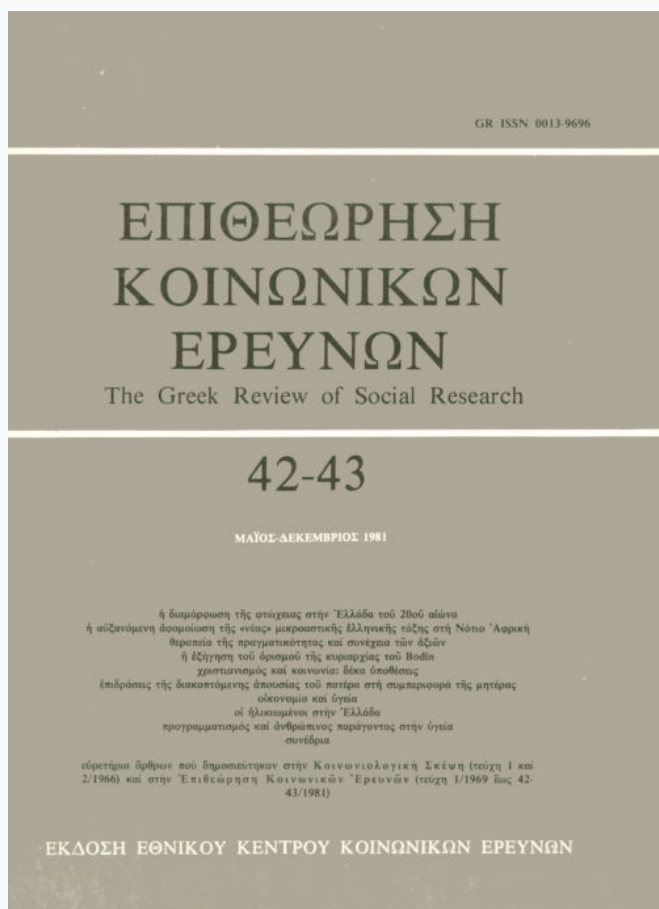


The Greek Review of Social Research

Vol 42 (1981)

42-43



Προγραμματισμός και ανθρώπινος παράγοντας στην υγεία

Νίκος Φακιολάς

doi: [10.12681/grsr.424](https://doi.org/10.12681/grsr.424)

Copyright © 1981, Νίκος Φακιολάς



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

To cite this article:

Φακιολάς Ν. (1981). Προγραμματισμός και ανθρώπινος παράγοντας στην υγεία. *The Greek Review of Social Research*, 42, 211-221. <https://doi.org/10.12681/grsr.424>

προγραμματισμός καί άνθρωπος παράγοντας στήν υγεία

του
Νίκου Φακιολά

Έρευνήτῃ τοῦ ΕΚΚΕ

εἰσαγωγικά

Έχουμε συνήθισει, όταν μιλάμε γιά τή σημασία τοῦ ἀνθρώπινου παράγοντα στό σύστημα τῆς υγείας μιᾶς χώρας, νά ἐννοοῦμε τή συμβολή τοῦ υγειονομικοῦ δυναμικοῦ μόνο ἢ, ἀκόμα, τοῦ ἱατρικοῦ δυναμικοῦ τῆς. Αὐτή ὁμῶς εἶναι μιά μονόπλευρη θεώρηση. Ἀρκεῖ νά θυμηθοῦμε τόν σύγχρονο ὀρισμό τῆς υγείας πού δέν ἀναφέρεται μόνο στή σωματική, ἀλλά συγχρόνως στήν ψυχική καί κοινωνική ἰσορροπία τῶν ἀτόμων.¹ Ἀρκεῖ νά ἐπισημάνουμε ὅτι ἡ υγεία δέν προσφέρεται ἀπό κανέναν, ἀλλά καταχτιέται. Εἶναι, δηλαδή, ἀποτέλεσμα διαρκῶν ἀγώνων καί προσπάθειῶν τῆς ἀνθρωπότητος. Δέν θά πρέπει, συγχρόνως, νά ἀγνοήσουμε ὅτι οἱ ἴδιοι οἱ ἄνθρωποι ἐνεργώντας ἀπερίσκεπτα ἢ κερδοσκοπικά, πολλές φορές, τήν ἀφαιροῦν ἀπό τόν ἴδιο τόν ἑαυτό ἢ τοὺς συνανθρώπους τους. Τό κράτος, ἐκφράζοντας ἀνάλογα μέ τή φύση ἢ τόν συσχετισμό τῶν κοινωνικῶν δυνάμεων πού περικλείει διαφορετικά κάθε φορά συμφέροντα, ἐνεργεῖ μέ ἐπιφύλαξη σέ ὄφελος τῶν τολμηρῶν ἢ τῶν ἰσχυρῶν. Μιά ὁποιαδήποτε θεώρηση, πού ἀγνοεῖ σκόπιμα ἢ συμπτωματικά αὐτή τήν κατάσταση πραγμάτων, παθητικοποιεῖ καί παραμερίζει τό λαό, ἀπαλλάσσει ἀπό κάθε εὐθύνη ὅσους συμβάλλουν στή διαμόρφωση τῶν συνθηκῶν καί προϋποθέσεων γιά υγιεινή διαβίωση ἐνός πληθυσμοῦ καί ἀποδίδει, τελικά, ρόλο χαρισματικό καί καθοριστικό στοὺς υγειονομικούς, καί πῶς πολύ στοὺς γιατροὺς.

Τό μεμονωμένο ἄτομο, οἱ ὀργανωμένες κοινωνικές ομάδες, τό σῶμα τῶν υγειονομικῶν, ὁ ἀσθενής καί ὁ γιγής πληθυσμός, οἱ διάφορες κυβερνήσεις, καθορίζουν τή δομή καί τή λειτουργία τοῦ συστήματος υγείας μιᾶς χώρας καί προσδιορίζουν τό ἐπίπεδό του. Συγχρόνως, διαμορφώνουν τή στάση τους ἐπηρεασμένοι ἀπό τίς γενικότερες κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες πού ἐπικρατοῦν στή χώρα.

Ὁ κοινωνικός προγραμματισμός, ἀπό τήν ἄλλη πλευρά, ἔχει κύριο σκοπό τήν πρόβλεψη τῶν μελλοντικῶν ἀναγκῶν τῶν μελῶν μιᾶς κοινωνίας καί τήν ἐπισήμανση τρόπων καί μέσων ἀντιμετώπισής τους. Ἡ προοπτική αὐτή πού διαγράφει τό μέλλον, γιά νά ὁλοποιηθεῖ ἄμεσα, προϋποθέτει ἰσορροπημένες σήμερα κοινωνικές συνθήκες καί λειτουργίες πού δέν εἶναι, ὁμῶς, χαρακτηριστικό στοιχεῖο τῶν δυτικῶν κοινωνιῶν.

Ἔτσι, γιά μᾶς, ὁ κοινωνικός προγραμματισμός πρέπει νά περιλαμβάνει τήν ἀξιολόγηση καί ἐπιλογή τῶν πῶς εὐστοχῶν ἀπό τίς παλιότερα δοκιμασμένες μεθόδους καί τή μελέτη νέων διαδικασιῶν ὀρθολογικῆς συγκρότησης καί ἰσορροπίας καί, συγχρόνως, ἐπασυγκρότησης διαφόρων τομέων τῆς κοινωνικῆς μας ζωῆς πού ἔχουν μικρή ἢ τὸ χειρότερο διαστρεβλωμένη ἀνάπτυξη. Αὐτή ἡ πρακτική ἀφορᾷ, ἀναμφισβήτητα, καί τόν τομέα τῆς υγείας πού στίς μέρες μας ἀποτελεῖ κεντρικό σημεῖο ἐνδιαφέροντος καί φροντίδας.

1. WHO, Constitution, *Basic Documents*, 26th ed., Geneva, 1976, σελ. 1.

Τέτοιες, όμως, εφαρμογές προσκρούουν σε διάφορους περιορισμούς που οφείλονται σε ανεπαρκεία ή άστοχη χρησιμοποίηση οικονομικών πόρων, μέσων, γνώσεων, κατάλληλου υγειονομικού δυναμικού, συντονιστικών ή οργανωτικών μεθόδων, και ακόμα στη μεθοδευμένη και συνεδητή επενέργεια σκοπιμότητων οικονομικής ή και πολιτικής φύσης.² Αυτό ισχύει για τις περισσότερες χώρες, αφού το χάσμα μεταξύ των θεωρητικών διακηρύξεων και της ουσιαστικής αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας παρακολουθεί την παγκόσμια οργανωμένη υγειονομική πρακτική.³

Στήν Ελλάδα, όπως είναι γενικότερα παραδεκτό, ολόκληρο το σύστημα υγείας χρειάζεται τολμηρές επεμβάσεις, και μάλιστα άμεσες.⁴ Αυτό είναι μία διαπίστωση που ίχνη λατεί το πάγιο αίτημα του ελληνικού λαού και, πολλές φορές, εκείνων των υγειονομικών που έχουν πρώτα πραγματική αγάπη και ενδιαφέρον για τη δουλειά τους και έπειτα αυξημένη κοινωνική ευθύνη και σοβαρότητα.

Η έπεξεργασία του προβλήματος αυτού συνολικά είναι αδύνατη σε ένα μοναδικό άρθρο. Σκοπός λοιπόν εδώ είναι να αναφερθούν, κυρίως, στον προγραμματισμό του ιατρικού δυναμικού της χώρας μας, και ιδιαίτερα στις δυνατότητες επηρεασμού της σημερινής αναλογίας γιατρού/κατοίκων. Δεν θα παραβλέψουμε, βέβαια, την παράλληλη ανάγκη για προγραμματισμό στις υπόλοιπες ομάδες υγειονομικών ή σχετικών με την υγεία κοινωνικών και άλλων επιστημόνων, ούτε θα αγνοήσουμε την άποφασιστική σημασία συγκρότησης προγραμμάτων για ενημέρωση και συμμετοχή όλων των πληθυσμιακών στρωμάτων⁵ με στόχο την άποφυγή της υπέρχρυσας αδράνειας και αδιαφορίας τους για εξασφάλιση αποτελεσματικότερων υπηρεσιών υγείας μέσα από καλύτερες και ανθρωπινότερες συνθήκες διαβίωσης και εργασίας.⁶ Η έπσημάνση μορφών συμπεριφοράς άλλων οργανωμένων και σχετικών με την υγεία κοινωνικών ομάδων είναι αναπόφευκτα μία ακόμα σκοπιμότητα ενός άρθρου που αναφέρεται στον ανθρώπινο παράγοντα και την υγεία.

σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα

Ο τρόπος πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας της ασθένειας, σαν μία έννοια άσκουμένης στη χώρα μας πολιτικής της υγείας, δίνει το προβάδισμα και τον κυρίαρχο ρόλο στο γιατρό άποσπόντως, κυριολεκτικά, από τους άλλους υγειονομικούς, ή ακόμα τους κοινωνικούς επιστήμονες⁶ ή τις λαϊκές μάζες, κάθε δυνατότητα για δημιουργική πρωτοβουλία, συνταυτισμένη ή συντονισμένη δράση και προσφορά.⁷

ΠΙΝΑΚΑΣ I. Νέοι πτυχιούχοι Ιατρικής Πανεπιστημίων Αθήνας και Θεσσαλονίκης στα ακαδημαϊκά έτη 1970-71 μέχρι και 1980

Ακαδημαϊκό έτος	Πανεπιστήμιο Αθήνας		Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης		Σύνολο πτυχιούχων
	Σύνολο	Γυναίκες	Σύνολο	Γυναίκες	
1970-71	661	491	420	330	1.081
1971-72	723	169	632	207	1.355
1972-73	695	149	503	95	1.198
1973-74	589	114	487	107	1.076
1974-75	638	168	442	97	1.080
1975-76	666	177	471	86	1.137
1976-77	864	198	528	109	1.392
1977-78	576	160	381	95	957
1978-79	616	134	556	141	1.172
1979-80	731	178	480	98	1.211

Πηγή: ΕΣΥΕ, Δελτία Στατιστικής Ανωτάτης Εκπαίδευσης (1970-1980) και Υπουργείο Παιδείας, Διεύθυνση Στατιστικής Ανώτατης Εκπαίδευσης (1981).

Διαπιστώνεται ότι κάτω από αυτές τις προϋποθέσεις ή αναλογία, ή σύνθεση, ή κατανομή και η ποιότητα του ιατρικού δυναμικού της Ελλάδας διαμορφώνουν σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο για την ανάπτυξη και προαγωγή της υγείας και περιθάλψης του πληθυσμού της.

Το Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Έρευνών (ΚΕΠΕ) και το Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών έστρεψαν, μερικά, την προσοχή τους στη μελέτη αυτών των χαρακτηριστικών. Τα αποτελέσματα αυτής της προσπάθειας αλλά και πολλών άλλων μεμονωμένων υιοθετούν όρισμένες πηγές και ανησυχτικές για τη χώρα μας διαπιστώσεις.⁸

Υπάρχει, γενικά, πληθώρα γιατρών με άπογοιτευτικά άστοχα κατανομή τους τόσο στον γεωγραφικό χώρο όσο και στις διάφορες ιατρικές ειδικότητες.⁹ Το ίδιο άνηση παρουσιάζεται και η κατανομή των ένεργων γιατρών στις ομάδες ηλικιών με αριθμητική υπερχοή των νεότερων γιατρών και σχετικά περιορισμένων ηλικιών στις ομάδες ηλικιών πάνω από 45 χρόνων.¹⁰ Ο συνολικός, μάλιστα, αριθμός των γιατρών παρουσιάζει τάσεις μεγαλύτερης αύξησης (Πίνακας I) και αναπόφευκτα θα εξακολουθήσει έτσι στη διάρκεια της δεκαετίας του 1980, αφού οι μέχρι τότε απόφοιτοι των Ιατρικών Σχολών της χώρας έχουν ήδη εισαχθεί σε αυτές (Πίνακας II), ενώ οι αποχωρούντες από το ιατρικό επάγγελμα, στο ίδιο χρονικό διάστημα, προβλέπεται να είναι πολύ λιγότεροι. Οι ιδιότητες, μάλιστα, γιατροί αποχωρούν από την ενεργό επαγγελματική δράση σε πολύ προχωρημένη, σε σχέση με άλλους επιστήμονες, ηλικία (Πίνακας III). Παράλληλα, έχει

2. Hall T. and Mejia A., *Health Manpower Planning*, WHO, Geneva, 1978, σελ. 152.

3. Έκθεση ομάδας Έργου ΚΕΠΕ, Πρόγραμμα περιφερειακής ανάπτυξης, Αθήνα, 1979, σελ. 16.

4. ΚΕΠΕ, Υγεία: Πρόγραμμα ανάπτυξης 1976-80, Αθήνα, 1976, σελ. 383.

5. OECD, *New Directions in Education for Changing Health Care Systems*, Paris, 1975, σελ. 22.

6. Δοξιάδης Σπ., Ένας γιατρός σκέπεται και γράφει, εκδ. 'Ερμής, Αθήνα, 1977, σελ. 14.15.

7. Δημοκρατική Πανεπιστημιακή Κίνηση, *Για τη λαϊκή υγεία: Περιθάλψη, νοσοκομεία, ασφάλιση, φάρμακα*. Κοινωνικές Μελέτες I, Αθήνα, σελ. 12. 13.

8. Παραπ. 3, και Ρομπόλη Σ., Φώς στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα, Οικονομικός Ταχυδρόμος, τεύχ. 1242, Αθήνα, 23.2.78.

9. Ζώτου Γ., Οι Έλληνες στην ούρα για ένα γιατρό, Ταχυδρόμος, 27.11.80.

10. ΚΗΥΚΥ, Στοιχεία απογραφής του ιατρικού δυναμικού της Ελλάδας, Αθήνα, 1979 (αδημοσίευτα).

ΠΙΝΑΚΑΣ II. Φοιτητές Ιατρικής ακαδημαϊκού έτους 1980-81

	Α' έτος	Β' έτος	Γ' έτος	Δ' έτος	Ε' έτος	Στ' έτος	Πτυχιούχοι
Πανεπιστήμιο Αθήνας	314	393	524	384	600	505	701
Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης	294	387	386	431	463	445	606
Πανεπιστήμιο Πάτρας	72	81	97	68	—	—	—
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων	64	68	83	80	—	—	—
Σύνολο	744	929	1.090	963	1.063	950	1.307

Πηγή: Υπουργείο Παιδείας, Διεύθυνση Στατιστικής Άνωτατης Έκπαίδευσης (1980-81).

αύξησθαι τα τελευταία χρόνια ό αριθμός των αποφοίτων Ιατρικών Σχολών του εξωτερικού που επιστρέφουν για να εργαστούν στη χώρα τους. Μιά ακόμα άνησυχητική ένδειξη είναι τό έκδηλωμένο ενδιαφέρον γιατρών χωρών της ΕΟΚ για άπασχόληση πλούσια άμειβόμενη στην Ελλάδα ή για νοσηλευτικές επιχειρήσεις σε συνεργασία με Έλληνες συναδέλφους τους. Ό αριθμός των γιατρών, μάλιστα, αύξηθηκε σημαντικά σε όλα τα κράτη-μέλη της ΕΟΚ τα τελευταία χρόνια. Συγκριτικά με τις άλλες δυτικο-ευρωπαϊκές χώρες έχουμε, πάντως, μαζί με την Ιταλία, τον μεγαλύτερο συνολικά αριθμό γιατρών σε σχέση με τον πληθυσμό (Πίνακας IV). Δυστυχώς, αυτό δεν ανεβάζει αυτόματα και τό επίπεδο της υγειονομικής περίθαλψης του πληθυσμού, άφού δημιουργεί άναπόφευκτα επαγγελματικούς άνταγωνισμούς με δυσμενέστατες επιπτώσεις στην παροχή υπηρεσιών υγείας.¹¹ Θά μπορούσαμε, μάλιστα, να ισχυριστούμε ότι είναι ένα από τα αίτια που επιδεινώνουν τό πρόβλημα της χορήγησης πολλών φαρμάκων στους Έλληνες άσθενείς.

Θά μπορούσε, βέβαια, να υποστηριχθεί ότι ή υπερπληθώρα γιατρών πιθανόν να οδηγήσει στην καλύτερη κατανομή των ίδιων στον γεωγραφικό χώρο και στην ρεαλιστικότερη διασπορά τους σε ιατρικές ειδικότητες.¹² Η έλληνική, όμως, έμπειρία διαφεύδει αυτό τό έπιχείρημα. Όπως δείχνουν τα στατιστικά στοι-

χεία, ή σημαντική αύξηση του συνολικού αριθμού των γιατρών στη δεκατία 1967-76—σχεδόν διπλασιάστηκαν (Πίνακας V)—είχε σαν άποτέλεσμα μία άσημαντη μείωση της άνισοκατανομής τους μεταξύ πρωτεύουσας και έπαρχίας. Την πενταετία 1967-71, τό ποσοστό γιατρών θεραπευτηρίων στην περιοχή της πρωτεύουσας είναι 61,4%, την πενταετία 1972-76 γίνεται 61%.¹³ Η άνισοκατανομή αυτή χειροτερεύει για την έπαρχία στις περισσότερες κορεσμένες (τό 1967) ειδικότητες γιατρών θεραπευτηρίων, ενώ καλύτερεύει για την έπαρχία στις μη κορεσμένες ειδικότητες.¹⁴ Στο διάστημα όμως αυτό (1967-76), και ή συνολική αύξηση γιατρών στις μη κορεσμένες ιατρικές ειδικότητες είναι πολύ μεγαλύτερη από εκείνη στις κορεσμένες ειδικότητες.¹⁵ Συγχρόνως, τα στοιχεία αυτά άφορούν γιατρών θεραπευτηρίων μόνο και έπομένως μπορεί άπλά να σημαίνουν κάλυψη κενών ή νέων οργανικών θέσεων στα έπαρχιακά θεραπευτήρια και όχι στροφή των γιατρών εκεί. Ό τελευταίος ισχυρισμός ένισχύεται και από την παραμονή στην πρωτεύουσα εκείνων των γιατρών που άπέκτησαν μία από τις κορεσμένες ιατρικές ειδικότητες.

Ένδεικτικά, σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία από χώρες με άνάλογο κοινωνικο-οικονομική ανάπτυξη, μεγαλύτερος αριθμός γιατρών μετά από ένα επίπεδο (ένας γιατρός για 500-600 κατοίκους) δεν συμβαδίζει με χαμηλότερη βρεφική θνησιμότητα, ενώ μεγαλύτερος αριθμός εκπαιδευμένων μαιών και άδελφών νοσοκόμων και σταθερό αριθμό γιατρών συμβαδίζει.¹⁶ Βέβαια, ή βρεφική θνησιμότητα δεν είναι ό μοναδικός δείκτης του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού, ούτε λείπει κάποια άβεβαιότητα στην παγκόσμια βιβλιογραφία και την υγειονομική πρακτική γύρω από τον καθορισμό της ιδανικής αναλογίας γιατρού/κατοίκων ή για τον έπιθυμητό συνολικό αριθμό υγειονομικών και τό συσχετισμό τους σε μία χώρα. Δεν υπάρχει, έπομένως, κάποια μοναδική μέθοδος για τον προγραμματισμό του ιατρικού ή υγειονομικού γενικότερα δυναμικού άποδεκτή από όλους και άσφαλής για κάθε χώρα.¹⁷

11. Βλέπε παραπ. 4.

12. Βλέπε παραπ. 2.

ΠΙΝΑΚΑΣ III. Χρόνια ένεργου δράσης γιατρών, που πήραν άνταξη γήρατος, 1961-75

Χρόνια ένεργου δράσης	1961-65		1966-70		1971-75	
	Γιατροί	%	Γιατροί	%	Γιατροί	%
Μέχρι 9	—	—	1	0,1	3	0,4
10-15	—	—	—	—	2	0,2
16-20	1	0,1	6	0,5	9	1,1
21-25	2	0,1	15	1,4	10	1,3
26-30	3	0,8	16	1,4	80	2,5
31-35	211	58	129	12	118	14,5
36-40	150	41	700	63	309	38,2
41-45	—	—	247	22	273	33,7
46 +	—	—	—	—	66	8,1
Σύνολο	367	100	1.114	100	810	100

Πηγή: Άρχεία ΤΣΑΥ, Έπεξεργασμένα στοιχεία 1978 (άδημοσίευτα).

13. ΕΣΥΕ, Δελτία Στατιστικής Κοινωνικής Προνοίας και Υγιεινής, 1969-1978.

