

**ΕΡΕΥΝΑ ΤΟΥ ΕΛΙΑΜΕΠ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

**11.
ΣΧΟΛΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Νικόλαος Β. Σύψας
Λέκτορας
Ιατρική Σχολή
Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΑΘΗΝΑ

ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2006

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι ελληνικές σχολές των επιστημών υγείας είναι από τις πρώτες που ιδρύθηκαν στο νέο ελληνικό κράτος και έχουν να παρουσιάσουν ένα αξιόλογο έργο στη διάρκεια των χρόνων που πέρασαν και μάλιστα κάτω από ιδιαίτερα αντίξοες συνθήκες. Όμως η χώρα μας φαίνεται να μην μπόρεσε να συμμετάσχει στις ραγδαίες εξελίξεις του σύγχρονου κόσμου, ιδιαίτερα στον τομέα των επιστημών υγείας. Τα χρόνια προβλήματα που ταλανίζουν τις ελληνικές σχολές επιστημών υγείας αντανακλούν αυτά της ανώτατης εκπαίδευσης στην Ελλάδα: υποχρηματοδότηση, έλλειψη οικονομικής και διοικητικής αυτοτέλειας, απαρχαιωμένο θεσμικό πλαίσιο, γραφειοκρατία. Τα ιδιαίτερα προβλήματα των σχολών επιστημών υγείας αφορούν:

- τις υποδομές για την κλινική άσκηση των φοιτητών της ιατρικής, της οδοντιατρικής και της νοσηλευτικής (πανεπιστημιακά νοσοκομεία και εργαστήρια)*
- την υπερπαραγωγή επιστημόνων υγείας (ιατρών, οδοντιάτρων, φαρμακοποιών) με αποτέλεσμα την ανεργία / υποαπασχόληση σημαντικού αριθμού νέων επιστημόνων,*
- την υστέρηση στην παραγωγή καινοτόμου έρευνας στις ιατροβιολογικές επιστήμες*
- τις χαμηλές αμοιβές και τα θεσμικά κενά στις εργασιακές σχέσεις των μελών ΔΕΠ με αποτέλεσμα την ετεροαπασχόληση*
- τον τρόπο πρόσληψης / εξέλιξης των μελών ΔΕΠ*
- τον κανονισμό, το περιεχόμενο και τη μεθοδολογία των σπουδών των φοιτητών επιστημών υγείας*

Τα τελευταία χρόνια γίνονται σημαντικές προσπάθειες για την αναβάθμιση των σπουδών στον τομέα της Υγείας. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι ακόμα και κάτω από αντίξοες συνθήκες οι ελληνικές σχολές επιστημών υγείας παρήγαγαν και εξακολουθούν να παράγουν λαμπρούς ακαδημαϊκούς που διαπρέπουν στην Ελλάδα και το εξωτερικό, και επιστήμονες υγείας που με την επάρκεια τους συνέβαλαν τα μέγιστα ώστε η υγεία και το προσδόκιμο ζωής των Ελλήνων να βελτιωθούν θεαματικά τις τελευταίες δεκαετίες και η χώρα μας με βάση όλους τους δείκτες υγείας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας να κατατάσσεται στις αναπτυγμένες υγειονομικά χώρες.

Περιεχόμενα

1. Εισαγωγή.....	7
2. Μεθοδολογία της έρευνας	10
2.1. Μέθοδοι έρευνας	
2.2. Προβλήματα στην διεξαγωγή της έρευνας	
2.3. Ιδιαιτερότητες των σχολών επιστημών υγείας	
3. Οι σχολές των επιστημών υγείας στη Ελλάδα.....	14
3.1. Καταγραφή των σχολών επιστημών υγείας	
3.2. Τα κριτήρια ίδρυσης των νέων σχολών επιστημών υγείας	
3.3. Χρηματοδότηση των σχολών επιστημών υγείας	
3.4. Υλικοτεχνική υποδομή των σχολών επιστημών υγείας	
3.5. Το ζήτημα της δημιουργίας ιδιωτικών ανωτάτων σχολών επιστημών υγείας	
3.6. Συμπεράσματα	
4. Προσωπικό – φοιτητές των σχολών επιστημών υγείας.....	33
4.1. Μέλη ΔΕΠ	
4.1.1. Εργασιακές σχέσεις, αμοιβές, ετεροαπασχόληση	
4.1.2. Πρόσληψη και εξέλιξη των μελών ΔΕΠ : κριτήρια, αντικειμενικότητα των διαδικασιών	
4.1.3. Αριθμός μελών ΔΕΠ ανά σχολή και ανά βαθμίδα	
4.1.4. Μονιμότητα μελών ΔΕΠ	
4.1.5. Γραφειοκρατικά προβλήματα σε διορισμούς – εξελίξεις μελών ΔΕΠ	
4.1.6. Συμπεράσματα	
4.2. Φοιτητές	
4.2.1. Αριθμός / αναλογία με μέλη ΔΕΠ	
4.2.2. Θεωρητική εκπαίδευση - Αίτια μη προσέλευσης στις παραδόσεις	

- 4.2.3. Εξεταστικό σύστημα
- 4.2.4. Φοιτητική ιδιότητα - «ανενεργοί» φοιτητές
- 4.2.5. Παρακολούθηση της επιστημονικής εξέλιξης του φοιτητή
- 4.2.6. Αριθμός φοιτητών / τρόπος εισαγωγής στις σχολές επιστημών υγείας
- 4.2.7. Πειθαρχικός έλεγχος φοιτητών στις σχολές επιστημών υγείας
- 4.2.8. Φοιτητικά συγγράμματα στις Σχολές Επιστημών Υγείας
- 4.3. Διοικητικό προσωπικό
- 4.4. Βοηθητικό προσωπικό
- 4.5. Συμπεράσματα
- 5. Επιστημονική έρευνα στις σχολές επιστημών υγείας.....73**
 - 5.1. Εισαγωγή
 - 5.2. Η έρευνα στις σχολές επιστημών υγείας στην Ελλάδα
 - 5.3. Χρηματοδότηση της έρευνας
 - 5.4. Μέλη ΔΕΠ των σχολών επιστημών υγείας και έρευνα
- 6. Επαγγελματική αποκατάσταση των αποφοίτων των σχολών επιστημών υγείας.....81**
 - 6.1. Τυπική περίπτωση
 - 6.2. Το πρόβλημα της ανεργίας των ειδικευμένων ιατρών.
 - 6.3. Τα αίτια της ανεργίας στους απόφοιτους επιστημών υγείας
 - 6.3.1. Ο πληθωρισμός ιατρών
 - 6.3.2. Συνέπειες του πληθωρισμού του ιατρικού δυναμικού
 - 6.3.3. Αίτια του πληθωρισμού του ιατρικού δυναμικού
 - 6.3.4. Ο ρόλος των σχολών επιστημών υγείας
 - 6.3.5. Προτάσεις για τον περιορισμό της υπερπαραγωγής πτυχιούχων των σχολών επιστημών υγείας και τον περιορισμό της ανεργίας.

7. Προγράμματα σπουδών των σχολών επιστημών υγείας.....	96
8. Συμπεράσματα.....	110
9. Προτάσεις.....	115
10. Βιβλιογραφία	127
11. Κατάλογος Πινάκων και Διαγραμμάτων.....	131

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το 1834 ιδρύθηκε η πρώτη σχολή επιστημών υγείας στην Ελλάδα, η Ιατρική Σχολή Αθηνών. Από τότε μέχρι σήμερα ιδρύθηκαν και λειτουργούν 17 σχολές επιστημών υγείας, οι οποίες εκπαιδεύουν επιστήμονες, που παρέχουν υπηρεσίες υγείας στον ελληνικό πληθυσμό, δηλαδή ιατρούς, οδοντιάτρους, φαρμακοποιούς, νοσηλευτές, διαιτολόγους και κτηνιάτρους. Οι περισσότερες από τις σχολές αυτές ιδρύθηκαν μετά το 1975 στην περιφέρεια συμβάλλοντας αποφασιστικά στην βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης των κατοίκων της περιφέρειας.

Οι σχολές επιστημών υγείας έχουν προσφέρει σημαντικότερο έργο κάτω από αντίξοες συνθήκες (οικονομική ανέχεια, πόλεμοι, κατοχή, εμφύλιος, πολιτική αστάθεια) και έχουν συμβάλει τα μέγιστα ώστε η Ελλάδα να ανήκει στις προηγμένες υγειονομικά χώρες του κόσμου, με βάση τους δείκτες που χρησιμοποιεί ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Σημαντικοί επιστήμονες, οι οποίοι διέπρεψαν και διαπρέπουν στην Ελλάδα και το εξωτερικό είναι απόφοιτοι των ελληνικών σχολών επιστημών υγείας.

Ωστόσο τις τελευταίες δεκαετίες οι ελληνικές σχολές επιστημών υγείας δεν μπορούν να παρακολουθήσουν επαρκώς τις ραγδαίες εξελίξεις που σημειώθηκαν στον χώρο των επιστημών υγείας. Υπάρχει σημαντική υστέρηση στις υποδομές, την παρεχόμενη εκπαίδευση και την καινοτόμο επιστημονική έρευνα. Επιπλέον, οι απόφοιτοι των σχολών επιστημών υγείας αντιμετωπίζουν ένα συνεχώς διογκούμενο πρόβλημα επαγγελματικής αποκατάστασης.

Στόχος της παρούσας μελέτης, η οποία έγινε στα πλαίσια της ευρύτερης έρευνας του ΕΛΙΑΜΕΠ για την ανώτατη παιδεία στην Ελλάδα, είναι η καταγραφή των κυριότερων προβλημάτων που ταλανίζουν την εκπαίδευση και τη έρευνα στις σχολές επιστημών υγείας και των προβλημάτων επαγγελματικής αποκατάστασης των αποφοίτων, καθώς και η διατύπωση ορισμένων προτάσεων, που κατά την γνώμη της

ομάδας έρευνας του ΕΛΙΑΜΕΠ, θα μπορούσαν να χρησιμεύσουν στον συνεχιζόμενο διάλογο για τα ΑΕΙ.

Διευκρινίζουμε από την αρχή, ότι με τον όρο «σχολές επιστημών υγείας» εννοούμε τις ιατρικές, οδοντιατρικές, φαρμακευτικές, νοσηλευτικές και κτηνιατρικές σχολές καθώς την μοναδική σχολή διαιτολογίας της Ελλάδας, δηλαδή σχολές που εκπαιδεύουν επιστήμονες που παρέχουν υπηρεσίες υγείας στον Έλληνα πολίτη. Δεν συμπεριλάβαμε τις σχολές βιολογίας, μοριακής βιολογίας ή βιοτεχνολογίας, αν και παρέχουν ή έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν στο μέλλον τέτοιες υπηρεσίες, καθώς άπτονται περισσότερο των βασικών επιστημών και για το λόγο αυτό σε μερικά πανεπιστήμια υπάγονται στις σχολές επιστημών υγείας και σε άλλα σε άλλες σχολές. Τέλος, μερικές από τις εκπαιδευτικές μονάδες που αναφέρουμε είναι ανεξάρτητες «σχολές» π.χ. Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών και άλλες είναι «τμήματα» υπαγόμενα σε μια σχολή π.χ. τμήμα νοσηλευτικής της σχολής επιστημών υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών.

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.

2.1. Μέθοδοι έρευνας

- Επίσκεψη σε γραμματείες πανεπιστημιακών ιδρυμάτων
- Έρευνα στο διαδίκτυο
- Χρήση πηγών όπως επετηρίδες, πανεπιστημιακές εκδόσεις, κλπ
- Χρήση σχετικών άρθρων στον Τύπο
- Επίσκεψη σε επαγγελματικούς συλλόγους (Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών, κλπ)
- Χρήση στοιχείων από το Υπουργείο Παιδείας
- Χρήση στοιχείων από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία και τη Eurostat
- Χρήση στοιχείων από τον Διεπιστημονικό Οργανισμό Αναγνώρισης Τίτλων Ακαδημαϊκών και Πληροφόρησης (ΔΟΑΤΑΠ).
- Έρευνα σε διεθνείς βάσεις δεδομένων που αφορούν δημοσιεύσεις σε διεθνή περιοδικά ιατροβιολογικών επιστημών
- Χρήση στοιχείων από τον Οργανισμό Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (ΟΑΕΔ)
- Χρήση στοιχείων από το Υπουργείο Υγείας
- Προσωπική εμπειρία του συντάκτη της έκθεσης και συζητήσεις με άλλα μέλη της πανεπιστημιακής κοινότητας

2.2. Προβλήματα στην διεξαγωγή της έρευνας

- Απροθυμία συνεργασίας των υπαλλήλων στις υπηρεσίες
- Γραφειοκρατικά προβλήματα (π.χ. για να χορηγήσουν τα στοιχεία απαιτούν να υποβληθεί αίτηση στο πρωτόκολλο που θα απαντηθεί σε άγνωστο χρόνο)
- Έλλειψη συγκεντρωτικών στοιχείων / αρχείων

2.3. Ιδιαιτερότητες των σχολών επιστημών υγείας

- Η εκπαίδευση στις επιστήμες υγείας περιλαμβάνει εκτός από τη θεωρητική κατάρτιση του μελλοντικού επιστήμονα και πρακτική εξάσκηση, που αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της εκπαίδευσης. Είναι αυτονόητο παραδείγματος χάριν ότι ο πτυχιούχος μιας ιατρικής σχολής οφείλει να γνωρίζει όχι μόνο τη θεωρία της ιατρικής επιστήμης, αλλά κυρίως να μπορεί να εξετάσει τον ασθενή, να μπορεί να αξιολογήσει τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων, να κάνει διαφορική διάγνωση και να εφαρμόσει την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή, που συχνά απαιτεί ειδικές δεξιότητες όπως π.χ. ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων, χειρουργικές επεμβάσεις κλπ. Για να αποκτήσει αυτές τις δεξιότητες, ο φοιτητής οφείλει να ασκηθεί πρακτικά σε πραγματικούς ασθενείς υπό την επίβλεψη του διδάσκοντος. Για τον λόγο αυτό οι ιατρικές και νοσηλευτικές σχολές διαθέτουν εκτός από τα αμφιθέατρα και τα εργαστήρια, πανεπιστημιακά νοσοκομεία ή κλινικές που προορίζονται για την εκπαίδευση των φοιτητών. Οι οδοντιατρικές σχολές περιλαμβάνουν εξάσκηση των φοιτητών σε οδοντιατρικές εργασίες που γίνονται σε εξωτερικούς ασθενείς στις εγκαταστάσεις των σχολών, ενώ στις φαρμακευτικές σχολές η πρακτική εξάσκηση γίνεται σε ιδιωτικά φαρμακεία.
- Η μεταπτυχιακή εκπαίδευση των νέων ιατρών περιλαμβάνει:
 - Την εκπόνηση διδακτορικής διατριβής που γίνεται υπό την επίβλεψη μελών ΔΕΠ των ιατρικών σχολών
 - Την εκπαίδευση σε κάποια ειδικότητα που γίνεται στις πανεπιστημιακές κλινικές και σε άλλες κλινικές των δημόσιων νοσοκομείων, ενώ οι εξετάσεις για την χορήγηση τίτλου γίνονται υπό την επίβλεψη καθηγητή ιατρικής, που διδάσκει το σχετικό αντικείμενο

στην πλησιέστερη Ιατρική Σχολή. Θα πρέπει πάντως να διευκρινιστεί ότι ο τίτλος ειδικότητας δεν αποτελεί ακαδημαϊκό τίτλο, ούτε στην Ελλάδα ούτε διεθνώς.

- Την παρακολούθηση μεταπτυχιακών προγραμμάτων που οργανώνονται και γίνονται με ευθύνη των σχολών επιστημών υγείας
- Οι γνώσεις της Ιατρικής Επιστήμης ιδιαίτερα, αλλά και των άλλων επιστημών Υγείας αλλάζουν ταχύτατα, γεγονός που απαιτεί πανεπιστήμια ικανά να αφομοιώσουν και να μεταδώσουν τα νεώτερα δεδομένα

3. ΟΙ ΣΧΟΛΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1. Καταγραφή των σχολών επιστημών υγείας

Καταγράφηκαν 17 σχολές πανελλαδικά κατανεμημένες σε 9 διαφορετικά ΑΕΙ (Πίνακας 1).

Συγκεκριμένα υπάρχουν :	7	Ιατρικές σχολές
	2	Οδοντιατρικές σχολές
	3	Φαρμακευτικές σχολές
	2	Κτηνιατρικές σχολές
	2	σχολές Νοσηλευτικής (Λειτουργεί η μία, η άλλη αναμένεται να λειτουργήσει από το 2006-07))
	1	σχολή Διαιτολογίας

Μέχρι την δεκαετία του 1980 υπήρχαν μόνο έξι σχολές επιστημών υγείας στα πανεπιστήμια Αθηνών και Θεσσαλονίκης. Ακολούθησε μία περίοδος ίδρυσης πολλών νέων σχολών σε πρακτικά όλες τις γεωγραφικές περιφέρειες της χώρας. Τα κριτήρια ίδρυσης των νέων σχολών επιστημών υγείας δεν ήταν οι αυξημένες ανάγκες σε παραγωγή επιστημονικού δυναμικού. Για παράδειγμα το επάγγελμα του ιατρού ήταν ήδη κορεσμένο από την δεκαετία του 1980, γιατί αντιστοιχούσαν 415 κάτοικοι ανά ιατρό (μια αναλογία που είναι η επιθυμητή στην Ευρωπαϊκή Ένωση), ενώ ταυτόχρονα είχε αρχίσει το φαινόμενο εγγραφής νέων ιατρών στο ταμείο ανεργίας (στοιχεία Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου και ΟΑΕΔ). Παρόλα αυτά δημιουργήθηκαν 5 νέες ιατρικές σχολές, σε Πάτρα, Γιάννενα, Ηράκλειο, Αλεξανδρούπολη και Λάρισα.

Η αυξημένη παραγωγή ιατρών (μαζί με την μαζική εισροή από πτυχιούχους σχολών του εξωτερικού) οδήγησε στο σημερινό θλιβερό φαινόμενο της ανεργίας των νέων ιατρών που προσεγγίζει το 12% σύμφωνα με επίσημα στοιχεία, χωρίς να υπολογίζεται η υποαπασχόληση και ετεροαπασχόληση. Αντίθετα η Ελλάδα είχε και

έχει οξύτατο πρόβλημα νοσηλευτικού προσωπικού, ιδιαίτερα πανεπιστημιακής εκπαίδευσης. Σύμφωνα με την τελευταία έκθεση του ΟΟΣΑ για την υγεία σε 1.000 Έλληνες αντιστοιχούν 3.9 νοσηλευτές, αναλογία που φέρνει την χώρα μας στην 27^η θέση των χωρών του ΟΟΣΑ, και στις τελευταίες της Ευρώπης (πηγή ΟΟΣΑ, έκδοση 2004, έκθεση Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας 2005). Στις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης η αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού είναι διπλάσια ή και μεγαλύτερη. Όμως, ιδρύθηκε μόνο μία νοσηλευτική σχολή (Αθήνα) και αναγγέλθηκε το φθινόπωρο του 2006 η λειτουργία μίας δεύτερης (Σπάρτη). Θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι οι Πανεπιστημιακές Νοσηλευτικές Σχολές παράγουν στελέχη της νοσηλευτικής υπηρεσίας των νοσοκομείων (π.χ. προϊσταμένους/προϊστάμενες) ενώ οι λοιποί νοσηλευτές/τριες παράγονται μαζί με όλο το παραϊατρικό προσωπικό από τα ΤΕΙ και παλαιότερα από τις σχολές των μεγάλων νοσοκομείων.

Πίνακας 1: Σχολές επιστημών υγείας στην Ελλάδα: παρουσίαση ανά τμήμα, πόλη και έτος ίδρυσης

ΙΔΡΥΜΑ	ΣΧΟΛΗ	ΤΜΗΜΑ	ΠΟΛΗ	ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΕΩΣ
ΑΠΘ	ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	ΙΑΤΡΙΚΗΣ	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ	1942
ΑΠΘ	ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ	1959
ΑΠΘ	ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ	1955
ΑΠΘ	ΓΕΩΤΕΧΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ	ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΗΣ	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ	1950
ΔΠ ΘΡΑΚΗΣ		ΙΑΤΡΙΚΗΣ	ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ	1977
ΕΚΠ ΑΘΗΝΩΝ	ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	ΙΑΤΡΙΚΗΣ	ΑΘΗΝΑ	1837
ΕΚΠ ΑΘΗΝΩΝ	ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ	ΑΘΗΝΑ	1911
ΕΚΠ ΑΘΗΝΩΝ	ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ	ΑΘΗΝΑ	1843
ΕΚΠ ΑΘΗΝΩΝ	ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	ΑΘΗΝΑ	1980
Π. ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	ΙΑΤΡΙΚΗΣ	ΛΑΡΙΣΑ	1985
Π. ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΗΣ	ΚΑΡΔΙΤΣΑ	1993
Π. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	ΙΑΤΡΙΚΗ	ΙΑΤΡΙΚΗ	ΙΩΑΝΝΙΝΑ	1977
Π. ΚΡΗΤΗΣ	ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	ΙΑΤΡΙΚΗΣ	ΗΡΑΚΛΕΙΟ	1977
Π. ΠΑΤΡΩΝ	ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	ΙΑΤΡΙΚΗΣ	ΠΑΤΡΑ	1977
Π. ΠΑΤΡΩΝ	ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ	ΠΑΤΡΑ	1977
Π. ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	ΣΠΑΡΤΗ	ΠΡΟΒΛΕΠΕΤΑΙ
ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ		ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ - ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	ΑΘΗΝΑ	1990

ΑΠΘ: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ΔΠΘ: Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, ΕΚΠΑ: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

3.2 Τα κριτήρια ίδρυσης των νέων σχολών επιστημών υγείας:

- Οικονομική ανάπτυξη τοπικών κοινωνιών
- Κάλυψη αναγκών υγείας περιοχών που ήταν απομονωμένες γεωγραφικά και υποβαθμισμένες υγειονομικά, με την δημιουργία σύγχρονων πανεπιστημιακών νοσοκομείων και στελέχωση τους από πανεπιστημιακούς γιατρούς.



Κανένας βέβαια, δεν διαφωνεί με την προσπάθεια υποστήριξης της ανώτατης εκπαίδευσης στην περιφέρεια, αλλά δεν είναι λίγες εκείνες οι φωνές που έχουν ήδη αρχίσει να ακούγονται, προειδοποιώντας ότι η επέκταση αυτή μπορεί να γίνει σε βάρος των πανεπιστημιακών ιδρυμάτων, στα οποία είχε στηριχθεί η ανώτατη εκπαίδευση στην υγεία, τα προηγούμενα χρόνια. Και είχε στηριχθεί σ' αυτά, με μεγάλη επιτυχία στην πλειοψηφία των περιπτώσεων και αυτό συχνά, κάτω από αντίξοες συνθήκες.

Η διοχέτευση όλων των διαθέσιμων πόρων στην δημιουργία νέων σχολών επιστημών υγείας στην περιφέρεια, οδήγησε σε υποβάθμιση των υποδομών των σχολών επιστημών υγείας των Πανεπιστημίων Αθηνών και Θεσσαλονίκης. Χαρακτηριστικά, ενώ την τελευταία 15ετία έχουν παραδοθεί 5 σύγχρονα

πανεπιστημιακά νοσοκομεία στη περιφέρεια, η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών δεν διαθέτει ένα σύγχρονο αμιγώς πανεπιστημιακό νοσοκομείο, στο οποίο να στεγάζονται όλες οι πανεπιστημιακές κλινικές και το οποίο να αποτελεί κέντρο αναφοράς.

Αντίθετα, στο Πανεπιστήμιο Αθηνών, οι πενήντα πανεπιστημιακές κλινικές και τα 25 εργαστήρια είναι διάσπαρτα στο λεκανοπέδιο της Αττικής και πολλά από αυτά στεγάζονται σε προπολεμικά κτίρια. Πανεπιστημιακές κλινικές φιλοξενούνται στα νοσοκομεία Λαϊκό, Ιπποκράτειο, Αλεξάνδρας, Αρεταίειο, Αιγινήτειο, Α. Συγγρός, Ευγενίδειο, Παίδων (Αγλαΐα Κυριακού και Αγία Σοφία), Ευαγγελισμός, Σωτηρία, Γενικό Κρατικό, Σισμανόγλειο, Νίκαιας, ΚΑΤ, Αγία Όλγα και Αττικό. Να σημειωθεί ότι το Αρεταίειο και το Αιγινήτειο είναι πανεπιστημιακά νοσοκομεία και διοικούνται από πανεπιστημιακούς με πρόεδρο της εφορίας τον πρόεδρο ή αντιπρόεδρο της Ιατρικής Σχολής Αθηνών. Όλα τα υπόλοιπα ανήκουν ή διοικούνται από το ΕΣΥ. Οι φοιτητές ταλαιπωρούνται έχοντας να διανύσουν μεγάλες αποστάσεις καθημερινώς και το ενιαίο της εκπαιδευτικής διαδικασίας διασπάται. Ακόμη και η συνεργασία μεταξύ των πανεπιστημιακών κλινικών είναι δυσχερής λόγω αποστάσεως. Το πλέον σύγχρονο νοσοκομείο, το Αττικό Νοσοκομείο, αν και δεν χτίστηκε με προδιαγραφές πανεπιστημιακού νοσοκομείου, παραχωρήθηκε στην Ιατρική Σχολή Αθηνών. Ωστόσο, χρηματοδοτείται και διοικείται από το Υπουργείο Υγείας. Προς το παρόν υπολειτουργεί λόγω έλλειψης πόρων και προσωπικού. Είναι χαρακτηριστικό ότι δεν εντάχθηκε πλήρως στο σύστημα εφημεριών του λεκανοπεδίου της Αττικής και πολλές κλινικές και εργαστήρια που προβλέπονται δεν έχουν αρχίσει ακόμα να λειτουργούν. Επιπλέον, είναι απομακρυσμένο, με κακή οδική πρόσβαση, δημιουργώντας τεράστιες δυσκολίες στη μετακίνηση των φοιτητών.

Παρόμοιο πρόβλημα αντιμετωπίζει και η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης όπου τα κλινικά μαθήματα γίνονται στις πανεπιστημιακές κλινικές στα νοσοκομεία ΑΧΕΠΑ, Ιπποκράτειο, Κεντρικό και Παπανικολάου.

Προτάσεις

- Να μην δημιουργηθούν νέες σχολές επιστημών υγείας. Οι υπάρχουσες, μαζί με τις αντίστοιχες σχολές του εξωτερικού όπου σπουδάζουν Έλληνες φοιτητές επαρκούν για την παραγωγή του επιστημονικού δυναμικού που είναι απαραίτητο για να καλυφθούν οι ανάγκες της χώρας.
- Εξάιρεση αποτελεί ενδεχομένως η Νοσηλευτική λόγω των αυξημένων αναγκών σε νοσηλευτικό προσωπικό
- Δημιουργία σύγχρονων πανεπιστημιακών νοσοκομείων στην Αθήνα και Θεσσαλονίκη, όπου θα συγκεντρωθούν οι διάσπαρτες κλινικές και εργαστήρια.

3.3. Χρηματοδότηση των σχολών επιστημών υγείας

Οι σχολές επιστημών υγείας, όπως και ολόκληρη η ανώτατη εκπαίδευση, χρηματοδοτείται αποκλειστικά από τον δημόσιο προϋπολογισμό. Στα πλαίσια της υποχρηματοδότησης της παιδείας (η Ελλάδα αφιερώνει στην παιδεία το χαμηλότερο ποσό ως ποσοστό του Ακαθάριστου Εθνικού Εισοδήματος, βλέπε σχετικό κεφάλαιο της έρευνας του ΕΛΙΑΜΕΠ αφιερωμένο στη σύγκριση των συστημάτων ανώτατης εκπαίδευσης πέντε χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης), οι πόροι των σχολών επιστημών υγείας δεν είναι επαρκείς. Θα πρέπει να σημειώσουμε ότι οι σχολές επιστημών υγείας έχουν το μεγαλύτερο κόστος ιδρύσεως και λειτουργίας από όλες τις άλλες σχολές. Για παράδειγμα μία ιατρική σχολή πρέπει να έχει οργανωμένα εργαστήρια με θέσεις άσκησης για όλους τους φοιτητές στα προκλινικά έτη (π.χ. εργαστήρια ανατομικής,

ιστολογίας, φυσιολογίας, κ.λ.π.) και πανεπιστημιακά νοσοκομεία για την άσκηση των φοιτητών στα κλινικά έτη. Επιπλέον, πρέπει να διαθέτει ερευνητικά εργαστήρια, επιστημονικό εξοπλισμό και πόρους για τη διεξαγωγή έρευνας. Το κόστος ίδρυσης και συντήρησης ενός νοσοκομείου μερικών εκατοντάδων κλινών είναι ιδιαίτερα υψηλό (Πίνακας 2).

Πίνακας 2: Οικονομικά στοιχεία 2005 για το νοσοκομείο Λαϊκό (στεγάζει 6 πανεπιστημιακές κλινικές)

-
- Οι κτιριακές εγκαταστάσεις ανήκουν στο Πανεπιστήμιο Αθηνών
 - Το λειτουργικό κόστος καλύπτεται από το Υπουργείο Υγείας
 - Για το 2005 το κόστος λειτουργίας ήταν € 95.000.000
 - Το 2005 πληρώθηκαν επιπλέον από τον κρατικό προϋπολογισμό για χρέη παρελθόντων ετών € 77.000.000
 - Στα κόστη αυτά ΔΕΝ περιλαμβάνεται το κόστος μισθοδοσίας:
 - του προσωπικού (επιστημονικό και μη, περίπου 1.000 άτομα)
 - των πανεπιστημιακών ιατρών (περίπου 300) στους οποίους καταβάλλεται κλινικό επίδομα και αποζημίωση εφημεριών από το Υπουργείο Υγείας
 - οι τακτικές αποδοχές των πανεπιστημιακών ιατρών που καταβάλλονται από το Υπουργείο Παιδείας
 - Εάν συμπεριληφθεί το κόστος μισθοδοσίας, ο προϋπολογισμός υπερδιπλασιάζεται.

Πηγή: Οικονομική Υπηρεσία ΓΝΑ Λαϊκό

Οι σχολές επιστημών υγείας δεν έχουν οικονομική αυτοτέλεια και ο προϋπολογισμός λειτουργίας τους ορίζεται και καλύπτεται από το κράτος. Το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης αφορά μη ελαστικές δαπάνες (κυρίως μισθοδοσία προσωπικού). Το κόστος λειτουργίας των περισσότερων πανεπιστημιακών νοσοκομείων καλύπτεται από το Υπουργείο Υγείας.

