensure) is acceptable for purposes of licensure?

Please include information on whether you rely on comparability with the education programmes / qualifications and training programmes of your jurisdiction, and if so does comparability relate to course structure and content, outcomes achieved, or some other measure?

Also, what role does accreditation of education and training programmes and providers within the jurisdiction of origin play in the recognition process?

Do you rely on jurisdiction of origin accreditation, or do you have your own accreditation process for programmes and providers located in other jurisdictions? Please explain.

3. Does practitioner work experience play a role in licensure decisions? If so, what constitutes appropriate experience for purposes of licensure?

4.1.3 Disciplinary history.

1. What role does practitioner disciplinary history play in licensure decisions?
2. How do you determine whether the practitioner from another jurisdiction has been or is under disciplinary investigation, or has had disciplinary sanctions applied?
3. If the practitioner is under disciplinary investigation or has been subject to disciplinary sanctions in the jurisdiction of origin, but for conduct or competence-related issues which would not be considered misconduct or poor performance in your jurisdiction, how do you assess this for licensure purposes?

4.2 How is the licensure process for practitioners from other jurisdictions funded?

4.3 What is the law or the laws underpinning the licensure of practitioners from other jurisdictions?

4.4 Are there any arrangements in place involving your jurisdiction and other jurisdictions (whether within your country or outside your country) for the exchange of information among jurisdictions – whether this be to facilitate the licensure of practitioners from other jurisdictions, or to help manage the risks associated with professional mobility?

In your answer, please include information relating to:

- Any arrangements relating to information exchange about individual practitioners (these arrangements may relate to the exchange of particular kinds of information or, for instance, to the use of standardised document formats for the exchange of relevant information among jurisdictions).
- Any arrangements designed to help manage the risks associated with cross-jurisdictional practitioner mobility – for example, making known disciplinary outcomes to other jurisdictions, regardless of whether the practitioner intends to travel or not.
- The perceived effectiveness of these arrangements – have they been useful? Could they be improved?
- Data protection (or similar) laws which may affect the content of the information which can be disclosed to other jurisdictions, or the manner in which information is provided.
-

4.5 Please provide the following figures where possible:

- The overall number of applications for licensure by practitioners from other jurisdictions each year for the past five years (please break down these figures by jurisdiction of origin if possible).
- The number of successful applications for licensure by practitioners from other jurisdictions each year for the past five years (please break down these figures by jurisdiction of origin if possible).
- The current number of practitioners from other jurisdictions with licensure in your jurisdiction.
- The current number of practitioners from other jurisdictions with licensure in your country.

- 4.6 Does any relation exist between the system of licensure of practitioners from other jurisdictions, and broader health workforce policy (e.g. in respect of numbers, geographical distribution, shortage practice areas, and so on)? If so, please explain the relationship between health workforce policy (and say who is responsible for this) and the licensure of practitioners from abroad.**
- 4.7 Have there been any changes in the past few years, or are there any changes underway or planned, to the system of licensure of practitioners from other jurisdictions? If so, please say what these are, and explain the rationale for them.**

5 Quality assurance of pre-licensure education and training

5.1 How is the quality of the primary qualification required for licensure assured?

In your answer, please include information relating to:

- The body or bodies responsible for, and those practically involved in, assuring the quality of the primary qualification.
- How the quality assurance process operates in practice

- The standards against which programme and provider performance is assessed.
- How – and by whom – performance standards (or other quality measures) are developed, reviewed and revised – particularly in light of changes in professional values and in the expectations and needs of patients, the public and health care providers.

5.2 How is the quality of mandatory pre-licensure training assured?

In your answer, please include information relating to:

- The body or bodies responsible for, and those practically involved in, assuring the quality of pre-licensure training.
- How the quality assurance process operates in practice.
- The standards against which programme and provider performance is assessed.
- How – and by whom – performance standards (or other quality measures) are developed, reviewed and revised – particularly in light of changes in professional values and in the expectations and needs of patients, the public and health care providers.

5.3 What happens if an education or training programme or provider is judged not to be performing adequately?

In your answer, please include information relating to:

- Supportive or remediation actions which can be taken, as well as sanctions which can be imposed.

5.4 What processes are in place to ensure that the quality assurance process itself (whether in respect of education programmes and providers or training programmes and providers) remains relevant, high performing and independent (e.g. of provider or other stakeholder capture)?

5.5 What law or laws underpin the quality assurance of education and training?

5.6 Have there been any significant changes to the system for quality assuring education and training in the recent past? Are there any changes underway or planned? If so, please describe these changes and explain their rationale.

END.