14. Βλέπε παραπ. 8.

15. ΥΚΥ, Διεύθυνση Άνάπτυξης Υγειονομικού Δυναμικού (άδημοσίευτα στοιχεία, 1979).

16. Βλέπε παραπ. 6 και 8.

17. Knight, J., «Medical Manpower», *British Medical Journal*, 1, 562, 1978.

ΠΙΝΑΚΑΣ IV. Αναλογία γιατρού/κατοίκων στις χώρες της ΕΟΚ και αύξηση % τὰ ἔτη 1960-1975

Χώρα	Έτος	κάτοικοι/ γιατρός	αύξηση γιατρών ἔτη 1960-75
Ἀγγλία-Ουαλία	1975	679	38
Βέλγιο	1975	530	62
Γαλλία	1975	680	80
Δανία	1974	562	62
Δυτ. Γερμανία	1975	521	49
Ἑλλάδα	1975	490	76
Ἰρλανδία	1975	830	27
Ἰταλία	1975	442	57
Λουξεμβούργο	1975	942	20
Ὁλλανδία	1975	624	70

Πηγές: EEC III/677/1/77 και WHO, *World Health Statistics*

ΠΙΝΑΚΑΣ V. Ἐξέλιξη συνολικοῦ ἀριθμοῦ ἐνεργῶν γιατρῶν στήν Ἑλλάδα (1967-1976)

Έτος	Γιατροί Σύνολο Ἑλλάδας	Κάτοικοι/ γιατρός
1967	12.839	679
1968	13.159	664
1969	13.712	640
1970	14.263	616
1971	14.883	593
1972	15.351	579
1973	16.984	526
1974	17.942	499
1975	18.421	490
1976	19.340	474

Πηγές: ΕΣΥΕ, Στατιστικές Ἐπετηρίδες Ἑλλάδος, 1968-1978.

μέθοδοι προγραμματισμοῦ τοῦ ὑγειονομικοῦ δυναμικοῦ

Γιά τόν καθορισμό τοῦ ἀριθμοῦ τῶν ὑγειονομικῶν πού χρειάζεται τό σύστημα ὑγείας κάθε χώρας εἶναι ἀπαραίτητο νά ἀκολουθήσουμε διαδικασία δύο σταδίων. Πρῶτα πρέπει νά ὑπολογίσουμε τή συγκεκριμένη ζήτηση ἱατρικῶν ὑπηρεσιῶν ἀπό τόν πληθυσμό τῆς καί μετά νά μελετήσουμε τρόπους ἀνάπτυξης ἐνός σώματος ὑγειονομικῶν, ἱκανοῦ καί ἐπαρκοῦς νά προσφέρει αὐτές τίς ὑπηρεσίες.

Υπάρχουν τέσσερις συνθηθεστερες μέθοδοι γιά τόν ὑπολογισμό τῆς ζήτησης ἱατρικῶν ὑπηρεσιῶν καί, σέ ἐπέκταση, τοῦ ἀνθρώπινου δυναμικοῦ πού θά τίς προσφέρει.¹⁸ Φυσικά, πέρα ἀπό αὐτές τίς βασικές μεθόδους, ὑπάρχουν καί ἄλλες συγγενεῖς, χωρίς μάλιστα νά ἀποκλείονται πολλαπλοὶ συνδυασμοὶ τους.¹⁹

18. T.Hall and A.Mejia, *Health Manpower Planning*, WHO, 1978, σελ. 63.

19. Vector Research, Inc., *A Health Manpower Model Evaluation Study*.

Στήν πρώτη—τή μέθοδο τοῦ ἐπιστημονικοῦ προσδιορισμοῦ τῶν ὑγειονομικῶν ἀναγκῶν τοῦ πληθυσμοῦ μιᾶς χώρας—καθορίζονται μέ ἱατρικά καί τεχνολογικά-τεχνοκρατικά κριτήρια οἱ ἀντικειμενικά διαπιστωμένες ὑγειονομικές ἀνάγκες, ὅχι οἱ ἐπιθυμίες τοῦ πληθυσμοῦ γιά ὑγειονομική φροντίδα, ἀνάλογα μέ τὰ κοινωνικο-δημογραφικά δεδομένα καί τίς ἰδιομορφίες πού τόν χαρακτηρίζουν. Αὐτές κρίνονται, τελικά, οἱ πραγματικές ἀνάγκες ὑγείας. Ἐτσι, μπορεῖ νά ὑπολογιστεῖ ὁ ἀριθμός καί τό εἶδος τῆς ἀπαιτούμενης ἐκπαίδευσης τῶν ὑγειονομικῶν πού θά τίς ἱκανοποιήσουν.

Ἡ δεύτερη—ή μέθοδος τῶν προκαθορισμένων στόχων γιά τήν ἀνάπτυξη τῆς ὑγείας—ἔχει κανονιστικό χαρακτήρα καί στοχεύει στήν παραγωγή ὑγειονομικοῦ δυναμικοῦ πού θά μπορεῖ νά ἱκανοποιήσει, συμβατικά, ἕναν ἐπιθυμητό, κυρίως ἀπό τήν πλευρά τοῦ κράτους, ἀριθμό καί εἶδος ἱατρικῶν ὑπηρεσιῶν τοῦ πληθυσμοῦ του. Ἐδῶ, μπορεῖ νά συνυπολογιστοῦν οἱ ἀνάγκες ὑγείας καί οἱ ἐπιθυμίες γιά ἱατρική φροντίδα τῶν κατοίκων, οἱ οικονομικές προϋποθέσεις πού ἀπαιτοῦνται, οἱ ἀναλογίες ὑγειονομικῶν/πληθυσμοῦ καί ἄλλες προϋποθέσεις γιά τήν ὁλοποίηση τοῦ σχεδίου.

Ἡ τρίτη—ή μέθοδος τῆς ζήτησης ὑπηρεσιῶν ὑγείας—ἔχει ἀξονα κίνησης τήν παρατηρούμενη ἢ προβλεπόμενη οἰκονομική δυνατότητα ἐνός πληθυσμοῦ νά ζητήσει καί νά χρησιμοποιήσει στό κόστος τους ἕνα σύνολο ἱατρικῶν ὑπηρεσιῶν. Αὐτές οἱ ἐκτιμήσεις καθορίζουν, στή συνέχεια, τόν ἀριθμό τῶν ὑγειονομικῶν πού θά ἀπαιτηθεῖ γιά νά καλυφθεῖ ἡ ζήτηση μέ πρόβλεψη γιά ἐνδεχόμενη περιθωριακή αὐξήσῃ τῆς, ἀφοῦ, ὅπως ἔχει ἐπισημανθεῖ σέ μελέτες,²⁰ οἱ ἀπαιτήσεις ἐνός πληθυσμοῦ γιά ἱατρικές ὑπηρεσίες πολλαπλασιάζονται μέ τήν καλύτερη ἀνάπτυξη καί προβολή τῶν ἴδιων τῶν ὑγειονομικῶν ὑπηρεσιῶν ἡ τήν ἀνοδο τοῦ βιοτικοῦ τοῦ ἐπιπέδου.²¹

Ἡ τέταρτη—ή μέθοδος τῆς ἀναλογίας ὑγειονομικῶν/κατοίκων ἡ γιατρῶν/κατοίκων—χρησιμοποιεῖ σάν ὁδηγό γιά τόν ὑπολογισμό τοῦ ἀπαιτούμενου ὑγειονομικοῦ προσωπικοῦ μιᾶς χώρας, πρότυπες ἀναλογίες ἱατρικοῦ ἡ ὑγειονομικοῦ δυναμικοῦ/κατοίκων, πού προέρχονται ἀπό συγκρίσεις μεταξύ χωρῶν μέ ψηλότερο ἐπίπεδο ἀνάπτυξης καί κάποια διαπιστωμένη ἰσορροπία καί ἐπάρκεια τοῦ συστήματος ὑγείας τους. Συχνά, τὰ χαρακτηριστικά τοῦ πληθυσμοῦ καί ἡ σύνθεσή του, ἡ ποιότητα τοῦ ἀντίστοιχου ὑγειονομικοῦ δυναμικοῦ καί ἄλλοι παράγοντες συνυπολογίζονται γιά σωστότερη σύγκριση καί προσαρμογή ἐνός προτύπου, πού ἰσχύει σέ μιᾶ χώρα, στό σύστημα ὑγείας κάποιας ἄλλης.

Vol. I: «An Analysis of Health Manpower Models».

Vol. II: «An Inventory of Health Manpower Models». Washington, D.C. USA, Department of Health, Education and Welfare, 1974 [DHEW Publication No (HRA) 75-19].

20. Φακιολᾶς Ροσ., «Κριτική ἐπισκόπηση τοῦ συστήματος παροχῆς ὑπηρεσιῶν ὑγείας στήν Ἑλλάδα», Εἰσήγηση, Συμπόσιο Ἐταιρείας Κοινωνικῆς Ἑρευνας καί Προγραμματισμοῦ, Ἀθήνα, Νοέμβριος 1980.

21. T.Ellis, «How Many Doctors-How Many Students? » *Proc. Roy. Soc. Med.*, 68, 1975, σελ. 495.

προσπάθειες προγραμματισμού στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, μέχρι τώρα, χρησιμοποιήθηκαν απο-
σπασματικά περισσότερο ή μεθόδους της αυθόρμητης
ζήτησης υγειονομικών υπηρεσιών και ή μεθόδους των
αναλογιών υγειονομικών/κατοίκων ή υγειονομι-
κών/σοκομειακών κλινών με κάποιες δειλές ά-
ναφορές στις άλλες δύο μεθόδους. Αυτό δεν ση-
μαίνει ότι θεωρήθηκαν και οι καταλληλότερες. Δεν έ-
γιναν, δηλαδή, συνδυασμένες εκτιμήσεις της νομοθε-
τικής, διοικητικής, οικονομικής-χρηματοδοτικής και
κοινωνικής υποδομής, των λειτουργικών και οργανω-
τικών δυνατοτήτων της χώρας μας.²² Δεν έγινε επαρ-
κής χρήση των στατιστικών γνώσεων και όλων των
πληροφοριών, συμπεριλαμβανομένων και των κυβερ-
νητικών προθέσεων, για την ανάπτυξη του συστήμα-
τος υγείας και του υγειονομικού δυναμικού της στι
συνέχεια. Δεν έγινε συστηματική πρόβλεψη για το
χώρο και τις συνθήκες εργασίας των υγειονομικών
ούτε για την όρθολογική κατανομή των άρμοδιοτή-
των τους. Χρησιμοποιήθηκαν ευκαιριακά και έπιφα-
νειακά οι ευκολότερες λύσεις, αφού και η υγειονομική
μας πολιτική δεν έχει παρουσιάσει ισχυρές ανανεωτι-
κές τάσεις.²³ Στην περίπτωση που επιχειρείται ριζική
αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας μιάς χώρας, οι
άλλες δύο μέθοδοι θεωρούνται καταλληλότερες.²⁴

Σε αυτές τις προσπάθειες εντάσσονται οι κατεχθύν-
σεις στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού της
υγείας που δίνει η Έκθεση του ΚΕΠΕ για την υγεία
(1976).²⁵ Μία ειδικότερη μελέτη επιχειρήθηκε από μέ-
λη της Ομάδας Προγραμματισμού Υγείας του
Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών (1978), και κρί-
νεται σκόπιμο να αναφερθούν στην έρευνα αυτή για
το ιατρικό δυναμικό.²⁶

Η έρευνα στρίχτηκε κυρίως στη μέθοδο της άνα-
λογίας γιατρού/κατοίκων με βάση το πρότυπο των
άλλων ανεπτυγμένων δυτικο-ευρωπαϊκών χωρών. Σε
αυτές τις χώρες, με ένα όρθολογικά ανεπτυγμένο σύ-
στημα υγείας, οι αναλογίες γιατρού/κατοίκων 1/500
μέχρι 1/600 θεωρούνται ικανοποιητικές και επαρκείς
με την ανάλογη, φυσικά, κατανομή τους στον γεω-
γραφικό χώρο και τις ειδικότητες.