Τα οικονομικά αυτά δεδομένα οδηγούν σε οικονομική ασφυξία, εξάρτηση από την πολιτεία, φτωχές υποδομές, χαμηλές αμοιβές, μαρασμό της έρευνας και τελικά σε υποβάθμιση του παρεχόμενου προϊόντος.

Προτάσεις

- Για να μπορέσουν οι ελληνικές σχολές επιστημών υγείας να γίνουν ανταγωνιστικές προς τις αντίστοιχες των ευρωπαϊκών χωρών πρέπει να έχουν αυξημένους οικονομικούς πόρους και δυνατότητα αυτοδιαχείρισης. Δεν αρκεί μόνο η αύξηση του ποσοστού του ΑΕΠ με το οποίο επιχορηγούνται αλλά πρέπει να υπάρξει και η δυνατότητα άντλησης πόρων από τον ιδιωτικό τομέα.
- Οι Ιατρικές Σχολές Αθηνών και Θεσσαλονίκης για παράδειγμα θα μπορούσαν να χρηματοδοτήσουν την δημιουργία υπερσύγχρονων πανεπιστημιακών νοσοκομείων από ίδιους, ευρωπαϊκούς και ιδιωτικούς πόρους.
- Τα νοσοκομεία αυτά, παράλληλα με την παροχή υψηλού επιπέδου υγειονομικών υπηρεσιών σε όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως εισοδήματος και ασφαλιστικού φορέα, θα μπορούσαν να διαθέτουν και κλινικές, που θα λειτουργούν με ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια, θα απευθύνονταν σε πολίτες με υψηλό εισόδημα και αλλοδαπούς, στις οποίες θα εργάζονται πανεπιστημιακοί ιατροί και των οποίων τα έσοδα θα χρηματοδοτούν την λειτουργία του νοσοκομείου. Υπάρχει ανάλογη διεθνής εμπειρία, κυρίως στις ΗΠΑ, όπου έγκυρες ιατρικές σχολές (π.χ. Harvard Medical School) έχουν πανεπιστημιακά

νοσοκομεία που λειτουργούν με κριτήρια ιδιωτικής οικονομίας και αποφέρουν τεράστια έσοδα στο πανεπιστήμιο.

- Επίσης όλες οι Σχολές Επιστημών Υγείας, ιδιαίτερα οι Ιατρικές και φαρμακευτικές, θα μπορούσαν να συνεργαστούν οικονομικά με την βιομηχανία σε τομείς εφαρμοσμένης έρευνας για τη δημιουργία τεχνογνωσίας και εμπορικής εκμετάλλευσης της για προσπορισμό εσόδων.
- Εξίσου σημαντική με την αύξηση της χρηματοδότησης και την ανεύρεση νέων πόρων είναι και η χρηστή, ορθολογική και επαγγελματική χρήση των υπάρχοντων πόρων. Η πρόσληψη επαγγελματιών οικονομικών διαχειριστών και η θεσμοθέτηση τακτικών ελέγχων από εξωτερικούς ανεξάρτητους λογιστές, ενδεχομένως να βοηθήσει προς την κατεύθυνση αυτή.

3.4. Υλικοτεχνική υποδομή των σχολών επιστημών υγείας

Ως χαρακτηριστικό παράδειγμα υλικοτεχνικής υποδομής αναφέρουμε τις σχολές επιστημών υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών (Πίνακας 3).

Πίνακας 3: Προσωπικό – υλικοτεχνική υποδομή της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ				
ΤΜΗΜΑΤΑ				
	Ιατρική Σχολή	Οδοντιατρική	Φαρμακευτική	Νοσηλευτική
<i>Διδάσκοντες</i>	695	125	47	40
<i>Ενεργοί Φοιτητές</i>	3.364	828	810	644
Φοιτητές / ΔΕΠ	4.84	6.62	17.23	16.1
<i>Η/Υ για διδασκ.</i>	*	*	*	*
<i>Η/Υ για φοιτητές</i>	18			
<i>Εργαστήρια</i>	26	14	4	21
<i>Κλινικές</i>	50	1	-	3
<i>Βιβλιοθήκες</i>	1	1	1	1
<i>Σπουδαστήρια</i>	2	1	0	1
<i>Μουσεία</i>	3	0	0	0
	(Εγκληματολογικό, Ανθρωπολογικό, Υγιεινής)			

Πηγή: επιτόπια έρευνα ομάδας έρευνας του ΕΛΙΑΜΕΠ και του συγγραφέα. Όπου υπάρχει -, δεν είναι διαθέσιμα τα στοιχεία

Σχόλια για τον πίνακα 2.

- Είναι εντυπωσιακή η έλλειψη ηλεκτρονικών υπολογιστών για χρήση από τους φοιτητές. Η σύγχρονη Ιατρική επιστήμη εξελίσσεται με ταχύτατους ρυθμούς. Ο μόνος τρόπος για να παρακολουθήσει ένας φοιτητής το συνεχώς μεταβαλλόμενο τοπίο της ιατρικής επιστήμης είναι το διαδίκτυο και η ταχύτατη σύνδεση με έγκυρες πηγές του εσωτερικού αλλά κυρίως του

εξωτερικού. Η κρίσιμη αυτής σημασίας δυνατότητα δεν είναι διαθέσιμη, στο βαθμό που θα έπρεπε, στον Έλληνα φοιτητή ιατρικής. Για παράδειγμα, στην Ιατρική Αθηνών εγκαινιάστηκε μόλις τον Μάρτιο του 2003 η αίθουσα πολυμέσων όπου υπάρχουν 18 υπολογιστές, σε συνεχή σύνδεση με το διαδίκτυο, για 3.700 γραμμένους «ενεργούς» φοιτητές.

Βέλτιστες πρακτικές

Πρέπει να τονιστεί ότι την τελευταία πενταετία, με ευρωπαϊκή συγχρηματοδότηση, έχουν εγκατασταθεί δίκτυα οπτικών ινών που παρέχουν υψηλότερες ταχύτητες πρόσβασης στα κτήρια της Ιατρικής Σχολής Αθηνών αλλά και των άλλων σχολών επιστημών υγείας, ενώ το Κέντρο Διαχείρισης και Λειτουργίας του Δικτύου του Πανεπιστημίου Αθηνών προσφέρει σημαντικές ψηφιακές ευκολίες, όπως :

- *Υπηρεσία Τηλεδιάσκεψης Πολλαπλών Σημείων
- *Υπηρεσία Σύγχρονης Τηλεκπαίδευσης
- *Υπηρεσία Ασύγχρονης Τηλεκπαίδευσης
- *Υπηρεσία Αρχαιοθέτησης Ιατρικών Εικόνων
- *Υπηρεσία Μετάδοσης Εικονοροών (Video Streaming)
- *Υπηρεσία Ψηφιοποίησης Υλικού Video
- *Υπηρεσία Εικονογραφίας Κατ' Απαίτηση (Video On Demand)

- Με διάφορα προγράμματα έχουν χορηγηθεί ηλεκτρονικοί υπολογιστές σε πολλά μέλη ΔΕΠ. Όμως δεν υπάρχει κεντρική καταγραφή. Σε όλα τα εκπαιδευτικά ιδρύματα του εξωτερικού παρέχεται ή χρηματοδοτείται η αγορά ή και η αντικατάσταση υπολογιστού για κάθε μέλος του διδακτικού προσωπικού, διότι θεωρείται ως απαραίτητο εργαλείο επικοινωνίας, ενημέρωσης, έρευνας και διδασκαλίας.
- Έργο της τελευταίας 15ετίας είναι η κεντρική Βιβλιοθήκη Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών που παρά τα χρόνια προβλήματα

υποχρηματοδότησης εξελίσσεται σε μια σύγχρονη βιβλιοθήκη ανάλογη αυτών του εξωτερικού (Πίνακας 4).

- Σημαντική είναι και η δυνατότητα πρόσβασης σε διεθνείς βάσεις δεδομένων και πληθώρα ιατροβιολογικών περιοδικών, ηλεκτρονικά μέσω της Βιβλιοθήκης Επιστημών Υγείας.
- Οι φοιτητές δεν έχουν ηλεκτρονική πρόσβαση στα περιοδικά από το σπίτι τους άρα πρέπει να χρησιμοποιούν τους 18 (!) υπολογιστές.

Πίνακας 4. Υπηρεσίες παρεχόμενες από τη Βιβλιοθήκη Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών

Γνωστικό Αντικείμενο:	ΙΑτρική, Νοσηλευτική, Οδοντιατρική και άλλες σχετικές επιστήμες όπως Ανατομία, Φυσιολογία, Βιοχημεία, Φαρμακολογία, Μικροβιολογία, Ανοσολογία, Παρασιτολογία, Κλινική Παθολογία, Παθολογική Ανατομία.
Βιβλία:	Η Βιβλιοθήκη διαθέτει περίπου 5.000 τίτλους ελληνικών και ξενόγλωσσων βιβλίων. Η ταξινόμηση και η θεματική επεξεργασία των βιβλίων γίνονται σύμφωνα με το ταξινομικό σύστημα και τις θεματικές επικεφαλίδες της National Library of Medicine της Αμερικής αντίστοιχα.
Περιοδικά:	Η συλλογή των περιοδικών αποτελείται από 279 τίτλους οι οποίοι είναι ταξιθετημένα αλφαβητικά κατά τίτλο. Επίσης, σημαντικός αριθμός ηλεκτρονικών περιοδικών διατίθεται μέσω της HEAL-Link. Το μεγαλύτερο μέρος της συλλογής της Βιβλιοθήκης Επιστημών Υγείας έχει καταχωριστεί στο HORIZON και είναι προσβάσιμο, από οποιοδήποτε έχει πρόσβαση στο διαδίκτυο μέσω του OPAC στην ιστοσελίδα του Πανεπιστημίου Αθηνών διεύθυνση : http://www.lib.uoa.gr .
Λοιπό Υλικό:	Επιπλέον, περιλαμβάνονται διδακτορικές διατριβές, καθώς και άτλαντες σε μορφή CD-ROMS.
Άλλες Υπηρεσίες:	Η βιβλιοθήκη προσφέρει υπηρεσίες δανεισμού στους χρήστες της, δηλαδή παρέχει τη δυνατότητα παραγγελίας άρθρων τόσο από την Ελλάδα όσο και από το εξωτερικό. Επιπροσθέτως, οι χρήστες μπορούν να φωτοτυπήσουν το υλικό της βιβλιοθήκης χρησιμοποιώντας τα δύο φωτοτυπικά μηχανήματα που υπάρχουν στο χώρο. Δυνατή είναι η σάρωση και αποθήκευση εικόνων σε CD-ROMS μετά από αίτηση των αναγνωστών. Τέλος, υπολογιστές παρέχονται για έρευνα και αναζήτηση βιβλιογραφίας σε βάσεις δεδομένων και σε άλλες πηγές επιστημονικής πληροφόρησης όπως η MEDLINE και η HEAL-Link
Προσωπικό:	10 υπάλληλοι με εξειδικευμένες γνώσεις

Πηγή: Δικτυακός τόπος της Βιβλιοθήκης Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών

3.5. Η δημιουργία ιδιωτικών ανωτάτων σχολών επιστημών υγείας

Παρά τον κορεσμό της αγοράς σε επιστημονικό δυναμικό του τομέα της Υγείας και παρά την εμφάνιση υψηλών ποσοστών ανεργίας και υποαπασχόλησης τουλάχιστον στον κλάδο της Ιατρικής, σημαντικό ποσοστό νέων, με την παρότρυνση του οικογενειακού περιβάλλοντος, στρέφονται σε σπουδές στις σχολές επιστημών υγείας. Επειδή η ζήτηση υπερβαίνει κατά πολύ την προσφορά θέσεων στις ελληνικές σχολές (έχουν παραδοσιακά τις υψηλότερες βάσεις εισαγωγής και το μικρότερο ποσοστό εισακτέων) πολλοί υποψήφιοι στρέφονται σε αντίστοιχες σχολές του εξωτερικού. Ο συνήθης προορισμός είναι οι πρώην ανατολικές χώρες (Ρουμανία, Βουλγαρία, Τσεχία, Ουγγαρία, Γιουγκοσλαβία, Πολωνία, κλπ) για τους παρακάτω λόγους:

- Εύκολη εγγραφή λόγω χαλαρών κριτηρίων
- Χαμηλό κόστος σπουδών
- Χαμηλό κόστος διαβίωσης
- Γρήγορη και εύκολη λήψη πτυχίου

Οι πτυχιούχοι των σχολών αυτών για να αναγνωρίσουν το πτυχίο τους στην Ελλάδα δίνουν εξετάσεις στον Διεπιστημονικό Οργανισμό Αναγνώρισης Τίτλων Ακαδημαϊκών και Πληροφόρησης (ΔΟΑΤΑΠ), που αντικατέστησε το 2005 τον ανάλογο οργανισμό ΔΙΚΑΤΣΑ. Σύμφωνα με επίσημα στοιχεία, την πενταετία 1998 – 2003 οι αναγνωρίσεις πτυχίων Ιατρικής από τον ΔΟΑΤΑΠ έφθασαν τις 4.620. Στην τελευταία περίοδο (Δεκέμβριος 2005) στο μάθημα της Παθολογίας δήλωσαν συμμετοχή 2469 πτυχιούχοι ιατρικών σχολών του εξωτερικού. Με βάση τα στοιχεία αυτά την τελευταία επταετία τουλάχιστον 7.000 Έλληνες πήραν πτυχίο Ιατρικής σε σχολές του εξωτερικού. Αυτό σημαίνει ότι:

- Σημαντικά ποσά συναλλάγματος διοχετεύτηκαν σε ξένα ΑΕΙ

- Θέσεις εργασίας σε σχολές επιστημών υγείας του εξωτερικού χρηματοδοτήθηκαν από Έλληνες φοιτητές
- Η ποιότητα των πτυχίων που αποκτήθηκαν είναι αμφίβολη. Χαρακτηριστικό είναι ότι τα ποσοστά αποτυχίας των πτυχιούχων εξωτερικού Ιατρικής στο μάθημα της Παθολογίας, στις εξετάσεις Δεκεμβρίου 2005 του ΔΟΑΤΑΠ πλησιάζουν το 90%. Πρέπει πάντως να σημειωθεί ότι στις αμερικανικές εξετάσεις ECFMG, για την αναγνώριση πτυχίων Ιατρικής, που χορηγήθηκαν σε χώρες εκτός ΗΠΑ, ορισμένες αγγλόφωνες Ιατρικές σχολές της Ανατολικής Ευρώπης έχουν αξιόλογα ποσοστά επιτυχίας, συγκρίσιμα με αυτά των αποφοίτων των Ιατρικών Σχολών της Ελλάδας.

Μία πιθανή λύση στην κάλυψη της μεγάλης ζήτησης σπουδών στον τομέα της υγείας θα ήταν (εφόσον το θεσμικό πλαίσιο το επέτρεπε) η δημιουργία ιδιωτικών σχολών επιστημών υγείας. Ένα τέτοιο εγχείρημα παρουσιάζει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.

Πλεονεκτήματα

- Περιορισμός της φοιτητικής μετανάστευσης.
- Περιορισμός της διαρροής οικονομικών πόρων σε ΑΕΙ του εξωτερικού και κατεύθυνσή τους σε ιδιωτικά ελληνικά ΑΕΙ.
- Δημιουργία θέσεων εργασίας, ιδιαίτερα νέων επιστημόνων και αποτροπή διαρροής επιστημονικού κεφαλαίου στο εξωτερικό.
- Υγιής ανταγωνισμός με τις δημόσιες σχολές επιστημών υγείας που αναβαθμίζει την ποιότητα των σπουδών.
- Προσέλκυση αλλοδαπών φοιτητών ώστε από χώρα εξαγωγής φοιτητών να μετατραπούμε σε χώρα υποδοχής.
- Έλεγχος της ποιότητας των σπουδών και παρεχόμενων τίτλων σπουδών.

Μειονεκτήματα

- Απαιτείται ιδιαίτερα υψηλή επένδυση για την ίδρυση ιδιωτικής σχολής επιστημών υγείας, ιδιαίτερα Ιατρικής – Οδοντιατρικής (βλέπε τα κόστη του Πίνακα 2). Για παράδειγμα απαιτείται δημιουργία εξαρχής ή μετατροπή υπάρχοντος νοσοκομείου σε Πανεπιστημιακό, με τους απαραίτητους χώρους για φοιτητές, μέλη ΔΕΠ, αμφιθέατρα, κλπ. Επίσης, για τα προκλινικά έτη απαιτείται δημιουργία πολυδάπανων εργαστηρίων όπως ανατομίας, φυσιολογίας, κλπ.
- Για την απόσβεση μιας τέτοιας επένδυσης τα δίδακτρα θα πρέπει να διαμορφωθούν σε ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα.
- Δυσκολία πρόσβασης σε οικονομικά ασθενέστερους φοιτητές.
- Συντήρηση του φαινομένου υπερπαραγωγής επιστημόνων υγείας

Προϋποθέσεις ίδρυσης ιδιωτικών Σχολών Επιστημών Υγείας

- Καθορισμός των προδιαγραφών και των απαραίτητων εκπαιδευτικών, επιστημονικών και οικονομικών προϋποθέσεων από το Υπουργείο Παιδείας.
- Ύπαρξη νοσοκομείου πανεπιστημιακών προδιαγραφών («Teaching Hospital»).
- Έλεγχος του προγράμματος σπουδών, των εξετάσεων και των πτυχίων.
- Συνεχής έλεγχος υποδομών και ποιότητας σπουδών από ανεξάρτητο φορέα.
- Καθορισμός ελαχίστων προσόντων διδασκόντων.
- Υποχρέωση σε παραγωγή ερευνητικού έργου.
- Χορήγηση υποτροφιών σε οικονομικά ασθενέστερους φοιτητές.

3.6. Συμπεράσματα

- Πολλές και θεαματικές αλλαγές σημειώθηκαν στις σπουδές επιστημών υγείας στην Ελλάδα τα τελευταία 30 χρόνια. Διατέθηκαν σημαντικά κονδύλια για την ίδρυση νέων σχολών επιστημών υγείας στην περιφέρεια με ευεργετικές επιδράσεις στις τοπικές κοινωνίες αλλά και στην ποιότητα των σπουδών. Διαφορές στην ποιότητα σπουδών ανάμεσα σε παλιότερες και νέες σχολές δεν είναι προφανείς. Πιθανόν η αξιολόγηση να τις αναδείξει. Όμως, η κατεύθυνση των περισσότερων πόρων στην περιφέρεια οδήγησε σε υποχρηματοδότηση και υποβάθμιση των υποδομών των σχολών επιστημών υγείας των Πανεπιστημίων Αθηνών και Θεσσαλονίκης.
- Οι σχολές επιστημών υγείας, όπως άλλωστε και γενικότερα η ανώτατη παιδεία στην Ελλάδα, πάσχουν από χρόνια υποχρηματοδότηση, αδυναμία αυτοδιαχείρισης αλλά και ορθολογικής διαχείρισης των υπαρχόντων πόρων. Οι παρενέργειες του οικονομικού προβλήματος είναι ιδιαίτερα έντονες στις σχολές επιστημών υγείας, που έχουν εκ φύσεως υψηλό κόστος λειτουργίας σε σχέση με άλλες σχολές. Για παράδειγμα η λειτουργία ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου για την εκπαίδευση των νέων ιατρών έχει δυσβάστακτο κόστος.
- Σημαντικά κονδύλια έχουν διατεθεί για τη βελτίωση των υποδομών των σχολών επιστημών υγείας. Για παράδειγμα τις 3 τελευταίες 10ετίες έχουν λειτουργήσει 6 νέα υπερσύγχρονα πανεπιστημιακά νοσοκομεία (Αλεξανδρούπολη, Ιωάννινα, Λάρισα, Πάτρα, Ηράκλειο, Αττικό). Εν τούτοις, οι υπάρχουσες υποδομές δεν είναι ακόμα εφάμιλλες των αντιστοίχων σχολών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των ΗΠΑ. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η ψηφιακή υστέρηση.

- Η ίδρυση ιδιωτικών ανώτατων σχολών επιστημών υγείας έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Προσκρούει όμως στο υψηλό κόστος ίδρυσης και λειτουργίας μιας τέτοιας σχολής.

4. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ – ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΣΧΟΛΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

4.1. Μέλη διδακτικού επιστημονικού προσωπικού (ΔΕΠ)

4.1.1. Εργασιακές σχέσεις – αμοιβές- ετεροαπασχόληση των μελών ΔΕΠ των σχολών επιστημών υγείας.

Πολλά μέλη ΔΕΠ των σχολών επιστημών υγείας εκτός από τη διδασκαλία και έρευνα ασκούν την επιστήμη τους και σε επαγγελματικό επίπεδο. Αυτό γίνεται στα δημόσια νοσοκομεία όπου είναι εγκατεστημένες οι πανεπιστημιακές κλινικές, σε ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα, σε ιδιωτικά ιατρεία / εργαστήρια και σε ιδιωτικές εταιρείες, κυρίως της φαρμακοβιομηχανίας.

Το νομικό καθεστώς που καθορίζει τις εργασιακές σχέσεις των μελών ΔΕΠ και το δικαίωμα άσκησης επαγγέλματος στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα είναι περίπλοκο, ασαφές, συχνά αντιφατικό και συνεχώς μεταβαλλόμενο. Η γενική «αρχή» είναι ότι η πολιτεία δίνει χαμηλούς μισθούς στα μέλη ΔΕΠ σε σχέση με τις σπουδές, το προσφερόμενο κλινικό έργο στις πανεπιστημιακές κλινικές και την υψηλή εξειδίκευση τους και σε αντάλλαγμα τους επιτρέπει την άσκηση επαγγέλματος για βιοπορισμό.

Επιπλέον, τα μέλη ΔΕΠ δεν έχουν σαφώς καθορισμένες υποχρεώσεις και ωράριο ανά εργάσιμη ημέρα, αλλά προβλέπεται από το νόμο το «ελάχιστο όριο ωρών διδασκαλίας» το οποίο ορίζεται ως εξής:

- 6 ώρες διδασκαλίας προπτυχιακών και μεταπτυχιακών μαθημάτων εβδομαδιαίως
- Επιπλέον, να παρευρίσκονται στους πανεπιστημιακούς χώρους 14 ώρες εβδομαδιαίως για να παρέχουν ερευνητικό-επιστημονικό-διοικητικό έργο
- Οι ώρες διδασκαλίας και παρουσίας στους πανεπιστημιακούς χώρους δεν μπορεί να πραγματοποιούνται σε λιγότερο από 3 ημέρες εβδομαδιαίως.

Το νομικό αυτό καθεστώς έχει οδηγήσει σε αρκετά προβλήματα:

- Παρατηρείται το φαινόμενο μελών ΔΕΠ που τις πρωινές εργάσιμες ώρες δεν βρίσκονται στο Πανεπιστήμιο ή στην πανεπιστημιακή κλινική ή εργαστήριο αλλά προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στον ιδιωτικό τομέα.
- Κάποια μέλη ΔΕΠ χρησιμοποιούν τον ακαδημαϊκό τους τίτλο για να προσελκύσουν πελατεία στο ιδιωτικό τους ιατρείο ή για να εργαστούν σε ιδιωτικό θεραπευτήριο και θεωρούν τα ακαδημαϊκά τους καθήκοντα ως πάρεργο.
- Μέλη ΔΕΠ ιατρικών σχολών περιφερικών πανεπιστημίων διατηρούν ιατρείο ή ιδιωτική κλινική στην Αθήνα, όπου και εργάζονται, ενώ πηγαίνουν στην ιατρική σχολή όπου ανήκουν περιστασιακά, για να διδάξουν λίγες ώρες και να επιστρέψουν στην Αθήνα με το επόμενο αεροπλάνο. Είναι υπαρκτό το φαινόμενο μελών ΔΕΠ ακριτικών ιατρικών σχολών που ταυτόχρονα διευθύνουν ιδιωτικές κλινικές / εργαστήρια στην Αθήνα. Πρέπει να σημειωθεί ότι ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος έχει ήδη λάβει πρωτοβουλίες για τον περιορισμό του φαινομένου.
- Μέλη ΔΕΠ (ιδιαίτερα χειρουργικών ειδικοτήτων) χρησιμοποιούν τις πανεπιστημιακές κλινικές, που βρίσκονται σε δημόσια νοσοκομεία, ως ιδιωτικές κλινικές, όπου εισάγουν ασθενείς τους οποίους πρώτα έχουν δει στα ιδιωτικά τους ιατρεία.
- Μέλη ΔΕΠ έχουν επαγγελματικές σχέσεις με την φαρμακοβιομηχανία.

Οι χαμηλές αμοιβές των μελών ΔΕΠ και οι ασαφείς εργασιακές τους σχέσεις έχουν σαν αποτέλεσμα να παραμελείται το διδακτικό – ερευνητικό έργο προς όφελος

της άσκησης ιδιωτικού επαγγέλματος και ο ακαδημαϊκός τίτλος χρησιμοποιείται ως μέσο επιτυχίας στον ιδιωτικό επαγγελματικό τομέα.

Πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα ότι τα φαινόμενα αυτά δεν αφορούν την πλειοψηφία των μελών ΔΕΠ των σχολών επιστημών υγείας, τα οποία προσπαθούν κάτω από αντίξοες συνθήκες να αντεπεξέλθουν στις ακαδημαϊκές τους υποχρεώσεις. Όμως η έκταση τους είναι αρκετή ώστε να υποβαθμίζεται η ποιότητα των παρεχομένων σπουδών.

Προτάσεις

- Καθιέρωση πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των μελών ΔΕΠ των σχολών επιστημών υγείας, συνοδευόμενη με αντίστοιχη αύξηση των μισθών. Το κύριο καθήκον ενός μέλους ΔΕΠ είναι η διδασκαλία, το κλινικό έργο και η έρευνα.
- Να καταργηθούν οι ελάχιστες ώρες διδασκαλίας ανά εβδομάδα και να αντικατασταθούν με συγκεκριμένες υποχρεώσεις. Θεσμοθέτηση ωραρίου των μελών ΔΕΠ στα πανεπιστήμια, π.χ. 9-17 (με διάλειμμα μιας ώρας για γεύμα).
- Να θεσμοθετηθεί διάταξη νόμου που θα υποχρεώνει τα μέλη ΔΕΠ να εργάζονται / κατοικούν στις έδρες των πανεπιστημίων τους και είναι εγγεγραμμένοι μόνο στους τοπικούς επαγγελματικούς συλλόγους (π.χ. τοπικοί ιατρικοί σύλλογοι).
- Η άσκηση κλινικού έργου και ιατρικών πράξεων να γίνεται στις πανεπιστημιακές κλινικές και εργαστήρια, στα πλαίσια της εκπαίδευσης νέων επιστημόνων.
- Θεσμοθέτηση αμιγώς πανεπιστημιακών νοσοκομείων, διοικούμενων και διαχειριζόμενων από το πανεπιστήμιο και όχι από το Υπουργείο Υγείας, όπου

οι πανεπιστημιακοί ιατροί και λοιποί επιστήμονες θα μπορούν να παρέχουν τις υπηρεσίες τους με εργασιακές σχέσεις και αμοιβές που θα καθορίσουν τα πανεπιστημιακά όργανα.

- Δυνατότητα των μελών ΔΕΠ να εργάζονται ως σύμβουλοι στον ιδιωτικό τομέα (ιδιωτικά νοσοκομεία, θεραπευτήρια, φαρμακοβιομηχανία), μετά την λήξη του ωραρίου τους, με πλήρη διαφάνεια και υπό την αιγίδα του πανεπιστήμιου.

4.1.2. Πρόσληψη και εξέλιξη των μελών ΔΕΠ : κριτήρια, αντικειμενικότητα των διαδικασιών

Η αξιολόγηση ενός υποψηφίου για να καταλάβει μια θέση ΔΕΠ σε σχολή επιστημών υγείας (νέα θέση ή εξέλιξη σε ανώτερη βαθμίδα) θα πρέπει να περιλαμβάνει αποτίμηση των προπτυχιακών και μεταπτυχιακών σπουδών, την εξειδίκευση (προκειμένου περί ιατρών και οδοντιάτρων), την επαγγελματική εμπειρία, το διδακτικό έργο και το ερευνητικό έργο.

Στις σχολές επιστημών υγείας η ερευνητική παραγωγή ενός υποψηφίου είναι εύκολα μετρήσιμη, διότι αξιόλογες είναι μόνον εκείνες οι εργασίες που δημοσιεύονται μετά από κρίση ειδικών στο θέμα («peer-review»), σε περιοδικά που περιλαμβάνονται στη βάση δεδομένων των ιατροβιολογικών επιστημών MEDLINE και έχουν μετρήσιμο δείκτη σημαντικότητας (“impact factor”). Ενδεικτικός της αξίας του ερευνητικού έργου ενός υποψηφίου είναι ο αριθμός των μνείων (“citations”) που λαμβάνουν οι δημοσιευμένες του εργασίες από άλλους ερευνητές, όπως δημοσιεύεται στην βάση δεδομένων “Science Citation Index”.

Σε αντίθεση όμως με την αντικειμενική αξιολόγηση για την προσφορά στην έρευνα που γίνεται επί τη βάσει των δημοσιεύσεων και της ποιότητας των

περιοδικών, η εκτίμηση του μέλους ΔΕΠ σαν δασκάλου και κλινικού, είναι δύσκολη και υποχρεωτικά εσωτερική. Το διδακτικό έργο κάθε μέλους ΔΕΠ (προετοιμασία της παράδοσης, εποπτικό υλικό, σημειώσεις, κλπ) μπορεί να αξιολογηθεί επί τη βάσει κρίσεων από συνεργάτες του κρινόμενου και από ανώνυμες αξιολογήσεις από τους διδασκόμενους φοιτητές. Ο Νόμος πλαίσιο προβλέπει ελάχιστα προσόντα για το διδακτικό έργο (π.χ. ώρες διδασκαλίας, ευθύνη μαθημάτων, συμμετοχή σε μεταπτυχιακά μαθήματα, συμμετοχή σε διδακτορικά κλπ.), αλλά αυτά αγνοούνται συχνά από τα εκλεκτορικά σώματα.. Ο πρόσφατος νόμος (Ιούλιος 2005) για την ίδρυση Αρχής Διασφάλισης Ποιότητας περιλαμβάνει σχετικές διατάξεις για την αξιολόγηση του διδακτικού έργου. (Ας σημειωθεί ότι δεν έχουν εκδοθεί ακόμα τα Προεδρικά Διατάγματα και οι Υπουργικές Αποφάσεις για την εφαρμογή του νόμου).

Το κλινικό έργο εκτιμάται σε άλλες χώρες αντικειμενικά, π.χ. αριθμός και είδος επεμβάσεων, τεχνικές που εφαρμόστηκαν, επιπλοκές, ημέρες νοσηλείας και σε καλύτερα οργανωμένο σύστημα εισόδημα που απέφερε στο Πανεπιστήμιο. Επιπλέον, θα μπορούσε να υπάρχει audit για επιπλοκές, θανάτους, διάρκεια νοσηλείας κ.λ.π. από ειδική υπηρεσία όπως είναι παράδοση πλέον σε πολλές χώρες.

Εκλογή νέων μελών ΔΕΠ

Τα τυπικά προσόντα που απαιτεί ο νόμος για την εκλογή ενός νέου μέλους ΔΕΠ στην βαθμίδα του Λέκτορα είναι το πτυχίο, η διδακτορική διατριβή, καθώς και διδακτική και ερευνητική εμπειρία.. Δεν προβλέπονται όμως ελάχιστα προσόντα ανά βαθμίδα, τα οποία να είναι μετρήσιμα και αντικειμενικά, όπως παραδείγματος χάριν αριθμός δημοσιεύσεων σε διεθνή περιοδικά, αριθμός μνείων, κλπ. Αυτή η νομοθετική ασάφεια επιτρέπει την πρόσληψη νέων μελών σύμφωνα με τη βούληση του διευθυντή

του εργαστηρίου ή κλινικής ακόμα και εάν ο υποψήφιος στερείται ουσιαστικών προσόντων.

Στην πράξη η μεγάλη πλειοψηφία των νεοπροσλαμβανόμενων μελών ΔΕΠ είναι αξιολογοί νέοι επιστήμονες, όμως δυστυχώς τα φαινόμενα αναξιοκρατίας και νεποτισμού δεν λείπουν και υποθάλπονται από το ασαφές νομικό πλαίσιο.

Ένα άλλο πρόβλημα που υπάρχει είναι το ζήτημα των "φωτογραφικών" προκηρύξεων. Δεν είναι κακό να προορίζεται κατ' αρχήν μία θέση για ένα συγκεκριμένο άτομο, αλλά η προκήρυξη δε μπορεί να είναι τόσο στενή ώστε μόνο το συγκεκριμένο άτομο να μπορεί να είναι υποψήφιος .

Τέλος, σοβαρό πρόβλημα των ελληνικών και άλλων ευρωπαϊκών πανεπιστημίων είναι η "ενδογαμία", δηλαδή η κάλυψη των ανωτάτων πανεπιστημιακών βαθμίδων μόνον με μέλη ΔΕΠ που ήδη υπηρετούν στη Σχολή. Είναι χαρακτηριστικό ότι στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου των Αθηνών από τους καθηγητές Παθολογίας Α' βαθμίδας μόνο το 15,3% προσελήφθη με ανοιχτές διαδικασίες, ενώ το 95% των αναπληρωτών καθηγητών Παθολογίας κατέλαβαν αυτή τη θέση με τη διαδικασία της προαγωγής. Αυτό πολλές φορές είναι αναγκαίο λόγω ελλείψεως υποψηφίων. Εν τούτοις σοβαροί επιστήμονες του εξωτερικού δεν έχουν ενδεχομένως αρκετά κίνητρα ή και μερικές φορές αποθαρρύνονται για να θέσουν υποψηφιότητα στα ελληνικά Πανεπιστήμια. Η «εντροπία» αυτή είναι ένα φαινόμενο ενδεχομένως επικίνδυνο για το μέλλον του Πανεπιστημίου.

Εξέλιξη μελών ΔΕΠ

Στην εξέλιξη των μελών ΔΕΠ από τη μία βαθμίδα στην άλλη θα πρέπει να αξιολογείται το παραχθέν διδακτικό, ερευνητικό και κλινικό έργο καθώς και διεθνής αναγνώριση και συνεργασίες οι οποίες αυξάνουν και το κύρος και την «ορατότητα»

του Πανεπιστημίου. Αυτό συμβαίνει στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, όπου η εξέλιξη ενός μέλους ΔΕΠ είναι απόρροια μιας σημαντικής προσπάθειας και παραγωγής εκπαιδευτικού και ερευνητικού έργου. Όμως, σε ορισμένες περιπτώσεις, υπεισέρχονται παράγοντες όπως η βούληση του διευθυντή του κρινόμενου, οι φιλικές – κοινωνικές σχέσεις με τα μέλη του εκλεκτορικού σώματος, η κακώς εννοούμενη συναδελφικότητα με αποτέλεσμα να παρατηρείται το φαινόμενο μέλη ΔΕΠ χωρίς ουσιαστικά ακαδημαϊκά προσόντα να ανελίσσονται μέχρι τις ανώτατες βαθμίδες. Η δυνατότητα εξέλιξης στις ανώτερες πανεπιστημιακές βαθμίδες χωρίς την παραγωγή αξιολογού ακαδημαϊκού έργου αποτελεί ισχυρότατο αντικίνητρο και ανασταλτικό παράγοντα για την πρόοδο και την ανταγωνιστικότητα των σχολών επιστημών υγείας.

Ένας τρόπος αντικειμενικής αξιολόγησης του παραγόμενου ερευνητικού έργου είναι ο θεσμός των εξωτερικών κριτών, οι οποίοι είτε θα ανήκουν σε άλλες σχολές επιστημών υγείας, όπως συμβαίνει σήμερα όταν ένα επιστημονικό τμήμα δεν είναι αυτοδύναμο (π.χ. νεο-ιδρυόμενες σχολές), είτε θα είναι αναγνωρισμένοι επιστήμονες του εξωτερικού. Οι κριτές από το εξωτερικό, που θα πρέπει να είναι διεθνείς αυθεντίες στον τομέα τους, είναι απαραίτητοι αφού ανήκουμε σε μια χώρα όπου δεν καλύπτονται από το εσωτερικό δυναμικό της όλα τα ερευνητικά πεδία και οι ειδικότητες. Είναι χαρακτηριστικό ότι, στις μεγάλες σχολές (π.χ. Ιατρική Αθηνών) η επιλογή των εκλεκτόρων γίνεται με κλήρωση. Στις εκλογές για την Α' βαθμίδα όλο το εκλεκτορικό σώμα των 30 ατόμων επιλέγεται με κλήρωση ενώ στις υπόλοιπες βαθμίδες οι μισοί προέρχονται από τον ίδιο τομέα και οι μισοί επιλέγονται με κλήρωση. Αυτή η πρακτική έχει ως αποτέλεσμα πολλές φορές η κρίση του υποψήφιου να γίνεται από μη-ειδικούς, για παράδειγμα καλείται ένας ψυχίατρος να κρίνει το κλινικό και ερευνητικό έργο ενός χειρουργού.

Δεν πρέπει να παραβλέπεται ότι η Ελλάδα διαθέτει ικανούς σε αριθμό και σημαίνοντες επιστήμονες στη διασπορά, στους οποίους θα πρέπει να δοθούν κίνητρα και αρμοδιότητες για να χρησιμοποιηθούν ως αντικειμενικοί κριτές. Η δημιουργία ενός σώματος αξιολογητών, με την ενεργή συμμετοχή καθηγητών από ελληνικά και ξένα Πανεπιστήμια, θα μπορούσε να βοηθήσει προς την κατεύθυνση της αντικειμενικής εξέλιξης των μελών ΔΕΠ.

4.1.3. Αριθμός μελών ΔΕΠ ανά Σχολή και ανά Βαθμίδα

Μια παρενέργεια της «απρόσκοπτης» εξέλιξης των μελών ΔΕΠ σε συνδυασμό με την μονιμότητα είναι το φαινόμενο της «ανάστροφης πυραμίδας» στην ακαδημαϊκή ιεραρχία, όπως φαίνεται στον παρακάτω Πίνακα 5.

Πίνακας 5. Μέλη ΔΕΠ ανά βαθμίδα στις σχολές επιστημών υγείας.

	ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ	ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ	ΕΠΙΚΟΥΡΟΙ ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ	ΛΕΚΤΟΡΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΜΕΛΗ ΔΕΠ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ					
ΑΝΔΡΕΣ	39	199	126	87	
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	6	75	68	41	
ΣΥΝΟΛΟ	45	274	194	128	641
ΜΕΛΗ ΔΕΠ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ					
ΣΥΝΟΛΟ	13	6	13	8	40
ΜΕΛΗ ΔΕΠ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ					
ΣΥΝΟΛΟ	12	38	52	22	124
ΜΕΛΗ ΔΕΠ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ					
ΣΥΝΟΛΟ	8	21	11	3	43
ΜΕΛΗ ΔΕΠ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ					
ΣΥΝΟΛΟ	86	249	78	78	491
ΜΕΛΗ ΔΕΠ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ					
ΣΥΝΟΛΟ	8	25	43	17	93
ΜΕΛΗ ΔΕΠ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ					
ΣΥΝΟΛΟ	5	2	4	7	18
ΜΕΛΗ ΔΕΠ ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ					
ΣΥΝΟΛΟ	28	18	21	29	96
ΜΕΛΗ ΔΕΠ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ					
ΣΥΝΟΛΟ	34	33	28	21	116
ΜΕΛΗ ΔΕΠ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ					
ΣΥΝΟΛΟ	16	9	19	8	52
ΜΕΛΗ ΔΕΠ ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ					
ΣΥΝΟΛΟ	1	6	7	1	15
ΜΕΛΗ ΔΕΠ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ					
ΣΥΝΟΛΟ	33	44	38	31	146
ΜΕΛΗ ΔΕΠ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ					
ΣΥΝΟΛΟ	38	25	44	5	112
ΜΕΛΗ ΔΕΠ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ					
ΣΥΝΟΛΟ	2	6	7	3	18
ΜΕΛΗ ΔΕΠ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΡΑΚΗΣ					
ΣΥΝΟΛΟ	33	25	27	22	107
ΜΕΛΗ ΔΕΠ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ					
ΣΥΝΟΛΟ	3	2	3	3	11
ΜΕΛΗ ΔΕΠ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ					
ΣΥΝΟΛΟ	-	-	-	-	-

*Πηγή τα επίσημα sites των Πανεπιστημίων. Επειδή δεν ανανεώνονται συχνά μπορεί να υπάρχουν μικρές αποκλίσεις από τα τρέχοντα στοιχεία **Υπάρχει και μικρός αριθμός διδασκόντων που ανήκουν σε άλλες κατηγορίες (μόνιμοι επιστημονικοί συνεργάτες, συνεργάτες του νόμου 407, ΕΕΔΙΠ, ΕΤΕΠ, κλπ). Η (-) σημαίνει ότι οι θέσεις είναι υπό προκήρυξη.

Έτσι σε αρκετές σχολές, ιδιαίτερα στις μεγαλύτερες και παλαιότερες οι τακτικοί και αναπληρωτές καθηγητές που ασκούν κυρίως επιτελικά, διοικητικά και

οργανωτικά καθήκοντα είναι περισσότεροι από τα μέλη ΔΕΠ χαμηλότερων βαθμίδων που (θα πρέπει να) είναι περισσότερο μάχιμα και παραγωγικά μέλη, οι στυλοβάτες της εκπαιδευτικής διαδικασίας. Με τον τρόπο αυτό η ανανέωση του ΔΕΠ, που είναι το ζητούμενο στην εποχή μας, θα αργήσει.

Παρατηρείται επίσης μια συσσώρευση μελών ΔΕΠ στις σχολές Αθηνών και Θεσσαλονίκης, που συνοδεύεται από υποστελέχωση των σχολών της περιφέρειας. Τα κενά των σχολών της περιφέρειας καλούνται να καλύψουν ειδικές κατηγορίες διδασκόντων, όπως συνεργάτες του νόμου 407, μέλη ΕΤΕΠ, ΕΕΔΙΠ κλπ. Είναι χαρακτηριστικό ότι στην κτηνιατρική σχολή του πανεπιστημίου Θεσσαλίας, στην Καρδίτσα, που ιδρύθηκε το 1993, υπηρετούν 15 μέλη ΔΕΠ και 26 διδάσκοντες άλλων κατηγοριών, μερικοί από τους οποίους είναι και υπεύθυνοι εργαστηρίων.

4.1.4. Μονιμότητα των μελών ΔΕΠ

Ένα μέλος ΔΕΠ συνήθως προσλαμβάνεται στο Πανεπιστήμιο στην βαθμίδα του Λέκτορα. Μετά 3 έτη έχει το δικαίωμα να υποβάλλει αίτηση για να κριθεί για να εξελιχθεί στην βαθμίδα του Επίκουρου Καθηγητή και τρία χρόνια αργότερα μονιμοποιείται μετά από νέα κρίση. Θεωρητικά οι κρίσεις αυτές είναι ανοικτές και τα μέλη ΔΕΠ που δεν έχουν παράγει ικανοποιητικό διδακτικό – κλινικό – ερευνητικό έργο απομακρύνονται και μετατάσσονται στον ευρύτερο δημόσιο τομέα.

Στην πράξη είναι εξαιρετικά σπάνιες οι περιπτώσεις μη μονιμοποίησης. Μετά τη μονιμοποίηση το μέλος ΔΕΠ θα παραμείνει στο Πανεπιστήμιο μέχρι να συνταξιοδοτηθεί ακόμα και αν δεν παράγει τίποτα. Εάν δεν το ζητήσει δεν θα ξανακριθεί ποτέ. Στην χειρότερη περίπτωση δεν θα εξελιχθεί σε ανώτερη βαθμίδα, αν και στην πράξη η μεγάλη πλειοψηφία εξελίσσεται στον βαθμό του αναπληρωτή καθηγητή (τουλάχιστον).

Πραγματική περίπτωση

Ο κ. Τάδε είναι μεσήλικας, έχει εκλεγεί σε θέση ΔΕΠ και έχει μονιμοποιηθεί στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών. Η μονιμοποίηση του κ. Τάδε έγινε προ 15ετίας. Έκτοτε ο κ. Τάδε δεν έχει δημοσιεύσει ούτε μία εργασία σε έγκριτο (ή μη έγκριτο) επιστημονικό περιοδικό και δεν έχει κάνει καμία ανακοίνωση σε επιστημονικό συνέδριο ή εκδήλωση. Τα καθήκοντά του περιορίζονται σε 12 ώρες διδασκαλίας ανά εκπαιδευτικό εξάμηνο, σε μάθημα ενός προκλινικού έτους. Ο κ. Τάδε κάνει το ίδιο ακριβώς μάθημα, και λέει τα ίδια ακριβώς πράγματα από τις ίδιες φθαρμένες διαφάνειες τα τελευταία 15 χρόνια. Όταν ο κ. Τάδε δεν έχει εκπαιδευτικές υποχρεώσεις (=12 ώρες ανά εξάμηνο), δεν εμφανίζεται στην Ιατρική Σχολή. Ο κ.Τάδε διατηρεί ιδιωτικό Ιατρείο στην συνοικία όπου μένει και στο οποίο βρίσκεται τις εργάσιμες ώρες και ημέρες. Εάν διαιρέσουμε τις ετήσιες απολαβές του κ. Τάδε από το Πανεπιστήμιο Αθηνών δια των ωρών διδασκαλίας (= 24 ετησίως) θα δούμε ότι είναι από τους υψηλότερα αμειβόμενους εργαζόμενους Έλληνες πολίτες ανά ώρα πραγματικής εργασίας.

- Ο κ. Τάδε δεν θα αξιολογηθεί ποτέ μέχρι να πάρει σύνταξη
- Ο κ. Τάδε θα κρατήσει την θέση για 12 ακόμα χρόνια, χωρίς να προσφέρει τίποτα, ενώ την ίδια ώρα διαπρεπείς Έλληνες επιστήμονες της διασποράς θα αναζητούν ματαιώς θέσεις στο ελληνικό Πανεπιστήμιο.

Η μονιμοποίηση εντός δετίας με μάλλον χαλαρά κριτήρια δεν ευνοεί την ακαδημαϊκή απόδοση ενός μέλους ΔΕΠ, και δυστυχώς οδήγησε στην ύπαρξη σημαντικού αριθμού «ανενεργών» μελών ΔΕΠ. Η εύκολη μονιμοποίηση δεν λαμβάνει υπ' όψη :

- τους φοιτητές που θα πρέπει να υποστούν αυτόν το διδάσκοντα

- τους άλλους, ικανότερους υποψηφίους που ενδεχομένως στερούνται μια θέση στο Πανεπιστήμιο ή οδηγούνται σε μετανάστευση.
- ούτε το ίδιο το μονιμοποιηθέν μέλος ΔΕΠ γιατί μένει παγιδευμένο στο να κάνει κάτι για το οποίο δεν είναι κατάλληλος και χάνει την ευκαιρία να βρει μια άλλη θέση που του ταιριάζει.

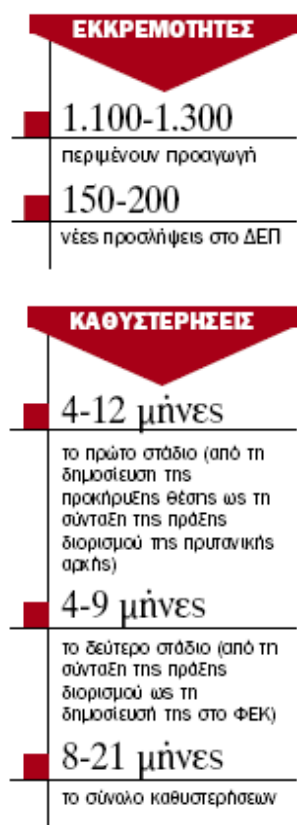
Αυτή η νοοτροπία πρέπει να αλλάξει. Δεν μπορεί να μένει κάποιος έπ' άπειρον στις κατώτερες βαθμίδες. Ή θα προαχθεί, ή θα αδειάσει τη θέση ώστε να δοθεί η ευκαιρία σε κάποιον άλλο.

Στο εξωτερικό υπάρχει ένας περιορισμένος χρόνος κατά τον οποίο κάποιος μπορεί να μείνει σε κατώτερη μη μόνιμη θέση (συνήθως 5-6 χρόνια). Μετά ή προάγεται και μονιμοποιείται (παίρνει “tenure”) ή φεύγει (πρακτική «up or out» δηλαδή προαγωγή ή αποβολή). Αυτό έχει θεσπισθεί ήδη και στην Ελλάδα. Το πρόβλημα είναι ότι οι μονιμοποιούμενοι δεν κρίνονται ουσιαστικά, και αυτό είναι ευθύνη των Σχολών και όχι της Πολιτείας. Εάν ένα μέλος ΔΕΠ δεν μπορεί μέσα σε εύλογο χρονικό διάστημα να συγκεντρώσει τα προσόντα για εξέλιξη στην επόμενη βαθμίδα θα πρέπει να φεύγει από το πανεπιστήμιο και να μετατάσσεται στον ευρύτερο δημόσιο τομέα. Η μονιμότητα δεν θα πρέπει να χορηγείται πριν τη βαθμίδα του αναπληρωτή καθηγητή Χρειάζεται ουσιαστική αξιοκρατία. Μια κοινωνία προοδεύει όταν βάζει τους κατάλληλους ανθρώπους στις κατάλληλες θέσεις, όχι όταν διατηρεί μη παραγωγικούς ανθρώπους στις θέσεις τους από οίκτο ή από κακώς εννοούμενη αλληλεγγύη. Υπάρχει σημαντικός αριθμός ικανών Ελλήνων επιστημόνων με εξειδικευμένες γνώσεις και διάθεση για προσφορά στο πανεπιστήμιο. Ίσως θα άξιζε να δημιουργηθεί αρχείο ιατρών / καθηγητών Ιατρικής (ή κατόχων διδακτορικού) με ακαδημαϊκά ενδιαφέροντα ανά ειδικότητα ώστε να ενημερώνονται ή και να μετακαλούνται όταν προκύπτουν ή προκηρύσσονται θέσεις.

3.1.5. Γραφειοκρατικά προβλήματα σε διορισμούς – εξελίξεις μελών ΔΕΠ

Η διαδικασία για την πρόσληψη ενός νέου μέλους ΔΕΠ ή την εξέλιξη ενός παλαιού είναι εξαιρετικά χρονοβόρα. Από την στιγμή που θα κενωθεί ή ιδρυθεί μία θέση ΔΕΠ μέχρι την προκήρυξη, την κρίση, τον διορισμό και την ορκωμοσία μεσολαβεί χρονικό διάστημα που μπορεί να προσεγγίσει τα 2 έτη (πίνακας 6). Το κύριο αίτιο είναι ατέρμονες γραφειοκρατικές διαδικασίες και καθυστερήσεις.

Πίνακας 6. Στοιχεία από το Υπουργείο Παιδείας που αφορούν εξελίξεις και νέες προσλήψεις μελών ΔΕΠ .



Πηγή: εφημερίδα Τα Νέα, 4-10-2005

Προτάσεις

- Συνεχής αξιολόγηση όλων των μελών ΔΕΠ. Σύνδεση αξιολόγησης – εξέλιξης στην ιεραρχία.

- Συμμετοχή των φοιτητών στην αξιολόγηση, οι οποίοι θα αξιολογούν τον εκάστοτε διδάσκοντα εκ των μελών ΔΕΠ.
- Η εξέλιξη να γίνεται σύμφωνα με συγκεκριμένα αντικειμενικά, μετρήσιμα και διαφανή κριτήρια, και όχι μόνο σύμφωνα με την υποκειμενική άποψη των κρινόντων.
- Εισαγωγή του θεσμού των εξωτερικών κριτών (επιστήμονες αναγνωρισμένου κύρους από την άλλο ΑΕΙ της Ελλάδας ή του εξωτερικού). Στα εκλεκτορικά σώματα να συμμετέχουν εξωτερικοί κριτές.
- Στις εισηγητικές επιτροπές να υπάρχει τουλάχιστον ένα εξωτερικό μέλος.
- Οι διαδικασίες εξέλιξης και εκλογής να είναι ανοιχτές σε όλες τις βαθμίδες.
- Στα κριτήρια εκλογής και εξέλιξης και στις τέσσερις βαθμίδες να δοθεί μεγαλύτερο βάρος στη διεθνή διάσταση του έργου (διεθνείς δημοσιεύσεις, μνείες, συμμετοχή σε διεθνή ερευνητικά ή εκπαιδευτικά δίκτυα καθώς και σε διεθνείς εταιρείες ιδιαίτερα αν είναι ενεργό μέλος, π.χ. στη διοίκηση).
- Η μονιμοποίηση να έρχεται αργότερα (στη βαθμίδα του αναπληρωτή καθηγητή) ως επιστέγασμα μιας ώριμης ακαδημαϊκής καριέρας, μέσα από την διαδικασία της συνεχούς αξιολόγησης και με τη χρήση σαφώς διατυπωμένων αντικειμενικών κριτηρίων.
- Σαφείς διαδικασίες (με συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα) για την απομάκρυνση των μη παραγωγικών μελών και την μετάταξη τους στον ευρύτερο δημόσιο τομέα, όπως προβλέπει ο Νόμος Πλαίσιο (Ν. 1263/82) ή μέτρα / κίνητρα πρόωρης συνταξιοδότησης.
- Να δημιουργηθούν κίνητρα επιστροφής αξιόλογων επιστημόνων που εργάζονται σε γνωστά ερευνητικά κέντρα και πανεπιστήμια της αλλοδαπής.

- Να θεσμοθετηθεί και να εξασφαλιστεί χρηματοδότηση για επισκέπτες καθηγητές-ερευνητές.
- Δραστική μείωση της γραφειοκρατίας και απλοποίηση των διοικητικών διαδικασιών.

Συμπεράσματα

- Τα μέλη ΔΕΠ των σχολών επιστημών υγείας έχουν το δικαίωμα να ασκούν ιδιωτικό επάγγελμα, το οποίο μπορεί να είναι ιδιαίτερα προσοδοφόρο. Έτσι αντισταθμίζουν τους χαμηλούς, σε σχέση με τις σπουδές και την εξειδίκευση τους, μισθούς.
- Η ετεροαπασχόληση και οι ασαφείς εργασιακές σχέσεις σε ορισμένες περιπτώσεις αποβαίνουν σε βάρος της εκπαιδευτικής διαδικασίας.
- Τα κριτήρια που προβλέπει ο νόμος για την πρόσληψη ενός νέου μέλους ΔΕΠ ή για την ακαδημαϊκή εξέλιξη ενός υπηρετούντος είναι μάλλον γενικά και σχετικά ασαφή. *Η μεγάλη πλειοψηφία των νεοπροσλαμβανόμενων μελών ΔΕΠ είναι αξιόλογοι νέοι επιστήμονες, όμως δυστυχώς τα φαινόμενα αναξιοκρατίας και νεποτισμού δεν λείπουν.*
- Η εξέλιξη στις ανώτατες βαθμίδες γίνεται συχνά με κλειστές, εσωτερικές διαδικασίες, επιτρέποντας ορισμένες φορές την ακαδημαϊκή εξέλιξη σε μέλη ΔΕΠ τα οποία δεν έχουν ουσιαστικά προσόντα.
- Η μονιμότητα των μελών ΔΕΠ έρχεται σχετικά γρήγορα και με μη σαφώς διατυπωμένα ακαδημαϊκά κριτήρια.
- Η «απρόσκοπτη» εξέλιξη στις ανώτερες βαθμίδες και η σχετικά πρόωμη μονιμοποίηση οδήγησαν στη δημιουργία σημαντικού αριθμού «μη

παραγωγικών» μελών ΔΕΠ και στο φαινόμενο της «ανάστροφης πυραμίδας» στην ιεραρχία, υπονομεύοντας έτσι την ανανέωση του ΔΕΠ.

4.2. Φοιτητές των Σχολών Επιστημών Υγείας

4.2.1. Αριθμός / αναλογία με μέλη ΔΕΠ

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 3 στην Ιατρική Σχολή Αθηνών υπάρχουν 695 μέλη ΔΕΠ, για περίπου 3.500 «ενεργούς» φοιτητές. Η αναλογία (1 διδάσκων ανά 5 φοιτητές) είναι ικανοποιητική ακόμα και για τα διεθνή πρότυπα. Οι Ιατρικές Σχολές όμως έχουν την ιδιαιτερότητα ότι σε αυτές απαιτείται πρακτική εκπαίδευση με ολιγάριθμες ομάδες φοιτητών. Για παράδειγμα, για την πρακτική εξάσκηση των φοιτητών στην ανατομία απαιτείται μικρός αριθμός φοιτητών ανά ανατομικό τραπέζι με την επίβλεψη ενός μέλους ΔΕΠ. Αυτό απαιτείται ακόμα περισσότερο στα κλινικά έτη όπου η εκπαίδευση γίνεται στις Πανεπιστημιακές κλινικές. Ο αριθμός φοιτητών ανά κλίνη και ανά μέλος ΔΕΠ πρέπει να είναι ιδιαίτερα μικρός για να είναι αποτελεσματική η εκπαίδευση και να μην υπάρχει ιδιαίτερη όχληση ή και άρνηση των ασθενών ή και έκθεσή τους σε νοσοκομειακούς κινδύνους. Στην πράξη, και ιδιαίτερα στις μεγάλες Ιατρικές Σχολές (Αθηνών-Θεσσαλονίκης με χιλιάδες εγγεγραμμένους φοιτητές), αυτό δεν είναι πάντα εφικτό με αποτέλεσμα:

- Την πρακτική εξάσκηση στα εργαστήρια και τις κλινικές σε μεγάλες ομάδες φοιτητών (>10 ανά μέλος ΔΕΠ), με αποτέλεσμα να μην έχουν την δυνατότητα να εξασκηθούν ουσιαστικά
- Την αντικατάσταση της πρακτικής εξάσκησης με διαλέξεις που «βαφτίζονται» εργαστήρια ή κλινική εξάσκηση.

Ποια είναι τα κύρια αίτια μεγάλης αναλογίας φοιτητών ανά μέλος ΔΕΠ στην πρακτική εξάσκηση; Μπορούμε να αναφέρουμε ενδεικτικά τα εξής:

- Μικρός αριθμός αιθουσών διδασκαλίας / εκπαιδευτικών κλινών / θέσεων εργαστηρίου ανά φοιτητή. Για παράδειγμα μία πανεπιστημιακή κλινική με 40 κλίνες δεν είναι σε θέση να εκπαιδεύσει στο αντικείμενό της τους εκατοντάδες εγγεγραμμένους φοιτητές ανά έτος σπουδών.
- Συσσώρευση φοιτητών με εσωτερικές μετεγγραφές και άλλους τρόπους στις δύο μεγαλύτερες Ιατρικές Σχολές (Αθηνών και Θεσσαλονίκης), παρά τον περιορισμένο αριθμό εκπαιδευτικών κλινών, θέσεων στα εργαστήρια και λοιπών υποδομών.
- Η κάθε σχολή δεν έχει το δικαίωμα να καθορίσει τον αριθμό των εισακτέων φοιτητών ανάλογα με την υλικοτεχνική της υποδομή, αλλά υποχρεώνεται να δεχτεί όποιον αριθμό εισακτέων αποφασίζει το Υπουργείο Παιδείας.
- Οι εγγραφές στις σχολές συνεχίζονται και μετά την έναρξη του ακαδημαϊκού έτους με αποτέλεσμα την αδυναμία προγραμματισμού της πρακτικής εκπαίδευσης.
- Ο μικρός αριθμός ημερήσιων εκπαιδευτικών ωρών για τους φοιτητές (π.χ. στο εξωτερικό οι φοιτητές εκπαιδεύονται για 10-12 ώρες την ημέρα και εφημερεύουν). Στην Ελλάδα μετά τις 3 διδάσκονται μόνο ελάχιστα κατ' επιλογήν μαθήματα.
- Οι αποστάσεις που καλούνται να καλύψουν οι φοιτητές όταν ασκούνται σε σχετικά απομακρυσμένα νοσοκομεία όπως οι φοιτητές της Ιατρικής Σχολής Αθηνών.

4.2.2. Θεωρητική εκπαίδευση

Οι σχολές επιστημών υγείας έχουν την ιδιαιτερότητα ότι πρέπει να παρέχουν όχι μόνο θεωρητική αλλά κυρίως πρακτική εκπαίδευση. Οι απόφοιτοι πρέπει να

έχουν πρακτικές δεξιότητες ώστε να μπορούν να παρέχουν επαρκείς υπηρεσίες υγείας. Στην πράξη, τα μαθήματα των σχολών επιστημών υγείας διδάσκονται κατά κύριο λόγο με τη μορφή διαλέξεων από καθέδρας. Η παρακολούθηση των μαθημάτων ΔΕΠ είναι υποχρεωτική, με αποτέλεσμα, για την συντριπτική πλειοψηφία των διδασκομένων μαθημάτων, η παρακολούθηση να είναι απογοητευτική. Χαρακτηριστικά, σε εξάμηνα που είναι γραμμένοι εκατοντάδες φοιτητές κατά την διδασκαλία των περισσότερων μαθημάτων προσέρχονται λιγότεροι από 10 φοιτητές. Υπάρχουν και περιστατικά όπου παραδόσεις ακυρώνονται λόγω μη προσέλευσης φοιτητών.