Στην Ελλάδα, το 1975, είχαμε αναλογία γιατρού/
κατοίκων 1/490 συνολικά για όλη τη χώρα, που γίνε-
ται 1/350 τόν ίδιο χρόνο στην περιοχή της πρωτεύου-
σας. Αυτή η αναλογία γιατρού/κατοίκων για το σύνολο
της χώρας μπορεί να κριθεί ικανοποιητική, αν μά-
λιστα σκεφτούμε ότι το ιατρικό δυναμικό των χωρών
αυτών έχει στη διάθεσή του μέσα και γνώσεις πλου-

ΠΙΝΑΚΑΣ VI. Αναλογία νοσηλευτριών στον πληθυσμό και τα νοσο-
κομειακά κρεβάτια στις χώρες της ΕΟΚ

Χώρα	Χρονο- λογία	Νοσηλεύτρια/ κύριοι	Νοσηλεύτρια νοσ/κά κρεβάτια
Βέλγιο	1976	1/279	1/2,5
Βρετανία	1977	1/230	1/2
Γαλλία	1976	1/169	1/1,8
Λατвия	1976	1/165	1/1,4
Α. Γερμανία	1977	1/254	1/3
Ελλάδα	1975	1/503	1/6,13
Ιρλανδία	1976	1/169	1/1,8
Ιταλία	1974	1/297	1/3,1
Λουξεμβούργο	1977	1/262	1/3,1
Ολλανδία	1977	1/267	1/2,7

Πηγή: WHO. World Health Statistics Annual, Vol. II, 1980.

σιότερα και παισιώνεται από εκπαιδευμένο στο σύνολο
του παραϊατρικό προσωπικό (Πίνακας VI).

Οι αναλογίες, όμως, αυτές έχουν ήδη ανατραπεί για
την Ελλάδα, και προβλέπεται να ανατραπούν ακόμα
περισσότερο, γιατί τα τελευταία χρόνια παρουσιάζον-
ται έντονα αυξητικές τάσεις στο ιατρικό δυναμικό,
ένω το νοσηλευτικό προσωπικό με τη δημιουργία
νέων σχολών²⁷ αυξάνεται αντικαθιστώντας, συγχρό-
νως, τις πρακτικές αδελφές νοσοκόμους στα νοσηλευ-
τικά ιδρύματα.²⁸ Έτσι, το 1983, με υπολογιζόμενο
πληθυσμό της Ελλάδας 9.385.000²⁹ και προβλεπόμε-
νο αριθμό γιατρών 25.100 συνολικά, η αναλογία για-
τρού/κατοίκων θα κατέλθει στο επίπεδο 1/374, γενι-
κά, για όλη τη χώρα.³⁰ Με τους ίδιους υπολογισμούς,
αν ο αριθμός των νέων πτυχιούχων ιατρικής παραμεί-
νει στα επίπεδα της τελευταίας δεκαετίας (1965-
1975),³¹ χωρίς παράλληλα να αυξηθεί σημαντικά ο
ρυθμός αποχώρησης των γιατρών (Πίνακας III), η
αναλογία γιατρού/κατοίκων θα φτάσει κάτω από
1/300 για όλη την Ελλάδα και, σίγουρα, πιο χαμηλά
στην περιφέρεια της πρωτεύουσας. Μία τέτοια άναλο-
γία γιατρού/κατοίκων θα πρέψει να προβληματίσει
πέρα πολύ τους αρμόδιους για την οργάνωση της
υγείας και να ανησυχήσει τους ίδιους τους γιατρούς

27. ΥΚΥ (Αδμοσίευτα στοιχεία 1981): Λειτουργούν συνολικά
18 'Ανώτερες Σχολές 'Αδελφών Νοσοκόμων, 3 Σχολές 'Επισκο-
πικών, 3 Σχολές Μαιών, 5 Σχολές Κοινωνικών Λειτουργών και 21
Μέσες Τεχνικές 'Επαγγελματικές Νοσηλευτικές Σχολές. 'Από το
1980, λειτουργεί και μία 'Ανώτατη Σχολή Νοσοκόμων με τετραετή
φοίτηση.

28. ΥΚΥ, Έκθεση 'Επιτροπής για τα Νοσηλευτικά 'Επαγγέλματα:
(Αβραμίδης Λιον., Μαλγαρινού Μ., Φακιολάς Νικ. κ.ά.) 'Αθήνα,
1981 (αδμοσίευση). Το σύνολο του άπασχολούμενου νοσηλευτικού
προσωπικού στην πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια πε-
ριβαλγία υγείας υπολογίζεται 21.530 περίπου. Το νοσηλευτικό προ-
σωπικό με ειδική εκπαίδευση (Μέση-Ανώτερη) είναι 53,7% περίπου
και το υπόλοιπο 46,3% είναι πρακτικές αδελφές.

29. ΕΣΥΕ (1977). Στατιστική της φυσικής και κοινωνικής του πληθ-
σμού της Ελλάδας έτους 1974, 'Αθήνα.

30. Βλέπε παραρ. 26.

31. ΕΣΥΕ, Δελτία Στατιστικής 'Ανωτάτης 'Εκπαίδευσης
1965/66-1976/77.

22. Antonopoulou Aglaia: Le système de santé en Grèce et son
intégration dans l'environnement économique et social. Thèse pour
le doctorat 3ème cycle, Paris, 19.12.1979.

23. Ρίζος Ευάγγ., 'Τι μπορεί να περμένει κανείς από τα νέα μέτρα
για την Υγεία'. Οικονομικός Ταχυδρόμος, άρ. φύλλ. 46(1332),
15.11.79.

24. Βλέπε παραρ. 2.

25. Βλέπε παραρ. 4.

26. Φακιολάς Νικ., Μπάζας Θεοδ., Λιαρόπουλος Α., 'Συμβολή
στον προγραμματισμό του ιατρικού δυναμικού της Ελλάδας ως το έ-
τος έτος 2000», περίοδ. 'Ιατρική, τόμ. 34ος, τεύχ. 1, 1978, σελ. 67.

πού σάν σώμα έχουν άλλοτε μεγαλύτερη³² και άλλοτε μικρότερη επιρροή στο σύστημα υγείας, εκτός αν εκπαιδευμένοι γιατρούς που θά μεταναστεύουν για εργασία σέ ξένες χώρες.³³

Στή μελέτη μας, εξετάστηκε ή δυνατότητα ισορρόπησης τής αναλογίας γιατρού/κατοίκων γιά νά σταθεροποιηθεί στό επιθυμητό σήμερα επίπεδο (1/500-1/600) τό έτος 2000 μέ περιορισμό, κυρίως, τών εγγραφομένων στό πρώτο έτος όλων τών Ιατρικών Σχολών τής χώρας μας. Θά πρέπει ο αριθμός τών συνολικά εγγραφομένων νά μήν υπερβαίνει τούς 350 τό χρόνο, πού θά είχε και σάν άποτέλεσμα τήν ποιοτική βελτίωση τών συνθηκών εκπαίδευσης και ειδικεύσης τών Έλλήνων γιατρών. Τήν τελευταία δεκαετία, γενικά, ο αριθμός αυτός έφτανε και κάποτε ξεπερνούσε τά 1.000 άτομα (Πίνακες I και II), ενώ μόνο στά 1979/1980/1981 άρχισε, έπειτα από συνεργασία Υπουργείων Παιδείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών, κάποιος περιορισμός τών εισαγομένων στίς Ιατρικές Σχολές, παρόλο πού αυτός ο αριθμός αδήθηκε στό επίπεδο 700-800 τό χρόνο, πού δέν θεωρείται άποτελεσματικός, ενώ το κόστος γιά τήν εκπαίδευσή τούς είναι πολύ μεγάλο.

Μπορεί, βέβαια, οι άνισες κατανομές τών γιατρών νά δικαιολογούν κάποια παρέκκλιση από τόν αύστηρό περιορισμό πού προτείνει ή έρευνα, αλλά δέν θά πρέπει νά άγνοούμε ότι μέ τήν ένταξη στήν ΕΟΚ ένας αριθμός Έλλήνων ξενιτεμένων και ξένες ύπηκοότητας γιατρών έρχονται νά έργαστούν στήν Ελλάδα³⁴ και έγκαθίστανται, κυρίως, στήν πρωτεύουσα. Παράλληλα, ικανός αριθμός νέων γιατρών άποφοιτούν σήμερα από Ιατρικές Σχολές ξένων χωρών, κυρίως τής Ιταλίας, και προστίθενται ή σύντομα θά προστεθούν στο ένεργο ιατρικό δυναμικό τής χώρας μας.³⁵

Οι προτάσεις, πάντως, τέτοιων έρευνών είναι άπαραίτητο νά έλέγχονται και νά αναθεωρούνται κάθε χρόνο προσεκτικά.³⁶ Θά πρέπει ακόμα νά γίνονται δεκτές μέ κάποια επιφύλαξη, γιατί ούτε όλες οι στατιστικές πληροφορίες πού συγκεντρώθηκαν είναι άπόλυτα έπαρκείς και αξιόπιστες ούτε όλες οι παραδοχές μας έχουν άσθετηρά προσδιορισμένο χαρακτήρα. Συγχρόνως, ο σχεδιασμός και τά προγράμματα, πού βασίζονται σέ τέτοιες έρευνες, πρέπει νά είναι τόσο μακροπρόθεσμο³⁷ όσο και ευέλικτα.³⁸ Στήν Ελλάδα, γιά παράδειγμα, άναμένεται στό επόμενο χρόνο αύξηση τής ποσοστιαίας συμμετοχής τών ήλικιωμένων, πού έχουν περισσότερες ανάγκες υγείας, στόν πληθυσμό τής χώρας.³⁹ Μέ τήν άνοδο, έπίσης, τού βιοτικού επι-

πέδου ενός πληθυσμού, οι έπιθυμίες γιά ύπηρεσίες υγείας πολλαπλασιάζονται.⁴⁰ Τονίζεται, πάντως, ότι έστω και προγραμματισμένος έλεγχος τής αναλογίας γιατρού/κατοίκων δέν σημαίνει αυτόματα, χωρίς μάλιστα άλλες σχετικές ρυθμίσεις στό σύστημα υγείας τής χώρας μας, ποιοτική συνολικά βελτίωση τού επιπέδου υγείας τού ελληνικού πληθυσμού. Άπό τήν άλλη πλευρά, μέ τίς σημερινές συνθήκες στό χώρο τής υγείας, μία ακόμα και πετυχημένη έπέμβαση γιά τή μείωση τού αριθμού τών εισαγομένων στίς Ιατρικές Σχολές δέν θά μπορούσε νά θεωρηθεί ικανό μέτρο γιά τήν ισορρόπηση τού ιατρικού δυναμικού τής χώρας μας.

ή διεθνής έμπειρία στόν προγραμματισμό τού ιατρικού δυναμικού

Η διαδικασία γιά μία όρθολογική αντιμετώπιση τών προβλημάτων σέ σχέση μέ τούς αριθμούς τών γιατρών είναι μακρόχρονη και πολύπλοκη, όπως μάς διδάσκει ή διεθνής έμπειρία. Οι προσπάθειες πού έγιναν μέχρι τώρα στή χώρα μας, αν ποτέ ολοκληρώθηκαν, δέν κρίνονται έπαρκείς ούτε άσφαλείς γιά σωστό προγραμματισμό. Δέν είναι, όμως, ιδιαίτερα δύσκολο νά πάρουμε τά πράγματα από τήν άρχή διαγράφοντας διαφορετική πορεία και έπαναπροσδιορίζοντας τούς στόχους μας.

Άπό ειδικούς στόν τομέα τού προγραμματισμού τού υγειονομικού δυναμικού τής Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, έπισημαίνονται δέκα άλλεπάλληλα στάδια ανάπτυξης τού.⁴¹

Πρώτο βήμα είναι νά προετοιμάσουμε ή νά υποβάλουμε τόν προγραμματισμό. Πρέπει νά γίνει συνείδηση όλων ότι το κράτος όφείλει νά εκπαιδεύει τούς επιστήμονες όσους έχει ή δυνατότητα νά απορροφήσει τό ίδιο ή/και νά δημιουργεί ευκαιρίες νά βρίσκουν σίγουρη επαγγελματική διέξοδο στό έσωτερικό τής χώρας ή κάπου άλλο με κάποια μεθόδευση. Αδτό είναι προϋπόθεση γιά νά περιληφθεί ο προγραμματισμός τού υγειονομικού δυναμικού στόν γενικότερο προγραμματισμό τής υγείας τής χώρας σάν αναπόσπαστο και σημαντικό μέρος τού και νά άποφασιστούν μεθοδεύσεις προσαρμοσμένες στίς ιδιομορφίες τού συστήματος ύπηρεσιών υγείας τής.

Η σύσταση σώματος προγραμματιστών, αντιπροσωπευτικού όλων τών κύριων επαγγελματιών υγείας και ικανού νά ανταποκριθεί μέ υπευθυνότητα στίς απαιτήσεις τέτοιων εδαισθητών και πολύπλοκων σχεδίων, ή διάθεση μέσων, στοιχείων και πληροφοριών, ή προετοιμασία τής άπαραίτητης ύποδομής, ή κατανόηση τών θέσεων και προθέσεων τών κυβέρνησης γιά τίς προτεραιότητες και τούς διατιθέμενους πόρους, όπως και τών άλλων όμάδων ένδιαφερομένων γιά τό σύστημα υγείας, ή διαγραφή σαφών στόχων ανάπτυξης υγειονομικού δυναμικού, ή κατάρτιση χρο-

32. Kolombotos J., et al., «Physicians View National Health Insurance: A Botanical Study», *Medical Care*, Vol. 13, No. 5, N.Y., May 1975, σελ. 369.

33. Βλέπε παραπ. 20.

34. Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, Διεύθυνση ΕΟΚ (1981, άδημοσίευτα στοιχεία).

35. Άρχείο ΔΙΚΑΤΣΑ, Άναγνωρίσεις πτυχίων γιατρών από σχολές έξωτερικού, 1979/1980/1981 (άδημοσίευτα στοιχεία).

36. Parkhouse J., «Simple Model for Medical Manpower Studies», *British Medical Journal* 2, 1977, σελ. 530.

37. Βλέπε παραπ. 2.

38. Βλέπε παραπ. 21.

39. Βλέπε παραπ. 29.

40. Βλέπε παραπ. 21.

41. Hornby P., Ray D.K., Shipp P.J., Hall T.L., *Guidelines for Health Manpower Planning*, WHO, Geneva, 1980.

νοδιαγραμμάτων, όλα αυτά εντάσσονται στις σκοπιμότητες μίας πρώτης προσέγγισης του θέματος.

Η συνεκτίμηση των παραπάνω δεδομένων θα οδηγήσει στο επόμενο βήμα, που είναι η σύνταξη μίας προκαταρκτικής κατατοπιστικής έκθεσης για το θέμα. Αύτη θα πρέπει να περιλαμβάνει πληροφόρηση για την κατάσταση υγείας του πληθυσμού, το επίπεδο υπηρεσιών υγείας της χώρας, το είδος και την ποιότητα της παρεχόμενης εκπαίδευσης σε υγειονομικούς, τις αποκτημένες ικανότητες του υπάρχοντος υγειονομικού δυναμικού, τους τρόπους και τις δυνατότητες αξιοποίησης αυτού του δυναμικού.

Τά επόμενα δύο στάδια αναφέρονται στον ακριβή υπολογισμό του αριθμού διαθέσιμων υγειονομικών σήμερα και στο μέλλον, και στη συγκεκριμένη εκτίμηση των αναγκών της χώρας σε απόλυτο αριθμό κατηγοριών υγειονομικών και σε συνδυασμούς τους. Ή μέχρι τώρα πρακτική αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών των δύο σταδίων στην Ελλάδα περιελάμβανε, όπως είδαμε, κυρίως την εκτίμηση των αναγκών της χώρας σε ιατρικό δυναμικό με βάση τη μέθοδο της αναλογίας γιατρού/κατοίκων ή νοσοκομειακών κρεβατιών και την περιορισμένη προσπάθεια για εκτίμηση των αναγκών σε άλλες κατηγορίες υγειονομικών. Το σημαντικότερο, όμως, είναι να δούμε ποίος αριθμητικός και ουσιαστικός συνδυασμός τους θα εξυπηρετούσε καλύτερα τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Έπειδή, μάλιστα, βρισκόμαστε σε μία περίοδο που η απαίτηση για κάποια ριζική αναμόρφωση του συστήματος υγείας της χώρας μας παρουσιάζεται αναπόφευκτη και αποτελεί πάγιο λαϊκό αίτημα, είναι ανάγκη να στραφούμε περισσότερο στη μέθοδο των προκαθορισμένων στόχων για την ανάπτυξη του συστήματος υγείας και, φυσικά, του ανθρώπινου δυναμικού που θα τους εκπληρώσει.

Στά επόμενα δύο στάδια προγραμματισμού, θα πρέπει να επισημανθούν και να εξαλειφθούν οι αδυναμίες του διαθέσιμου υγειονομικού δυναμικού να ικανοποιήσει τις ανάγκες υγείας εξαιτίας της πιθανής αριθμητικής ανεπάρκειας ή της κακής κατανομής του, της έλλειψης ικανοτήτων και διάθεσης, της περιορισμένης παραγωγικότητας, της έλλειψης μέσων ή άλλων αιτίων ή συνδυασμού πολλών τέτοιων.

Για μία αρχική αναμόρφωση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, επιβάλλεται να αντιμετωπιστεί άμεσα και σοβαρά το πρόβλημα της πληθώρας και κακής κατανομής των γιατρών με εκπαιδευτικά και οργανωτικά μέτρα ή και κίνητρα. Ένα άλλο σοβαρό πρόβλημα είναι η απειλιστική έλλειψη εκπαιδευμένων (ή γενικά) αδελφών νοσοκόμων. Τά κενά θα μπορούσαν να καλυφθούν με διάφορους τρόπους, όπως με περιορισμό των αρμοδιοτήτων τους στο χώρο του νοσηλευτηρίου σε καθαρά νοσηλευτικά καθήκοντα,⁴² άμεσο διορισμό αυτών που άποφοιτούν σε θέσεις νοσηλεύτριας και μόνου, καθιέρωση θεσμού μερικής απασχόλησης, καλύτερηση της θέσης, των συνθηκών δουλειάς και του επαγγελματικού γοήτρου, αύξηση

της παραγωγικότητας, καλύτερη λειτουργία και μερική επέκταση των σχολών μαθητείας τους.⁴³

Συναφή προβλήματα υπάρχουν και για όλες τις άλλες κατηγορίες υγειονομικών, όταν η ζήτηση δεν ανταποκρίνεται στην προσφορά εργασίας ή αντίστροφα. Κάποτε, ούτε η ζήτηση ούτε η προσφορά είναι σωστά προσδιορισμένες. Φαινομενικά, για παράδειγμα, έχουμε επάρκεια ή ακόμα και πληθώρα επισκεπτριών αν όμως αναπτυχθούν ικανοποιητικά προγράμματα σχολικής και επαγγελματικής υγιεινής, η κατάσταση είναι σίγουρο ότι θα μεταβληθεί τόσο για τόν κλάδο των επισκεπτριών όσο και των αδελφών νοσοκόμων, αφού πολλές φορές επισκέπτριες ή μαίες απασχολούνται στα νοσοκομεία με καθαρά νοσηλευτικά καθήκοντα καταλαμβάνοντας τις ανάλογες θέσεις. Ο νόμος που προβλέπει την κάλυψη τέτοιων θέσεων στα νοσοκομεία δεν αποτρέπει την ανάμιξη αυτή.

Η λύση λοιπόν των προβλημάτων ισορρόπησης των αναλογιών υγειονομικών δεν μπορεί να είναι ούτε μία και μοναδική, ούτε μη επιδεχόμενη τροποποιήσεων σε σχέση με το αρχικό σχέδιο. Η επιλογή, όμως, της καλύτερης λύσης μεταξύ πολλών εναλλακτικών θα είναι μία από τις υποχρεώσεις της ομάδας προγραμματισμού σε συνεργασία με τους αρμόδιους κρατικούς παράγοντες.

Τό επόμενο στάδιο είναι η προσπάθεια για εξομάλυνση όλων των οργανωτικών και διοικητικών δυσκολιών που θα προκύψουν από την εφαρμογή των νέων προτάσεων για την ανάπτυξη του υγειονομικού δυναμικού.

Έχοντας κάνει όλη αυτή την προεργασία η ομάδα προγραμματισμού είναι πιά σε θέση να περάσει στην δγδοη φάση του προγράμματος καθορίζοντας την βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη πολιτική που θα ακολουθηθεί και παρουσιάζοντας κάθε της λεπτομέρεια στους εκπροσώπους της κυβέρνησης και των παραγωγικών τάσεων, αν συμμετέχουν σε κάποιο Έθνικό Συμβούλιο Υγείας.

Στό ένατο στάδιο, τά μέλη της ομάδας προγραμματισμού, έχοντας την αρχική έγκριση των υπευθύνων της κυβέρνησης για τό προτεινόμενο αναπτυξιακό σχέδιο, πρέπει να ληφισωθούν από εκπροσώπους του διοικητικού και οικονομικού κλάδου του φορέα υγείας για να επεξεργαστούν, χωρισμένοι σε υποομάδες, όλες τις λεπτομέρειες υλοποίησης του προγράμματος ανάπτυξης υγειονομικού δυναμικού. Είναι σκόπιμο όλες οι υποθέσεις, υπολογισμοί, τεκμηριώσεις, εκτιμήσεις και προτάσεις να καταγραφούν σε μία τελική έκθεση με σύμφωνη γνώμη όλων των μελών της ομάδας.

Τό τελευταίο στάδιο περιλαμβάνει την παρακολούθηση της εφαρμογής του προγράμματος και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς του. Πρέπει να θεωρείται, μάλιστα, βέβαιο ότι, όσο κι αν προσέξουμε στο σχεδιασμό, θα παρουσιαστούν απρόβλεπτα προβλήματα, που ή αντιμετώπισή τους θα απαιτήσει τροποποιή-

σεις, περιορισμούς ή επεκτάσεις του εφαρμόζόμενου αναπτυξιακού σχεδίου. Η έπαρση, λοιπόν, και συνεργασία των μελών της ομάδας προγραμματισμού με τους φορείς και τά πρόσωπα που έχουν αναλάβει την πραγματοποίηση των προτάσεων τους γίνεται αναγκαστικά διαρκής και πολύπλευρη.

Συνοψίζοντας έπισημαίνουμε ότι έπαρκής ανάπτυξη του ύγειονομικού δυναμικού μιάς χώρας περιλαμβάνει όλες τις προσπάθειες πρόβλεψης και σχεδιασμού της αριθμητικής ισορρόπησης και της ποιτικής του έπαρκειας με έμφαση στους τομείς της έπιλογής, της εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης και ακόμα της όρθης επαγγελματικής αποκατάστασης και της συνολικής αξιοποίησής τους. Η διεθνιστική, ό συντονισμός και η παρακολούθηση των ένεργειών και δραστηριοτήτων των ύγειονομικών θά διασφαλίσουν την έπιτυχία του γενικού σχεδιασμού.⁴⁴

Στή χώρα μας, μιά τέτοια συγκροτημένη και συνεχής μεθόδευση στην ανάπτυξη του ύγειονομικού δυναμικού δέν έναρμόσθηκε ποτέ μέχρι τώρα. Υπήρξαν σκέψεις και προτάσεις, αλλά όχι πολιτική ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού σέ επαγγελματική βάση. Αυτό συμβαίνει, βέβαια, και σέ άλλους τομείς εκτός από την ύγεια. Έχουμε πληθωρισμό ιατρικού δυναμικού στην Αθήνα, αλλά τό ίδιο συμβαίνει και με τους πολιτικούς μηχανικούς. Η άναλογία πολιτικού μηχανικού/κατοίκου είναι 1/200 στην πρωτεύουσα και χαρακτηριστικά 1/3.000 στην Αίτωλο-Ακαρνανία.⁴⁵ Και όπου έγιναν κάποιες προσπάθειες, δέν έξασφάλισαν πλατεί άποστήριξη και άποδοξη ούτε είχαν κάποια συνέχεια. Αυτό, ιδιαίτερα στόν τομέα της ύγειας, είχε σαν αποτέλεσμα τή γεωμετρική συσσώρευση προβλημάτων σέ σχέση τόσο με τον αριθμό και τίς άναλογίες των ύγειονομικών όσο και με την ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών που προσφέρουν και την άποδοτικότητα των ίδιων σάν επαγγελματιών.

μιά σφαιρική αντίληψη γιά τον προγραμματισμό του ιατρικού δυναμικού

Έκτός από την άνάγκη γιά συνολικό έπαναπροσδιορισμό των τρόπων προγραμματισμού του ανθρώπινου δυναμικού, άντικειμενικός σκοπός τίς έρευνας στό χώρο της ύγειας δέν είναι μόνο ή διερεύνηση της δυνατότητας γιά άριστοποίηση των άρθρων και άναλογιών, αλλά ή ριζική βελτίωση της σέ φεωλος όλων των κοινωνικών τάξεων μιάς χώρας.⁴⁶ Η ύγεια, υπέρτατο και άναγκαίο γιά όλους άγαθό, πρέπει να προσφέρεται ισότιμα σέ όλους τους πολίτες χωρίς διακρίσεις. Άνοιγονται, έτσι, πολλά περιθώρια γιά μελέτη, δράση και προβληματισμό. Στην Έλλάδα, δείχνουμε μεγάλη άδυναμία στόν προγραμματισμό του συστήματος ύγειας μας και άδιαφορία στην αντιμετώπιση των δυσμορφιών του. Όπως είναι σήμερα τά πράγματα, χωρίς έγκαιρη, προγραμματισμένη και δυναμική πα-

ρέμβαση του κράτους σέ σωστές κατευθύνσεις οι άνισότητες μεταξύ κέντρων περίθαλψης, πληθυσμιακών ομάδων και κοινωνικών τάξεων στην ύγεια θά αυξάνονται σέ βάρος μάλιστα των λαϊκών μαζών που έχουν συνήθως και τίς περισσότερες άνάγκες ύγειας, άφου είναι εκτεθειμένες σέ μεγαλύτερους κινδύνους από τή φύση, τό χώρο και τίς συνθήκες έργασίας.⁴⁷ από τό ύποβαθμισμένο περιβάλλον και τίς κακές κατοικίες, από τίς δύσκολες κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες ζωής τους.⁴⁸ Άναπόφευκτα, όμως, αυτές οι άνισότητες επεκτείνονται και στους ίδιους τους ύγειονομικούς δημιουργώντας ομάδες εκλεκτών, πλούσια άμειβόμενων, και άλλες χαμηλόμισθων και άπόλυτα έξαρτημένων.

Αυτή, λοιπόν, ή κατάσταση του ιατρικού δυναμικού της Έλλάδας και αυτές οι τάσεις στην ανάπτυξη του ύγειονομικού γενικά δυναμικού της δέν είναι τυχαία πράγματα, αλλά, όπως έχει ειπωθεί και από άλλους,⁴⁹ άκολουθούν τίς διαρθρωτικές ρυθμίσεις στό σύστημα ύγειας τίς χώρας μας και, συγχρόνως, άναπαράγουν τίς άτελείες του. Υπάρχει συγκέντρωση ύπηρεσιών, νοσοκομειακών κρεβατιών και φορέων ύγειονομικής εκπαίδευσης στην περιοχή της πρωτεύουσας. Η έλλειψη, όμως, άποκέντρωσης, βασική άδυναμία του τομέα της ύγειας.⁵⁰ παρακολουθεί και άκολουθείται από άνάλογες ρυθμίσεις σέ άλλους τομείς τίς κοινωνικής μας ζωής.

Μιά συνδυασμένη, σφαιρική αντιμετώπιση των προβλημάτων στην ανάπτυξη και αξιοποίηση του ιατρικού δυναμικού μας προϋποθέτει, γιά να έχει κάποια έπιτυχία, παράλληλη αντιμετώπιση των προβλημάτων που παρουσιάζονται σέ όλόκληρο τό σύστημα ύγειας, όπως και των άλλων συναφών αναπτυξιακών τομέων της έλληνικής κοινωνίας. Μιά τέτοια δομική αντιμετώπιση προτείνεται και από ειδικούς της Παγκόσμιας Όργάνωσης 'Υγείας.⁵¹

Η λογική σειρά που θά πρέπει να άκολουθηθεί γιά τον προγραμματισμό σέ μιά τέτοια περίπτωση είναι πρώτα ανάπτυξη ενός κεντρικού κοινωνικο-οικονομικού προγραμματισμού, ανάπτυξη στη συνέχεια του προγραμματισμού γιά όλόκληρο τό σύστημα ύγειας και τέλος προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού στό σύνολο και στους ειδικούς επαγγελματικούς κλάδους του.

Σήμερα, οι γιατροί ή οι ύγειονομικοί δέν μπορούν να φέρουν μόνοι τους την άνοιξη. Η προγραμματισμένη, όμως, διασπορά προληπτικών, θεραπευτικών και εκπαιδευτικών κέντρων, που θά άκολουθήσει τή γενικότερη κοινωνικο-οικονομική και πολιτιστική όρθολογική ανάπτυξη της χώρας μας, μπορεί γρήγορα να στρέψει τό ένδιαφέρον των γιατρών και κάθε έπιστήμονα γιά έγκατάσταση και άπασχόληση του στην έπαρξη με στόχο καλύτερη ποιότητα ζωής. Με τέ-

47. Kinnersly P., *The Hazards of Work*, Pluto Press, London, 1974.

48. Βλέπε παρ. 7.

49. Βλέπε παρ. 4.

50. Βλέπε παρ. 3.

51. Council for International Organizations of Medical Sciences, *Health Needs of Society: A Challenge for Medical Education*, WHO, Geneva 1977, σελ. 108 και σχήμα 2.

44. WHO, *Modern Management Methods and the Organization of Health Services*, Public Health Papers No. 55, Geneva, 1974.

45. ΕΣΥΕ, *Στατιστική Έπετηρίς της Έλλάδας*, 1979.

46. «Making Policy in the Dark», *British Medical Journal*, Sept. 1978, σελ. 652.

τορες μόνο προϋποθέσεις, οι προοπτικές για εξέλιξη στην καριέρα τους γίνονται συγκεκριμένες και οι δυνατότητες για ικανοποίηση των έπιστημονικών και κοινωνικών επιδιώξεων και προσδοκιών τους διαγράφονται επαρκείς και ρεαλιστικές.

Μέ τις σημερινές συνθήκες στο χώρο της υγείας, πρακτικές συλλογικότερης εξάσκησης του επαγγέλματος του γιατρού θα μπορούσαν τουλάχιστο να συμβάλουν στην άλλοθισηνημέρωση, πληροφόρηση και επικοινωνία των γιατρών, ιδιαίτερα στην επαρχία, για να ανταποκριθούν καλύτερα στις σύγχρονες απαιτήσεις της υγείας. Και εδώ, βέβαια, προϋπόθεση είναι όλες αυτές οι εναλλακτικές ενέργειες να μεθοδεύονται και να ελέγχονται από έναν κρατικό έναιο φορέα υγείας και όχι να αφήνονται στην ιδιωτική κερδοσκοπική βουλμία κλινικαρχών ή μεγαλογιατρών.⁵² Στόν προγραμματισμό του ανθρώπινου δυναμικού, το αίτημα για βελτίωση του συστήματος υγείας μας αποβλέπει στην επιδίωξη ανάπτυξης υγειονομικού σώματος ίκανού να ανταποκριθεί με υπευθυνότητα και γνώση στις διαπιστωμένες ανάγκες υγείας κάθε κοινωνικού μέλους οποιασδήποτε κοινωνικής τάξης σε οποιαδήποτε περιοχή της χώρας. Γίνεται κατανοητό ότι οι ανάγκες υγείας δεν περιορίζονται μόνο στη θεραπεία της ασθένειας, αλλά κυρίως στην πρόληψη της και, φυσικά, στην αποκατάσταση του αρρώστου. Έπειδη, μάλιστα, οι αντικειμενικές ανάγκες υγείας είναι δύσκολο να προσδιοριστούν με ακρίβεια και, συγχρόνως, οι παράγοντες που προκαλούν τις ασθένειες πολλαπλές και κάποτε απροσδιόριστοι, είναι σκόπιμο να ενθαρρυνθούν, συστηματικά, έρευνητικά προγράμματα για την έπισημανση των κινδύνων υγείας και την ανάπτυξη μέσων και τρόπων αντιμετώπισης τους.

υγεία και υπανάπτυξη

Θά μπορούσαμε, όμως, να προχωρήσουμε σε βαθύτερες διεισδύσεις στα προβλήματα υγείας και ανισόμερης κατανομής του αριθμού και της ποιότητας του υγειονομικού μας δυναμικού ξεκινώντας από τις επεξεργασμένες έρευνητικά θέσεις του V.Navarro.⁵³ Οι θέσεις αυτές αφορούν, βέβαια, χώρες της Λατινικής Αμερικής κυρίως, αλλά έχουν μεγάλη σχετικότητα με την κατάσταση του συστήματος υγείας και στη χώρα μας.

Μέ μία τέτοια θεώρηση, θά αναζητήσουμε τα γενησιουργά αίτια των ανισομερειών και ανισοτήτων υγείας στους ίδιους ακριβώς παράγοντες που αποφασίζουν για το επίπεδο ανάπτυξης ή υπανάπτυξης και άλλων τομέων της κοινωνικής μας ζωής.

Αυτά τα αίτια εντοπίζονται στην οικονομική, τεχνολογική και, μερικά, πολιτική και κοινωνικοπολιτική εξάρτηση της χώρας μας από άλλες βιομηχανικά ανεπτυγμένες δυτικές χώρες, που τείνουν να

επιβάλλουν το ρυθμό και τις κατευθύνσεις της δικής τους ανάπτυξιακής πολιτικής.⁵⁴ Αυτό συντελεί στο να παίρνονται αποφάσεις και να γίνονται έπιλογές που δεν ταιριάζουν στον τόπο μας και συγχρόνως διαιωνίζουν την εξάρτηση απειλώντας ποικιλότροπα την υγεία.⁵⁵ Παράλληλα, οι χώρες αυτές έχουν κάθε λόγο και προσπαθούν να επιδράσουν με προσδοκόφορο για εκείνες τρόπο στην ιατρική και φαρμακευτική τεχνολογία μας. Έπιχειρείται ακόμα συνδυασμένος οικονομικός και πολιτικός έλεγχος των κέντρων χρηματοδότησης και αποφάσεων, που αφορούν την υγεία, από περιορισμένες αριθμητικά ομάδες ισχυρών με είδικά συμφέροντα και ενδιαφέροντα, φυσικά και μέσα στη χώρα μας.⁵⁶ Οι μεγαλο-φαρμακευτικές εταιρείες, για παράδειγμα, με οικονομική ή πολιτική δύναμη και έπιρροές θά είχαν κάθε συμφέρον να δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στη θεραπευτική παρά στην προληπτική της υγείας, παρόλο που η πρόληψη θεωρείται, και πρέπει να θεωρείται, ο άποτελεσματικότερος και φθηνότερος τρόπος καταπολέμησης της ασθένειας. Όπως είναι γνωστό, γι' αυτό το σκοπό έχουν δημιουργήσει ένα πολύπλοκο κύκλωμα διαφήμισης, προώθησης και διάθεσης των φαρμάκων, το τεράστιο κόστος του οποίου βαρύνει μάλιστα τόν καταναλωτή φαρμάκων.

Ανάλογες, δυσμενείς έπιπτώσεις στη δημόσια υγεία έχει η στάση των μεγάλων βιομηχανικών ή τουριστικών μονάδων, όταν άρνονται να εφαρμόσουν μέτρα για τη μόλυνση. Η θέσπιση μέτρων περιορισμού της αλόγισης υποβάθμισης του περιβάλλοντος, που πολλές φορές προκαλούν, τους κάνει να αντιδρούν με κάθε τρόπο, αφού θά έχει σάν άποτέλεσμα κάποιον περιορισμό του κέρδους. Η ήρρηση, έπίσης, άστηρών κανονισμών επαγγελματικής ύγιεινής και ασφάλειας θά τους έβρισκε αντίθετους, αφού είναι πιθανό ότι θά έπηρεάζε την παραγωγικότητα του εργατικού τους δυναμικού. Αυτή, όμως, είναι μία κοντόφθαλμη αντίληψη, γιατί το κοινωνικό κόστος σε μία κοινωνία ύγιων άτόμων ελαττώνεται άποφασιστικά, ενώ και η παραγωγικότητα της εργασίας θά μπορούσε μακροπρόθεσμα να βελτιωθεί με τη δημιουργία της κατάλληλης υποδομής και την ανάπτυξη της βιομηχανικής έρευνας.

Δέν είναι τυχαίο, λοιπόν, ότι έχουμε μηδενικό αριθμό γιατρών ειδικοευμένων στην επαγγελματική ύγιεινή και ότι έχει γίνει έλάχιστη έρευνα για τις επαγγελματικές ασθένειες. Δέν είναι τυχαίο ότι έχουμε άποσπασματική ιατρική και φαρμακολογική έρευνα. Είναι άποτέλεσμα συγκεκριμένων και αντιλαϊκών, μάλιστα, μέχρι τώρα έπιλογών.

Έξάφανιση των άδυναμιών, σύμφωνα με ένα τέτοιο σκεπτικό, σημαίνει πραγματοποίηση οικονομικών, πολιτικών και κοινωνικών ριζικών αλλαγών και αναδιαρθρώσεων για ύγιεινές συνθήκες διαβίωσης του πληθυσμού, καλύτερο φυσικό περιβάλλον, άνθρωπι-

52. Ρίκος Εύαγγ., «Νοσοκομεία: Τα άναπάντητα έρωτηματα πολλαπλασιάζονται», *Οικονομικός Ταχυδρόμος*, άρ. φύλλ. 12(1246), 23.3.78.

53. «The Underdevelopment of Health or the Health of Underdevelopment», *International Journal of Health Services*, 4(1): 5-27, 1974.

54. Navarro V., *Medicine under Capitalism*, Prodist, N.Y., 1976.

55. Doyal L., Pennell I., *The Political Economy of Health*, Pluto Press, London, 1979.

56. Navarro V., *Class Struggle, the State and Medicine*, M. Robertson, Oxford, 1978. σελ. 75.

νότερες σχέσεις και γενικά όρθολογικότερες ανάπτυξιακές επιλογές της ελληνικής κοινωνίας. Μιά τέτοια αντιμετώπιση περνάει τὰ όρια της ιατρικής επιστήμης και άναζητεί λύσεις στά σημεία προσέγγισης και άλληλοκάλυψής της με τίς άλλες κοινωνικές επιστήμες και πίο πέρα με την πάλη γιά τή ζωή, την ισότητα και την ειρήνη.⁵⁷ Η ίδια ή υπανάπτυξη είναι πρόβλημα και ύγείας, ενώ συγχρόνως όριοθετεί τὰ πλαίσια όργάνωσης του συστήματος ύπηρεσιών ύγείας και προκαλεί τίς δυσλειτουργίες του. Η φτώχεια, ή άγνοια και ή εκμετάλλευση ανθρώπου από άνθρωπο, όπως γράφτηκε χαρακτηριστικά,⁵⁸ είναι οί μεγαλύτεροι έχθροί γιά την ύγεια. Γιά νά μήν ύπάρχει εκμετάλλευση και στήν ύγεια, ή κοινωνικοποίηση της ύγείας είναι άναγκαία και πρώτη επιλογή, ώστε νά εξασφαλιστεί και ή συμμετοχή του πληθυσμού στίς διαδικασίες όργάνωσης και συνολικής άπόκτησής της.

Σέ ένα τέτοιο σύστημα ύγείας, ό ρόλος του γιατρού δέν είναι μόνο νά γιαντρέυει, αλλά, νά πολύ, νά προλαβαίνει την άσθενεια ειδιοποιημένας και διδάσκοντας τούς συνανθρώπους του.⁵⁹ Είναι χρέος του νά κινητοποιεί τόν πολιτικό, νά άγωνίζεται γιά τίς εκτεθειμένες σέ κινδύνους ύγείας μάξες, νά συμβουλεύει και νά συμβουλεύεται τούς άλλους κοινωνικούς επιστήμονες, νά άκούει τόν παραπονεμένο άρρωστο, νά δίνει τὰ χέρια με τούς άλλους ύγειονομικούς. Τό ίδιο ίσχύει και γιά τούς άλλους επαγγελματίες ύγείας, πού θά πρέπει νά άποδεχτούν και νά προετοιμαστούν γιά ένα νέο και πίο υπεύθυνο κοινωνικό ρόλο, άφού μάλιστα τούς άφορά άμεσα και τούς χαρακτηρίζει συγχρόνως. Είναι εύκολο νά επισήμυνουμε τὰ προβλήματα της ύγείας, δέν είναι τόσο δύσκολο νά συστησουμε κάποιες λύσεις τους, αλλά γιά νά επιτύχουμε άλλαγές είναι πολύ δύσκολο, άφού άπαιτείται άνατροπή κατεστημένων μορφών δράσης και συμπεριφοράς.⁶⁰

άνθρώπινος παράγοντας και ύγεια

Άφού μιλάμε γιά τόν ανθρώπινο παράγοντα στήν ύγεια, άξίζει νά σταθούμε λίγο στή συμμετοχή και υπευθυνότητα του πολίτη σέ σχέση με την ύγεια, όπως πλατιά όριστηκε.

Είναι άρκετά γνωστή ή κριτική στάση του Ivan Illich⁶¹ πού διατυπώνει την άμφισβήτηση γιά τόν τρόπο πού εξασκείται ή συγχρονη ιατρική και όργανώνεται ή ύγεια σέ βαθμό πού νά άπειλεί ή ίδια ή ιατρική τόν σύγχρονο άνθρωπο. Έκείνο, όμως, πού θά πρέπει νά συζητήσουμε είναι ό τρόπος αντιμετώπισης αυτού του προβλήματος. Ο Illich καταλήγει νά ύποστηρίζει ότι εκείνο πού φταίει με την ύγεια είναι ή γραφειοκρατική της όργάνωση και ή έμφαση στή θε-

ραπευτική-τεχνολογική της άνάπτυξη, πού τὰ θεωρεί άρνητικά χαρακτηριστικά της βιομηχανικής κοινωνίας. Προτείνει, λοιπόν, άποδέσμευση από τόν βιομηχανικό τρόπο άνάπτυξης, γιά νά άποφευχθούν και οί περιβαλλοντολογικοί κίνδυνοι ύγείας, και παράλληλα καταπολέμηση της γραφειοκρατίας και άμφισβήτηση της άσθεντίας τών γιατρών και τών ύγειονομικών. Αυτή είναι ή επιλογή πού θά πρέπει, σύμφωνα με τή γνώμη του, νά κάνει ό σημερινός άνθρωπος, και σέ αυτή την κατεύθυνση ζητάει τή συμμετοχή και ένεργοποίησή του έστω ή, μάλλον, κυρίως άτομικά.

Δέν μπορούμε, βέβαια, νά δεχτούμε άβασανιστα ότι ή συγχρονη ιατρική δέν βοηθάει σήμερα τόν άνθρωπο, ούτε νά ίσοπεδώσουμε όλες τίς βιομηχανικά άνεπτυγμένες ή άναπτυσσόμενες κοινωνίες. Δέν μπορούμε νά περιμενουμε από τόν μεμονωμένο άτομο νά κινηθεί σέ ένα κενό γιά νά εξασφαλίσει μόνο του ύγιεινή διαβίωση. Αυτό με τίς σημερινές συνθήκες μοιάζει έξωπραγματικό και άνεπάρμοστο.

Ο σημερινός άνθρωπος πρέπει νά κινηθεί συλλογικά και όργανωμένα γιά νά πάρει στά χέρια του τó θέμα της ύγείας και νά κάνει ύπόθεσή του τίς καθημερινές επιλογές στήν άνάπτυξη και επέκτασή της. Η θέληση, όμως, ενός λαού και ή πίστη του γιά καλύτερες συνθήκες πού νά του εξασφαλίζουν την ύγεια δέν έπαρκει. Είναι άπαραίτητο νά διαμορφωθούν θεσμοί πού θά διευκολύνουν τή συλλογική δράση και εύθνη και θά επιτρέπουν νά άκουστεί ή γνήσια φωνή του.

Όταν καλούμε ένα λαό νά συμμετάσχει σέ έναν άγώνα γιά τήν εξασφάλιση και διατήρηση της ύγείας του, πρέπει νά τόν όπλίσουμε με μέσα, φρόνηση και γνώσεις γιά νά άπαιτεί ρεαλιστικά και νά άποδέχεται υπεύθυνα και κριτικά κάθε μεθόδευση πού άφορά την ίδια του την ύγεια, την ίδια του τή ζωή. Ο χάρος της ιατρικής ιδιαιτερία, πού είναι τόσο άνεξερεύνητος ή σκόπιμα προβάλλεται μυστηριακός γιά τόν άπλό άνθρωπο, δύσκολα καταχτιέται με άφορισμούς ή εκκλήσεις. Ο άπλός πολίτης, ό γιατρός, όλοι οί επαγγελματίες ύγείας, οί διάφοροι φορείς, τόν ίδιο τó κράτος έχουν υποχρέωση νά δραστηριοποιηθούν έντονα γιά νά γίνει κτήμα όλων τó υπέρτατο αγαθό. Συμμετοχή και λαϊκή έπιμόρφωση γιά τó λαό, υπευθυνότητα και καλή πρόθεση από τήν πλευρά τών ύγειονομικών, άποκέντρωση του συστήματος ύγείας και περισσότεροι πόροι και μέσα γιά την ύγεια από τήν πλευρά του κράτους είναι βασικές προϋποθέσεις.

Μέ τέτοιες, όμως, σκέψεις τόσο ό προγραμματισμός της ιατρικής εκπαίδευσης και της άξιοποίησης τών ικανότητων ή γνώσεων τών ύγειονομικών όσο και ή όργάνωση του συστήματος ύγείας γενικότερα περνάει σέ μία άλλη φάση, πού ή πρακτική της ύλοποίησης απέχει πολύ από τήν άνάλογη πού έπιχειρήθηκε στην έρευνά μας ή πού πραγματοποιείται καθημερινά στά εκπαιδευτικά ιδρύματα, στά νοσοκομεία ή τὰ ιατρεία μας.

προτάσεις

Άπαραίτητη προϋπόθεση γιά τή διαμόρφωση δικαιότερων και ρεαλιστικότερων στόχων γιά τήν ύγεια είναι ή βαθιά γνώση της κατάστασης ύγείας του πλη-

57. Ehrenreich J. ed., *The Cultural Crisis of Modern Medicine*, Monthly Review Press, London, 1978.

58. Βλέπε παραπ. 6.

59. Βλέπε παραπ. 6.

60. Department of Health and Social Security, Welsh Office, *Health Trends*, τεύχ. 4, τόμ. 13, 1981, σελ. 108.

61. Illich I., *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, Calder and Boyars, London, 1975.

θυσμού, των υπηρεσιών που καλύπτουν αυτές τις ανάγκες, των μέσων και του εξοπλισμού που διαθέτουν, καθώς και των υγειονομικών που τις στελεχώνουν. Ιδιαίτερα, όμως, στον τομέα της υγείας, η ποσοτική και ποιοτική επάρκεια στην προσφορά υπηρεσιών εξαρτάται, κυρίως, από την ύπαρξη αρκετού και καλά εκπαιδευμένου υγειονομικού προσωπικού. Είναι, λοιπόν, μεγάλη ανάγκη και έχει άμεση προτεραιότητα για τη χώρα μας, όπως και για κάθε άλλη χώρα, η καθιέρωση βραχυπρόθεσμου και μακροπρόθεσμου προγραμματισμού για την ανάπτυξη του υγειονομικού δυναμικού.

1. Ο προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας πρέπει να αποτελείσει αντικείμενο αποκλειστικής αρμοδιότητας ή εθύνσης του ίδιου φορέα με εκείνον της υγείας. Μέχρι σήμερα, το ΥΚΥ, το Υπουργείο Παιδείας, το Υπουργείο Συντονισμού (ΚΕΠΕ), το ΤΣΑΥ και άλλοι φορείς εισηγούνται μέτρα για την ανάπτυξη του θέματος. Οι δραστηριότητες αυτές πρέπει, τουλάχιστο, να ενοποιηθούν και να συστηματοποιηθούν.

2. Κρίνεται, λοιπόν, απαραίτητη η επέκταση και αναδιοργάνωση της Διεύθυνσης Προγραμματισμού και Αναπτύξεως Υγειονομικού Δυναμικού του ΥΚΥ. Στά πλαίσια της υπηρεσίας, θα πρέπει να συγκροτηθεί, σε μόνιμη βάση, διεπιστημονική Όμάδα Προγραμματισμού του Ανθρώπινου Δυναμικού για την Υγεία. Οι επιστήμονες-ερευνητές, που θα την πλαισιώσουν, θα πρέπει να έχουν βασικές γνώσεις και πείρα σε θέματα προγραμματισμού επαγγελματιών υγείας. Στην διεπιστημονική αυτή ομάδα θα πρέπει, απαραίτητα, να συμμετέχουν και εκπρόσωποι των διαφόρων κλάδων υγειονομικών, που θα επιλεγούν από τα συλλογικά τους όργανα.

3. Για το σκοπό της κατάρτισης προγραμματιστών, θα ήταν δυνατό να πραγματοποιηθούν και στη χώρα μας σεμινάρια σε θέματα προγραμματισμού του Ανθρώπινου Δυναμικού στην Υγεία. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας μπορεί να βοηθήσει στην κατεύθυνση αυτή στέλνοντας κάποιον ειδικό που θα φροντίσει μαζί με άλλους Έλληνες συναδέλφους του για το περιεχόμενο και την ποιότητα των παρεχόμενων στα σεμινάρια γνώσεων, καθώς και των τρόπων αφομοίωσης και εναρμόγης αυτών των γνώσεων.

4. Είναι γνωστό ότι όχι μόνο η συνολική επάρκεια γιατρών αλλά η σωστή κατανομή τους στο χώρο και τις ειδικότητες και, κυρίως, η σωστή αναλογία των διαφόρων κατηγοριών επαγγελματιών υγείας μπορεί να φέρουν τα καλύτερα αποτελέσματα τόσο στην άνοιχτη όσο και, κυρίως, στην κλειστή περίθαλψη. Το Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών θα πρέπει να δίνει τις κατευθυντήριες γραμμές για το χρόνο και τον τρόπο που θα εκπαιδεύονται ή θα μετεκπαίδευνται όλες οι κατηγορίες υγειονομικών. Το ίδιο Υπουργείο θα καθορίσει τους απαιτούμενους, μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα, αριθμούς κάθε κατηγορίας επαγγελματιών υγείας και, επομένως, τον αριθμό των εισαγομένων σπουδαστών και φοιτητών κάθε σχολής. Θα πρέπει, παράλληλα, να φροντίζει για τον σωστό επαγγελματικό προσανατολισμό των μελλοντικών σπουδαστών, καθώς επίσης και για την επαγγελματική αποκατάσταση των υγειονομικών και την αποδοτι-

κότερη αξιοποίηση των δυνατοτήτων τους.

5. Για τον καλύτερο προγραμματισμό υγειονομικών, είναι σκόπιμο να λειτουργούν Γραφεία Προγραμματισμού Υγείας και Υγειονομικών σε περιφερειακή βάση, με στόχο την εκτίμηση των αναγκών κάθε νομού και τη διερεύνηση τρόπων, μέσων και μεθόδων αντιμετώπισης των γενικών και ειδικών προβλημάτων υγείας. Με τη συνεργασία του κεντρικού Γραφείου Προγραμματισμού, θα πρέπει να καθοριστούν τα κριτήρια για την αξιολόγηση της ποιοτικής και ποσοτικής επάρκειας του υγειονομικού δυναμικού σε κάθε περιοχή της χώρας. Μελέτες θα πρέπει, επίσης, να διεξαχθούν για τη διερεύνηση του νομοθετικού πλαισίου που καθορίζει τους τρόπους στελέχωσης σε υγειονομικό δυναμικό των οργανισμών, των κρατικών υπηρεσιών και των ιδιωτικών επιχειρήσεων υγείας.

6. Θα πρέπει, ακόμα, να γίνουν ειδικές έρευνες για τις συνθήκες εργασίας και ασφάλισης, για τις μετακινήσεις και το χρόνο εξάσκησης του επαγγέλματος των υγειονομικών, καθώς και για την αποδοτικότερη χρήση του χρόνου τους και τους εναλλακτικούς τρόπους απασχολήσής τους, για να καλυφθούν τα υπάρχοντα κενά σε όρισμένες κατηγορίες υγειονομικών, όπως των αδελφών νοσοκόμων.

7. Στην Υπηρεσία Προγραμματισμού του υγειονομικού δυναμικού θα πρέπει να λειτουργεί συμβουλευτικό τμήμα για τους φοιτητές και σπουδαστές των διαφόρων σχολών υγειονομικών, όπου θα απευθύνεται για τα προβλήματα σπουδών και θα ενημερώνονται για τις προοπτικές και τις εξελίξεις στο χώρο του επαγγέλματός τους.

8. Στην ίδια υπηρεσία, θα γίνονται μελέτες και εισηγήσεις για τη δημιουργία νέων κλάδων υγειονομικών, όταν χρειάζονται και δεν τους έχουμε στη χώρα μας, και θα εξετάζεται η ανάγκη για αναπροσαρμογή των εκπαιδευτικών ή μετεκπαιδευτικών προγραμμάτων των σχολών, με βάση τις νέες απαιτήσεις για τις ικανότητες και τις γνώσεις υγειονομικών.

9. Παράλληλα, θα γίνονται κατάλληλες ενέργειες για την προσέλκυση προσωπικού και σπουδαστών σε όρισμένους κλάδους και τη διαφώτιση του πληθυσμού, ώστε να χρησιμοποιεί σωστά τις υπηρεσίες που μπορούν να του προσφέρουν διάφορες κατηγορίες υγειονομικών.

10. Είναι απαραίτητο να καλύψει η Μηχανογραφική Υπηρεσία του ΥΚΥ το κενό στην πληροφόρηση για το ανθρώπινο δυναμικό που καλύπτει την υγεία, συστηματοποιώντας τα αρχεία των επαγγελματιών υγείας ή κάνοντας νέα αρχεία όπου δεν υπάρχουν.

11. Θα πρέπει να γίνει πλήρης καταγραφή όλων των κατηγοριών υγειονομικών κάθε νομού της χώρας με τη βοήθεια της τοπικής αυτοδιοίκησης και των τοπικών συλλόγων.

12. Είναι, τέλος, απαραίτητο να αξιολογείται και να ελέγχεται η πορεία των προγραμματισμένων κάθε φορά υγειονομικών στόχων και να αναθεωρούνται στο σύνολο ή τμήμα τους, αν απαιτηθεί. Ειδική φροντίδα χρειάζεται για την εξομάλυνση καταστάσεων που διαστερβλώνουν ή εμποδίζουν την υλοποίηση των προγραμμάτων.