Αίτια μη προσέλευσης στις παραδόσεις.

- Μη υποχρεωτική παρακολούθηση των παραδόσεων (σε αντίθεση με τα εργαστήρια / κλινικές).
- Ελλιπής προετοιμασία / εποπτικά μέσα του διδάσκοντος
 - Επειδή η διδακτική απόδοση του μέλους ΔΕΠ δεν αξιολογείται, δεν ελέγχεται και δεν αποτελεί ουσιαστικό προσόν για την εξέλιξή του, το μέλος ΔΕΠ δεν έχει ουσιαστικό κίνητρο για να ετοιμάσει μία επαρκή και ενημερωμένη παρουσίαση. Αυτό επαφίεται στην καλή του διάθεση.
 - Στην μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων τα μέλη ΔΕΠ, συχνά με ίδιους πόρους, ετοιμάζουν επαρκέστατες παρουσιάσεις της διδακτέας ύλης.
 - Ορισμένα όμως μέλη ΔΕΠ θεωρούν τη διδασκαλία ως πάρεργο / «αγγαρεία». Υπάρχουν περιπτώσεις που μέλη ΔΕΠ παρουσιάζουν τις ίδιες διαφάνειες για χρόνια και περιορίζονται στο να επαναλαμβάνουν αυτά που γράφονται στο σύγγραμμα, άλλα δε μέλη ΔΕΠ και μάλιστα

τα αρχαιότερα αναθέτουν το διδακτικό έργο σε νεότερα στελέχη των κλινικών ή εργαστηρίων και οι ίδιοι ουδέποτε διδάσκουν.

- Τα διαθέσιμα εποπτικά μέσα σε ορισμένες περιπτώσεις είναι ανεπαρκή. Σε πολλά γνωστικά αντικείμενα ο διδάσκων δεν έχει την δυνατότητα φωτοτυπικής αναπαραγωγής, φωτογράφισης, χρήσης προσωπικού υπολογιστή ή πρόσβασης σε πηγές, ώστε να παρουσιάσει μια επαρκή και σύγχρονη διάλεξη. Παράλληλα το Πανεπιστήμιο δεν παρέχει επαρκή γραμματειακή υποστήριξη ή δε οποιαδήποτε τεχνική υποστήριξη κατευθύνεται συχνά σε άλλες δραστηριότητες.
- Πολλά αμφιθέατρα, ιδιαίτερα στις αρχαιότερες σχολές επιστημών υγείας (Πανεπιστήμια Αθηνών και Θεσσαλονίκης), είναι χτισμένα προ δεκαετιών και στερούνται σύγχρονων οπτικοακουστικών μέσων.
- Η διδασκαλία από καθέδρας στο αμφιθέατρο είναι απρόσωπη και δεν επιτρέπει την άμεση και αμφίδρομη σχέση διδάσκοντος – διδασκόμενου.
- Εάν οι διαλέξεις συμβαίνει να μην προσφέρουν τίποτα περισσότερο από το διδακτικό βιβλίο τότε ο φοιτητής πηγαίνει απευθείας στις εξετάσεις αποστηθίζοντας το βιβλίο.
- Επειδή σχεδόν καθ' όλη τη διάρκεια του έτους υπάρχουν εξεταστικές περιόδους, οι φοιτητές προτιμούν να διαβάζουν για τις εξετάσεις παρά να παρακολουθούν παραδόσεις.

Προτάσεις

- Δημιουργία μικρών τάξεων φροντιστηριακού χαρακτήρα, με υποχρεωτική παρακολούθηση, όπου οι φοιτητές θα συζητούν και αναλύουν την διδακτέα ύλη με ένα υπεύθυνο μέλος ΔΕΠ. Οι σπουδές στις σχολές επιστημών υγείας

πρέπει να είναι και θεωρητικές αλλά κυρίως και πρακτικές και να εφοδιάζουν τον μέλλοντα επιστήμονα υγείας με δεξιότητες. Με την έννοια αυτή οι θεωρητικές διαλέξεις από καθέδρας στο αμφιθέατρο δεν πρέπει να αποτελούν το κυριότερο εκπαιδευτικό εργαλείο αλλά να γίνονται συμπληρωματικά.

- Το μέλος ΔΕΠ θα αξιολογεί την πρόοδο του φοιτητή του και το εάν είναι σε θέση να δώσει εξετάσεις.
- Οι φοιτητές θα αξιολογούν τον διδάσκοντα συμπληρώνοντας ειδικά ανώνυμα έντυπα που θα παραδίδουν απευθείας σε αρμόδια υπηρεσία της σχολής
- Η απόδοση κάθε τάξης στις εξετάσεις θα αξιολογείται. Θα συζητούνται με τον διδάσκοντα και με τα λοιπά μέλη ΔΕΠ τρόποι βελτίωσης της διδασκαλίας, όταν χρειάζεται.
- Η αξιολόγηση του διδάσκοντα από τους φοιτητές και η απόδοση της τάξης στις εξετάσεις θα λαμβάνονται υπόψη (μεταξύ άλλων) στην ετήσια αξιολόγηση του μέλους ΔΕΠ.
- Διάθεση στον διδάσκοντα όλων των απαραίτητων εποπτικών μέσων και της κατάλληλης γραμματειακής υποστήριξης
- Αξιοποίηση νέων τεχνικών όπως e-class καθώς και teleconferences για παρακολούθηση διαλέξεων ή ιατρικών πράξεων που πιθανόν δεν παρέχονται από πανεπιστημιακά νοσοκομεία ή δεν γίνονται σε ικανό αριθμό ώστε να παρακολουθούνται από όλους τους φοιτητές π.χ.. καρδιοχειρουργική, πλαστική άκρων, μεταμοσχεύσεις, παρεμβατική ακτινολογία, κ.λ.π.
- Αξιοποίηση των εφημεριών.
- Παροχή δυνατοτήτων ανάληψης κλινικών πρωτοβουλιών υπό παρακολούθηση.

4.2.3 Εξεταστικό σύστημα

Σύμφωνα με το υπάρχον σύστημα, εξετάσεις στην διδακτέα ύλη διεξάγονται στο τέλος κάθε εξαμήνου, στις 3 εξεταστικές περιόδους (Ιούνιος, Σεπτέμβριος, Ιανουάριος) και σε μία επιπλέον τέταρτη εξεταστική περίοδο που γίνεται για τους φοιτητές «επί πτυχίω» (τέταρτη πτυχιακή). Επιπλέον, οι φοιτητές Ιατρικής κατά την διάρκεια του έκτου έτους εξετάζονται προφορικά σε κάθε κλινικό μάθημα μετά το τέλος της τρίμηνης πρακτικής εξάσκησης.

Εάν λάβουμε υπόψη ότι η κάθε εξεταστική περίοδος διαρκεί 3 εβδομάδες, τότε γίνεται αντιληπτό ότι οι σχολές επιστημών υγείας και ιδιαίτερα οι ιατρικές σχολές μετατρέπονται σε ένα συνεχές εξεταστικό κέντρο. Ο περισσότερος χρόνος, πόροι και ενέργεια καταναλώνονται στις συνεχείς εξετάσεις σε βάρος της διδασκαλίας και έρευνας.

Υφίσταται μία λανθασμένη φοιτητική (και συνδικαλιστική) νοοτροπία:

- Στόχος του Πανεπιστημίου είναι να τελειώνουν γρήγορα οι φοιτητές και να περνάνε εύκολα τα μαθήματα τους.
- *Σωστό:* στόχος της ιατρικής σχολής είναι να προάγει τη γνώση και να διασφαλίσει την υγεία του πληθυσμού, εκπαιδεύοντας επαρκείς επιστήμονες.

Οι φοιτητές έχουν πρακτικά τα παρακάτω δικαιώματα:

- Να δίνουν το κάθε μάθημα απεριόριστες φορές μέχρι να προαχθούν, χωρίς χρονικούς περιορισμούς.

- *Αποτέλεσμα:*

Οι φοιτητές δεν έχουν ουσιαστικό κίνητρο για να μελετήσουν το μάθημα (και ενδεχομένως να παρακολουθήσουν τις σχετικές παραδόσεις ή εργαστήρια), αφού δεν υπάρχουν συνέπειες εάν δεν μελετήσουν και δεν δώσουν εξετάσεις.

- Επίσης, η δυνατότητα ενός φοιτητή να δίνει εξετάσεις απεριόριστες φορές σε ένα μάθημα αυξάνει αδικαιολόγητα τον φόρτο εργασίας των διδασκόντων και το κόστος της πανεπιστημιακής εκπαίδευσης.
- Να «μεταφέρουν» τα μαθήματα που δεν έχουν περάσει σε επόμενο έτος.
 - Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα για μαθήματα που διδάσκονται στο πρώτο έτος, ο φοιτητής να δίνει εξετάσεις στο έκτο έτος, 5-6 χρόνια μετά τη διδασκαλία του μαθήματος. Συχνά δε οι φοιτητές απαιτούν να εξετασθούν στην ύλη του μαθήματος που διδάχθηκε όταν φοιτούσαν στο αντίστοιχο έτος ακόμα κι αν λόγω επιστημονικών εξελίξεων έχει διαφοροποιηθεί σημαντικά.
- Δεν υπάρχει η έννοια του προαπαιτούμενου μαθήματος, δηλαδή της υποχρέωσης ο φοιτητής να έχει προαχθεί σε μικρότερης δυσκολίας, εισαγωγικό, μάθημα, προκειμένου να διδαχθεί και να εξετασθεί σε μεγαλύτερης δυσκολίας, προχωρημένο, μάθημα.
 - *Τυπική περίπτωση*
Ένας φοιτητής Ιατρικής ολοκληρώνει τα τρία πρώτα έτη σπουδών χωρίς να έχει δώσει εξετάσεις σε βασικά μαθήματα όπως ανατομία, φυσιολογία (που μελετά τον τρόπο λειτουργίας του ανθρώπινου οργανισμού, των συστημάτων, οργάνων του ανθρώπου), παθολογική φυσιολογία (που εξηγεί τους μηχανισμούς των νόσων) και την φαρμακολογία. Ο φοιτητής αυτός έχει δικαίωμα να εγγραφεί στα κλινικά έτη, να διδαχτεί και να ασκηθεί επί κλινικών μαθημάτων. Είναι απορίας άξιον πώς μπορεί ένας φοιτητής που δεν γνωρίζει ανατομία να διδαχτεί την χειρουργική, ή χωρίς γνώσεις φυσιολογίας και παθολογικής φυσιολογίας να διδαχτεί εσωτερική παθολογία, ή

χωρίς να γνωρίζει φαρμακολογία να διδαχτεί θεραπευτική των νοσημάτων.

- ο Ο νόμος (άρθρα 24 και 25 του Ν. 1268/82) δίνει την δυνατότητα στη γενική συνέλευση της σχολής να ορίσει προαπαιτούμενα μαθήματα: «Αρμόδια για την κατάρτιση του Προγράμματος Σπουδών είναι η Γενική Συνέλευση της Σχολής. Το πρόγραμμα Σπουδών αναθεωρείται κάθε Απρίλιο. Ο Πρόεδρος της Σχολής συγκροτεί Επιτροπή Προγράμματος από μέλη της Γενικής Συνελεύσεως της Σχολής με ετήσια θητεία, η οποία υποβάλλει σχετική εισήγηση στη Γ.Σ. αφού προηγουμένως κωδικοποιήσει τις προτάσεις των Τομέων. Με τη διαδικασία κατάρτισης του προγράμματος σπουδών ορίζονται τα προαπαιτούμενα και τα εξαρτώμενα από προαπαιτούμενα μαθήματα».
- ο Οι προσπάθειες που έγιναν στο παρελθόν να καθιερωθεί ο θεσμός των προαπαιτούμενων μαθημάτων (π.χ. για να διδαχτεί κάποιος χειρουργική θα πρέπει να έχει περάσει επιτυχώς τις εξετάσεις της ανατομίας) δεν απέδωσαν. Ο λόγος ήταν η ριζική άρνηση των φοιτητικών συνδικαλιστικών παρατάξεων να δεχθούν προαπαιτούμενα μαθήματα και η απροθυμία των διοικητικών οργάνων να έρθουν σε αντιπαράθεση με τους φοιτητές.

Προτάσεις

- Να περιοριστούν οι εξεταστικές περίοδοι σε δύο ετησίως ώστε να απελευθερωθούν χρόνος, πόροι και ενέργεια για τα κύρια καθήκοντα των

μελών ΔΕΠ των σχολών επιστημών υγείας, δηλαδή την διδασκαλία, την κλινική πράξη και την έρευνα για την παραγωγή νέας γνώσης.

- Να μην επιτρέπεται η απεριόριστη εξέταση στο ίδιο μάθημα. Εάν ο φοιτητής αποτύχει 2 συνεχείς φορές ή δεν προσέλθει στις εξετάσεις για περισσότερο από 6 μήνες οφείλει να επαναλάβει το μάθημα / κλινική άσκηση, προκειμένου να επαναλάβει και εμπεδώσει τις απαραίτητες γνώσεις πριν ξαναδώσει εξετάσεις. Δεν είναι εκπαιδευτικά δόκιμο να εξετάζεται κάποιος σε ένα μάθημα το οποίο διδάχτηκε προ 4-5 ετών.
- Να καθιερωθεί ο θεσμός του προαπαιτούμενου μαθήματος. Είναι αντιεκπαιδευτικό (και παράλογο) φοιτητής που δεν έχει γνώσεις π.χ. ανατομίας να διδάσκεται χειρουργική.
- Να καταργηθούν οι απεριόριστες «μεταφορές» μαθημάτων στα επόμενα εξάμηνα. Εάν ο φοιτητής δεν ολοκληρώσει με επιτυχία τις εξετάσεις στα βασικά, τουλάχιστον μαθήματα του εξαμήνου να μην έχει δικαίωμα εγγραφής στο επόμενο. Μόνο έτσι μπορεί να οικοδομήσει στέρεες γνώσεις και κλινική εμπειρία.
- Να διερευνηθούν νέες μέθοδοι προσέγγισης της διδασκαλίας (π.χ. integrated) όπου σε κάθε θέμα εκπαιδεύεται ο φοιτητής από τη σκοπιά πολλών γνωστικών αντικειμένων π.χ. ο καρκίνος του πνεύμονα θα μπορούσε να διδάσκεται από πλευράς επιδημιολογικής (αιτιολογία, συχνότητα), φυσιολογίας (λειτουργικότητα αναπνευστικού συστήματος), παθολογικής/ανατομικής (για διάγνωση) και ιστολογίας, ανατομίας, χειρουργικής (ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία).

4.2.4. Φοιτητική ιδιότητα - «Ανενεργοί» φοιτητές

Οι επιστήμες της υγείας είναι συστηματικές επιστήμες που ανανεώνονται με ταχύτατους ρυθμούς. Απαιτείται σπουδή με συνεχή και εντατικό ρυθμό, γιατί οι γνώσεις και οι δεξιότητες που αποκτούνται σε ένα εξάμηνο σπουδών στηρίζονται και προϋποθέτουν εμπέδωση των γνώσεων των προηγούμενων εξαμήνων. Απομάκρυνση από την καθημερινή μελέτη και πράξη οδηγεί ταχύτατα σε απαξίωση της προϋπάρχουσας γνώσης.

Με το υπάρχον σύστημα ο φοιτητής ιατρικής και των λοιπών σχολών επιστημών υγείας δεν χάνει την φοιτητική του ιδιότητα, πρακτικά για κανένα λόγο. Δεν υπάρχει χρονικός περιορισμός για την ολοκλήρωση των σπουδών. Σύμφωνα με τον νόμο ο φοιτητής διατηρεί ορισμένα προνόμια (π.χ. φοιτητικό εισιτήριο) για όσα χρόνια διαρκεί η κανονική φοίτηση, συν δύο επιπλέον έτη. Μετά αφαιρούνται τα προνόμια, αλλά όχι και η φοιτητική ιδιότητα. Ο φοιτητής μπορεί να συνεχίσει να προσέρχεται στην σχολή, να παρακολουθεί μαθήματα ή να δίνει εξετάσεις κατά το δοκούν. Από τον νόμο δεν προβλέπονται διαγραφές φοιτητών ακόμα και εάν απουσιάζουν για πολλά χρόνια.

- *Πραγματική περίπτωση*

Ο Γιάννης είναι ηλικίας 42 ετών. Προ 15ετίας είχε εγγραφεί στην Ιατρική Σχολή Αθηνών, χωρίς εξετάσεις, ως πτυχιούχος άλλου ΑΕΙ (μια δυνατότητα που σήμερα δεν υπάρχει). Φοίτησε 3 χρόνια, πέρασε τις εξετάσεις σε 5 από τα 15 μαθήματα και στην συνέχεια διέκοψε τις σπουδές του λόγω έλλειψης ενδιαφέροντος. Δέκα έτη αργότερα, αποφάσισε να ολοκληρώσει τις σπουδές του στην Ιατρική. Σύμφωνα με τον νόμο:

- Διατηρούσε την φοιτητική του ιδιότητα.
- Είχε δικαίωμα να δώσει εξετάσεις στα μαθήματα που διδάχτηκε προ δεκαετίας.
- Έχει «κατοχυρώσει» τα μαθήματα που πέρασε προ 10ετίας και δεν υποχρεούται να παρακολουθήσει ξανά τα μαθήματα των 3 πρώτων ετών.
- Έχει δικαίωμα να διδαχτεί και να ασκηθεί στα κλινικά μαθήματα, στις πανεπιστημιακές κλινικές.

Το δικαίωμα διακοπής των σπουδών για μεγάλα χρονικά διαστήματα και η επανάληψη τους κατά βούληση και χωρίς κανένα περιορισμό ακυρώνει οποιαδήποτε εκπαιδευτική διαδικασία. Η διατήρηση της φοιτητικής ιδιότητας χωρίς παρακολούθηση της εκπαιδευτικής διαδικασίας είναι επιζήμια και για το πανεπιστήμιο και για τον φοιτητή και πιθανότατα στην περίπτωση των επιστημών υγείας επικίνδυνη για το κοινωνικό σύνολο. Είναι χαρακτηριστικό όπως φαίνεται στον Πίνακα 7 (βλέπε επόμενη σελίδα) ότι επί 5.240 εγγεγραμμένων φοιτητών, ενεργείς (δηλαδή εγγεγραμμένοι σε κάποιο εξάμηνο) είναι οι 3.364 (64%). Πρακτικά, ένας στους τρεις εγγεγραμμένους φοιτητές έχει εγκαταλείψει τις σπουδές του χωρίς όμως να χάσει το δικαίωμα να τις επαναλάβει όποτε αυτός θελήσει.

Το πρόβλημα των ανενεργών φοιτητών που φοιτούν με διακοπές και κατά βούληση στις σχολές επιστημών υγείας και παίρνουν το πτυχίο τους με πολυετείς καθυστερήσεις έχει σημαντικότερες συνέπειες στην υγεία του πληθυσμού. Οι επιστήμες υγείας δεν είναι θεωρητικές αλλά οι απόφοιτοι των σχολών επιστημών υγείας παίρνουν αποφάσεις που επηρεάζουν δραματικά την υγεία των Ελλήνων πολιτών. Είναι επομένως υποχρέωση της πολιτείας και των ακαδημαϊκών

οργάνων να διασφαλίζουν ότι τα πτυχία αντιπροσωπεύουν επαρκείς γνώσεις και δεξιότητες των κατόχων τους και να μην τα χορηγεί για λόγους επιείκειας ή «κοινωνικής αλληλεγγύης» σε μη επαρκείς φοιτητές.

Πίνακας 7. Ενεργοί* και ανενεργοί φοιτητές των τμημάτων Ιατρικής - Οδοντιατρικής για το ακαδημαϊκό έτος 2004-2005

Τμήμα	Ενεργοί φοιτητές*	Εγγεγραμμένοι φοιτητές	Μεταπτυχιακοί φοιτητές	Πτυχιούχοι ακαδημ. έτους 2003-2004
Ιατρικής ΕΚΠΑ	3364	5240	8343	440
Οδοντιατρικής ΕΚΠΑ	828	1228	330	140
Ιατρικής ΑΠΘ	2661	3483	1218	475
Οδοντιατρικής ΑΠΘ	721	1212	145	107
Ιατρικής Ιωαννίνων	872	962	1400	138
Ιατρικής Πατρών	967	1316	711	157
Ιατρικής Θεσσαλίας	441	450	345	43
Ιατρικής Κρήτης	538	619	806	91
Ιατρικής ΔΠΘ	597	747	726	72
Σύνολο	10.989	15.257	14.024	1.663

* Οι φοιτητές που είναι εγγεγραμμένοι στα προβλεπόμενα εξάμηνα του Τμήματος

ΑΠΘ: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ΔΠΘ: Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης,

ΕΚΠΑ: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Πηγή: Επιτόπια έρευνα της ομάδας ΕΛΙΑΜΕΠ στο ΥΠΕΠΘ (Τμήμα Μελετών και Στατιστικής Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης)-Νοέμβριος& /Δεκέμβριος 2005

Προτάσεις

- Οι φοιτητές οφείλουν να ολοκληρώνουν τις σπουδές τους σε ορισμένο εύλογο χρονικό διάστημα (π.χ. την κανονική διάρκεια των σπουδών συν επιπλέον 2-3 έτη). Σε αντίθετη περίπτωση να αφαιρείται η φοιτητική ιδιότητα.
- Οι σχολές να προσφέρουν στους φοιτητές που έχουν δυσκολία στο να ολοκληρώσουν τις σπουδές τους βοήθεια, όπως ενισχυτική διδασκαλία,

επίβλεψη και καθοδήγηση από μέλος ΔΕΠ και υποτροφίες σε οικονομικά ασθενείς φοιτητές.

- Η δυνατότητα διακοπής των σπουδών για ένα ή δύο το πολύ έτη καθώς και η παράταση του χρόνου φοίτησης για ένα εύλογο επιπλέον χρονικό διάστημα θα μπορούσαν να συζητηθούν για ειδικές περιπτώσεις, όπως μητέρες ανηλίκων, εργαζόμενοι με αποδεδειγμένη πλήρη απασχόληση και ασφαλιστική κάλυψη και χρονίως πάσχοντες.
- Στους υπάρχοντες «ανεργείς» φοιτητές να δοθεί μια επιπλέον ευκαιρία να ολοκληρώσουν τις σπουδές τους, εφόσον το επιθυμούν, και αφού επαναλάβουν την εκπαιδευτική διαδικασία (παρακολούθηση υποχρεωτικών εργαστηρίων, κλινικής εκπαίδευσης και παραδόσεων). Ακολούθως να γίνει εκκαθάριση των μητρώων των σχολών από μη ενεργούς φοιτητές.

4.2.5. Παρακολούθηση της επιστημονικής εξέλιξης του φοιτητή

Με την υπάρχουσα κατάσταση ο φοιτητής, από την στιγμή που εγγράφεται στην σχολή επιστημών υγείας μέχρι να αποφοιτήσει, δεν έχει καμία καθοδήγηση και δεν ελέγχεται η συνολική του επίδοση. Εάν αντιμετωπίσει δυσκολίες στην εκπαίδευσή του, θα πρέπει να τις επιλύσει μόνος του ή να απευθύνεται στον εκάστοτε διδάσκοντα, που δεν έχει ολοκληρωμένη εικόνα για τις ακαδημαϊκές επιδόσεις του φοιτητή.

Είναι χαρακτηριστικό ότι όταν ένας φοιτητής παρουσιάζεται σε έναν διδάσκοντα για να εκπαιδευτεί σε ένα εργαστήριο ή κλινική, ο διδάσκων δεν έχει καμία πληροφορία για την μέχρι τώρα επίδοση του φοιτητή του, δηλαδή για τα μαθήματα που έχει περάσει επιτυχώς, ή πληροφορίες που θα διευκολύνουν την εκπαιδευτική διαδικασία. Επομένως, συνοπτικά:

- Δεν υπάρχει μέλος ΔΕΠ υπεύθυνο για την εκπαίδευση του κάθε φοιτητή.
- Ο φοιτητής είναι αβοήθητος στα προβλήματα που τυχόν θα αντιμετωπίσει στην εκπαίδευσή του.
- Ο διδάσκων αγνοεί τα προβλήματα και τις επιδόσεις των φοιτητών του.

Προτάσεις

- Δημιουργία του θεσμού του σύμβουλου εκπαίδευσης (“advisor” “tutor”), όπως έχει ήδη καθιερωθεί στο εξωτερικό (ΗΠΑ, Αγγλία κλπ).
 - Κάθε φοιτητής από την εισαγωγή του στην σχολή επιστημών υγείας χρεώνεται σε ένα μέλος ΔΕΠ, το οποίο ορίζεται ως σύμβουλος εκπαίδευσης του φοιτητή.
 - Ο φοιτητής απευθύνεται στον σύμβουλό του για κάθε πρόβλημα που αντιμετωπίζει σχετικά με την εκπαιδευτική διαδικασία.
 - Ο σύμβουλος παρακολουθεί την εκπαιδευτική πορεία του φοιτητή, παρεμβαίνει συμβουλευτικά όταν χρειάζεται και συντάσσει ετήσια έκθεση για τον φοιτητή του.
 - Ο φοιτητής αξιολογεί τον σύμβουλο του κατά την αποφοίτηση του με ειδικό έντυπο.
 - Ωστόσο, από τη μέχρι τώρα εφαρμογή του θεσμού του σύμβουλου εκπαίδευσης σε μερικές ελληνικές σχολές (ΕΜΠ, Πολιτικό της Νομικής) προέκυψαν προβλήματα ενημέρωσης και ανταπόκρισης των φοιτητών, που δεν έδειξαν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τον νέο θεσμό. Η ιδιαιτερότητα όμως των σπουδών στις επιστήμες υγείας επιβάλλει την θεσμοθέτηση του συμβούλου παρά τις πιθανές αδυναμίες του θεσμού.

4.2.6. Αριθμός φοιτητών / τρόπος εισαγωγής στις σχολές επιστημών υγείας

Το ακαδημαϊκό έτος 2005 – 2006 είναι εγγεγραμμένοι στην Ιατρική Σχολή Αθηνών περίπου 3.500 «ενεργοί» φοιτητές (Πηγή: επιτόπια έρευνα). Εάν υποθέσουμε ότι με τις εισαγωγικές εξετάσεις κάθε χρόνο μπαίνουν περίπου 160-200 νέοι φοιτητές (Πίνακας 7^α), αυτό σημαίνει ότι στα 12 εξάμηνα (6 έτη) θα έπρεπε να είναι εγγεγραμμένοι 1000 -1200 φοιτητές. Ωστόσο, είναι εγγεγραμμένοι υπέρδιπλάσιοι.

Πίνακας 7^α. Αριθμός εισακτέων στις σχολές επιστημών υγείας για το ακαδημαϊκό έτος 2006-07

ΑΘΗΝΑΣ	ΙΑΤΡΙΚΗΣ	160
ΑΘΗΝΑΣ	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ	90
ΑΘΗΝΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	150
ΑΘΗΝΑΣ	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ	136
ΘΕΣ/ΜΙΚΗΣ	ΙΑΤΡΙΚΗΣ	180
ΘΕΣ/ΜΙΚΗΣ	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ	86
ΘΕΣ/ΜΙΚΗΣ	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ	90
ΘΕΣ/ΜΙΚΗΣ	ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΗΣ	90
ΠΑΤΡΑΣ	ΙΑΤΡΙΚΗΣ	100
ΠΑΤΡΑΣ	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ	80
ΚΩΝΙΝΙΩΝ	ΙΑΤΡΙΚΗΣ	90
ΘΡΑΚΗΣ	ΙΑΤΡΙΚΗΣ (ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ)	100
ΘΡΑΚΗΣ	ΜΟΡΙΑΚΗΣ ΒΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΓΕΝΕΤΙΚΗΣ (ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ)	86
ΚΡΗΤΗΣ	ΙΑΤΡΙΚΗΣ (ΗΡΑΚΛΕΙΟ)	70
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	ΙΑΤΡΙΚΗΣ (ΛΑΡΙΣΑ)	66
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΗΣ (ΚΑΡΔΙΤΣΑ)	36
ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟΥ (ΑΘΗΝΑΣ)	ΕΠΕΤΗΜΗΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	40
ΠΕΛ/ΝΗΣΟΥ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ (ΣΠΑΡΤΗ)	80
ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΩΝ 3ου ΕΠΕΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΕΔΙΟΥ		1.716

Πηγή: Υπουργείο Παιδείας, Φεβρουάριος 2006

Αυτό οφείλεται στην εισαγωγή φοιτητών χωρίς εξετάσεις, αλλά με ειδικές διατάξεις νόμων, οι οποίοι θεσπίζονται από τις εκάστοτε κυβερνήσεις και τροποποιούνται

περιοδικά όπως επίσης και στη δυνατότητα (μέχρι πρόσφατα) μετεγγραφών από το εξωτερικό για διάφορους λόγους (κοινωνικούς, ιατρικούς, κ.λ.π.)..

- Οι σχολές επιστημών υγείας ερωτώνται και συνήθως δέχονται τους επιπλέον φοιτητές έστω και εάν δεν έχουν τις απαραίτητες υποδομές για να τους εκπαιδεύσουν. Υπάρχουν πάντως Ιατρικές Σχολές που έχουν πάρει την απόφαση να μην δέχονται κανέναν (ή να δέχονται ελάχιστους) υπεράριθμους φοιτητές.
- Η συσσώρευση φοιτητών σε σχολές με περιορισμένους πόρους και υποδομές υποβαθμίζει την ποιότητα της παρεχόμενης εκπαίδευσης.
- Δημιουργείται αίσθημα αδικίας στους φοιτητές που επιτυγχάνουν στις εισαγωγικές εξετάσεις.
- Οι εγγραφές φοιτητών που δεν εισάγονται με εισαγωγικές εξετάσεις δεν γίνονται στην έναρξη της ακαδημαϊκής χρονιάς, αλλά κατά την διάρκειά της, με αποτέλεσμα να διαταράσσεται η εκπαιδευτική διαδικασία.
 - ο Για παράδειγμα ένα εργαστήριο προγραμματίζει το εκπαιδευτικό του πρόγραμμα την αρχή της χρονιάς και πληροφορείται τον Φεβρουάριο ή Μάρτιο ότι πρέπει να εκπαιδεύσει 100 επιπλέον φοιτητές. Είναι προφανές ότι το πρόγραμμά του ανατρέπεται.
- Σήμερα το φαινόμενο των μετεγγραφών από πανεπιστήμια του εξωτερικού έχει περιοριστεί, μετά από την απαγόρευσή τους με νόμο το 2002. Αντίθετα οι μεταγραφές για λόγους «υγείας» ή για «κοινωνικούς» λόγους συνεχίζονται.
- Στο πολύ πρόσφατο παρελθόν, εκατοντάδες έλληνες φοιτητές σχολών επιστημών υγείας ιδίως των ανατολικο-ευρωπαϊκών χωρών μεταγράφονταν κάθε χρόνο στην μέση της χρονιάς, με αδιαφανείς διαδικασίες, προκαλώντας εκπαιδευτικό «έμφραγμα». Η μεγάλη πλειοψηφία των μετεγγραφομένων με

τον τρόπο αυτό ήταν ανεπαρκείς δυσχεραίνοντας την εκπαίδευση και των υπολοίπων. Είναι χαρακτηριστικό ότι μαθητές που αποφοίτησαν από το λύκειο με βαθμούς 10 -11 βρέθηκαν με τον τρόπο αυτό να «σπουδάζουν» ιατρική, οδοντιατρική και λοιπές επιστήμες υγείας παράλληλα με τους αριστούχους μαθητές που εισήχθησαν στις σχολές με εξετάσεις.

- Ο αριθμός των εισακτέων υπολογίζεται χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι ανάγκες της αγοράς (βλέπε σχετικό κεφάλαιο για τη σχέση πανεπιστημίων και αγοράς εργασίας στην παρούσα έρευνα του ΕΛΙΑΜΕΠ).

Προτάσεις

- Καθορισμός του αριθμού των εισακτέων με βάση:
 - Τον αριθμό φοιτητών που μπορεί η κάθε σχολή να εκπαιδεύσει επαρκώς, σύμφωνα με απόφαση των διοικητικών της οργάνων.
 - Τον αριθμό και τις ειδικότητες νέων επιστημόνων υγείας που έχει ανάγκη η χώρα, σύμφωνα με έναν μακροπρόθεσμο εθνικό σχεδιασμό, στον οποίο εμπλέκονται ακαδημαϊκοί, επαγγελματικοί και κοινωνικοί φορείς.
- Δραστικό περιορισμό (ή και κατάργηση) των εγγραφών φοιτητών «ειδικών κατηγοριών» χωρίς εισαγωγικές εξετάσεις. Μοναδική εξαίρεση να αποτελούν άτομα τα οποία για (αποδεδειγμένους) λόγους υγείας δεν μπορούν να συμμετέχουν στις εισαγωγικές εξετάσεις και για τα οποία οργανώνονται ειδικές εξετάσεις για προκαθορισμένο ανά σχολή αριθμό θέσεων.
- Απαγόρευση εγγραφών νέων φοιτητών στα μέσα του ακαδημαϊκού έτους.

4.2.7. Πειθαρχικός έλεγχος των φοιτητών – ιδιαιτερότητες στις Σχολές Επιστημών Υγείας

Η συντριπτική πλειοψηφία των φοιτητών στις σχολές επιστημών υγείας είναι νέοι με όραμα και θέληση για σπουδές. Υπάρχει όμως και μια μειοψηφία φοιτητών που με διάφορες προφάσεις εμφανίζουν παραβατική συμπεριφορά. Η πανεπιστημιακή ζωή χαρακτηρίζεται από την πλήρη ανεκτικότητα σε περιστατικά παραβατικής συμπεριφοράς των φοιτητών. Από τα απλά περιστατικά (π.χ. αντιγραφή κατά τη διάρκεια των γραπτών εξετάσεων) μέχρι και σοβαρότερα, (βιαιοπραγία σε βάρος συμφοιτητών ή μελών ΔΕΠ, καταστροφή πανεπιστημιακής περιουσίας, βίαιη παρεμπόδιση λειτουργίας ακαδημαϊκών οργάνων κλπ), η συνήθης πρακτική των ΑΕΙ είναι η ατιμωρησία. Τα αίτια είναι:

- Ο θεσμός του λεγόμενου «ακαδημαϊκού ασύλου» που διευκολύνει την παραβατικότητα και δυσχεραίνει την επιβολή του νόμου στα πανεπιστήμια.
- Η έλλειψη επαρκούς φύλαξης των χώρων των πανεπιστημίων.
- Η ελεύθερη και ανεξέλεγκτη είσοδος στους χώρους του πανεπιστημίου ατόμων που δεν έχουν την φοιτητική ή άλλη ακαδημαϊκή ιδιότητα.
- Η απροθυμία των συνδικαλιστικών φοιτητικών παρατάξεων να δεχτούν οποιονδήποτε πειθαρχικό έλεγχο.
- Η απροθυμία των διοικητικών οργάνων των ΑΕΙ να συγκρουστούν με τις φοιτητικές παρατάξεις.

Η ανοχή της παραβατικής συμπεριφοράς δίνει λάθος μηνύματα και διαπαιδαγώγηση στον μελλοντικό επιστήμονα υγείας. Σε μελέτη, που δημοσιεύτηκε στο πλέον έγκυρο ιατρικό περιοδικό του κόσμου, φάνηκε ισχυρότατη συσχέτιση μεταξύ των πειθαρχικών παραπτώματων των ιατρών και της παραβατικότητας που

είχαν ως φοιτητές στις Ιατρικές Σχολές (Papadakis M. et al. «Disciplinary action by medical boards and prior behavior in medical School». *New England Journal of Medicine* 2005, 353:2673-2682). Φοιτητές που είχαν παραβατική συμπεριφορά στο πανεπιστήμιο είχαν πολλαπλάσιες πιθανότητες να υποπέσουν μελλοντικά σε πειθαρχικά παραπτώματα (π.χ απάτες σε βάρος ασφαλιστικών ταμείων, εξαπάτηση ασθενών, κλοπές στο χώρο εργασίας, χρήση ουσιών, κλπ) ως γιατροί.

Προτάσεις

- Μη ανοχή από την ακαδημαϊκή κοινότητα (μέλη ΔΕΠ και φοιτητές) φαινομένων παραβατικής συμπεριφοράς
- Να καταρτιστεί ένας αυστηρός ηθικός κώδικας δεοντολογίας για φοιτητές και διδάσκοντες με ρητές συνέπειες που θα φτάνουν μέχρι και την διαρκή αποβολή από το Πανεπιστήμιο.
- Επαναπροσδιορισμός της έννοιας του ακαδημαϊκού ασύλου, που ενδεχομένως συνοδεύεται με επαναπροσδιορισμό και των καλυπτόμενων χώρων. Το άσυλο να καλύπτει μόνο τα μέλη της ακαδημαϊκής κοινότητας. Η άρση του ασύλου, όταν χρειάζεται, να αποφασίζεται ταχύτατα.

4.2.8. Φοιτητικά συγγράμματα στις σχολές επιστημών υγείας

Το επιστημονικό αντικείμενο των σχολών επιστημών υγείας αλλάζει ταχύτατα και ο ρυθμός ανανέωσης των γνώσεων συνεχώς επιταχύνεται. Για τον λόγο αυτό τα συγγράμματα που διανέμονται στους φοιτητές θα πρέπει να ανανεώνονται σε εύλογο χρονικό διάστημα. Ατυχώς υπάρχουν αρκετά συγγράμματα που δεν έχουν ανανεωθεί την τελευταία 10ετία. Επίσης, τα συγγράμματα αυτά θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένα στα προβλήματα υγείας του ελληνικού χώρου και να απευθύνονται σε έλληνες φοιτητές. Σε πολλές περιπτώσεις, χορηγούνται (κακο-) μεταφρασμένα

συγγράμματα ξένων πανεπιστημίων (κυρίως των ΗΠΑ) τα οποία επικεντρώνονται σε προβλήματα υγείας των χωρών τους και ασχολούνται ελάχιστα με προβλήματα υγείας που είναι συχνά στην Ελλάδα. Για παράδειγμα, νοσήματα που ενδημούν στην Ελλάδα, όπως η βρουκέλλωση και η λείσμανίαση, καλύπτονται ελάχιστα και περιληπτικά στα μεταφρασμένα ξένα συγγράμματα. Αντίθετα νοσήματα που αφορούν κυρίως τις ΗΠΑ, όπως η νόσος των βραχωδών ορέων αναπτύσσονται εξαντλητικά. Παρόμοια περίπτωση αποτελούν και τα προβλήματα υγείας των οικονομικών μεταναστών. Άλλο παράδοξο φαινόμενο είναι το ότι για το ίδιο γνωστικό αντικείμενο (π.χ. εσωτερική παθολογία ή χειρουργική) κάθε κλινική του ίδιου πανεπιστημίου χορηγεί διαφορετικό σύγγραμμα (π.χ οι 6 παθολογικές κλινικές της Ιατρικής Σχολής Αθηνών χορηγούν στους φοιτητές 6 διαφορετικά συγγράμματα παθολογίας από τα οποία και εξετάζονται). Ιδιαίτερο δε πρόβλημα αποτελεί ότι το περιεχόμενο των βιβλίων αυτών ακόμα και σε επίπεδο κεφαλαίων και έκτασης δεν συμπίπτει.

Τα συγγράμματα των σχολών επιστημών υγείας έχουν υψηλό κόστος επειδή αναγκαστικά περιέχουν πολλές εικόνες, φωτογραφίες και διαγράμματα. Εν τούτοις, χορηγούνται δωρεάν σε όλους τους φοιτητές, ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση, επιβαρύνοντας σημαντικά τον προϋπολογισμό των σχολών. Αυτό είναι απαραίτητο για τους οικονομικά ασθενέστερους φοιτητές που δεν μπορούν να καλύψουν το κόστος των συγγραμμάτων. Οι εύποροι όμως φοιτητές μπορούν να αναλάβουν το κόστος, έτσι ώστε οι πόροι που εξοικονομούνται να κατευθύνονται στην ενίσχυση των βιβλιοθηκών επιστημών υγείας. Είναι παράδοξο εύποροι φοιτητές που έρχονται στην σχολή με πολυτελή σπορ αυτοκίνητα να μην πληρώνουν για τα βιβλία τους αλλά να επιβαρύνεται το πανεπιστήμιο.

Προτάσεις

- Χορήγηση κινήτρων στα μέλη ΔΕΠ για την συγγραφή σύγχρονων καλαίσθητων και εκπαιδευτικά άρτιων συγγραμμάτων που απευθύνονται στον Έλληνα φοιτητή και ανταποκρίνονται στα επίπεδα των καλών ιατρικών σχολών του εξωτερικού.
- Ανανέωση των συγγραμμάτων σε εύλογα χρονικά διαστήματα ανάλογα με την εξέλιξη του κάθε γνωστικού αντικειμένου.
- Κρίση της ποιότητας και επάρκειας των συγγραμμάτων από εξωτερικούς κριτές και καθιέρωση βραβείων για τα πιο καλογραμμένα. Σημαντική είναι επίσης και η γνώμη των φοιτητών για την ποιότητα και χρηστικότητα των συγγραμμάτων.
- Χορήγηση δωρεάν συγγραμμάτων μόνο στους οικονομικά ασθενέστερους φοιτητές, με στόχο τη διοχέτευση των επιπλέον κονδυλίων στις βιβλιοθήκες.
- Τα διεθνή συγγράμματα αναφοράς να είναι διαθέσιμα στις βιβλιοθήκες.
- Ενθάρρυνση των φοιτητών να παρακολουθούν τις εξελίξεις μέσω των πιο έγκριτων περιοδικών.
- Ενθάρρυνση της επάρκειας και χρήσης της αγγλικής κυρίως γλώσσας.

4.3. Διοικητικό προσωπικό

Ένα σημαντικό πρόβλημα, που αφορά βέβαια όλα τα ΑΕΙ, είναι το (ασαφές) νομικό καθεστώς του μόνιμου δημοσίου υπαλλήλου στο οποίο υπάγονται τα μέλη του διοικητικού προσωπικού και επομένως δεν υπάγονται στην άμεση δικαιοδοσία των διοικητικών οργάνων των πανεπιστημίων, δηλαδή στις Γενικές Συνελεύσεις των σχολών / τμημάτων. Αυτό το καθεστώς ενδεχομένως μπορεί να οδηγήσει σε δυσλειτουργίες.

Πρόταση

Υπαγωγή των διοικητικών υπαλλήλων στο καθεστώς του υπαλλήλου του Πανεπιστημίου και επομένως υπαγωγή του στη δικαιοδοσία των διοικητικών οργάνων της σχολής.

4.4 Βοηθητικό προσωπικό

Οι πλέον επείγουσες ανάγκες είναι σε προσωπικό φύλαξης των χώρων των πανεπιστημίων, υπαγόμενο στα αρμόδια όργανα του πανεπιστημίου, με ταυτόχρονη θεσμοθέτηση αρμοδιοτήτων, ώστε να μπορούν να παρέμβουν αποτελεσματικά όποτε χρειαστεί.

Σημαντικές ανάγκες υπάρχουν και σε γραμματειακή υποστήριξη. Γραμματείς δεν υπάρχουν. Όσοι/ες υπάρχουν έχουν προσληφθεί ως παρασκευαστές και στην πλειονότητα των περιπτώσεων υπάρχει αναντιστοιχία προσόντων και καθηκόντων τα οποία καλούνται να ασκήσουν.

Συμπεράσματα

- Οι σπουδές στις σχολές επιστημών υγείας πρέπει να είναι πρακτικές και να εφοδιάζουν τον μέλλοντα επιστήμονα υγείας με δεξιότητες. Με την έννοια αυτή οι θεωρητικές διαλέξεις από καθέδρας στο αμφιθέατρο, όπου η παρακολούθηση δεν είναι υποχρεωτική θα πρέπει να αντικατασταθούν με τη δημιουργία μικρών τάξεων φροντιστηριακού χαρακτήρα, με υποχρεωτική παρακολούθηση

- Η αναλογία φοιτητών ανά διδάσκοντα στις κλινικές και τα εργαστήρια θα πρέπει να βελτιωθεί.
- Οι αλληπάλληλες εξεταστικές περίοδοι πρέπει να περιοριστούν γιατί υποβαθμίζουν την ποιότητα των σπουδών.
- Υπάρχει σημαντικό πρόβλημα «ανενεργών» φοιτητών που θα πρέπει να αντιμετωπιστεί συνολικά και συναινετικά.
- Οι σχολές επιστημών υγείας έχουν μεγάλη ζήτηση μεταξύ των υποψηφίων φοιτητών με αποτέλεσμα να ασκούνται πιέσεις για εισαγωγές φοιτητών με άλλους τρόπους εκτός των εισαγωγικών εξετάσεων. Παρά τον περιορισμό του φαινομένου με νομοθετικές ρυθμίσεις τα τελευταία χρόνια, εξακολουθεί να αποτελεί σημαντικό πρόβλημα.
- Η ανοχή της παραβατικής συμπεριφοράς των φοιτητών δίνει λάθος μηνύματα και διαπαιδαγώγηση στον μελλοντικό επιστήμονα υγείας.

5. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΙΣ ΣΧΟΛΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

5.1. Εισαγωγή

Ένα ικανό ποσοστό της έρευνας στις Ιατροβιολογικές επιστήμες γίνεται στις σχολές επιστημών υγείας των πανεπιστημίων. Η έρευνα στις ιατροβιολογικές επιστήμες χωρίζεται σε κλινική και βασική, όχι διότι οι δύο αυτές μορφές της είναι ανεξάρτητες, αλλά διότι απαιτούν διαφορετικές ικανότητες, μέσα και υποδομή για την επιτέλεσή τους.

- Η κλινική έρευνα απαιτεί έμπειρους κλινικούς ιατρούς, με επαρκή κατάρτιση στη μεθοδολογία της έρευνας και άνεση στην παρακολούθηση των διεθνών εξελίξεων στην κλινική πράξη, παρουσία όλων των ιατρικών ειδικοτήτων, υλικοτεχνική αρτιότητα σε όλα τα σύγχρονα ιατρικά όργανα και διοικητική υποστήριξη. Με την κλινική έρευνα επιτυγχάνεται η αναγνώριση καινούργιων κλινικών οντοτήτων, η κατανόηση των παθογενετικών μηχανισμών των νόσων και η ανάπτυξη νέων θεραπευτικών παρεμβάσεων (τεχνικών ή φαρμακευτικών).
- Η βασική έρευνα εκτός της τεχνολογικής υποδομής και του άριστα εκπαιδευμένου ανθρώπινου δυναμικού είναι πολυδάπανη για την εκτέλεσή της, χρονοβόρα και ανταγωνιστική. Με τη βασική έρευνα επιχειρείται η κατανόηση των μηχανισμών των νόσων σε κυτταρικό και μοριακό επίπεδο, και η εξέλιξη των διαγνωστικών και θεραπευτικών μέσων. Στην βασική έρευνα περιλαμβάνεται και η έρευνα σε πειραματόζωα.
- Επιδημιολογική / αιτιολογική έρευνα, π.χ. αναγνώριση αιτιών των νόσων.

5.2. Η έρευνα στις σχολές επιστημών υγείας στην Ελλάδα

Στον Πίνακα 8 φαίνονται οι δημοσιεύσεις σε ιατροβιολογικά επιστημονικά περιοδικά, που προέρχονται από την Ελλάδα και άλλες επιλεγμένες χώρες, για το έτος 2004.

Πίνακας 8. Έρευνα στην Ελλάδα συγκριτικά με άλλες χώρες

ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΣΕ ΙΑΤΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2004					
Ελλάδα		676			
Τουρκία		1603			
Φιλανδία		1461			
Πορτογαλία		390			
Σουηδία		2239			
Ιρλανδία		708			

Η αναζήτηση έγινε από εμάς στη βάση δεδομένων PUBMED της National Library of Medicine των National Institutes of Health των ΗΠΑ. Η βάση αυτή περιλαμβάνει όλα τα ιατροβιολογικά επιστημονικά περιοδικά παγκοσμίως τα οποία πληρούν αυστηρά κριτήρια αξιοπιστίας και ποιότητας της έρευνας. Τα άρθρα που γίνονται δεκτά προς δημοσίευση υποβάλλονται προηγουμένως σε κρίση από ανεξάρτητους κριτές ειδικούς στο εκάστοτε αντικείμενο (“peer review”). Η δημοσίευση των αποτελεσμάτων των ερευνητικών προγραμμάτων στα περιοδικά αυτά αποτελεί αναγνώριση της ποιότητας και σημαντικότητας της έρευνας. Υπό την έννοια αυτή ο αριθμός των δημοσιεύσεων σε επιστημονικά περιοδικά που περιλαμβάνονται στην βάση δεδομένων PUBMED αποτελεί τον κυριότερο δείκτη της ποιότητας και ποσότητας της έρευνας που διεξάγεται σε κάθε χώρα. Οι λέξεις κλειδιά

που χρησιμοποιήσαμε ήταν Greece, University of Athens, Thessaloniki, Ioannina, Patra, Larissa, Thessalia, Herakleion, Crete, Thrace, Alexandroupolis.

Διευκρινίζουμε ότι η έρευνα αυτή δεν είναι συστηματική αλλά αδρή γιατί υπάρχουν επικαλύψεις, καθώς και δημοσιεύσεις που δεν προέρχονται από σχολές επιστημών υγείας αλλά από ανεξάρτητα κέντρα ιατροβιολογικών ερευνών. Ο πίνακας δεν λαμβάνει υπ' όψιν πληθυσμό επιστημόνων, χρηματοδότηση ή αριθμό Πανεπιστημίων. Επομένως οι αριθμοί που παρατίθενται είναι ενδεικτικοί.

Παρατηρούμε ότι το 2004 μόνο η Πορτογαλία υπολείπεται της Ελλάδας σε παραγωγή ιατροβιολογικών εργασιών δημοσιευμένων σε έγκυρα περιοδικά.

Βέλτιστες πρακτικές

Θα πρέπει να υπογραμμιστεί ότι στις ελληνικές σχολές επιστημών υγείας υπάρχουν νησίδες παραγωγής ποιοτικού ερευνητικού έργου, το οποίο αντανακλάται σε δημοσιεύσεις σε διεθνή επιστημονικά περιοδικά υψηλού κύρους. Πολύ συχνά εργασίες που εκπονήθηκαν στην Ελλάδα δημοσιεύονται σε διεθνή περιοδικά με την μεγαλύτερη απήχηση στον τομέα τους, όπως το Science, New England Journal of Medicine, Annals of Internal Medicine, Lancet και άλλα.

5.3. Χρηματοδότηση της έρευνας

Ο κύριος ανασταλτικός παράγοντας για την ανάπτυξη και την ευόδωση της έρευνας στην Ελλάδα είναι η πολύ χαμηλή χρηματοδότηση που δεν αρκεί ούτε για την κάλυψη των βασικών αναγκών. Έτσι η συνέχιση της έρευνας στην Ελλάδα γίνεται μόνο από το Ελληνικό φιλότιμο. Στην τελευταία έκθεση της Ευρωπαϊκής Ένωσης η Ελλάδα κατατάσσεται στην 23^η θέση μεταξύ των 25 χωρών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ως προς τις επιδόσεις της στην παραγωγή καινοτόμου έρευνας.

Η Κομισιόν υποστηρίζει ότι η απόσταση που μας χωρίζει από τον κοινοτικό μέσο όρο υπολογίζεται ότι θα καλυφθεί μετά από 50 χρόνια.

Σύμφωνα με στοιχεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Eurostat 2003), το ποσοστό που διατίθεται στην έρευνα και στην ανάπτυξη της τεχνολογίας στη χώρα μας είναι ίσο με το **0.61%** του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος, ενώ ο αντίστοιχος μέσος όρος των 25 χωρών μελών της ΕΕ είναι **1,93%** του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος. Είναι χαρακτηριστικό ότι χώρες με παραγωγή καινοτόμου έρευνας επενδύουν πολύ μεγαλύτερο ποσοστό του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος στην παραγωγή νέας γνώσης. Η Γερμανία διαθέτει για την έρευνα το **2.51%**, η Βρετανία **1,89%** και η Σουηδία **4,27%** του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος. Από τις χώρες του ΟΟΣΑ η μόνη χώρα που βρίσκεται σε χαμηλότερη θέση από εμάς είναι η Τουρκία.

Η αποζημίωση των περισσότερων μεταπτυχιακών υποτρόφων είναι υποτυπώδης. Αυτό αποτρέπει πολλούς νέους επιστήμονες να εντρυφήσουν στην έρευνα, ενώ ταυτοχρόνως οδηγεί στο εξωτερικό άλλους με μεγάλη επιθυμία να κάνουν έρευνα. Έτσι η Ελλάδα χάνει δυναμικούς νέους που πολλοί απ' αυτούς παραμένουν εφ' όρου ζωής ως μετανάστες επιστήμονες του εξωτερικού.

Επιπρόσθετα στη χώρα μας δεν υπάρχουν προγράμματα που να υποστηρίζουν μεταδιδακτορικούς επιστήμονες ή και ειδικευμένους ιατρούς που θέλουν να συνεχίσουν και να αναπτυχθούν περισσότερο στην έρευνα. Βεβαίως, πρόσφατα με την εισαγωγή προγραμμάτων όπως το Πυθαγόρας άρχισαν να γίνονται βήματα προς τη σωστή κατεύθυνση.

Η κατανομή των υπαρχόντων λίγων πόρων ακολουθεί την φιλοσοφία «από λίγους πόρους σε όσον το δυνατό περισσότερους» και όχι την διάθεση του μεγαλύτερου μέρους στις σχολές επιστημών υγείας με τις καλύτερες επιδόσεις στην έρευνα. Με άλλα λόγια, ακολουθείται μια «ισοπεδωτική» πολιτική διάθεσης πόρων,

πράγμα που δυσχεραίνει εκείνες τις σχολές επιστημών υγείας και εκείνα τα μέλη ΔΕΠ που παράγουν πραγματικό ερευνητικό έργο.

5.4. Μέλη ΔΕΠ των σχολών επιστημών υγείας και έρευνα

Τα τελευταία χρόνια μέσω νομοθετικών ρυθμίσεων κατέστη αναγκαία, τουλάχιστον στα χαρτιά, η έρευνα για όλα τα μέλη ΔΕΠ που θέλουν να προαχθούν σε ανώτερες πανεπιστημιακές βαθμίδες. Παρ' όλη αυτή την πίεση, διάφοροι λόγοι αποθαρρύνουν πολλά μέλη ΔΕΠ των σχολών επιστημών υγείας να κάνουν έρευνα.

Τέτοιοι λόγοι είναι:

- κατά την εκπαίδευσή τους στην κλινική ή εργαστηριακή ειδικότητα δεν διδάχθηκαν μεθοδολογία έρευνας ούτε έκαναν έρευνα.
- δεν έχουν εμπειρία στο να γράφουν ερευνητικές προτάσεις για χρηματοδότηση.
- δεν χειρίζονται την αγγλική σε επίπεδο που να τους καθιστά ανταγωνιστικούς κατά την υποβολή προτάσεων
- ακόμα και σε περίπτωση έγκρισης ερευνητικών προγραμμάτων από την ΕΕ δεν μπορούν να εξασφαλίσουν τη συγχρηματοδότηση που συχνά απαιτείται ή να αποδείξουν την ύπαρξη υποδομής ώστε να χρηματοδοτηθούν στο 100%.
- υπάρχει έλλειψη χρόνου, μια και σημαντική μερίδα μελών ΔΕΠ, ειδικά των σχολών επιστημών υγείας, ετερο-απασχολούνται για την κάλυψη των οικονομικών αναγκών τους.
- δεν έχουν ενδιαφέρον για την έρευνα, ενώ μπορεί να είναι άριστοι κλινικοί ή εργαστηριακοί γιατροί και άριστοι δάσκαλοι.

Προτάσεις

- Αύξηση χρηματοδότησης της έρευνας από τον Δημόσιο Προϋπολογισμό.
- Άντληση πόρων από τον ιδιωτικό τομέα.
- Αύξηση των οικονομικών και ακαδημαϊκών κινήτρων για τα μέλη ΔΕΠ που παράγουν διεθνώς αναγνωρισμένη έρευνα.
- Τα εργαστήρια και οι μονάδες που παράγουν έρευνα μέσα στις σχολές επιστημών υγείας θα πρέπει να συναγωνίζονται σκληρά για χρηματοδότηση.
- Οι δημοσιεύσεις σε έγκυρα περιοδικά του εξωτερικού θα πρέπει να αποτελούν το κύριο κριτήριο για την διανομή των πόρων.
- Να εκτιμάται ιδιαίτερα η συμμετοχή σε ευρωπαϊκά και διεθνή ερευνητικά δίκτυα.
- Οι πόροι πρέπει να διανέμονται μετά από αυστηρή και αντικειμενική αξιολόγηση από συναδέλφους του ίδιου γνωστικού αντικειμένου. Η κρίση όμως των προτάσεων να μη γίνεται μόνο από εσωτερικούς κριτές αλλά να χρησιμοποιούνται και Έλληνες του εξωτερικού ή και ξένοι κριτές, τουλάχιστον σε επιστημονικούς τομείς όπου τα Αγγλικά είναι η κύρια γλώσσα.
- Θεσμοθέτηση χρηματοδότησης νέων (σε ηλικία) ερευνητών για ανανέωση και ενίσχυση του ερευνητικού δυναμικού.
- Μετάκληση Ελλήνων επιστημόνων της διασποράς, οι οποίοι αποδεδειγμένα έχουν την εμπειρία και την προσφορά σε διεθνές επίπεδο στην ιατρική έρευνα.
- Δημιουργία ειδικών μεταδιδακτορικών θέσεων για ιατρούς και επιστήμονες που έχουν την επιθυμία και μπορούν να ασχοληθούν με την ιατρική έρευνα.
- Δημιουργία εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την βασική και κλινική έρευνα.
- Εκπαίδευση στη μεθοδολογία έρευνας

- Εκπαίδευση στη συγγραφή και δημοσίευση άρθρων
- Εκπαίδευση στη συγγραφή ερευνητικών πρωτοκόλλων.

Συμπεράσματα

- Η καινοτόμος έρευνα στις ιατροβιολογικές επιστήμες υστερεί στην Ελλάδα σε σχέση με τις περισσότερες χώρες της ευρωπαϊκής ένωσης. Οι κύριοι λόγοι είναι η υποχρηματοδότηση, η κακή χρήση των υπαρχόντων πόρων, η έλλειψη κινήτρων για την παραγωγή ερευνητικού έργου από τα μέλη ΔΕΠ, η μη θεσμοθέτηση της μεταδιδακτορικής έρευνας και η έλλειψη της «κρίσιμης μάζας» ερευνητών στον ελληνικό χώρο.
- Τα κυριότερα μέτρα που πρέπει να ληφθούν είναι η γενναία αύξηση της χρηματοδότησης, ο ανταγωνισμός μεταξύ των σχολών υγείας για την άντληση πόρων, η εκπαίδευση σε θέματα μεθοδολογίας έρευνας, η ενίσχυση συμμετοχής Ελλήνων ερευνητών σε διεθνή ευρωπαϊκά δίκτυα, η παροχή ακαδημαϊκών κινήτρων στα μέλη ΔΕΠ για την παραγωγή έρευνας και η διάθεση πόρων για την μετάκληση ικανών ερευνητών της διασποράς,

**6. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΦΟΙΤΩΝ ΤΩΝ
ΣΧΟΛΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

6.1. Επαγγελματική αποκατάσταση των αποφοίτων των Σχολών Επιστημών Υγείας.

Τυπική περίπτωση

Μετά από σπουδές 6 ετών, (ιδανική περίπτωση, συνήθως για το μέσο φοιτητή για να αποφοιτήσει απαιτείται χρόνος κατά μέσο όρο 6.5 – 7 ετών, για τους «ενεργούς» φοιτητές και απεριόριστος αριθμός ετών για τους «λιμνάζοντες» φοιτητές), ο φοιτητής λαμβάνει το πτυχίο ιατρικής και αυτομάτως άδεια ασκήσεως επαγγέλματος, σε ηλικία 25-26 ετών ή και αργότερα αν πέτυχε τη 2^η ή 3^η φορά στην Ιατρική. Ακολουθούν:

- Στρατιωτική θητεία (άνδρες): 12-15 μήνες
- Υπηρεσία υπαίθρου: 12 μήνες (+ 1-6 μήνες αναμονή)
- Αναμονή για έναρξη ειδικότητας:
 - Ανάλογα με την ειδικότητα: 2 – 9 χρόνια (π.χ. οφθαλμολογία σε πανεπιστημιακή κλινική)
 - Εάν η ειδικότητα προϋποθέτει εκπαίδευση σε άλλη ειδικότητα (π.χ. 2 χρόνια γενική χειρουργική και μετά 4 χρόνια γυναικολογία – μαιευτική), υπάρχει και δεύτερη αναμονή μεταξύ ειδικοτήτων (στο προηγούμενο παράδειγμα μετά την εκπαίδευση στη χειρουργική, μπορεί να ακολουθήσει αναμονή έως και 5 χρόνια για έναρξη γυναικολογίας)
- Ειδικότητα : 4-7 χρόνια
- Εξετάσεις για ειδικότητα
- Μετεκπαίδευση – εξειδίκευση-διδασκατορική διατριβή: 2-3 χρόνια
 - Μη υποχρεωτική. Όμως στις σημερινές συνθήκες εργασίας απαραίτητες για αξιοπρεπή επαγγελματική αποκατάσταση

Στην καλύτερη περίπτωση ο πτυχιούχος Ιατρικής σχολής θα βγει στην αγορά εργασίας ως ειδικευμένος ιατρός σε ηλικία τουλάχιστον 35 ετών, ηλικία στην οποία συνομήλικοι του σε άλλα επαγγέλματα έχουν ήδη μία ώριμη σταδιοδρομία και θέσεις ευθύνης.

Επετηρίδα για την έναρξη ειδικότητας

Στην Ελλάδα υπάρχει η παγκόσμια πρωτοτυπία της ύπαρξης επετηρίδας για την έναρξη της ειδικότητας. Πιο συγκεκριμένα ο πτυχιούχος ιατρικής γράφεται σε ένα κατάλογο του υπουργείου Υγείας ανά κλινική ή νοσοκομείο και ειδικότητα και περιμένει πότε θα έρθει η σειρά του για την έναρξη ειδικότητας. Έτσι οι άριστοι δεν προσλαμβάνονται για ειδίκευση κατά προτεραιότητα και οι διευθυντές των κλινικών δεν μπορούν να επιλέξουν τους ειδικευόμενους. Οι πιο ικανοί και φιλόδοξοι απόφοιτοι Ιατρικής συσσωρεύονται στις λίστες αναμονής πανεπιστημιακών κλινικών επιμηκύνοντας υπέρμετρα το χρόνο αναμονής.. Στις ανεπτυγμένες χώρες η πρόσληψη γιατρών προς εκπαίδευση στηρίζεται στην επίδοσή τους κατά τα φοιτητικά τους χρόνια, σε εθνικές εξετάσεις που ελέγχουν το επίπεδο της γνώσης τους και σε συνέντευξη. Σε αντίθεση, στη χώρα μας, η έναρξη της ειδικότητας στηρίζεται στην προτεραιότητα της αίτησης του υποψηφίου στις επιμέρους νομαρχίες.

Ο χρόνος αναμονής στις λίστες επιμηκύνεται πιο πολύ για τους γιατρούς των παθολογικών ειδικοτήτων. Αυτοί υποχρεούνται να εισαχθούν σε δύο λίστες: μία για την έναρξη της εσωτερικής παθολογίας την οποία αφού ολοκληρώσουν πρέπει να γραφτούν σε άλλη λίστα για την έναρξη της υπο-ειδικότητας (πχ. Ρευματολογίας). Το γεγονός αυτό στην πράξη μεταφράζεται σε πολλά χρόνια ανεργίας και απομάκρυνσής τους από την εκπαιδευτική διαδικασία της Ιατρικής. Έτσι μια κατ' εξοχήν παραγωγική περίοδος των νέων γιατρών κατασπαταλιέται χωρίς δυνατότητα

επένδυσης σε γνώση και προσφορά υπηρεσίας.

Η μακρόχρονη αναμονή για την έναρξη ειδικότητας παροτρύνει τους υπό εκπαίδευση γιατρούς να καταλαμβάνουν θέσεις σε νοσοκομεία, που παντελώς στερούνται εκπαιδευτικών προγραμμάτων, η υποδομή τους σε διαγνωστικά εργαστήρια και σημαντικές ειδικότητες είναι φτωχή έως ανύπαρκτη και οι εκπαιδευτές-γιατροί (επιμελητές-διευθυντές) δεν έχουν διάθεση ή εμπειρία εκπαίδευσης. Το σύστημα αυτό έχει σαν αποτέλεσμα:

- ο Την αναξιοκρατία. Ο αριστούχος φοιτητής υποχρεώνεται να περιμένει τον μέτριο φοιτητή για να αρχίσει την ειδικότητα του
- ο Την φυγή των αριστούχων στο εξωτερικό, προκειμένου να αποφύγουν την μακρόχρονη αναμονή. Αυτό οδηγεί σε απώλεια λαμπρών «εγκεφάλων» προς όφελος ξένων κρατών. Τα ξένα κράτη καρπώνονται την υπεραξία των δαπανών του Ελληνικού εκπαιδευτικού συστήματος για την παραγωγή άριστων επιστημόνων.

Πραγματική περίπτωση

Ο Δείνα απεφοίτησε πρώτος από το λύκειο και μπήκε με εισαγωγικές εξετάσεις δεύτερος στην Ιατρική Σχολή Αθηνών. Σε έξι χρόνια απεφοίτησε πρώτος, με άριστα. Υπηρέτησε την στρατιωτική του θητεία για 20 μήνες και ακολούθως έκανε αίτηση για άσκηση στην ειδικότητα της Παθολογίας σε Πανεπιστημιακή κλινική. Ήταν 10^{ος} στη σειρά και έπρεπε να περιμένει 3 χρόνια. Πριν από αυτόν στη σειρά ήταν πτυχιούχοι άγνωστων πανεπιστημίων του εξωτερικού ή άτομα που μπήκαν σε ελληνικές ιατρικές σχολές με πλάγιους τρόπους, και που είχαν απολυτήριο Λυκείου με βαθμούς 11-13. Λόγω αυτής της ισοπέδωσης «προς τα κάτω» ο Δείνα αποφάσισε να κάνει ειδικότητα στην Αμερική, όπου έγινε δεκτός, μετά από ειδικές εξετάσεις για

εξασφάλιση άδειας επαγγέλματος και συνέντευξη. Σήμερα, 15 χρόνια αργότερα είναι τακτικός καθηγητής σε φημισμένη Ιατρική Σχολή των ΗΠΑ και αυθεντία διεθνούς ακτινοβολίας στον τομέα του.

6.2. Το πρόβλημα της ανεργίας των ειδικευμένων ιατρών.

Σύμφωνα με στοιχεία του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών (ΙΣΑ) η ανεργία αφορά το 10% των εγγεγραμμένων μελών του (Πίνακας 9).

Πίνακας 9. Ανεργία των ιατρών του ΙΣΑ

Σύνολο μελών ΙΣΑ	21.764	(100%)
Άνεργοι χωρίς ειδικότητα	652	(3%)
Άνεργοι με ειδικότητα	435	(2%)
Άνεργοι ιατροί στη αναμονή για έναρξη ειδικότητας	1088	(5%)
Σύνολο ανέργων	2175	(10%)

Πηγή: ΙΣΑ, Φεβρουάριος 2006

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 10 (στην επόμενη σελίδα) η ανεργία πλήττει ιδιαίτερα τους νέους ιατρούς, καθώς τον πρώτο χρόνο μετά την λήψη ειδικότητας το 75% των ειδικευμένων ιατρών είτε είναι στο ταμείο ανεργίας είτε υποαπασχολείται με ιδιαίτερα χαμηλή αμοιβή.

Πίνακας 10. Απασχόληση ιατρών τον πρώτο χρόνο μετά το τέλος της εκπαίδευσης στην ειδικότητα

Ταμείο ανεργίας (ΟΑΕΔ)	50%
Υπο- / έτερο-απασχόληση*	25%
Ιδιωτικό Ιατρείο	15%
ΙΚΑ**	3%
ΕΣΥ – ΑΕΙ	2%
Άλλο***	5%

Πηγές: Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών, Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, 2005

*Η υποαπασχόληση αφορά κυρίως την εκτέλεση εφημεριών σε ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα, εργασία σε ιδιωτικές εταιρείες, μεταφράσεις ιατρικών κειμένων, κλπ, με αμοιβές που δεν ξεπερνούν τα 500 Ευρώ το μήνα.

** Μέση αμοιβή για 4ωρη απασχόληση νεοπροσλαμβανόμενου ιατρού στο ΙΚΑ περίπου 700 Ευρώ.

*** Κυρίως ελεγκτές σε ασφαλιστικά ταμεία με γραφειοκρατικά καθήκοντα και χωρίς ουσιαστική άσκηση της ιατρικής.

Στον Πίνακα 11, που ακολουθεί, φαίνεται ότι η αύξηση των εγγεγραμμένων ανέργων ιατρών διαχρονικά είναι ιδιαίτερα σημαντική. Ιδιαίτερα την τελευταία πενταετία οι ρυθμοί αύξησης της ανεργίας προσλαμβάνουν εκρηκτικές διαστάσεις. Να σημειωθεί ότι στους επίσημους αυτούς πίνακες δεν περιλαμβάνονται οι ιατροί που υποαπασχολούνται ή ετεροαπασχολούνται με ιδιαίτερα χαμηλές αμοιβές που πολλές φορές είναι μικρότερες από την αμοιβή του ανειδίκευτου εργάτη.

Πίνακας 11. Διαχρονική εξέλιξη του αριθμού* των εγγεγραμμένων ανέργων ιατρών

1993	1.860
1995	2.500
2000	3.500
2004	4.500

Πηγή: ΟΑΕΔ

*Οι αριθμοί είναι στρογγυλοποιημένοι. Δεν περιλαμβάνονται οι υπο- / έτερο-απασχολούμενοι.

6.3. Τα αίτια της ανεργίας στους απόφοιτους επιστημών υγείας

6.3.1. Ο πληθωρισμός Ιατρών

Όπως φαίνεται στο Πίνακα 12, ο απόλυτος αριθμός των πτυχιούχων Ιατρικής στην Ελλάδα ακολουθεί εκθετικούς ρυθμούς αύξησης.

Πίνακας 12. Διαχρονική εξέλιξη του αριθμού των Ιατρών στην Ελλάδα

	1980	1990	1995	2003	2004
Αριθμός Ιατρών	23.4689	37.238	41.818	60.150	62.000 (περίπου)
Κάτοικοι / Ιατρό	415	276	240	166	160

Πηγή: Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος

Πίνακας 13. Συγκριτικός πίνακας αντιστοιχίας κατοίκων ανά ιατρό στην Ελλάδα, ΕΕ, Ενωμένο Βασίλειο

Ελλάδα	160	κάτοικοι / ιατρό
Ευρωπαϊκή Ένωση	350	κάτοικοι / ιατρό
Επιθυμητή αναλογία ΕΕ	400	κάτοικοι / ιατρό
Μεγάλη Βρετανία	562	κάτοικοι / ιατρό

Οι αριθμοί είναι στρογγυλοποιημένοι.

* Στην Αθήνα η αναλογία είναι 138 κάτοικοι / ιατρό . Η αναλογία αυτή αποτελεί την χαμηλότερη παγκοσμίως.

Από το 1960 έως σήμερα ο αριθμός των ιατρών εξαπλασιάστηκε, ενώ ο πληθυσμός είχε αύξηση περίπου 15%. Αυτό οδήγησε σε αναλογία 160 κατοίκων ανά ιατρό που είναι η χαμηλότερη στην Ευρωπαϊκή Ένωση και ενδεχομένως η χαμηλότερη παγκοσμίως, όταν ο μέσος όρος της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι 350 κάτοικοι ανά ιατρό (Πίνακας 13).

Η ιδιαίτερη γεωγραφική κατανομή της χώρας μας, έχει σαν αποτέλεσμα πολλοί μικροί οικισμοί να είναι δυσπρόσιτοι και απομονωμένοι από υγειονομικούς σχηματισμούς και να χρειάζονται την παρουσία ιατρού (μικρά νησιά, ορεινά χωριά). Επομένως η αναλογία κατοίκων ιατρών θα πρέπει ενδεχομένως να είναι χαμηλότερη της ΕΕ για να εξυπηρετούνται όλοι οι απομονωμένοι οικισμοί. Όμως η αναλογία 160 κατοίκων / ιατρό είναι πολύ χαμηλή ακόμα και για τα γεωγραφικά δεδομένα της Ελλάδας. Σημειωτέον, στο λεκανοπέδιο της Αττικής η αναλογία πέφτει ακόμα χαμηλότερα στους 138 κατοίκους ανά ιατρό, αναλογία που αποτελεί με βεβαιότητα παγκόσμιο ρεκόρ.

Στον Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών (ΙΣΑ) ο αριθμός των εγγεγραμμένων μελών αυξάνεται κατά 600 ανά έτος, από τα οποία τα 175 καταλήγουν στο ταμείο ανεργίας. Ο συνολικός αριθμός των μελών του ΙΣΑ αυξήθηκε την τελευταία τριετία από 18.500 σε 22.000 μέλη.

6.3.2. Συνέπειες του πληθωρισμού του ιατρικού δυναμικού

- Ανεργία των νέων επιστημόνων.
 - ο Η προσφορά εργασίας νέων ειδικευμένων ιατρών είναι πολλαπλάσια της ζήτησης. Αυτό οδηγεί σε ανεργία ή υποαπασχόληση.
- Ευτελισμός των ιατρικών αμοιβών και απαξίωση του λειτουργήματος

- Χαρακτηριστικά, ασφαλιστικά ταμεία, ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και ιδιωτικές κλινικές προσλαμβάνουν ιατρούς με αμοιβές 500-600 ευρώ μηνιαίως.
- Τεχνητή ζήτηση ιατρικών πράξεων και εργαστηριακών εξετάσεων
 - Οι ιατροί, στην προσπάθειά τους να αυξήσουν το χαμηλό εισόδημα τους, υποβάλλουν τους ασθενείς σε περιττές ιατρικές πράξεις ή εργαστηριακές εξετάσεις, με αποτέλεσμα:
 - Ιατρογενή νοσηρότητα.
 - Επιβάρυνση των ασφαλιστικών ταμείων και του προϋπολογισμού με το κόστος περιττών και πολλές φορές επιζήμιων ιατρικών πράξεων και εξετάσεων.
- Οι ιατροί γίνονται ευάλωτοι σε πρακτικές παράνομου χρηματισμού προκειμένου να αυξήσουν το εισόδημά τους.
- Το υψηλό κόστος που έχει η εκπαίδευση του ιατρού (προπτυχιακή και ειδίκευση), και το οποίο επιβαρύνεται εξ' ολοκλήρου το κοινωνικό σύνολο, δεν αποσβεννύται από τις μετέπειτα παρεχόμενες από τον ιατρό υπηρεσίες. Κατά την ειδίκευση παρέχει έργο και ενισχύει την οικονομία νοσοκομείων δεδομένου ότι οι αμοιβές των ειδικευομένων είναι χαμηλότερες και παρέχουν κλινικό έργο.

6.3.3. Αίτια του πληθωρισμού του ιατρικού δυναμικού

- Ανυπαρξία κεντρικού σχεδιασμού αναγκών σε επαγγελματίες της υγείας
 - Δεν έχει υπάρξει ποτέ προσπάθεια καταγραφής των αναγκών της χώρας σε ιατρούς σε βάθος χρόνου, των ειδικοτήτων που χρειάζονται και της χωροταξικής κατανομής ανά γεωγραφικό διαμέρισμα.

- Ο αριθμός των εισακτέων στις σχολές επιστημών υγείας καθορίζεται από το Υπουργείο Παιδείας, χωρίς να είναι γνωστές οι πραγματικές ανάγκες της χώρας.
- Γίνονται επιπλέον εγγραφές ή μετεγγραφές, στις ιατρικές σχολές χωρίς εισαγωγικές εξετάσεις, με αποφάσεις του Υπουργείου Παιδείας.
- Μεγάλος αριθμός φοιτητών σπουδάζει σε σχολές επιστημών υγείας του εξωτερικού, ιδιαίτερα των Ανατολικών Ευρωπαϊκών χωρών (Ρουμανία, Βουλγαρία, Τσεχία, Πολωνία, Γιουγκοσλαβία, κλπ). Στις ίδιες σχολές σπουδάζουν και αλλοδαποί, ομογενείς ή μη, που στην συνέχεια αναζητούν εργασία στην Ελλάδα. Επειδή ορισμένες από αυτές τις χώρες βρίσκονται εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι σχολές τους δεν ελέγχονται όσον αφορά την επάρκεια τους σε υλικοτεχνική υποδομή και προσωπικό για χορήγηση πτυχίων Ιατρικής, οδοντιατρικής και άλλων επιστημών υγείας.

Για τον λόγο αυτό η πολιτεία ίδρυσε τον Διεπιστημονικό Οργανισμό Αναγνώρισης Τίτλων Ακαδημαϊκών και Πληροφόρησης (ΔΟΑΤΑΠ), σε αντικατάσταση του προϋπάρχοντος Διαπανεπιστημιακού Κέντρου Αναγνώρισεως Τίτλων της Αλλοδαπής (ΔΙ.Κ.Α.Τ.Σ.Α.). Στο κέντρο αυτό οι πτυχιούχοι πανεπιστημίων εξωτερικού εξετάζονται γραπτώς δύο φορές τον χρόνο. Σύμφωνα με επίσημα στοιχεία, την πενταετία 1998 – 2003 οι αναγνωρίσεις πτυχίων Ιατρικής από τον ΔΟΑΤΑΠ έφθασαν τις 4.620, με δεύτερη τη Νομική με 2.600 αναγνωρίσεις.

Οι πτυχιούχοι Ιατρικής εξετάζονται σε δύο μαθήματα (Παθολογία και Χειρουργική). Από το 2006 θα εξετάζονται σε 4 μαθήματα (προστίθενται Γυναικολογία, Παιδιατρική) και μέχρι το 2008 σε 6 μαθήματα. Στην τελευταία περίοδο (Δεκέμβριος 2005) στο μάθημα της Παθολογίας δήλωσαν συμμετοχή

2469 πτυχιούχοι Ιατρικών Σχολών του εξωτερικού, έδωσαν εξετάσεις 1.778 και οι επιτυγχόντες ήταν 225 ή 12.7% (στοιχεία ΔΟΑΤΑΠ, Πίνακας 14).

Πίνακας 14. Αποτελέσματα εξετάσεων ΔΟΑΤΑΠ για την αναγνώριση πτυχίων ιατρικής εξωτερικού, Δεκέμβριος 2005

Μάθημα	Δήλωσαν συμμετοχή	Συμμετείχαν	Επιτυγχόντες	Ποσοστό
Παθολογία	2.469	1.778	225	12.7%
Χειρουργική	1.560	1.162	313	26.9%
Παιδιατρική	367	181	22	12.2%
Γυναικολογία	26	11	2	18.2%

Πηγή: ΔΟΑΤΑΠ

- Τα στοιχεία οδηγούν στα εξής συμπεράσματα:
 - Στους 11.000 περίπου ενεργούς φοιτητές των ελληνικών ιατρικών σχολών πρέπει να προστεθούν και οι 2.500 πτυχιούχοι του Εξωτερικού που προσπαθούν να αναγνωρίσουν το πτυχίο τους και να πάρουν άδεια ασκήσεως επαγγέλματος, καθώς και παρόμοιος αριθμός φοιτητών σχολών του εξωτερικού που θα επιστρέψουν τα αμέσως επόμενα χρόνια.
 - Θα υπάρξουν ισχυρές κοινωνικές πιέσεις για αναγνώριση των πτυχίων του εξωτερικού χωρίς εξετάσεις ή με πιο «ήπιες» εξετάσεις.
 - Με την είσοδο πολλών ανατολικών ευρωπαϊκών χωρών στην Ευρωπαϊκή Ένωση δεν θα χρειάζεται να γίνεται αναγνώριση των πτυχίων τους.
 - Η είσοδος όλων των πτυχιούχων εξωτερικού θα επιδεινώσει την υπάρχουσα ανεργία.

- ο Το ιδιαίτερα χαμηλό ποσοστό επιτυχίας (13%) δημιουργεί ερωτηματικά για το είδος και την επάρκεια της εκπαίδευσης που παρέχεται από ορισμένα ΑΕΙ του εξωτερικού. Βεβαίως, δεν υπάρχουν συγκριτικά στοιχεία με αποφοίτους ελληνικών ΑΕΙ, που να δίνουν τις ίδιες ή παρόμοιες εξετάσεις.

5.3.4. Ο ρόλος των Σχολών Επιστημών Υγείας

Οι ελληνικές σχολές επιστημών υγείας σύμφωνα με το υφιστάμενο νομικό πλαίσιο δεν έχουν λόγο όσον αφορά τον αριθμό των εισακτέων, τον αριθμό και τον τρόπο των μεταγραφών, την διαγραφή των μη ενεργών φοιτητών, τη θέσπιση κριτηρίων και διαδικασιών για την διαγραφή ανεπαρκών φοιτητών. Στην διαδικασία αναγνώρισης πτυχίων του εξωτερικού έχουν μόνο συμβουλευτικό ρόλο. Οι πανεπιστημιακές κλινικές και εργαστήρια δεν έχουν δικαίωμα να επιλέξουν τους άριστους ιατρούς για να τους εκπαιδεύσουν στην ειδικότητα, αλλά υποχρεώνονται να δεχτούν όποιον το επιθυμεί, ανεξαρτήτως επιδόσεων κατά την φοίτηση του, μέσω του θεσμού της επετηρίδας. Για τους λόγους αυτούς, οι δυνατότητες παρέμβασης των ελληνικών ΑΕΙ στο φαινόμενο πληθωρισμού του ιατρικού δυναμικού και της ανεργίας των νέων επιστημόνων στο χώρο της υγείας είναι περιορισμένες.

5.3.5. Προτάσεις για τον περιορισμό της υπερπαραγωγής πτυχιούχων των σχολών επιστημών υγείας και τον περιορισμό της ανεργίας.

- Χαρτογράφηση των αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό επιστημών υγείας ανά επιστημονικό πεδίο, ειδικότητα, και γεωγραφικό διαμέρισμα.
- Προγραμματισμός αναγκών σε βάθος 10ετίας
- Προσαρμογή του αριθμού των εισακτέων στις ανάγκες της χώρας

- Κατάργηση των πάσης φύσεως εισαγωγών στις σχολές επιστημών υγείας με τρόπους άλλους εκτός των εισαγωγικών εξετάσεων.
- Σωστός επαγγελματικός προσανατολισμός μαθητών και γονέων στα λύκεια. Ενημέρωση με πραγματικά στοιχεία για τις δυνατότητες μελλοντικής επαγγελματικής αποκατάστασης.
- Εκκαθάριση των μητρώων των σχολών επιστημών υγείας από «μη ενεργούς φοιτητές»
- Καθορισμός σαφών κριτηρίων και διαδικασιών για την διαγραφή ανεπαρκών φοιτητών.

Ο κανόνας « Από την στιγμή που θα γραφτείς στην σχολή αργά ή γρήγορα θα πάρεις πτυχίο» πρέπει να πάψει να ισχύει.

- Αναβάθμιση των εξετάσεων του ΔΟΑΤΑΠ για την αναγνώριση πτυχίων του εξωτερικού. Ειδικά για τους απόφοιτους Ιατρικών / Οδοντιατρικών Σχολών οι εξετάσεις να περιλαμβάνουν τουλάχιστον 6 προκλινικά και 6 κλινικά μαθήματα, για να διασφαλιστεί η επάρκεια στοιχειωδών γνώσεων ιατρικής πριν την αναγνώριση του πτυχίου. Έτσι προφυλάσσεται η δημόσια υγεία και ο Έλληνας πολίτης από ανεκπαιδευτα άτομα τα οποία ασκούν Ιατρική.
- *Εναλλακτικά:* Θέσπιση πανελληνίων αδιάβλητων γραπτών εξετάσεων για την χορήγηση άδειας ασκήσεως επαγγέλματος. Ο θεσμός υπάρχει σε πολυάριθμες υγειονομικά αναπτυγμένες χώρες της Ευρώπης και της Αμερικής (“Boards”). Με τον τρόπο αυτό όλοι οι πτυχιούχοι σχολών επιστημών υγείας, εσωτερικού και εξωτερικού, αποδεικνύουν ότι έχουν τις στοιχειώδεις γνώσεις προκειμένου να ασκήσουν με επάρκεια την Ιατρική ή άλλες επιστήμες Υγείας.
- Οι εξετάσεις αυτές μπορούν να επαναλαμβάνονται ανά 5ετία ή 10ετία ώστε να διασφαλίζεται η επάρκεια των ασκούντων ιατρών.

- Κατάργηση της επετηρίδας για την έναρξη ειδικότητας των πτυχιούχων ιατρικής. Θέσπιση αδιάβλητων πανελλήνιων εξετάσεων για την έναρξη ειδικότητας ή εξετάσεων για την χορήγηση άδειας ασκήσεως επαγγέλματος. Με τον τρόπο αυτό επιλέγονται οι άριστοι για άμεση έναρξη ειδικότητας και ανακόπτεται το ρεύμα εξόδου από την χώρα των αριστούχων πτυχιούχων ιατρικής.

7. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΤΩΝ ΣΧΟΛΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

7.1. Νομικό Καθεστώς

Το Πρόγραμμα Σπουδών καταρτίζεται από τη Γενική Συνέλευση σύμφωνα με τα άρθρα 24 και 25 του Ν. 1268/82, άρθρο 9 του Ν. 2083/92 και άρθρο 1, παρ. 5 του Ν. 2188/94.

Τα παραπάνω άρθρα παρατίθενται στη συνέχεια:

Άρθρο 24 : "Πρόγραμμα σπουδών"

1. Το Πρόγραμμα Σπουδών, περιέχει τους τίτλους των υποχρεωτικών, των κατ' επιλογή υποχρεωτικών μαθημάτων, το περιεχόμενό τους, τις εβδομαδιαίες ώρες διδασκαλίας τους, στις οποίες περιλαμβάνει το κάθε μορφής επιτελούμενο διδακτικό έργο και τη χρονική αλληλουχία ή αλληλεξάρτηση των μαθημάτων.
2. Το Πρόγραμμα Σπουδών προσαρμόζεται στον ελάχιστο δυνατό αριθμό εξαμήνων που απαιτούνται για τη λήψη του πτυχίου, ο οποίος καθορίζεται για κάθε πτυχίο με Π.Δ. που εκδίδεται μετά από γνώμη του Σ.Α.Π. και των Σχολών και δεν μπορεί να είναι μικρότερος από οκτώ.
3. Κάθε εξαμηνιαίο μάθημα περιλαμβάνει έναν αριθμό "διδακτικών μονάδων" (δ.μ.). Η δ.μ. αντιστοιχεί σε μια εβδομαδιαία ώρα διδασκαλίας επί ένα εξάμηνο προκειμένου περί αυτοτελούς διδασκαλίας μαθήματος και σε μια μέχρι τρεις εβδομαδιαίες ώρες διδασκαλίας ή εξάσκησης επί ένα εξάμηνο για το υπόλοιπο εκπαιδευτικό έργο, σύμφωνα με σχετική απόφαση της Γ.Σ. Τμήματος. Στο Πρόγραμμα Σπουδών περιέχεται και ο ελάχιστος αριθμός δ.μ. που απαιτείται για τη λήψη του πτυχίου.
4. Η κατανομή των εξαμηνιαίων μαθημάτων σε εξάμηνα είναι ενδεικτική και όχι υποχρεωτική για τους φοιτητές. Ανταποκρίνεται πάντως, σε συνθήκες κανονικής φοίτησης, προσαρμοσμένης στον ελάχιστο δυνατό αριθμό

εξαμήνων που απαιτούνται για τη λήψη του πτυχίου και στην αλληλουχία των προαπαιτούμενων και εξαρτώμενων από προαπαιτούμενα μαθήματα. Με τη διαδικασία κατάρτισης του προγράμματος σπουδών ορίζονται τα προαπαιτούμενα και τα εξαρτώμενα από προαπαιτούμενα μαθήματα. Τα κατ' επιλογήν υποχρεωτικά μαθήματα καλύπτουν τουλάχιστο το 1/4 του Προγράμματος Σπουδών.

5. Αρμόδια για την κατάρτιση του Προγράμματος Σπουδών είναι η Γ.Σ. της Σχολής. Το πρόγραμμα Σπουδών αναθεωρείται κάθε Απρίλιο. Ο Πρόεδρος της Σχολής συγκροτεί Επιτροπή Προγράμματος από μέλη της Γενικής Συνελεύσεως της Σχολής με ετήσια θητεία, η οποία υποβάλλει σχετική εισήγηση στη Γ.Σ. αφού προηγουμένως κωδικοποιήσει τις προτάσεις των Τομέων.
6. Η απόφαση της Γ.Σ. για το Πρόγραμμα Σπουδών κοινοποιείται στην Πρυτανεία και δημοσιεύεται στον Οδηγό Σπουδών της Σχολής.

Το προπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών μιας σχολής επιστημών υγείας οφείλει:

- Να είναι καινοτόμο, περιλαμβάνοντας τις σύγχρονες κατακτήσεις της ιατρικής επιστήμης και των άλλων επιστημών υγείας
- Να καταστήσει τους φοιτητές ικανούς να παρέχουν επαρκή πρωτοβάθμια περίθαλψη και όχι να τους παρέχει εξειδικευμένες γνώσεις που αφορούν τους ειδικούς.
- Να προβλέπει την επαφή φοιτητών με τους ασθενείς όσο το δυνατόν νωρίτερα
- Να επιδιώκει την απόκτηση κλινικών και πρακτικών δεξιοτήτων παράλληλα με τη θεωρητική κατάρτιση
- Να διακρίνει το ουσιώδες στην εκπαίδευση από το δευτερεύον.

Στην πλειοψηφία των 17 σχολών επιστημών υγείας που υπάρχουν και ιδιαίτερα στις νέο-ιδρυθείσες σχολές, οι παραπάνω στόχοι επιτυγχάνονται σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό. Υπάρχουν όμως και σχολές επιστημών υγείας που το πρόγραμμα σπουδών χρειάζεται εκσυγχρονισμό. Ενδεικτικά αναφέρουμε το πρόγραμμα σπουδών της Ιατρικής Σχολής Αθηνών. (Πίνακας 15).

Πίνακας 15. Πρόγραμμα σπουδών Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Υποχρεωτικά Μαθήματα						
Τίτλος Μαθήματος	Τομέας	Εξάμηνο	Διαλέξεις	Ασκήσεις	Σύνολο	Σύνολο δμ εξαμήνου
Ιατρική Φυσική I	Μορφολειτουργικός	1ο	3	2	5	65
Γενική Ιατρική Χημεία I	Μορφολειτουργικός	1ο	4	1	5	65
Ιατρική Στατιστική	Κοινωνικής Ιατρικής-Ψυχιατρικής και Νευρολογίας	1ο	3	1	4	52
Βιολογία I	Μορφολειτουργικός	1ο	4			62
Ψυχολογία	Κοινωνικής Ιατρικής-Ψυχιατρικής και Νευρολογίας	1ο	2		2	26
Βιολογία II	Μορφολειτουργικός	2ο	4			62
Γενική Ιατρική Χημεία II	Μορφολειτουργικός	2ο	4		4	52
Ιατρική Φυσική II	Μορφολειτουργικός	2ο	3	2	5	65
Περιγραφική Ανατομική I	Μορφολειτουργικός	3ο	5	5	10	130
Πειραματική Φυσιολογία II	Μορφολειτουργικός	3ο	4		4	52
Βιολογική Χημεία I	Μορφολειτουργικός	3ο	4	3	7	91
Ιστολογία - Εμβρυολογία I	Μορφολειτουργικός	3ο	3	3	6	78
Ιστολογία - Εμβρυολογία II	Μορφολειτουργικός	4ο	3	3	6	78
Βιολογική Χημεία II	Μορφολειτουργικός	4ο	3		3	39
Πειραματική Φυσιολογία I	Μορφολειτουργικός	4ο	4	3	7	91
Περιγραφική Ανατομική II	Μορφολειτουργικός	4ο	5		5	65
Αρχές Φιλοσοφίας και Ιστορίας της Ιατρικής	Κοινωνικής Ιατρικής-Ψυχιατρικής και Νευρολογίας	5ο	2		2	26
Γενική Επιδημιολογία και Μεθοδολογία της Έρευνας	Κοινωνικής Ιατρικής-Ψυχιατρικής και Νευρολογίας	5ο	3	1	4	52
Πειραματική Φαρμακολογία I	Μορφολειτουργικός	5ο	3		3	39
Γενική Μικροβιολογία και Ανοσολογία	Κλινικοεργαστηριακός	5ο	3	1	4	52
Παθολογική Φυσιολογία I	Κλινικοεργαστηριακός	5ο	3	1	4	52
Παθολογική Ανατομική I	Κλινικοεργαστηριακός	5ο	3	1	4	52

Πειραματική Φαρμακολογία II	Μορφολειτουργικός	6ο	3		3	39
Ιατρική Μικροβιολογία	Κλινικοεργαστηριακός	6ο	3	1	4	52
Παθολογική Φυσιολογία II	Κλινικοεργαστηριακός	6ο	3	1	4	52
Παθολογική Ανατομική II	Κλινικοεργαστηριακός	6ο	3	3	6	78
Σημειολογία - Νοσολογία	Παθολογίας	7ο	6	6	12	156
Χειρουργική Παθολογία I	Χειρουργικής	7ο	3	3	6	78
Ακτινολογία	Κλινικοεργαστηριακός	7ο	4	2	6	78
Ψυχιατρική	Κοινωνικής Ιατρικής-Ψυχιατρικής και Νευρολογίας	7ο	3		3	39
Ιατρική της Εργασίας	Διατομεακό	8ο	2		2	26
Προληπτική Ιατρική	Κοινωνικής Ιατρικής-Ψυχιατρικής και Νευρολογίας	8ο	4	1	5	165
Χειρουργική Παθολογία II	Χειρουργικής	8ο	4	5	9	117
Παθολογία	Παθολογίας	8ο	4	4	8	104
Μαιευτική - Γυναικολογία	Υγείας Μητέρας-Παιδιού	9ο & 10ο	13	4	30	280
Παθολογία - Εντατική Θεραπεία	Παθολογίας	9ο & 10ο	2	20	30	50
Θεραπευτική	Παθολογίας	9ο & 10ο	2	20	30	50
Ορθοπαιδική - Τραυματολογία	Χειρουργικής	9ο & 10ο	2	20	30	50
Ωτορινολαρυγγολογία	Χειρουργικής	9ο & 10ο	2	20	30	50
Οφθαλμολογία	Χειρουργικής	9ο & 10ο	2	20	30	50
Ουρολογία	Χειρουργικής	9ο & 10ο	2	20	30	50
Δερματολογία - Αφροδισιολογία	Παθολογίας	9ο & 10ο	2	20	30	50
Πνευμονολογία	Παθολογίας	9ο & 10ο	2	20	30	50
Καρδιολογία	Παθολογίας	9ο & 10ο	2	20	30	50
Νευρολογία	Κοινωνικής Ιατρικής-Ψυχιατρικής και Νευρολογίας	9ο & 10ο	4	40	60	100
Μαιευτική - Γυναικολογία	Υγείας Μητέρας-Παιδιού	11ο & 12ο	7	5	35	280
Χειρουργική	Χειρουργικής	11ο & 12ο	7	10	30	280
Παθολογία	Παθολογίας	11ο & 12ο	12	10	30	480

Παιδιατρική	Υγείας Μητέρας-Παιδιού	11ο & 12ο	10	10	30	400
Ψυχιατρική	Κοινωνικής Ιατρικής-Ψυχιατρικής και Νευρολογίας	11ο & 12ο	4	10	25	140

Επιλεγόμενα Μαθήματα

Τίτλος Μαθήματος	Τομέας	Εξάμηνα που διδάσκεται
Φυσική Ανθρωπολογία	Μορφολειτουργικός	6,8,10,12
Γονίδια και Αναπτυξιακή Βιολογία	Μορφολειτουργικός	3,5,7,9,11
Σύγχρονες Τεχνικές Μελέτης του Κυττάρου	Μορφολειτουργικός	5,7,9,11
Περιβαλλοντική Φαρμακολογία	Μορφολειτουργικός	6,8,10,12
Ασφάλεια Φαρμάκων	Μορφολειτουργικός	6,8,10,12
Ο Εργαστηριακός Έλεγχος της Αναπνευστικής Λειτουργίας	Μορφολειτουργικός	5,7,9,11
Ογκογονίδια και Αυξητικοί Παράγοντες στη Βιολογία του Καρκίνου	Μορφολειτουργικός	3,5,7,9,11
Γενική Κλινική Ανατομική	Μορφολειτουργικός	4,6,8,10,12
Κλινική Νευροανατομία	Μορφολειτουργικός	6,8,10,12
Εφαρμοσμένη Εργαστηριακή Βιοχημεία	Μορφολειτουργικός	4,6,8,10,12
Φυσιολογία της Άσκησης	Μορφολειτουργικός	4,6,8,10,12
Εισαγωγή στην Ενδοκρινολογία	Μορφολειτουργικός	5,7,9,11
Θεωρητική Εισαγωγή στη Φαρμακολογία	Μορφολειτουργικός	3,5,7,9,11
Κυτταρική Φυσιολογία του Νευρικού Συστήματος	Μορφολειτουργικός	2,4,6,8,10,12
Πειραματική Εμβρυολογία	Μορφολειτουργικός	3,5,7,9,11
Μοριακή Φαρμακολογία	Μορφολειτουργικός	6,8,10,12
Αθηροσκλήρυνση: Βιοχημική προσέγγιση	Μορφολειτουργικός	6,8,10,12
Εισαγωγή στην Υπαρκτή Ιατρική και η Τεχνική της Σπουδής της	Μορφολειτουργικός	1,3,5,7,9,11
Κοινωνική Φαρμακολογία	Μορφολειτουργικός	6,8,10,12

Εισαγωγή και Φάρμακα στην Αναισθησιολογία	Μορφολειτουργικός	6,8,10,12
Φυσιολογική Απεικονιστική Ανατομική	Μορφολειτουργικός	4,6,8,10,12
Φυσιολογία του Οστίτη Ιστού	Μορφολειτουργικός	4,6,8,10,12
Βιοχημεία και Διατροφή	Μορφολειτουργικός	5,7,9,11
Παθολογική Ανατομική του Δέρματος βάσει των Παθοφυσιολογικών Μηχανισμών	Κλινικοεργαστηριακός	9,11
Παθολογική Ανατομική των Περιβαλλοντικών Επιδράσεων στον Άνθρωπο	Κλινικοεργαστηριακός	6,8,10
Μοριακή Κλινική Μικροβιολογία	Κλινικοεργαστηριακός	9,11
Διαγνωστικές και Θεραπευτικές Εφαρμογές στην Πυρηνική Ιατρική	Κλινικοεργαστηριακός	8,10,12
Μαγνητική - Αξονική Τομογραφία και Υπέρηχοι	Κλινικοεργαστηριακός	8,10,12
Ανοσοϊστοχημεία στην Παθολογική Ανατομική	Κλινικοεργαστηριακός	7,9,11
Κλινική Κυτταρολογία	Κλινικοεργαστηριακός	7,9,11
Ιατρική Ευθύνη και Δεοντολογία	Κλινικοεργαστηριακός	10,12
Παθολογική Ανατομία Γαστρεντερικού	Κλινικοεργαστηριακός	8,10,12
Ναρκωτικά	Κλινικοεργαστηριακός	7,9,11
Επεμβατική Ακτινολογία	Κλινικοεργαστηριακός	8,10,12
Νευροακτινολογία (Διαγνωστική Επεμβατική)	Κλινικοεργαστηριακός	7,9,11
Παιδοακτινολογία (Διαγνωστική-Επεμβατική)	Κλινικοεργαστηριακός	8,10,12
Ακτινοανατομία	Κλινικοεργαστηριακός	1,3,5,7
Ιστοπαθολογία του Εμβρύου και του Πλακούντα	Κλινικοεργαστηριακός	6,10,12
Κλινική Ενδοκρινολογία	Παθολογίας	10,12
Νεφρολογία	Παθολογίας	10,12
Λοιμώξεις	Παθολογίας	8,10,12
Ρευματολογία	Παθολογίας	10,12
Ηλεκτροκαρδιογράφημα	Παθολογίας	7,9,11
Φαρμακευτικά Εξανθήματα	Παθολογίας	10,12
Παρανεοπλασματικές Εκδηλώσεις στο Δέρμα και Αλλεργιολογία και Δερματολογία και Κλινική	Παθολογίας	10,12

Ανοσολογία		
Σύγχρονη Αφροδισιολογία και AIDS	Παθολογίας	10,12
Ηπατολογία	Παθολογίας	10,12
Βρογχικό Ασθμα	Παθολογίας	9,11
Καρκίνος Πνεύμονος	Παθολογίας	10,12
Επείγοντα Καρδιολογικά προβλήματα	Παθολογίας	8,10,12
Γαστρεντερολογία	Παθολογίας	8,10,12
Διαγνωστική και Θεραπευτική Ενδοσκόπηση	Παθολογίας	9,11
Χειρουργική Χειρός - Μικροχειρουργική	Χειρουργικής	10,12
Αρθρίτιδες	Χειρουργικής	10,12
Μεταβολικά Νοσήματα Οστών	Χειρουργικής	10,12
Άμεση Αντιμετώπιση Πολυτραυματία	Χειρουργικής	10,12
Ειδικά Προβλήματα - Οφθαλμολογία	Χειρουργικής	10,12
Όγκοι Κεφαλής και Τραχήλου (ΩΡΛ)	Χειρουργικής	10,12
Χειρουργικές Λοιμώξεις και Οξεία Προβλήματα Κοιλίας	Χειρουργικής	7,8,9,10,11,12
Ανδρική Υπογονιμότητα - Σεξουαλική Ανεπάρκεια	Χειρουργικής	9,11
Λιθίαση Ουροποιητικού - Αποφρακτικές Ουροπάθειες και Χειρουργικές Μέθοδοι Αποκαταστάσεως των Ουροφόρων Οδών	Χειρουργικής	10,12
Καταπληξία (Shock)	Χειρουργικής	8,10,12
Μεταμοσχεύσεις Οργάνων και Ιστών	Χειρουργικής	7,8,9,10,11,12
Νευροχειρουργική	Χειρουργικής	7,8,9,10,11,12
Πλαστική Χειρουργική	Χειρουργικής	7,9,11
Πειραματική Χειρουργική	Χειρουργικής	12
Αντιμετώπιση Καλοήθους και Κακοήθους Πόνου - Ανακουφιστική και παρηγορητική αντιμετώπιση ασθενών τελικού σταδίου	Χειρουργικής	7,8,9,10,11,12
Αρχές Γενικής Αναισθησιολογίας	Χειρουργικής	7,9,11
Αρχές Ειδικής Αναισθησιολογίας	Χειρουργικής	8,10,12

Αγγειοχειρουργική	Χειρουργικής	10,12
Χειρουργική Θώρακος - Καρδιάς	Χειρουργικής	9,11
Παθήσεις Μαστού	Χειρουργικής	10,12
Νευροφθαλμολογία	Χειρουργικής	10
Αθλητιατρική	Χειρουργικής	9,11
Στοματο-Γναθο-Προσωπική Χειρουργική	Χειρουργικής	7,8,9,10,11,12
Ογκολογία του Ουρογεννητικού Συστήματος	Χειρουργικής	10
Λάπαρο-Ενδοσκοπική Χειρουργική	Χειρουργικής	9,11
Παιδιατρική Γαστρεντερολογία	Υγείας Μητέρας-Παιδιού	10,12
Γενετική του Ανθρώπου	Υγείας Μητέρας-Παιδιού	4,5,6,7,8,9,10,11,12
Ατυχήματα και Δηλητηριάσεις στα Παιδιά	Υγείας Μητέρας-Παιδιού	5,7,9
Κύηση Υψηλού Κινδύνου και Προγεννητικός Έλεγχος	Υγείας Μητέρας-Παιδιού	10,12
Παιδική - Εφηβική Γυναικολογία και Οικογενειακός Προγραμματισμός	Υγείας Μητέρας-Παιδιού	10,12
Παιδική και Εφηβική Ενδοκρινολογία	Υγείας Μητέρας-Παιδιού	10,12
Παιδιατρική Ογκολογία	Υγείας Μητέρας-Παιδιού	9,11
Ενδοκρινολογία της Μαιευτικής και Γυναικολογίας	Υγείας Μητέρας-Παιδιού	11
Παιδιατρική Νευρολογία	Υγείας Μητέρας-Παιδιού	12
Παιδιατρική Νεφρολογία	Υγείας Μητέρας-Παιδιού	11
Παιδιατρική Αλλεργιολογία και Κλινική Ανοσολογία	Υγείας Μητέρας-Παιδιού	12
Παιδιατρικές Λοιμώξεις	Υγείας Μητέρας-Παιδιού	9,11
Γυναικολογική Ογκολογία	Υγείας Μητέρας-Παιδιού	10,12
Εισαγωγή στις Κλινικές Νευροεπιστήμες (Κλινική Νευροβιολογία και Νευροφυσιολογία)	Κοινωνικής Ιατρικής-Ψυχιατρικής και Νευρολογίας	10,12
Εισαγωγή στις Επιστήμες της Συμπεριφοράς	Κοινωνικής Ιατρικής-Ψυχιατρικής και Νευρολογίας	2,4,6,8,10,12
Εφαρμοσμένη Ψυχιατρική Γνώση στην Καθημερινή Πράξη	Κοινωνικής Ιατρικής-Ψυχιατρικής και Νευρολογίας	2,4,6,8,10,12

Βιολογικοί Συντελεστές στην Αιτιοπαθογένεια των Ψυχικών Νόσων	Κοινωνικής Ιατρικής-Ψυχιατρικής και Νευρολογίας	9,11
Παιδοψυχιατρική	Κοινωνικής Ιατρικής-Ψυχιατρικής και Νευρολογίας	10,12
Υπηρεσίες Υγείας	Κοινωνικής Ιατρικής-Ψυχιατρικής και Νευρολογίας	6,8,10,12
Υγιεινή και Επιδημιολογία στο Χώρο του Νοσοκομείου	Κοινωνικής Ιατρικής-Ψυχιατρικής και Νευρολογίας	6,8,10,12
Ψυχοσωματική Ιατρική	Κοινωνικής Ιατρικής-Ψυχιατρικής και Νευρολογίας	7,9
Προληπτική Ψυχιατρική	Κοινωνικής Ιατρικής-Ψυχιατρικής και Νευρολογίας	9,11
Ογκολογία I (Παθολογική)	Διατομεακό	7,8,9,10,11,12
Ογκολογία II (Χειρουργική)	Διατομεακό	7,8,9,10,11,12
Πρώτες Βοήθειες	Διατομεακό	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12
Ψυχοσωματικά Προβλήματα των Παιδιών	Διατομεακό	5,7,9,11
Κλινική Διατροφή	Διατομεακό	7,9,11
Τροπική Ιατρική	Διατομεακό	10,12
HIV Λοίμωξη / AIDS	Διατομεακό	10,12
Κλινική Ανοσολογία	Διατομεακό	9,11
Αιματολογία	Διατομεακό	10,12

Το παραπάνω πρόγραμμα σπουδών της αρχαιότερης ιατρικής σχολής της χώρας:

- Παραμένει ουσιαστικά το ίδιο για δεκαετίες και σε αρκετά σημεία είναι απαρχαιωμένο. Για παράδειγμα στα δύο πρώτα εξάμηνα διδάσκεται γενική ιατρική χημεία της οποίας η ύλη θα μπορούσε κάλλιστα να ενσωματωθεί στην βιοχημεία που διδάσκεται στο επόμενο εξάμηνο. Αντίθετα δεν περιλαμβάνεται στα μαθήματα κορμού η μοριακή βιολογία που αποτελεί απαραίτητη γνώση για τον σύγχρονο ιατρό.
- Παρατηρούμε ότι στο συγκεκριμένο πρόγραμμα σπουδών υπάρχουν αλληλοεπικαλύψεις και μη σύμμετρη εκπροσώπηση όλων των βασικών γνωστικών αντικειμένων. Αυτό, ορισμένες φορές, οφείλεται στο ότι το πρόγραμμα σπουδών δεν προσαρμόζεται στις ανάγκες των φοιτητών αλλά στις ανάγκες των μελών ΔΕΠ.

Για παράδειγμα ορισμένα μαθήματα και κλινικές δημιουργήθηκαν και μπήκαν στο πρόγραμμα σπουδών για να αποκτήσει αντικείμενο και διεύθυνση κάποιος νέο-εκλεγμένος καθηγητής και όχι γιατί περιλαμβανόταν σε κάποιον σχεδιασμό. Έτσι σήμερα έχουμε το φαινόμενο μαθημάτων / κλινικών που υπολειπονται ή υπάρχουν μόνο στα χαρτιά και το προσωπικό τους αποτελείται μόνο από έναν καθηγητή πρώτης βαθμίδας.

Για παρόμοιους λόγους ορισμένες ειδικότητες της χειρουργικής διδάσκονται ως μάθημα κορμού (π.χ. ουρολογία, ΩΡΛ) ενώ άλλες διδάσκονται ως επιλεγόμενο (ή καθόλου) (π.χ. αγγειοχειρουργική, πλαστική, κλπ).

- Υπάρχουν γνωστικά αντικείμενα που δεν αφορούν τον φοιτητή αλλά τον ειδικευόμενο ιατρό και που η γνώση τους δεν έχει σημασία για τους στόχους της προπτυχιακής εκπαίδευσης. Αντίθετα, υπάρχουν γνωστικά αντικείμενα

τελείως απαραίτητα πλέον που δεν διδάσκονται σαν μαθήματα κορμού (ή και καθόλου) όπως:

- η γηριατρική (η πλειοψηφία των ασθενών είναι τρίτης ηλικίας)
- ο χειρισμός του ασθενούς, μαθήματα συμπεριφοράς γιατρού και δικαιωμάτων ασθενούς (bedside manners).
- η Ιατρική ορολογία στην αγγλική γλώσσα, μιας και το σύνολο των αξιόλογων ιατρικών περιοδικών χρησιμοποιούν την αγγλική γλώσσα που είναι απαραίτητη για να παρακολουθήσει ο ιατρός την εξέλιξη της επιστήμης του. (πρόσφατα υπάρχει ως επιλεγόμενο μάθημα)
- η ιατρική πληροφορική.
- Η μεθοδολογία ιατρικής έρευνας

Μαθήματα επιλογής

Είναι εντυπωσιακή η παρουσία στο πρόγραμμα άνω των 100 (!) μαθημάτων επιλογής. Στο αντίστοιχο πρόγραμμα του πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης υπάρχουν μόνο 37 μαθήματα επιλογής. Ο θεσμός των μαθημάτων επιλογής είναι ιδιαίτερα καινοτόμος και χρήσιμος. Στο παράδειγμα όμως του προγράμματος της ιατρικής Αθηνών τα πλεονεκτήματα ακυρώνονται στην πράξη γιατί υπάρχουν προβλήματα όπως:

- αλληλοεπικάλυψη επιστημονικών αντικειμένων (θα μπορούσε να λυθεί αν κατανεμηθούν καθ' ομάδας ώστε οι φοιτητές να επιλέγουν μεταξύ ομοειδών μαθημάτων και πιθανώς να επιλέγουν διδάσκοντα).
- δημιουργία μαθημάτων για την ενίσχυση του βιογραφικού του διδάσκοντος και όχι για την κάλυψη εκπαιδευτικών αναγκών
- μικρή συμμετοχή φοιτητών λόγω έλλειψης ενδιαφέροντος

- Οι φοιτητές τα επιλέγουν με βάση την ευκολία τους, δηλαδή εάν δεν απαιτούν παρουσίες εάν έχουν "εύκολες" εξετάσεις και "προσφέρονται για βαθμό"!
- Το κύριο πλεονέκτημά τους (ο μικρός αριθμός φοιτητών και η επαφή τους με τον δάσκαλο) εξουδετερώνεται (στα «εύκολα» μαθήματα) όπου δηλώνουν συμμετοχή άνω των 200 φοιτητών, από τους οποίους παρακολουθούν το πολύ 10.
- Δεν διδάσκονται πάντα με διάθεση και σύστημα από όλους γιατί έχει εγκατασταθεί η σιωπηλή άποψη ότι πρόκειται για μαθήματα δεύτερης κατηγορίας.

Προτάσεις

- Εκσυγχρονισμός των προγραμμάτων σπουδών των σχολών επιστημών υγείας, με βάση τις σύγχρονες απαιτήσεις της επιστήμης και τις διεθνείς προδιαγραφές έτσι ώστε τα πτυχία μας να μην κινδυνεύουν να μην αναγνωρίζονται από την ΕΕ ή και άλλες χώρες.
- Ομογενοποίηση των προγραμμάτων σπουδών των ομοειδών σχολών ώστε να υπάρχει ενιαία εκπαιδευτική διαδικασία
- Συνεχής αναμόρφωση των προγραμμάτων σπουδών ανάλογα με τις εξελίξεις της επιστήμης
- Ποιοτικός έλεγχος από ανεξάρτητο φορέα των προγραμμάτων σπουδών και της σωστής εφαρμογής τους
- Έλεγχος των συνολικών ωρών διδασκαλίας ώστε να εναρμονίζονται με τα διεθνώς αποδεκτά. Οι ώρες στο πρόγραμμα σπουδών είναι περίπου 50% εκείνων άλλων Πανεπιστημίων εξωτερικού. Οι δε πραγματικά διδασκόμενες ακόμη λιγότερες.

8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Οι σχολές επιστημών υγείας έχουν προσφέρει σημαντικότερο έργο κάτω από αντίξοες συνθήκες (οικονομική ανέχεια, πόλεμοι, κατοχή, εμφύλιος, πολιτική αστάθεια) και έχουν συμβάλει τα μέγιστα ώστε η Ελλάδα να ανήκει στις προηγμένες υγειονομικά χώρες του κόσμου, με βάση τους δείκτες που χρησιμοποιεί ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Σημαντικοί επιστήμονες, οι οποίοι διέπρεψαν και διαπρέπουν στην Ελλάδα και το εξωτερικό είναι απόφοιτοι των ελληνικών σχολών επιστημών υγείας.
- Πολλές και θεαματικές αλλαγές σημειώθηκαν στις σπουδές επιστημών υγείας στην Ελλάδα τα τελευταία 30 χρόνια. Διατέθηκαν σημαντικά κονδύλια για την ίδρυση νέων σχολών επιστημών υγείας στην περιφέρεια με ευεργετικές επιδράσεις στις τοπικές κοινωνίες αλλά και στην ποιότητα των σπουδών. Όμως, η κατεύθυνση των περισσότερων πόρων στην περιφέρεια οδήγησε σε υποχρηματοδότηση και υποβάθμιση των υποδομών των σχολών επιστημών υγείας των Πανεπιστημίων Αθηνών και Θεσσαλονίκης.
- Οι σχολές επιστημών υγείας, όπως άλλωστε και γενικότερα η ανώτατη παιδεία στην Ελλάδα, πάσχουν από χρόνια υποχρηματοδότηση, αδυναμία αυτοδιαχείρισης αλλά και ορθολογικής διαχείρισης των υπαρχόντων πόρων. Οι παρενέργειες του οικονομικού προβλήματος είναι ιδιαίτερα έντονες στις σχολές επιστημών υγείας, που έχουν εκ φύσεως υψηλό κόστος λειτουργίας σε σχέση με άλλες σχολές. Για παράδειγμα η λειτουργία ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου για την εκπαίδευση των νέων ιατρών έχει δυσβάστακτο κόστος.
- Σημαντικά κονδύλια έχουν διατεθεί για την βελτίωση των υποδομών των σχολών επιστημών υγείας. Για παράδειγμα τις 3 τελευταίες 10ετίες έχουν λειτουργήσει 6 νέα υπερσύγχρονα πανεπιστημιακά νοσοκομεία (Αλεξανδρούπολη, Ιωάννινα, Λάρισα, Πάτρα, Ηράκλειο, Αττικό). Εν τούτοις,

οι υπάρχουσες υποδομές δεν είναι ακόμα εφάμιλλες των αντιστοίχων σχολών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των ΗΠΑ. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η ψηφιακή υστέρηση.

- Η ίδρυση ιδιωτικών ανώτατων σχολών επιστημών υγείας έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Προσक्रούει όμως στο υψηλό κόστος ίδρυσης και λειτουργίας μιας τέτοιας σχολής.
- Τα μέλη ΔΕΠ των σχολών επιστημών υγείας έχουν το δικαίωμα να ασκούν ιδιωτικό επάγγελμα, το οποίο μπορεί να είναι ιδιαίτερα προσοδοφόρο. Έτσι αντισταθμίζουν τους χαμηλούς, σε σχέση με τις σπουδές και την εξειδίκευση τους, μισθούς.
- Η ετεροαπασχόληση και οι ασαφείς εργασιακές σχέσεις σε ορισμένες περιπτώσεις αποβαίνουν σε βάρος της εκπαιδευτικής διαδικασίας.
- Τα κριτήρια που προβλέπει ο νόμος για την πρόσληψη ενός νέου μέλους ΔΕΠ ή για την ακαδημαϊκή εξέλιξη ενός υπηρετούντος είναι μάλλον γενικά και σχετικά ασαφή. *Η μεγάλη πλειοψηφία των νεοπροσλαμβανόμενων μελών ΔΕΠ είναι αξιόλογοι νέοι επιστήμονες, όμως δυστυχώς τα φαινόμενα αναξιοκρατίας και νεποτισμού δεν λείπουν.*
- Η εξέλιξη στις ανώτατες βαθμίδες γίνεται συχνά με κλειστές, εσωτερικές διαδικασίες, επιτρέποντας ορισμένες φορές την ακαδημαϊκή εξέλιξη σε μέλη ΔΕΠ τα οποία δεν έχουν ουσιαστικά προσόντα.
- Η μονιμότητα των μελών ΔΕΠ έρχεται σχετικά γρήγορα και με μη σαφώς διατυπωμένα ακαδημαϊκά κριτήρια.
- Η «απρόσκοπτη» εξέλιξη στις ανώτερες βαθμίδες και η σχετικά πρόωμη μονιμοποίηση οδήγησαν στη δημιουργία σημαντικού αριθμού «μη

παραγωγικών» μελών ΔΕΠ και στο φαινόμενο της «ανάστροφης πυραμίδας» στην ιεραρχία, υπονομεύοντας έτσι την ανανέωση του ΔΕΠ.

- Η αναλογία φοιτητών ανά διδάσκοντα στις κλινικές και τα εργαστήρια δεν είναι ιδανική.
- Οι αλληπάλληλες εξεταστικές περιόδους υποβαθμίζουν την ποιότητα των σπουδών.
- Υπάρχει σημαντικό πρόβλημα «ανενεργών» φοιτητών που θα πρέπει να αντιμετωπιστεί συνολικά και συναινετικά.
- Οι σχολές επιστημών υγείας έχουν μεγάλη ζήτηση μεταξύ των υποψηφίων φοιτητών με αποτέλεσμα να ασκούνται πιέσεις για εισαγωγές φοιτητών με άλλους τρόπους εκτός των εισαγωγικών εξετάσεων. Παρά τον περιορισμό του φαινομένου με νομοθετικές ρυθμίσεις τα τελευταία χρόνια, εξακολουθεί να αποτελεί σημαντικό πρόβλημα.
- Η ανοχή της παραβατικής συμπεριφοράς των φοιτητών δίνει λάθος μηνύματα και διαπαιδαγώγηση στον μελλοντικό επιστήμονα υγείας.
- Η καινοτόμος έρευνα στις ιατροβιολογικές επιστήμες υστερεί στην Ελλάδα σε σχέση με τις περισσότερες χώρες της ευρωπαϊκής ένωσης. Οι κύριοι λόγοι είναι η υποχρηματοδότηση, η κακή χρήση των υπαρχόντων πόρων, η έλλειψη κινήτρων για την παραγωγή ερευνητικού έργου από τα μέλη ΔΕΠ, η μη θεσμοθέτηση της μεταδιδακτορικής έρευνας και η έλλειψη της «κρίσιμης μάζας» ερευνητών στον ελληνικό χώρο.
- Υπάρχει σημαντικό και συνεχώς επιδεινούμενο πρόβλημα ανεργίας, υποαπασχόλησης και ετεροαπασχόλησης των νέων επιστημόνων υγείας, που οφείλεται στον πληθωρισμό του ιατρικού δυναμικού.

- Η επετηρίδα για την έναρξη ειδικότητας είναι ένας αναχρονιστικός θεσμός που προάγει την αναξιοκρατία και τη φυγή ικανών νέων επιστημόνων στο εξωτερικό
- Τα προγράμματα σπουδών είναι σε πολλές περιπτώσεις αναχρονιστικά (πιθανώς ανεπαρκή) και επιβάλλεται μια συνεχής διαδικασία ανανέωσης και επέκτασής τους.

9. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Υποδομές

- Να μην δημιουργηθούν νέες σχολές επιστημών υγείας. Οι υπάρχουσες, μαζί με τις αντίστοιχες σχολές του εξωτερικού όπου σπουδάζουν Έλληνες φοιτητές επαρκούν για την παραγωγή του επιστημονικού δυναμικού που είναι απαραίτητο για να καλυφθούν οι ανάγκες της χώρας.
- Εξαίρεση αποτελεί ενδεχομένως η Νοσηλευτική λόγω των αυξημένων αναγκών σε νοσηλευτικό προσωπικό, (αν και παράγουν κυρίως στελέχη της νοσηλευτικής υπηρεσίας).
- Δημιουργία σύγχρονων πανεπιστημιακών νοσοκομείων στην Αθήνα και Θεσσαλονίκη.

Χρηματοδότηση των σχολών επιστημών υγείας

- Για να μπορέσουν οι ελληνικές σχολές επιστημών υγείας να γίνουν ανταγωνιστικές προς τις αντίστοιχες των ευρωπαϊκών χωρών πρέπει να έχουν αυξημένους οικονομικούς πόρους και δυνατότητα αυτοδιαχείρισης. Δεν αρκεί μόνο η αύξηση του ποσοστού του ΑΕΠ με το οποίο επιχορηγούνται αλλά πρέπει να υπάρξει και η δυνατότητα άντλησης πόρων από τον ιδιωτικό τομέα.
- Οι Ιατρικές Σχολές Αθηνών και Θεσσαλονίκης για παράδειγμα θα μπορούσαν να χρηματοδοτήσουν την δημιουργία υπερσύγχρονων πανεπιστημιακών νοσοκομείων από ίδιους, ευρωπαϊκούς και ιδιωτικούς πόρους.
- Τα νοσοκομεία αυτά, παράλληλα με την παροχή υψηλού επιπέδου υγειονομικών υπηρεσιών σε όλους τους πολίτες θα μπορούσαν να διαθέτουν και κλινικές που θα λειτουργούν με ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια, στις οποίες θα εργάζονται πανεπιστημιακοί ιατροί και των οποίων τα έσοδα θα χρηματοδοτούν την λειτουργία του νοσοκομείου.

- Επίσης όλες οι Σχολές Επιστημών Υγείας, ιδιαίτερα οι Ιατρικές και φαρμακευτικές, θα μπορούσαν να συνεργαστούν οικονομικά με την βιομηχανία σε τομείς εφαρμοσμένης έρευνας για τη δημιουργία τεχνογνωσίας και εμπορικής εκμετάλλευσης της για προσπορισμό εσόδων και παράλληλη εξοικείωση του ΔΕΠ με την έρευνα.
- Εξίσου σημαντική με την αύξηση της χρηματοδότησης και την ανεύρεση νέων πόρων είναι και η χρηστή, ορθολογική και επαγγελματική χρήση των υπάρχοντων πόρων. Η πρόσληψη επαγγελματιών οικονομικών διαχειριστών και η θεσμοθέτηση τακτικών ελέγχων από εξωτερικούς ανεξάρτητους λογιστές, ενδεχομένως να βοηθήσει προς την κατεύθυνση αυτή.

Η δημιουργία ιδιωτικών ανωτάτων σχολών επιστημών υγείας

Πλεονεκτήματα

- Περιορισμός της φοιτητικής μετανάστευσης.
- Περιορισμός της διαρροής οικονομικών πόρων σε ΑΕΙ του εξωτερικού και κατεύθυνσή τους σε ιδιωτικά ελληνικά ΑΕΙ.
- Δημιουργία θέσεων εργασίας, ιδιαίτερα νέων επιστημόνων και αποτροπή διαρροής επιστημονικού κεφαλαίου στο εξωτερικό.
- Υγιής ανταγωνισμός με τις δημόσιες σχολές επιστημών υγείας που αναβαθμίζει την ποιότητα των σπουδών.
- Προσέλκυση αλλοδαπών φοιτητών ώστε από χώρα εξαγωγής φοιτητών να μετατραπούμε σε χώρα υποδοχής.
- Έλεγχος της ποιότητας των σπουδών και παρεχόμενων τίτλων σπουδών.

Μειονεκτήματα

- Απαιτείται ιδιαίτερα υψηλή επένδυση για την ίδρυση ιδιωτικής σχολής επιστημών υγείας, ιδιαίτερα Ιατρικής – Οδοντιατρικής..
- Για την απόσβεση μιας τέτοιας επένδυσης τα δίδακτρα θα πρέπει να διαμορφωθούν σε ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα.
- Δυσκολία πρόσβασης σε οικονομικά ασθενέστερους φοιτητές.
- Συντήρηση του φαινομένου υπερπαραγωγής επιστημόνων υγείας

Προϋποθέσεις ίδρυσης ιδιωτικών Σχολών Επιστημών Υγείας

- Καθορισμός των προδιαγραφών και των απαραίτητων εκπαιδευτικών, επιστημονικών και οικονομικών προϋποθέσεων από το Υπουργείο Παιδείας.
- Ύπαρξη νοσοκομείου πανεπιστημιακών προδιαγραφών («Teaching Hospital»).
- Έλεγχος του προγράμματος σπουδών, των εξετάσεων και των πτυχίων.
- Συνεχής έλεγχος υποδομών και ποιότητας σπουδών από ανεξάρτητο φορέα.
- Καθορισμός ελαχίστων προσόντων διδασκόντων.
- Υποχρέωση σε παραγωγή ερευνητικού έργου.
- Χορήγηση υποτροφιών σε οικονομικά ασθενέστερους φοιτητές.

Εργασιακές σχέσεις – αμοιβές- ετεροαπασχόληση των μελών ΔΕΠ των σχολών επιστημών υγείας.

- Καθιέρωση πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των μελών ΔΕΠ των σχολών επιστημών υγείας, συνοδευόμενη με αντίστοιχη αύξηση των μισθών. Το κύριο καθήκον ενός μέλους ΔΕΠ είναι η διδασκαλία, το κλινικό έργο και η έρευνα.

- Να καταργηθούν οι ελάχιστες ώρες διδασκαλίας ανά εβδομάδα και να αντικατασταθούν με συγκεκριμένες υποχρεώσεις. Θεσμοθέτηση ωραρίου των μελών ΔΕΠ στα πανεπιστήμια, π.χ. 9-17.
- Να θεσμοθετηθεί διάταξη νόμου που θα υποχρεώνει τα μέλη ΔΕΠ να εργάζονται / κατοικούν στις έδρες των πανεπιστημίων τους και είναι εγγεγραμμένοι μόνο στους τοπικούς επαγγελματικούς συλλόγους (π.χ. τοπικοί ιατρικοί σύλλογοι).
- Η άσκηση κλινικού έργου και ιατρικών πράξεων να γίνεται στις πανεπιστημιακές κλινικές και εργαστήρια, στα πλαίσια της εκπαίδευσης νέων επιστημόνων.
- Θεσμοθέτηση αμιγώς πανεπιστημιακών νοσοκομείων, διοικούμενων και διαχειριζόμενων από το πανεπιστήμιο και όχι από το υπουργείο Υγείας, όπου οι πανεπιστημιακοί ιατροί και λοιποί επιστήμονες θα μπορούν να παρέχουν τις υπηρεσίες τους με εργασιακές σχέσεις και αμοιβές που θα καθορίσουν τα πανεπιστημιακά όργανα.
- Δυνατότητα των μελών ΔΕΠ να εργάζονται ως σύμβουλοι στον ιδιωτικό τομέα (ιδιωτικά νοσοκομεία, θεραπευτήρια, φαρμακοβιομηχανία), μετά την λήξη του ωραρίου τους, με πλήρη διαφάνεια και υπό την αιγίδα του πανεπιστημίου.

Πρόσληψη και ακαδημαϊκή εξέλιξη των μελών ΔΕΠ : κριτήρια, αντικειμενικότητα των διαδικασιών

- Συνεχής αξιολόγηση όλων των μελών ΔΕΠ. Σύνδεση αξιολόγησης – εξέλιξης στην ιεραρχία.
- Συμμετοχή των φοιτητών στην αξιολόγηση, οι οποίοι θα αξιολογούν τον εκάστοτε διδάσκοντα εκ των μελών ΔΕΠ.

- Η εξέλιξη να γίνεται σύμφωνα με συγκεκριμένα αντικειμενικά, μετρήσιμα και διαφανή κριτήρια, και όχι μόνο σύμφωνα με την υποκειμενική άποψη των κρινόντων.
- Εισαγωγή του θεσμού των εξωτερικών κριτών (επιστήμονες αναγνωρισμένου κύρους από την άλλο ΑΕΙ της Ελλάδας ή του εξωτερικού). Στα εκλεκτορικά σώματα να συμμετέχουν κατά πλειοψηφία εξωτερικοί κριτές.
- Στις εισηγητικές επιτροπές να υπάρχει τουλάχιστον ένα εξωτερικό μέλος.
- Οι διαδικασίες εξέλιξης και εκλογής να είναι ανοιχτές σε όλες τις βαθμίδες.
- Στα κριτήρια εκλογής και εξέλιξης και στις τέσσερις βαθμίδες να δοθεί μεγαλύτερο βάρος στη διεθνή διάσταση του έργου (διεθνείς δημοσιεύσεις, μνείες).
- Η μονιμοποίηση να έρχεται αργότερα, στη βαθμίδα του αναπληρωτή καθηγητή, ως επιστέγασμα μιας ώριμης ακαδημαϊκής καριέρας, μέσα από την διαδικασία της συνεχούς αξιολόγησης και με τη χρήση σαφώς διατυπωμένων αντικειμενικών κριτηρίων.
- Σαφείς διαδικασίες (με συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα) για την απομάκρυνση των μη παραγωγικών μελών, που δεν μπορούν να εξελιχθούν και την μετάταξη τους στον ευρύτερο δημόσιο τομέα, όπως προβλέπει ο Νόμος Πλαίσιο (Ν. 1263/82).
- Να δημιουργηθούν κίνητρα επιστροφής αξιόλογων επιστημόνων που εργάζονται σε γνωστά ερευνητικά κέντρα και πανεπιστήμια της αλλοδαπής.
- Να θεσμοθετηθεί και να εξασφαλιστεί χρηματοδότηση για επισκέπτες καθηγητές-ερευνητές.
- Δραστική μείωση της γραφειοκρατίας και απλοποίηση των διοικητικών διαδικασιών.

Φοιτητές – Εκπαιδευτική διαδικασία

- Οι σπουδές στις σχολές επιστημών υγείας πρέπει να είναι τόσο θεωρητικές όσο και πρακτικές και να εφοδιάζουν τον μέλλοντα επιστήμονα υγείας με δεξιότητες. Με την έννοια αυτή οι θεωρητικές διαλέξεις από καθέδρας στο αμφιθέατρο, όπου η παρακολούθηση δεν είναι υποχρεωτική θα πρέπει να συμπληρωθούν με τη δημιουργία μικρών τάξεων φροντιστηριακού χαρακτήρα, με υποχρεωτική παρακολούθηση
- Το μέλος ΔΕΠ θα αξιολογεί την πρόοδο του φοιτητή του και το εάν είναι σε θέση να δώσει εξετάσεις.
- Οι φοιτητές θα αξιολογούν τον διδάσκοντα συμπληρώνοντας ειδικά ανώνυμα έντυπα που θα παραδίδουν απευθείας σε αρμόδια υπηρεσία της σχολής
- Η απόδοση κάθε τάξης στις εξετάσεις θα αξιολογείται. Θα συζητούνται με τον διδάσκοντα και με τα λοιπά μέλη ΔΕΠ τρόποι βελτίωσης της διδασκαλίας, όταν χρειάζεται.
- Οι αξιολόγηση του διδάσκοντα από τους φοιτητές και η απόδοση της τάξης στις εξετάσεις θα λαμβάνονται υπόψη (μεταξύ άλλων) στην ετήσια αξιολόγηση του μέλους ΔΕΠ.
- Διάθεση στον διδάσκοντα όλων των απαραίτητων εποπτικών μέσων και της κατάλληλης γραμματειακής υποστήριξης
- Οι φοιτητές οφείλουν να ολοκληρώνουν τις σπουδές τους σε ορισμένο εύλογο χρονικό διάστημα (π.χ. την κανονική διάρκεια των σπουδών συν επιπλέον 2-3 έτη). Σε αντίθετη περίπτωση να αφαιρείται η φοιτητική ιδιότητα.
- Οι σχολές να προσφέρουν στους φοιτητές που έχουν δυσκολία στο να ολοκληρώσουν τις σπουδές τους βοήθεια, όπως ενισχυτική διδασκαλία,

επίβλεψη και καθοδήγηση από μέλος ΔΕΠ, και υποτροφίες σε οικονομικά ασθενείς φοιτητές.

- Η δυνατότητα διακοπής των σπουδών για ένα ή δύο το πολύ έτη καθώς και η παράταση του χρόνου φοίτησης για ένα εύλογο επιλέον χρονικό διάστημα θα μπορούσαν να συζητηθούν για ειδικές περιπτώσεις, όπως μητέρες ανηλίκων, εργαζόμενοι με αποδεδειγμένη πλήρη απασχόληση και ασφαλιστική κάλυψη και χρονίως πάσχοντες.
- Στους υπάρχοντες «ανεργείς» φοιτητές να δοθεί μια επιπλέον ευκαιρία να ολοκληρώσουν τις σπουδές τους, εφόσον το επιθυμούν, και αφού επαναλάβουν την εκπαιδευτική διαδικασία (παρακολούθηση υποχρεωτικών εργαστηρίων, κλινικής εκπαίδευσης και παραδόσεων). Ακολούθως να γίνει εκκαθάριση των μητρώων των σχολών από μη ενεργούς φοιτητές.
- Δημιουργία του θεσμού του σύμβουλου εκπαίδευσης (“advisor” “tutor”), όπως έχει ήδη καθιερωθεί στο εξωτερικό (ΗΠΑ, Αγγλία κλπ).
 - Κάθε φοιτητής από την εισαγωγή του στην σχολή επιστημών υγείας χρεώνεται σε ένα μέλος ΔΕΠ, το οποίο ορίζεται ως σύμβουλος εκπαίδευσης του φοιτητή.
 - Ο φοιτητής απευθύνεται στον σύμβουλο του για κάθε πρόβλημα που αντιμετωπίζει σχετικά με την εκπαιδευτική διαδικασία.
 - Ο σύμβουλος παρακολουθεί την εκπαιδευτική πορεία του φοιτητή, παρεμβαίνει συμβουλευτικά όταν χρειάζεται και συντάσσει ετήσια έκθεση για τον φοιτητή του.
 - Ο φοιτητής αξιολογεί τον σύμβουλο του κατά την αποφοίτηση του με ειδικό έντυπο.

- Καθορισμός του αριθμού των εισακτέων με βάση:
 - ο Τον αριθμό φοιτητών που μπορεί η κάθε σχολή να εκπαιδεύσει επαρκώς, σύμφωνα με απόφαση των διοικητικών της οργάνων.
 - ο Τον αριθμό και τις ειδικότητες νέων επιστημόνων υγείας που έχει ανάγκη η χώρα, σύμφωνα με έναν μακροπρόθεσμο εθνικό σχεδιασμό, στον οποίο εμπλέκονται ακαδημαϊκοί, επαγγελματικοί και κοινωνικοί φορείς.
- Δραστικό περιορισμό (ή και κατάργηση) των εγγραφών φοιτητών «ειδικών κατηγοριών» χωρίς εισαγωγικές εξετάσεις. Μοναδική εξαίρεση να αποτελούν άτομα τα οποία για (αποδεδειγμένους) λόγους υγείας δεν μπορούν να συμμετέχουν στις εισαγωγικές εξετάσεις και για τα οποία οργανώνονται ειδικές εξετάσεις για προκαθορισμένο ανά σχολή αριθμό θέσεων.
- Απαγόρευση εγγραφών νέων φοιτητών στα μέσα του ακαδημαϊκού έτους.
- Μη ανοχή από την ακαδημαϊκή κοινότητα (μέλη ΔΕΠ και φοιτητές) φαινομένων παραβατικής συμπεριφοράς
- Να καταρτιστεί ένας αυστηρός ηθικός κώδικας δεοντολογίας για φοιτητές και διδάσκοντες με ρητές συνέπειες που θα φτάνουν μέχρι και την διαρκή αποβολή από το Πανεπιστήμιο.
- Επαναπροσδιορισμός της έννοιας του ακαδημαϊκού ασύλου, που ενδεχομένως συνοδεύεται με επαναπροσδιορισμό και των καλυπτόμενων χώρων. Το άσυλο να καλύπτει μόνο τα μέλη της ακαδημαϊκής κοινότητας. Η άρση του ασύλου, όταν χρειάζεται, να αποφασίζεται ταχύτατα.
- Χορήγηση κινήτρων στα μέλη ΔΕΠ για την συγγραφή σύγχρονων συγγραμμάτων που απευθύνονται στον έλληνα φοιτητή και είναι εφάμιλλα των αντιστοίχων Ευρωπαϊκών.

- Ανανέωση των συγγραμμάτων σε εύλογα χρονικά διαστήματα
- Κρίση της ποιότητας και επάρκειας των συγγραμμάτων από εξωτερικούς κριτές και καθιέρωση βραβείων για τα πιο καλογραμμένα. Σημαντική είναι επίσης και η γνώμη των φοιτητών για την ποιότητα και χρηστικότητα των συγγραμμάτων.
- Χορήγηση δωρεάν συγγραμμάτων μόνο στους οικονομικά ασθενέστερους φοιτητές, με στόχο τη διοχέτευση των επιπλέον κονδυλίων στις βιβλιοθήκες.
- Τα διεθνή συγγράμματα αναφοράς να είναι διαθέσιμα στις βιβλιοθήκες.

Επιστημονική έρευνα στις σχολές επιστημών υγείας

- Αύξηση χρηματοδότησης της έρευνας από τον Δημόσιο Προϋπολογισμό.
- Άντληση πόρων από τον ιδιωτικό τομέα.
- Αύξηση των οικονομικών και ακαδημαϊκών κινήτρων για τα μέλη ΔΕΠ που παράγουν διεθνώς αναγνωρισμένη έρευνα.
- Τα εργαστήρια και οι μονάδες που παράγουν έρευνα μέσα στις σχολές επιστημών υγείας θα πρέπει να συναγωνίζονται σκληρά για χρηματοδότηση.
- Οι δημοσιεύσεις σε έγκυρα περιοδικά του εξωτερικού θα πρέπει να αποτελούν το κύριο κριτήριο για την διανομή των πόρων.
- Οι πόροι πρέπει να διανέμονται μετά από αυστηρή και αντικειμενική αξιολόγηση από συναδέλφους του ίδιου γνωστικού αντικειμένου. Η κρίση όμως των προτάσεων να μη γίνεται μόνο από εσωτερικούς κριτές αλλά να χρησιμοποιούνται και έλληνες του εξωτερικού ή και ξένοι κριτές, τουλάχιστον σε επιστημονικούς τομείς όπου τα Αγγλικά είναι η κύρια γλώσσα.
- Θεσμοθέτηση χρηματοδότησης νέων (σε ηλικία) ερευνητών για ανανέωση και ενίσχυση του ερευνητικού δυναμικού.

- Μετάκληση ελλήνων επιστημόνων της διασποράς, οι οποίοι αποδεδειγμένα έχουν την εμπειρία και την προσφορά σε διεθνές επίπεδο στην ιατρική έρευνα.
- Δημιουργία ειδικών μεταδιδακτορικών θέσεων για ιατρούς και επιστήμονες που έχουν την επιθυμία και μπορούν να ασχοληθούν με την ιατρική έρευνα.
- Δημιουργία εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την βασική, επιδημιολογική και κλινική έρευνα.

Επαγγελματική αποκατάσταση των αποφοίτων των Σχολών Επιστημών Υγείας.

- Χαρτογράφηση των αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό επιστημών υγείας ανά επιστημονικό πεδίο, ειδικότητα, και γεωγραφικό διαμέρισμα.
- Προγραμματισμός αναγκών σε βάθος 10ετίας τουλάχιστον.
- Προσαρμογή του αριθμού των εισακτέων στις ανάγκες της χώρας
- Κατάργηση των πάσης φύσεως εισαγωγών στις σχολές επιστημών υγείας με τρόπους άλλους εκτός των εισαγωγικών εξετάσεων.
- Σωστός επαγγελματικός προσανατολισμός μαθητών και γονέων στα λύκεια. Ενημέρωση με πραγματικά στοιχεία για τις δυνατότητες μελλοντικής επαγγελματικής αποκατάστασης.
- Εκκαθάριση των μητρώων των σχολών επιστημών υγείας από «μη ενεργούς φοιτητές»
- Καθορισμός σαφών κριτηρίων και διαδικασιών για την διαγραφή ανεπαρκών φοιτητών.
- Αναβάθμιση των εξετάσεων του ΔΟΑΤΑΠ για την αναγνώριση πτυχίων του εξωτερικού.. Έτσι προφυλάσσεται η δημόσια υγεία και ο Έλληνας πολίτης από ανεκπαιδευτα άτομα τα οποία παρέχουν υπηρεσίες υγείας.

- *Εναλλακτικά:* Θέσπιση πανελληνίων αδιάβλητων γραπτών εξετάσεων για την χορήγηση άδειας ασκήσεως επαγγέλματος. Ο θεσμός υπάρχει σε πολυάριθμες υγειονομικά αναπτυγμένες χώρες της Ευρώπης και της Αμερικής (“Boards”). Με τον τρόπο αυτό όλοι οι πτυχιούχοι σχολών επιστημών υγείας, εσωτερικού και εξωτερικού, αποδεικνύουν ότι έχουν τις στοιχειώδεις γνώσεις προκειμένου να ασκήσουν με επάρκεια την Ιατρική ή άλλες επιστήμες Υγείας.
- Κατάργηση της επετηρίδας για την έναρξη ειδικότητας των πτυχιούχων ιατρικής. Θέσπιση αδιάβλητων πανελληνίων εξετάσεων για την έναρξη ειδικότητας ή εξετάσεων για την χορήγηση άδειας ασκήσεως επαγγέλματος. Με τον τρόπο αυτό επιλέγονται οι άριστοι για άμεση έναρξη ειδικότητας και ανακόπτεται το ρεύμα εξόδου από την χώρα των αριστούχων πτυχιούχων ιατρικής.

Προγράμματα σπουδών των σχολών επιστημών υγείας

- Εκσυγχρονισμός των προγραμμάτων σπουδών των σχολών επιστημών υγείας, με βάση τις σύγχρονες απαιτήσεις της επιστήμης. Συμβατότητα με τα προγράμματα σπουδών των σχολών επιστημών υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- Ομογενοποίηση του περιεχομένου των προγραμμάτων σπουδών των ομοειδών σχολών ώστε να υπάρχει ενιαία εκπαιδευτική διαδικασία
- Συνεχής αναμόρφωση των προγραμμάτων σπουδών ανάλογα με τις εξελίξεις της επιστήμης
- Ποιοτικός έλεγχος από ανεξάρτητο φορέα των προγραμμάτων σπουδών και της σωστής εφαρμογής τους

10. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Πεπραγμένα Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Ακαδημαϊκά έτη 2003-2005. Έκδοση Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιανουάριος 2006
- Ad hoc επιτροπή για τον επαναπροσδιορισμό των εκπαιδευτικών στόχων και την αναδόμηση του προπτυχιακού προγράμματος της ιατρικής σχολής. (πρόεδρος καθ. Μ. Κουτσιλιέρης). Έκδοση Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιανουάριος 2006
- Επετηρίδα πανεπιστημιακών ετών 2002-2004 του ΕΚΠΑ. Έκδοση Πανεπιστημίου Αθηνών, 2005
- Πανόραμα του Πανεπιστημίου Αθηνών. Δομή-Λειτουργία-Εκπαιδευτικό έργο. Έκδοση Πανεπιστημίου Αθηνών, 2002
- Γ. Πατούλη. «Ο πληθωρισμός του ιατρικού δυναμικού αιτία απαξίωσης του Έλληνα γιατρού και της υποβάθμισης της υγειονομικής περίθαλψης. Εφημερίδα «Ελευθεροεπαγγελματίας ιατρός», τεύχος 11, 12-2005
- Γ.Ι. Ελευθερίου. «Ιατροί στα αζήτητα». Εφημερίδα «Ελευθεροεπαγγελματίας ιατρός», τεύχος 11, 12-2005
- Α.Ι. Τριπολίτη. Οι «θεσμοί» και η προστασία του «ασύλου». Εφημερίδα «Το Βήμα» 12-2-2006
- Μ. Αντωνοπούλου – Ντόμη. Ο ερασιτεχνισμός της αξιολόγησης. Εφημερίδα «Το Βήμα» 12-2-2006
- Α. Ασημακόπουλου. Βασική έρευνα: ο μεγάλος ασθενής. Εφημερίδα «Το Βήμα» 12-2-2006
- «Όλοι θα κερδίσουν από την αξιολόγηση». Συνέντευξη του Σ. Αμούργη (προέδρου της ΑΔΙΠ) στην Εφημερίδα «Έθνος της Κυριακής» 5-3-2006
- Ι. Σ. Παπαδόπουλου. «Η προπτυχιακή εκπαίδευση στην Ιατρική» Άρθρο στην εφημερίδα Ελευθεροτυπία 1-2006.
- ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ - ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ 19 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2005
- Μ. Δρεττάκη. «Ανεδαφικές οι προτάσεις της επιτροπής «σοφών» για τα ΑΕΙ». Άρθρο στην εφημερίδα «Καθημερινή» 1/2006
- Γ. Μπαμπινιώτη. Ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά πανεπιστήμια. Επίλυση του προβλήματος ή πυροτέχνημα; Εφημερίδα «Το Καποδιστριακό» 1-2-2006

- Χ.Μ Μουτσόπουλος. Μεταπτυχιακή ιατρική έρευνα στην Ελλάδα. Ομιλία του καθηγητή Χ.Μ. Μουτσόπουλου κατά την τελετή βράβευσης του με το βραβείο Εξαίρετης Πανεπιστημιακής Διδασκαλίας από το ΙΤΕ, Αθήνα 2005
- Χ. Μ. Μουτσόπουλος. Απόψεις. Αθήνα 2006
- Α. Κωτίδης, Το άσυλο στην αντιρωϊκή εποχή. Εφημερίδα «Το Βήμα» 2-2-2006
- Χ.Β. Μασσάλα. Τι μπορεί και πρέπει να αλλάξει στα ΑΕΙ. Εφημερίδα «Το Βήμα» 30-6-2005
- Χ. Μ. Μουτσόπουλος. ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΣΧΟΛΕΣ. Ομιλία που δόθηκε στο Ερευνητικό Κέντρο «Αλέξανδρος Φλέμινγκ» εις μνήμην Αμαλίας Φλέμινγκ, Φεβρουάριος 2006
- Χ. Δήμα. 9+1 προτάσεις για τα ΑΕΙ. Εφημερίδα «Το Βήμα» 18-1-2006
- Πόρισμα Επιτροπής Θεσμικών Θεμάτων, Σύνοδος Πρυτάνεων Ελληνικών ΑΕΙ, Κυλλήνη, 17-18 Φεβρουαρίου 2006
- «Μερικές σκέψεις για τα Πανεπιστήμια». Επιστολή που υπογράφεται από 151 Έλληνες επιστήμονες του εξωτερικού. Εφημερίδα «Καθημερινή», 18 Νοεμβρίου 2005. Η επιστολή με όλες τις υπογραφές βρίσκεται επίσης στην ιστοσελίδα www.GreekUniversityReform.org.
- Δ. Λινός, Ι. Τσαμπαρλάκος. Η συνεχιζόμενη Ιατρική εκπαίδευση. Συμπόσιο για την μεταπτυχιακή Ιατρική εκπαίδευση. Εκδόσεις: Ένωση Χειρουργικών Εταιρειών, Αθήνα, 1988
- Δ. Λινός. Ιατρική Εκπαίδευση: Προβλήματα και εφικτές λύσεις. Εφημερίδα «Καθημερινή», φύλλο 10^{ης} Μαρτίου 1990.
- Έκθεση της Επιτροπής για την Ιατρική Εκπαίδευση στην Ελλάδα. Αθήνα 4-11-1994 (πρόεδρος της επιτροπής: Καθηγητής Φ.Ι. Μήτσης).

11. ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

- **Πίνακας 1:** Σχολές επιστημών υγείας στην Ελλάδα: παρουσίαση ανά τμήμα, πόλη και έτος ίδρυσης
- **Πίνακας 2:** Οικονομικά στοιχεία 2005 για το νοσοκομείο Λαϊκό (στεγάζει 6 πανεπιστημιακές κλινικές)
- **Πίνακας 3:** Προσωπικό – υλικοτεχνική υποδομή της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών
- **Πίνακας 4.** Υπηρεσίες παρεχόμενες από την Βιβλιοθήκη Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών
- **Πίνακας 5.** Μέλη ΔΕΠ ανά βαθμίδα στις σχολές επιστημών υγείας.
- **Πίνακας 6.** Στοιχεία από το Υπουργείο Παιδείας που αφορούν εξελίξεις και νέες προσλήψεις μελών ΔΕΠ .
- **Πίνακας 7.** Ενεργοί* και ανενεργοί φοιτητές των τμημάτων Ιατρικής - Οδοντιατρικής για το ακαδημαϊκό έτος 2004-2005
- **Πίνακας 7^α.** Αριθμός εισακτέων στις σχολές επιστημών υγείας για το ακαδημαϊκό έτος 2006-07
- **Πίνακας 8.** Έρευνα στην Ελλάδα συγκριτικά με άλλες χώρες
- **Πίνακας 9.** Ανεργία των ιατρών του ΙΣΑ
- **Πίνακας 10.** Απασχόληση ιατρών τον πρώτο χρόνο μετά το τέλος της εκπαίδευσης στην ειδικότητα
- **Πίνακας 11.** Διαχρονική εξέλιξη του αριθμού* των εγγεγραμμένων ανέργων ιατρών
- **Πίνακας 12.** Διαχρονική εξέλιξη του αριθμού των Ιατρών στην Ελλάδα

- **Πίνακας 13.** Συγκριτικός πίνακας αντιστοιχίας κατοίκων ανά ιατρό στην Ελλάδα, ΕΕ, Ενωμένο Βασίλειο
- **Πίνακας 14.** Αποτελέσματα εξετάσεων ΔΟΑΤΑΠ για την αναγνώριση πτυχίων ιατρικής εξωτερικού, Δεκέμβριος 2005
- **Πίνακας 15.** Πρόγραμμα σπουδών Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών