

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΜΕΤΑΠΟΛΕΜΙΚΗ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

ΓΙΩΡΓΟΣ ΜΑΘΙΑΝΑΚΗΣ

ΥΓΕΙΑ. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ο όρος πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Primary Health Care) έρχεται να αντικαταστήσει σε ενιαία, λειτουργική έννοια τους όρους: εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (διάγνωση και αποκατάσταση), προληπτική ιατρική και σε πολλές παραμέτρους τον όρο, κοινωνική φροντίδα. Η καθιέρωσή του συνοδεύεται από τις εξής διαπιστώσεις, γενικευμένης πλέον, εγκυρότητας και παραδοχής: Η περίθαλψη αποτελεί μέρος, μόνο της ευρύτερης έννοιας προστασίας και προαγωγής της υγείας. Υπάρχει ανάγκη μετασχηματισμού, του νοσοκομειακού μοντέλου παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως και συμμετοχής όλων των υγειονομικών παραγόντων (γιατροί, νοσηλευτικοί, μαίες, παραϊατρικά επαγγέλματα, κοινωνικοί λειτουργοί) στην υλοποίηση των προγραμμάτων για την υγεία (ομάδα υγείας – teamwork). Μόνο με τον συνεχή προγραμματισμό και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, σε εθνικό και τοπικό επίπεδο, όπως και κοινωνικής συμμετοχής στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και τον έλεγχο των προγραμμάτων υγείας, μπορούν να επιτευχθούν οι ποσοτικοί και ποιοτικοί στόχοι, που συντείνουν στη βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών (ΑΛΜΑ ΑΤΑ 1978).

Οι αντιλήψεις πως η υγεία και η αρρώστεια δεν αποτελούν μόνο βιολογικά φαινόμενα, αλλά έχουν κοινωνικο-οικολογική βάση, πως ο σημαντικότερος παράγοντας για την υγεία, είναι η αρμονική συμβίωση του ατόμου με το ευρύτερο περιβάλλον, η αναποτελεσματικότητα και το δυσβάστακτο οικονομικό βάρος (νέες τεχνολογίες, αύξηση χρησιμοποίησης της νοσοκομειακής περίθαλψης), οδηγούν στην ανάγκη για αναπροσανατολισμό στόχων, νέες ιεραρχήσεις, επανακαθορισμό προτεραιοτήτων στον υγειονομικό τομέα.

Μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, το πρότυπο της υγειονομικής ανάπτυξης που υιοθετήθηκε από τις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες βασίστηκε στην δημιουργία διαρκώς και περισσότερων νοσοκομειακών κέντρων υψηλής δυναμικότητας, με ταυτόχρονη δέβαια, αύξηση του αριθμού των νοσοκομειακών κρεβατιών, του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, η πρόληψη, η νοσηλευτική, η κοινωνική ιατρική, αποτελούσαν σαφώς δευτερογενή επιλογή, αν δεν ήταν περίπου παραμελημένες. Στις χώρες του ΟΟΣΑ, στις αρχές της δεκαετίας του 1960, το 1,34% του Ακαθ. Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ) διατίθεται για νοσοκομειακή περίθαλψη. Το 1980 το ποσοστό αυτό έφτανε στο 2,87%¹.

Η κρίση του κράτους πρόνοιας στις ανεπτυγμένες χώρες (Welfare State Crisis) οδήγησε και στη κρίση του υγειονομικού συστήματος (Health Crisis). Παρά την ανάπτυξη των νοσ. κρε-

βατιών, την αύξηση του ιατρικού και νοσηλευτικού δυναμικού, την ανακάλυψη νέων φαρμακευτικών σκευασμάτων, την ανάπτυξη νέων τεχνολογιών, την αυξανόμενη διάθεση οικονομικών πόρων, οι ανισότητες παρέμειναν, η ποιότητα των υπηρεσιών δεν βελτιώθηκε, η αναποτελεσματικότητα είναι εμφανής. Διαμορφώνεται σταθερά η ανάγκη μίας νέας αντίληψης για τη παροχή υπηρεσιών υγείας που να αμβλύνει τις κοινωνικές και γεωγραφικές ανισότητες, να βελτιώνει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και να εξασφαλίζει την παροχή τους με χαμηλότερο κόστος.

Οι ταχείες αλλαγές των συνθηκών ζωής στις ανθρωποκοινωνίες και η δευτερογενής εμφάνιση νέων παραγόντων κινδύνου, επιβάλλουν τη συλλογική τους μελέτη (Κοινωνική επιδημολογία – Epidemiologie Sociale). Η κλινική μελέτη του ξεχωριστού ατόμου, δεν μπορεί να μας γνωστοποιήσει, παρά μία μόνο αντανάκλαση αυτού που συμβαίνει στην Κοινότητα.

Ο ΟΗΕ μιλά για την οικοανάπτυξη, τον μετασχηματισμό των τρόπων ζωής, την προστασία του περιβάλλοντος, τη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων, την εκπαίδευση υγείας και ένα ορισμένο βαθμό ατομικής αυτονομίας απέναντι στην υγεία και την αρρώστεια. (18. ΚΕΦ. 8, σελ. 195).

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΡΑΤΟΣ. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

Ένας λειτουργικός και επιβεβαιωμένης αξίας σχεδιασμός υγείας, διαφοροποιείται ριζικά από τον τυπικό προγραμματισμό των υγειονομικών υπηρεσιών, που αντιστοιχεί στο παραδοσιακό –ιατροκεντρικό– μοντέλο, της υγειονομικής περίθαλψης.

Σήμερα, δύσκολα θα βρεθεί μια χώρα χωρίς μακροοικονομική πολιτική και τυπικό μηχανισμό σχεδιασμού. Θέματα όπως: η εθνική διάρθρωση του υγειονομικού συστήματος, η ισορροπία ενιαίας διεύθυνσης και αποκέντρωσης, η κατανομή των αρμοδιοτήτων προγραμματισμού και ελέγχου, η συμμετοχή της κοινότητας και των εργαζομένων, ο συντονισμός των οργανισμών που αφορούν την υγεία, η μεθοδολογία και η βελτίωση των τεχνικών δυνατοτήτων, ο καταμερισμός και η χρησιμοποίηση των πόρων, είναι επιβεβλημένο πλέον, να αποτελούν αναπόσπαστα τμήματα του υγειονομικού σχεδιασμού και της υγειονομικής διεύθυνσης.

Η υποβάθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας, άρχισε και για τις ανεπτυγμένες ευρωπαϊκές χώρες, να αναστέλεται, μόλις τα τελευταία χρόνια, συνηγορούσης της κρίσης του Κοινωνικού Κράτους, της υγειονομικής κρίσης και δέβαια της κρίσης των παραδοσιακών προτύπων υγειονομικής, εκτατικής ανάπτυξης.

Για να μελετήσουμε τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, όπως διαμορφώθηκαν μεταπολεμικά στην Ελλάδα (1950-1980),

1. Γ. Υφαντόπουλος. Κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη και πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ιατρική. Ιούλιος 1986, τόμος 50, τ.1, σ. 34.



θα πρέπει να παρακολουθήσουμε παράλληλα, τις εξελίξεις τόσο στον ευρύτερο κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον, όσο και στο δημογραφικό και το επιδημιολογικό φάσμα της χώρας. Θα πρέπει ταυτόχρονα να εξετάσουμε τόσο τη λειτουργικότητα και την επάρκεια των θεσμικών μέτρων (νόμοι, αποφάσεις κ.λ.π.), όσο και τους αναγκαστικούς περιορισμούς, από το ύψος των δαπανών, τη κατανομή και τη χρήση τους. Είναι τέλος χρήσιμη, η γνώση του γενικότερου πολιτικού κλίματος, της ευρύτητας συναίνεσης που αντιστοιχεί στις κατευθύνσεις της εκάστοτε υγειονομικής πολιτικής.

ΜΕΤΑΠΟΛΕΜΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ

I) Δημογραφικές μεταβολές

Ο αριθμός των γεννήσεων στην Ελλάδα καθώς και η αναλογία των γεννήσεων σε πληθυσμό 1000 ατόμων, ακολούθησαν μεταπολεμικά, φθίνουσα εξέλιξη με μοναδική εξαίρεση τα έτη 1967-68.²

Η μέση ροπή αναπαραγωγής (μέσος αριθμός παιδιών ανά γυναίκα) ακολούθησε μετά το 1956, τρεις διαδοχικές φάσεις: μια φάση επιταχυνόμενης μείωσης (1956-1963), μια φάση αύξησης (1965-1970) και μία φάση συγκρατημένης μείωσης (1971-1979).

Η γαμηλιότητα καθίσταται προοδευτικά πρωϊμότερη και συνεπώς μειώνεται η μέση ηλικία των μητέρων κατά τη γέννηση

2. Εξαίρεση 1967-68: επακόλουθο της αύξησης της γαμηλιότητας 1965-67, όσο και της συγκυριακής αντιστροφής των ρευμάτων της εξωτερικής μετανάστευσης 67-68.

Πίνακας 1
Δείκτες αναπαραγωγικότητας ελληνικού πληθυσμού 1956-1979

Έτος	Γεννήσεις ζώντων	Γεννήσεις σε 1000 άτομα	Μέση ηλικία κατά τον πρώτο γάμο Γυναίκες	Γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας (15-49 ετών) Αναλογία έναντι συνόλου %
1956	158.203	19,7	24,3	53,6
1960	157.239	18,9	24,4	52,0
1965	151.448	17,7	23,9	50,4
1970	144.928	16,5	22,9	48,3
1975	142.273	15,7	22,8	—
1979	147.965	15,7	22,3	47,6

Πηγή: ΕΣΥΕ, Στατιστικές Φυσικής Κινήσεως, 1956-1972
Έπετηρίδες 1973-1975, Ίδιοι υπολογισμοί

Πίνακας 3
Εσωτερική μετανάστευση στην Ελλάδα, κατά μεγάλα πολεοδομικά συγκροτήματα και περιοχές, 1956-1960 και 1966-1970 (χιλ. κάτοικοι)

Περιοχές διαμονής	1956-1960			1966-1970		
	Έγκατεσταθέντες	Αναχωρήσαντες	Καθαρή αύξηση	Έγκατεσταθέντες	Αναχωρήσαντες	Καθαρή αύξηση
Σύνολο Ελλάδος	644,8	644,8	—	764,5	764,5	—
Περιφ. Πρωτεύουσας	218,2	40,5	177,7	256,1	65,2	190,9
Πολεοδ. συγκρ. Θεσ/νίκης	46,9	15,7	31,2	85,0	23,6	61,4
Πολεοδ. συγκρ. Πατρών	9,7	8,4	1,3	12,7	8,6	4,1
Λοιπές αστικές περιοχές	133,6	120,9	12,7	168,1	160,8	7,3
Ήμιαστικές περιοχές	76,4	89,3	-12,9	98,3	113,4	-15,1
Αγροτικές περιοχές	160,0	370,0	-210,0	144,3	392,8	-248,5

Πηγή: ΕΣΥΕ, Απογραφές Πληθυσμού, 1961 και 1971

των παιδιών τους. Η δημογραφική κατάσταση του αναπαραγωγικού πληθυσμού παρουσιάζει επιδείνωση. Η ποσοστιαία συμμετοχή του, αναπαραγωγικής ηλικίας, πληθυσμού, στο σύνολο του πληθυσμού μειώνεται προοδευτικά, ενώ παράλληλα είναι έκδηλη η τάση του γηρασμού του. (Πίνακας 1).

Τα επίπεδα θνησιμότητας του παιδικού και του ωρίμου πληθυσμού στην Ελλάδα, ήταν ήδη ικανοποιητικά, από τις αρχές της δεκαετίας του '60. Η βρεφική θνησιμότητα έχει μειωθεί, σε σημαντικό βαθμό (24 θάνατοι βρεφών σε 1000 γεννήσεις, το 1975). Εξακολουθεί όμως να είναι υψηλότερη από εκείνη των ανεπτυγμένων χωρών (ΕΟΚ των «9»: 16/1000, 1975) και παρουσιάζει σημαντικές γεωγραφικές ανισότητες. Η προσπάθεια περιορισμού της αποτελεί πρόβλημα εθνικής και περιφερειακής κλίμακας.

Ο πληθυσμός της χώρας, από 7,6 εκατομ. το 1951, έφτασε τα 9,4 εκατομ. το 1979 (αύξηση + 23,68%). Ανά δεκαετίες παρουσίασε την ακόλουθη εξέλιξη: 1951: 7,6 εκατομ., 1961: 8,4 εκατομ., 1971: 8,8 εκατομ., 1979: 9,4 εκατομ.

Ένα σημαντικό δημογραφικό στοιχείο με οικονομικοκοινωνικούς αλλά και νοσολογικές επιπτώσεις είναι η παρουσιαζόμενη γήρανση του ελληνικού πληθυσμού (ηλικίες άνω των 65 χρόνων). Αυτή βέβαια αποτελεί φαινόμενο όλων των βιομηχανικά ανεπτυγμένων χωρών. Συγκριτικά στοιχεία μεταξύ Ελλάδος και της Ευρωπαϊκής Κοινότητας των υπολοίπων «9» για την περίοδο 1970-1979 δίνει ο Πίνακας 2.

Πίνακας 2
Γήρανση ελ. πληθυσμού. Σύγκριση με ΕΟΚ των "9" (σε εκ. κατοίκους)

Ηλικία	Ελλάδα	1970 ΕΟΚ "9"	Ελλάδα	1979 ΕΟΚ "9"
-65 χρόνων	7,8	220,7	8,2 (+5,1%)	223,6 (+1,3%)
65+	1,0	31	1,2 (+20%)	36,4 (+17,4%)

II) Κατανομή Πληθυσμού – Εσωτερική μετανάστευση.

Ο συνολικός αριθμός των ατόμων που μετακινήθηκαν, ανήλθε κατά πενταετίες: 1956-1960: 645.000, 1966-1970: 765.000, 1971-1975: 600.000.

Κατά την περίοδο 1951-1970, από τα άτομα που μετακινήθηκαν στις διάφορες περιοχές, το 32% κατευθύνθηκε στην περιφέρεια της πρωτεύουσας, το 34% στα άλλα αστικά κέντρα, το 22% στις αγροτικές περιοχές και 12% στις ημιαστικές περιοχές. Προς το τέλος της δεκαετίας του 1960 αρχές δεκαετίας 1970, το ποσοστό μετακίνησης προς την Πρωτεύουσα αρχίζει

να μειώνεται, ενώ αυξάνεται η μετακίνηση προς τα άλλα αστικά κέντρα (στοιχεία Υπ. Συντονισμού). (Πίνακας 3).

Από τους μετανάστες που εγκαταστάθηκαν στη Περιφέρεια Πρωτεύουσας, γύρω στο 47% προήλθε από αγροτικές περιοχές, 35% από άλλες αστικές περιοχές και 17% από ημιαστικές περιοχές.

Η εισροή ατόμων προς τις μεγάλες πόλεις, προκαλείται μεταξύ άλλων από το πλεονάζον –λόγω μηχανοποίησης της παραγωγής– εργατικό δυναμικό, και από διάφορους παράγοντες προσέλκυσης: ευκαιρίες απασχόλησης, συγκέντρωση προσφοράς διοικητικών και εμπορικών υπηρεσιών υψηλού επιπέδου, πνευματικά ιδρύματα και εκπαιδευτικές ευκαιρίες κ.λ.π.

Παρατηρείται έτσι, μια σημαντική κοινωνικο-οικολογική διαφοροποίηση που σχετίζεται με την διαμορφωνόμενη κατανομή του πληθυσμού και με την απασχόληση του οικονομικά ενεργού τμήματός τους. (Πίνακες 4 και 5).

Πίνακας 4

Κατανομή πληθυσμού (επί τοις %) – (1951-1981)

	% (5.000+) 'Αστ. πε- ριοχές	(2-5.000) Ημιαστικές	(-2.000 κα- τοίκους) 'Αγροτι- κές	Σύνολο πλη- θυσμού (χι- λιάδες κάτοι.)
1951	37,7%	14,8%	47,5%	7.633
1961	43,3%	12,9%	43,8%	8.389
1971	53,2%	11,6%	35,8%	8.769
1981	58,1%	11,6%	30,3%	9.741

Πηγή: Στατ. επιτηρίδα της Ελλάδας, 1982.

Πίνακας 5

Απασχόληση οικονομικά ενεργού πληθυσμού (1961-1979)

	Γεωργία	Βιομηχανία	Υπηρεσίες
1961	57%	18%	25%
1971	40,6%	26,5%	32,9%
1979	30,8%	30%	39,2%

III) Μεταβολές νοσολογικού και επιδημιολογικού φάσματος.

Στην Ελλάδα, η βρεφική, η νηπιακή και σε σχετικό βαθμό, η παιδική θνησιμότητα είναι, συγκριτικά, υψηλές ενώ η θνησιμότητα των ενηλίκων είναι από τις μικρότερες διεθνώς.

Η σχετικά μεγάλη θνησιμότητα στις μικρές ηλικίες οφείλεται σε σημαντικό βαθμό σε λοιμώδη νοσήματα και αντανακλά την καθυστέρηση που υπάρχει, ανισοκαταταναμημένη κοινωνικά και περιφερειακά, στην υγιεινή της διαβίωσης και της διατροφής, στην οικονομική και πολιτιστική στάθμη όπως και στην υγειονομολογική εκπαίδευση.

Η μικρή θνησιμότητα των ενηλίκων στην Ελλάδα, για την περίοδο που εξετάζεται, οφείλεται κυρίως στη χαμηλή θνησιμότητα από ισχαιμική νόσο της καρδιάς και λιγότερο, στο συγκριτικά χαμηλότερο ποσοστό κακοήθων νεοπλασιών, ειδικότερα στις γυναίκες.

Η κύρια μεταβολή, είναι η προοδευτική εξομοίωση του νοσολογικού φάσματος του ελληνικού πληθυσμού προς το αντίστοιχο των Ευρωπαϊκών (μείωση της θνησιμότητας από λοιμώδη νοσήματα, αύξηση της οφειλόμενης σε καρδιαγγειακά, κακοήθεις νεοπλασίες και τροχαία ατυχήματα). Η μεταβολή αυτή συνοδεύει βέβαια και τις αντίστοιχες κοινωνικοοικονομικές ανακατατάξεις. Η Ελλάδα, από αγροτική –μεταπολεμικά– χώρα, περνά στην περιοχή των ανεπτυγμένων χωρών. Την εγκαταλείπουν οι νοσογόνες αιτίες που την χαρακτήριζαν (λοι-

μώδη κ.λ.π.), ενώ δεν την έχουν, προς το παρόν προσλάβει σε υψηλό βαθμό, οι αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας των ανεπτυγμένων χωρών.

IV) Κοινωνικο-οικονομικές μεταβολές. Δείκτες.

Στην Ελλάδα μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο και την εμφύλιο σύγκρουση (1945-49), επιταχύνθηκε η οικονομική ανάπτυξη. Η μέση ετήσια αύξηση του Ακαθ. Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ), την περίοδο 1950-1960 ήταν 5,7%, την περίοδο 1960-1970 έφθασε στο 7,2% και την περίοδο 1971-1979 σημείωσε επιβράδυνση, υποχωρώντας στο 5,2%. Το μέσο επίπεδο, ετήσιας αύξησης, για ολόκληρο το διάστημα που εξετάζουμε, 1950-1979, ήταν 6,1%.

Κατά την μεταπολεμική περίοδο πολλές φορές παρουσιάστηκε οικονομική κρίση και ύφεση: 1950-1952, 1958-1959. Σοβαρότερη ήταν η κρίση των ετών 1973-1975 (1974: ΑΕΠ: -1,4%). Τα επόμενα χρόνια, μετά το 1974, ο ρυθμός αύξησης του ΑΕΠ ήταν της τάξης 2-3%.

Η ανεργία ανάμεσα στα έτη 1973-1975, σημείωσε αύξηση +63%. Ο πληθωρισμός, ενώ στην περίοδο 1961-1970, έφτανε σε μέσο ετήσιο ποσοστό το 2,1%, την περίοδο 1971-1975 ήταν 12,3%. Έφτασε στο αποκορύφωμά του το 1974 με 26,9% (Οικον. Ταχυδρόμος 4.1:79, σελ. 11). Ο «καλπάζων» πληθωρισμός ήταν το χαρακτηριστικό ολόκληρης της δεκαετίας του 1970. Βέβαια η κρίση της δεκαετίας του 1970 είχε παγκόσμιο και δομικό χαρακτήρα.

Στις δυο πρώτες μεταπολεμικές δεκαετίες, η οικονομική ανάπτυξη, στην Ελλάδα, είχε εκτατικό χαρακτήρα. Στην περίοδο 1951-1961 το 55% της οικονομικής μεγένθυσης, σε εθνικό επίπεδο, προέρχονταν από την ποσοτική αύξηση της απασχόλησης και των επενδύσεων (κεφαλαίου), ενώ η συμβολή της παραγωγικότητας και της εκπαίδευσης ήταν μόνο 45%. Το πέρασμα από τον τύπο της εκτατικής, στον τύπο της εντατικής, συντελέστηκε στη δεκαετία του 1960.

Η άνοδος του βιοτικού επιπέδου, η μετανάστευση εσωτερική και εξωτερική, η αστικοποίηση, οι αλλαγές στην απασχόληση και στους τομείς της οικονομικής δραστηριότητας, είναι από τους βασικούς παράγοντες που επέφεραν τις μεταβολές της καταναλωτικής συμπεριφοράς της ελληνικής κοινωνίας. Χαρακτηριστικοί είναι ορισμένοι ειδικοί δείκτες του επιπέδου ζωής και η μεταβολή τους μεταξύ των ετών 1960-1976. (Πίνακας 6).

Πίνακας 6

Δείκτες επιπέδου ζωής, 1960-1976

Έτος	Αυτοκίνητα ανά 100 κατ.	Τηλέφωνα ανά 100 κατ.	Τηλεοράσεις ανά 100 κατ.
1960	0,5	2,3	—
1970	1,5	10,0	1,0
1976	4,4	22,1	10,6

V. Δαπάνες Υγείας.

Οι δαπάνες που διατίθενται για την υγεία, παρουσιάζουν μεταπολεμικά αυξητική τάση, τόσο απόλυτα, όσο και σχετικά με το ΑΕΠ. Η εισοδηματική ελαστικότητα των δημοσίων δαπανών υγείας, στην περίοδο 1960-1980, είναι μεγαλύτερη της μονάδας, γεγονός που σημαίνει πως οι δ.δ. υγείας αυξάνουν με ταχύτερο ρυθμό από όσο το ΑΕΠ.³ Παρ' όλα αυτά, οι δαπάνες υγείας εξακολουθούν να είναι –πολύ– μικρότερες σε σχέση με τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ, και η Ελλάδα να είναι μια χώρα ό-

3. Στέργιος Μπαμπανάσης. Ιδιομορφίες της Ανάπτυξης στη Ν. Ευρώπη. Ίδρυμα Μεσογειακών Μελετών. Αθήνα 1985, σ. 289.

που διατίθενται λιγότερα κονδύλια για την υγεία, απ' ό τι στην πλειοψηφία των ανεπτυγμένων χωρών. (Πίνακας 7).

Η πολυετής καθήλωση, σε χαμηλά επίπεδα, των δημοσίων δαπανών για την υγεία, σε αντίθεση με τις ανεπτυγμένες χώρες «έχει άμεσο αντίκτυπο στην ανάπτυξη του υγειονομικού συστήματος και γενικότερο κοινωνικό κόστος, αν υπολογίσει κανείς τις ανάγκες, που επισημαίνονται, για την εφαρμογή επενδυτικής πολιτικής, σ' αυτόν τον τομέα. Έτσι, ενώ άλλες χώρες με τις δαπάνες αυτές αντιμετωπίζουν αποκλειστικά τις τρέχουσες λειτουργίες, στην Ελλάδα πρέπει να αντιμετωπισθούν και ζητήματα ανάπτυξης και επεκτάσεως του συστήματος υγείας».⁴

αλλά και τα διαρθρωτικά προβλήματα του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, είχαν σαν αποτέλεσμα το μεγάλο ποσοστό ιδιωτικών δαπανών για την υγεία. Οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα, είναι από τις υψηλότερες διεθνώς.

ΔΙΚΤΥΟ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

(Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη – πρόληψη).

Υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και πρόληψης παρέχονται (για την περίοδο που εξετάζουμε) από τέσσερις κυ-

Πίνακας 7

Δαπάνες υγείας, συνολικές, δημόσιες και ιδιωτικές, 1960-1982.

	Σύνολο δημ. & ιδιωτ. δαπανών υγείας, σε ποσοστό του ΑΕΠ (%)		Δημόσιες δαπάνες υγείας σε ποσοστό ΑΕΠ (%)		Εισοδηματική ελαστικότητα δ. δ. υγείας σε σχέση με το ΑΕΠ (%)	
	Έλλάδα	ΟΟΣΑ (μ.δ)	Έλλάδα	ΟΟΣΑ (μ.δ)	Έλλάδα	ΟΟΣΑ (μ.δ)
1960	2,8	4,2	1,7	2,5		
1970	3,6	5,8	2,1	4,1	1,10 ('60-'70)	1,52 ('60-'70)
1982	6,4	7,6	4,2	5,9	1,21 ('70-'80)	1,29 ('70-'80)

Πηγή: Γ. Ύφαντόπουλος: Οι δαπάνες υγείας στην Έλλάδα και στις χώρες του ΟΟΣΑ. Αρχεία Έλ. Ιατρικής. Τόμος 1 (10) τ. 6 Δεκ. 1984 σελ. 507-509.

VI) Κατανομή των δαπανών για την υγεία.

Οι δαπάνες για τη νοσοκομειακή περίθαλψη υπερβαίνουν το 50% των δαπανών υγείας, δηλαδή, το άθροισμα των δαπανών για νοσοκομειακή, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και φάρμακα. Αν συνυπολογισθούν οι δαπάνες για τις άλλες υπηρεσίες – οδοντιατρική περίθαλψη, πρόληψη, παροχές σε είδος κ.ά. – καθώς και οι διοικητικές δαπάνες, τότε πλησιάζουν το 50% (1974: 47,8%, 1981: 48,1%).

Οι δαπάνες για την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη παραμένουν ανεπαρκείς. Αντίθετα είναι υψηλές, οι αντιστοιχούσες στα φάρμακα. Ενδιαφέρον έχει και το γεγονός πως οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης που άνοιξε το 1974, θίγουν κατά πρώτο λόγο την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, σαν δευτερεύουσα επιλογή. (Πίνακας 8).

Η αδυναμία κάλυψης της αυξανόμενης ζήτησης υπηρεσιών υγείας από το Δημόσιο τομέα, η ανεπαρκής έκταση της προστάσιας που προσφέρει η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα,

ρίως κατηγορίες φορέων: από το Κράτος, τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, τα ιδρύματα «αγαθοεργού πρωτοβουλίας» και από την ιδιωτική πρωτοβουλία. Οι υπηρεσίες που προσφέρονται μπορούν να διακριθούν σε διαγνωστικές, θεραπευτικές, προληπτικές, δημοσίας υγιεινής και κοινωνικής φροντίδας.⁵

Πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται έως το τέλος της δεκαετίας του '70 μέσω των Αγροτικών Ιατρείων και των Υγειονομικών σταθμών, των Πολυϊατρείων και των γιατρών των ασφαλιστικών οργανισμών, των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων και μέσω των ιδιωτικών ιατρείων.

I. Αγροτικά Ιατρεία και Υγειονομικοί σταθμοί.

Το 1975, λειτούργησαν συνολικά 1.115 αγροτικά ιατρεία και 109 υγειονομικοί σταθμοί, που παρείχαν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες στους ασφαλισμένους του ΟΓΑ, αλλά και άλλων ασφαλιστικών οργανισμών (ΙΚΑ, ΤΕΒΕ, Δημόσιο, κ.λ.π.), όταν αυτοί δεν κάλυπταν με δικά τους μέσα τις ανάγκες των ασφαλισμένων. Ο αριθμός των αγροτών, ασφαλισμένων του ΟΓΑ, ανερχόταν περίπου στα 4 εκατομμύρια.⁶

Η θεσμοθέτηση των αγροτικών ιατρείων και των υγειονομικών σταθμών, έγινε με το Νόμο 3487/55 «περί κοινωνικής ασφαλίσεως των αγροτών».

Με τον ίδιο Νόμο, εξαγγέλεται η ίδρυση Κοινοτικών Ιατρείων για κάθε Κοινότητα ή Δήμο, με πληθυσμό άνω των 3000 κατοίκων, αγροτικών ιατρείων για τις μικρότερες και καθορίζεται η στελέχωσή τους ως εξής: «Το προσωπικό του Κοιν. Ιατρείου αποτελείται από ένα ιατρόν γενικής ιατρικής, μια μαία και μιαν επισκέπτριαν αδελφήν ή νοσοκόμον – Το προσωπικό του αγροτικού ιατρείου αποτελείται από ένα ιατρόν γενικής ιατρικής» (αρθρ. 10. 4,5).

5. Σήμερα αυτές οι υπηρεσίες ενοποιούνται λειτουργικά και αξιολογούνται ενιαία, με την εισαγωγή του όρου Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

6. Ο αριθμός ασφαλισμένων του ΟΓΑ, δεν προκύπτει από αδιαμφισβήτητα στοιχεία. Πηγή Κοιν. Ασφαλίσεων 1976. ΚΕΠΕ.

Πίνακας 8

Κατανομή % των δαπανών δια την υγεία (1974,1982) Ελλάδα

	Δημόσια δαπάνη		Ιδιωτική δαπάνη	
	1974	1982	1974	1982
1) Έξωνοσοκομειακή περίθαλψη	22	21,3	21,6	17,2
2) Νοσοκομειακή περίθαλψη	54	58,4	48,7	63,4
3) Φάρμακα	24	20,3	29,7	19,4
Σύνολο	100	100	100	100

Πηγές: 1) Ύπουργείο Υγείας 2) ΕΟΠ. 1974, 1982 3) ΗΛ. Μόσιαλος, δ. διατριβή, 1986.

4. Γ. Κυριόπουλος. Οικονομικά και διαρθρωτικά προβλήματα της κοινωνικής πολιτικής. Σύγχρονα Θέματα, τ.3, Δεκ. 1978.

Επίσης ο Ν. 3487/55 επιτρέπει τη λειτουργία κοινοτικών Υγειονομικών Σταθμών δυνάμει ως 10 κλινών και προβλέπει ως κίνητρα των συμβαλλομένων αγροτικών γιατρών, αυξημένο μισθό –αν πρόκειται για απομακρυσμένες ή δυσπρόσιτες περιοχές– «επιδόματα υπερωρίας, εορτών και Κυριακής αργίας», καταβολή οδοιπορικών εξόδων, καθώς και απαλλαγή των αγροτικών γιατρών από τα τέλη αδείας και φορολογίας των ιδιωτικών αυτοκινήτων τους (αρθρ. 15.8).

Το πλήρες πλαίσιο λειτουργίας των αγροτικών ιατρείων, των υγειονομικών σταθμών και της στελέχωσής τους, που ίσχυσε ως το 1980, διαμορφώθηκε, εκτός του 3487/55, από το ΝΔ. 4111/60, τον Νόμο 4169/61 «περί Γεωργικών Κοινωνικών Ασφαλίσεων» και το ΝΔ 67/68 «περί λήψεως μέτρων δια την κάλυψιν των υγειονομικών αναγκών της υπαίθρου». Το Ν.Δ. 4111/60 προσθέτει, στις αναγνωριζόμενες ειδικότητες την Γενική Ιατρική, με 18μηνο χρόνο εκπαίδευσης (κεφ. Γ', αρθρ. 5.1), προβλέπει τη δυνατότητα πρόσληψης και μαίας στα Αγροτικά Ιατρεία αν το επιβάλλουν οι ανάγκες της περιφέρειας. δίνει την δυνατότητα αύξησης των κλινών, των Υγειονομικών Σταθμών σε 15 (αρθ. 17, 19), και υποχρεώνει σε μετεκπαίδευση τους γιατρούς των Υγειονομικών Σταθμών και των Αγροτικών Ιατρείων (αρθ. 21). Ο νόμος 4169/61 αποτελεί τον ιδρυτικό νόμο του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) και καθορίζει την χρηματοδότησή του από άμεση και έμμεση φορολογία του μη αγροτικού τομέα της οικονομίας. Τέλος το Ν.Δ. 67/68, καθορίζει ως υποχρεωτική, την υπηρεσία υπαίθρου, για τους αποφοίτους των Ιατρικών Σχολών (αρθρ. 1) και επιτρέπει τη συγκρότηση κινητών υγειονομικών μονάδων σε αγροτικές περιοχές, με απόφαση του Υπουργού Κοιν. Υπηρεσιών.

Κατά την 25ετή (1956-1980) περίοδο λειτουργίας του θεσμού των Αγροτικών Ιατρείων και των Υγειονομικών Σταθμών παρά τον όγκο των παρεχομένων από αυτόν υπηρεσιών και τη νευραλγικότητά του, δεν υπάρχει η εκτίμηση ικανοποιητικής λειτουργίας του. Εκτός των προβλημάτων υλικοτεχνικής υποδομής (κτιριακή καταλληλότητα, έλλειψη βασικών ιατρικών μέσων), τα δύο κύρια προβλήματα που εντοπίζονται αφορούν, πρώτον, την ανισοκατανομή του ανθρώπινου ιατρικού και υγειονομικού προσωπικού στη χώρα και δεύτερον, τον ανεπαρκή προγραμματισμό (πολιτική ανθρωπίνου κεφαλαίου, προγραμματισμός ροής πληροφοριών και υπηρεσιών υγείας).

Όσο για τον ανεπαρκή προγραμματισμό, αρκεί η διαπίστωση της σειράς των νομοθετικών ρυθμίσεων που αναφέρθηκαν: Ο νόμος 3487/1955 ιδρύει τα αγροτικά ιατρεία και ορίζει τη στελέχωσή τους από γιατρούς γενικής ιατρικής. Η ιδιότητα της γενικής ιατρικής αναγνωρίζεται όμως το 1960 (ΝΔ 4111/60), ενώ μόλις το 1968 (67/68) καθιερώνεται η υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου. Ας συμπληρωθεί, ότι το 1974 οι ειδικευμένοι στη γενική ιατρική, γιατροί, ήταν λιγότεροι από δέκα.⁷

Ας σημειωθεί πως ο προγραμματισμός λειτουργίας και η χωροταξική κατανομή των αγροτικών ιατρείων και των υγειονομικών σταθμών έγινε στα μέσα της δεκαετίας του 1950, βασίστηκε στους πληθυσμιακούς κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες της εποχής και οπωσδήποτε στις «επιδράσεις διαφόρων πολιτικών και άλλων συμφερόντων»⁸, ενώ πραγματικά αγνοεί τις μεγάλες μετακινήσεις αγροτικού πληθυσμού και την εξέλιξη των συγκοινωνιακών συνθηκών που μεσολάβησαν⁸. Το πρόβλημα της απειρίας των νεαρών αγροτικών γιατρών συμπληρώνει η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού και εργαστηριακής υποδομής, καθώς και η ανεπαρκής διασύνδεση αγροτικών ιατρείων, υγειονομικών σταθμών και κρατικών νοσοκομείων.

7. Τ.Ε. Φιλαλήθης: Η επιτακτική αναγκαιότητα για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. ΜSc. Λονδίνο, Μάρτιος 1983.

8. Υγεία. ΚΕΠΕ. Αθήνα, 1976.

II) Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.)

Οι υπηρεσίες του ΙΚΑ, αποτελούν το σημαντικότερο τμήμα της εξωνοσοκομειακής υποδομής, για την ιατρική κάλυψη του πληθυσμού των αστικών και ημιαστικών περιοχών. Το «Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που συστάθηκε με τον Νόμο 6298/34, και άρχισε να λειτουργεί το 1937, εξυπηρετούσε το 1947, 3 εκατομμύρια ασφαλισμένους (2.988.540), ποσοστό 32,8% επί του συνόλου, που αντιστοιχεί στους μισθωτούς ιδιωτικού δικαίου.

Οι υπηρεσίες που παρέχει το ΙΚΑ είναι κυρίως διαγνωστικές και θεραπευτικές, ενώ υπάρχουν και περιορισμένα προγράμματα εργασιακής υγιεινής σε μικρό αριθμό εργοστασίων.⁸ Οι βασικές υπηρεσίες του ΙΚΑ παρέχονται από τα Κεντρικά Πολυϊατρεία τους Υγειονομικούς Σταθμούς, τους Σταθμούς Α' Βοηθειών και τα Κέντρα Υγείας. (Πίνακας 9).

Πίνακας 9

Υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης του ΙΚΑ, 1976

Υπηρεσίες	Περιοχή Αθηνών- Πειραιώς	Περιοχή Θεσσαλονίκης	Έπαρχια
Κεντρικά Πολυϊατρεία	26	13	21
Υγειονομικοί σταθμοί	36	24	56
Σταθμοί Α' βοηθειών	3	1	—
Κέντρα υγείας	20	5	9

Πηγή: 1976: Υγεία. Έκθεση ομάδας εργασίας (ΚΕΠΕ).

Στις περιοχές όπου δεν υπάρχουν πολυϊατρεία ή υγειονομικοί σταθμοί, το ΙΚΑ εξυπηρετεί τους ασφαλισμένους του, μέσω συμβάσεων με ιδιωτικά και αγροτικά ιατρεία.

Το ένα τέταρτο περίπου των ασφαλισμένων του ΙΚΑ, καλύπτεται από ένα σύστημα «οικογενειακού γιατρού». Σε έξι υποκαταστήματα της περιοχής Αθηνών – Πειραιώς, καθώς και στα υποκαταστήματα Βόλου, Λάρισας, Καρδίτσας, Τρικάλων, Κερκύρας και Χανίων οι ασφαλισμένοι χρησιμοποιούν τα πολυϊατρεία του Ιδρύματος μόνο για τις υπηρεσίες γιατρών ειδικοτήτων, ενώ οι βασικές ιατρικές φροντίδες παρέχονται από τον οικογενειακό γιατρό στο ιατρείο του.

Η παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, από το ΙΚΑ, παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα, ιδιαίτερα στις περιοχές Αθηνών – Πειραιώς. Τα περισσότερα πολυϊατρεία προγραμματίστηκαν στη δεκαετία του 1950 και δεν ανταποκρίνονται στην μετέπειτα αύξηση του αριθμού των χρηστών και στην περιφερειακή κατανομή τους. Άλλες παρατηρήσεις που γίνονται, αφορούν τις ανεπάρκειες, που εμφανίζονται στη –βασικής σημασίας για τη λειτουργία του συστήματος– ροή ασθενών από τον παθολόγο στον γιατρό ειδικότητας, στον αριθμό του ιατρικού και παραιατρικού προσωπικού του ιδρύματος, όπως και στην κτιριακή ή τεχνική υποδομή των υπηρεσιών τους. Οι ατέλειες του συστήματος αποτελούν και ένα βασικό λόγο του γεγονότος πως ένας μεγάλος αριθμός ασφαλισμένων απευθύνεται σε ιδιώτες γιατρούς, ενώ πληρώνει εισφορές για περίθαλψη.

III) Οι υπηρεσίες Ασφαλιστικών Ταμείων (εκτός ΙΚΑ, ΟΓΑ).

Η έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης, για ασθένεια, του πληθυσμού της χώρας υπολογίζεται στο τέλος της δεκαετίας του '70 πως ήταν της τάξεως του 95%. Εκτός του ΟΓΑ και του ΙΚΑ (αγρότες και μισθωτοί ιδιωτικού δικαίου) που καλύπτουν περίπου το 75% του πληθυσμού, οι κύριοι φορείς είναι: το ΤΕΒΕ (βιοτέχνες και επαγγελματίες), το Δημόσιο (δημόσιοι υ-

πάλληλοι), τα ταμεία Τραπεζών, τα ταμεία ΟΤΕ-ΔΕΗ και το ΤΣΑΥ-ΤΑΕ (αυτοκινητιστές). Οι φορείς που καλύπτουν ασφαλισμένους με άνιση περιφερειακή κατανομή, προσφεύγουν στην έμμεση κάλυψη, παρέχουν δηλαδή περίθαλψη μέσω ιδιωτών γιατρών με τους οποίους συμβάλλονται. Η ΔΕΗ και οι τράπεζες έχουν μόνο ελεγκτές γιατρούς, οι οποίοι παραπέμπουν απλώς τους ασφαλισμένους για εξετάσεις κ.λ.π. Τα ταμεία ΟΤΕ-ΕΛΤΑ διέθεταν το 1976, συνολικά έξι ιατρεία σε ολόκληρη την επικράτεια, στα οποία γίνονται περίπου 100 χιλ. εξετάσεις ασθενών κάθε χρόνο. Οι δικαιούχοι και οι δαπάνες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, των ασφαλιστικών οργανισμών (συμπεριλαμβανομένων ΙΚΑ και ΟΓΑ), το 1974, σύμφωνα με τη Διεύθυνση Προγραμματισμού και Μελετών του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών, φαίνονται στον Πίνακα 10.

Πίνακας 10

Δαπάνες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης διαφόρων Ασφαλιστικών Ταμείων, 1974

Ασφαλιστικοί οργανισμοί	Δικαιούχοι	%	Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη	
			Σύνολο δαπάνης χιλ. δρχ.	Δαπάνη σε δρχ. ανά δικαιούχο
ΙΚΑ	2.988.540	32,8	2.456.741	822
ΟΓΑ	4.070.756	44,6	424.000	104
ΤΕΒΕ	725.180	8,0	40.233	55 ¹
Ταμεία Τραπεζών	69.842	0,8	189.602	2.714
Δημόσιο	610.000	6,7	1.090.070	1.787
ΟΤΕ-ΔΕΗ	172.622	1,9	222.833	1.295
Υπόλοιποι φορείς	302.214	3,3	320.080	1.059
ΤΣΑΥ-ΤΑΕ	179.131	2,0	—	—
Σύνολο	9.118.285 ²	100,0	4.743.559	

1. Δεν χορηγούνται φάρμακα.

2. Ο συνολικός αριθμός των ασφαλισμένων λόγω επικαλύψεων δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα.

Θα μπορούσε να υποστηριχθεί, πως καλύπτεται ασφαλιστικά, το σύνολο του πληθυσμού που έχει ανάγκη προστασίας. Πρέπει όμως να σημειώσουμε πως τα στοιχεία που παρατίθενται αφορούν μόνο το ποσοστό του πληθυσμού που έχει κάποια κάλυψη, ανεξαρτήτως της πληρότητας της προστασίας. Ένδειξη για την διαφοροποίηση της προστασίας των ομάδων του πληθυσμού δίνουν τα στοιχεία της δαπάνης κατά κεφαλή δικαιούχου, το 1974, στον Πίνακα 10. Για την ανοικτή περίθαλψη, η διαφοροποίηση είναι έντονη και κυμαίνεται μεταξύ 55 δρχ. (ΤΕΒΕ) και 2714 δρχ. (Ταμεία Τραπεζών). Διαπιστώνεται έτσι η υποτυπώδης ή μερική κάλυψη για βασικές ομάδες του πληθυσμού, όπως τους αγρότες και τους ελεύθερους επαγγελματίες.

IV) Εξωτερικά ιατρεία Κρατικών νοσοκομείων.

Υποστηρίζουν και συμπληρώνουν την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη του αγροτικού, του ημιαστικού και αστικού πληθυσμού. Παρέχουν υπηρεσίες γιατρών ειδικοτήτων, εργαστηριακές υπηρεσίες και φαρμακευτική περίθαλψη για ορισμένες περιπτώσεις (καρδιοπάθειες, καρκίνοι κ.λ.π.). Το 1976 λειτουργούσαν περίπου 350 εξωτερικά ιατρεία κρατικών νοσοκομείων και διέθεταν τις βασικές ειδικότητες γιατρών. Η ανεπαρκής οργάνωση και λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων επηρεάζει τη λειτουργικότητα και των εξωτερικών ιατρείων. Αντί ν' αποτελούν ουσιαστικά τμήματα του συστήματος περιθάλ-

ψεως, αποτελούν πρακτικά, παραρτήματα του κλινικού σκέλους των νοσοκομείων.

V) Εξωνοσοκομειακή υποδομή της ιδιωτικής πρωτοβουλίας.

Τα ιδιωτικά ιατρεία και εργαστήρια των γιατρών αποτελούν ένα μεγάλο μέρος της εξωνοσοκομειακής υποδομής που μάλιστα, σε πολλές περιπτώσεις λειτουργεί παράλληλα και σε ανταγωνισμό με τις εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες του κράτους, του ΙΚΑ και του ΟΓΑ, γεγονός που έχει σημαντικές επιπτώσεις στο κόστος και στον τρόπο λειτουργίας της εξωνοσοκομειακής φροντίδας.

Υπολογίζεται πως το 1976, λειτουργούσαν περισσότερα από 12.000 ιδιωτικά ιατρεία και εργαστήρια. Ο αριθμός αυτός περιλαμβάνει και τους γιατρού του ΙΚΑ, που η πλειοψηφία

τους διατηρεί ιδιωτικά ιατρεία. Οι ιδιώτες γιατροί εξυπηρετούν ένα μεγάλο μέρος των ασφαλισμένων του ΟΓΑ και του ΙΚΑ, ακριβώς λόγω της λειτουργικής ανεπάρκειας της εξωνοσοκομειακής τους υποδομής.⁹ Η ιδιωτική δαπάνη για ιατρικές υπηρεσίες, χωρίς φάρμακα και νοσοκομειακή περίθαλψη, το 1974, έφτασε τα 5,3 δισ. δρχ. Το υψηλό κονδύλιο της ιδιωτικής δαπάνης συμβάλλει και στη μεγάλη αύξηση του αριθμού των γιατρών, ενώ η υπερπροσφορά ιατρικών υπηρεσιών δημιουργεί εφ' ενός την αυξημένη ζήτηση και αφ' ετέρου μια δικαιολογημένη δυσπιστία ως προς την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των παρεχομένων υπηρεσιών.

VI) Υπόλοιποι φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας.

Οι φορείς αυτοί επικεντρώνουν τη δραστηριότητά τους κυρίως σε υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής, δημόσιας υγιεινής και υγιειονομικής διαχείρισης, ενώ ορισμένοι (ΠΙΚΠΑ, ΕΕΣ), παρέχουν και θεραπευτικές υπηρεσίες σε συγκεκριμένες ομάδες χρηστών. Αυτοί είναι:

α. Διευθύνσεις και τμήματα κοινωνικών υπηρεσιών και κρατικά πολυιατρεία.

9. Από έρευνα του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού, φαίνεται πως το 45% των γονέων, ασφαλισμένων στο ΙΚΑ, στην περιοχή Αθηνών, χρησιμοποιούν και ιδιωτικό παιδίατρο. Υγεία ΚΕΠΕ, 1976.

Στην έδρα κάθε νομού υπάρχει διεύθυνση ή τμήμα κοινωνικών υπηρεσιών που παρέχει συμβουλές, διενεργεί εμβολιασμούς, κάνει κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις των ελευθερίων γυναικών, των χανσενικών και των ασχολουμένων σε τρόφιμα. Το 1976, λειτουργούσαν επίσης οκτώ πολυϊατρεία στην περιοχή Αθηνών, δυο στη Θεσ/νίκη και είκοσι τρία περίπου ιατρεία (δέκα οκτώ αντιφυματικά σε ολόκληρη τη χώρα και πέντε οφθαλμολογικά στην περιοχή της Αττικής).⁸

β. Εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες του ΠΙΚΠΑ και του ΕΕΣ.

Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη του ΠΙΚΠΑ παρέχεται από τους συμβουλευτικούς σταθμούς υγιών βρεφών, τους συμβουλευτικούς σταθμούς επιτόκων, τα παιδικά ιατρεία, τα παιδικά στοματολογικά ιατρεία, τις κινητές στοματολογικές και ιατρικές μονάδες. Η εξειδικευμένη αυτή δραστηριότητα του ΠΙΚΠΑ καλύπτει όλη την επικράτεια και είναι αξιόλογη, αν εξαιρέσουμε την έλλειψη κατάλληλου συντονισμού, με άλλους σχετικούς φορείς, που οδηγεί σε επικαλύψεις και σπατάλη πόρων.

Οι εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες του ΕΕΣ παρέχονται από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του, τους σταθμούς πρώτων βοηθειών, τα κέντρα υγείας και τα κέντρα αιμοδοσίας. Ο ΕΕΣ έχει αναπτύξει επίσης, προγράμματα εκπαίδευσης του κοινού σε θέματα υγείας όπως νοσηλεία στο σπίτι, φροντίδα μητέρας και βρέφους, φροντίδα ηλικιωμένου και πρώτες βοήθειες.

VII) Υπηρεσίες Προληπτικής Ιατρικής

α. Προστασία μητρότητας και παιδικής ηλικίας.

Προληπτικές υπηρεσίες για την προστασία της μητρότητας και της παιδικής ηλικίας (βρεφική, νηπιακή, κυρίως παιδική ηλικία) παρέχονται από τις διευθύνσεις ή τμήματα κοινωνικών υπηρεσιών, τους σταθμούς του ΠΙΚΠΑ, τα ειδικά κέντρα του ΙΚΑ, τη σχολιατρική υπηρεσία, τους αγροτικούς γιατρούς και τους ιδιώτες γιατρούς. Επικεντρώνονται κυρίως στη πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων, στην σωστή διατροφή και την υγιή ανάπτυξη.

Κατά τη μεταπολεμική περίοδο σημειώθηκε στους τομείς αυτούς σοβαρή πρόοδος που εν μέρει συνέτεινε στη σημαντική μείωση της μητρικής, βρεφικής και νηπιακής θνησιμότητας, στη καταπολέμηση ορισμένων λοιμωδών νοσημάτων (διφθερίτιδα, πολυομυελίτιδα κλπ.) και στην «εντυπωσιακή αύξηση των σωματομετρικών δεικτών». Παρά την πρόοδο που υπήρξε, διατηρούνται ακόμη σοβαρές αδυναμίες, ιδιαίτερα στα οικονομικά ασθενέστερα στρώματα του πληθυσμού καθώς και σε μη προνομιούχες περιφέρειες. Σημαντικά μειονεκτήματα των υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής είναι η έλλειψη εναρμόνισης και συντονισμού προγραμμάτων και ενεργειών, η ανελαστικότητα των προγραμμάτων, η ανεπάρκεια των μηχανισμών αξιολόγησης των αποτελεσμάτων και ανατροφοδότησης (Feed-back) των κεντρικών οργάνων.

β. Επαγγελματική υγιεινή

Στον τομέα αυτό εμφανίζεται, ως το τέλος της δεκαετίας του '70 σημαντική καθυστέρηση. Η νομοθεσία για τις συνθήκες υγιεινής και ασφάλειας στους χώρους εργασίας είναι ανεπαρκής, η στελέχωση και ο εξοπλισμός στον υγειονομικό τομέα της «Επιθεώρησης Εργασίας, του Υπουργείου Εργασίας, είναι ιδιαίτερος έλλειψης και οι δυνατότητες του Κέντρου Ερευνών Φυσιολογίας και Παθολογίας της εργασίας (ΚΕΦΠΕ) και των ειδικών Υγειονομικών Επιτροπών Επαγγελματικών Νόσων (ΕΥΕΕΝ) του ΙΚΑ, αντικειμενικά περιορισμένες.

VIII) Γενικές παρατηρήσεις.

Είναι προφανές πως οι γενικότερες θεσμικές, οργανωτικές

και λειτουργικές ανεπάρκειες του μεταπολεμικού Κράτους Πρόνοιας και ειδικότερα της ανάπτυξης του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, είχαν την αντανάκλασή τους στην οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας, πολύ περισσότερο που και διεθνώς μέχρι πρότινος, αποτελούσε δευτερεύουσα επιλογή και κατεύθυνση των υγειονομικών συστημάτων.

Σαν ιδιαίτερες και βασικές αδυναμίες θα μπορούσαμε να σημειώσουμε:

– Τη πολλαπλότητα των φορέων ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού και τις έντονες διαφοροποιήσεις ύψους δαπανών και πληρότητας της κάλυψης.

– Την ανυπαρξία τεκμηριωμένης και αξιολογούμενης πολιτικής ανθρωπίνου κεφαλαίου, με ακραία παραδείγματα την έλλειψη γενικών γιατρών, τον μεγάλο και αυξανόμενο ταχύτητα αριθμό γιατρών, σε σύγκριση με άλλες χώρες, την έλλειψη ειδικευμένου, εκπαιδευμένου νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού, την άνιση χωροκατανομή περίθαλψης και προσωπικού, και την έλλειψη εκπαιδευτικών προγραμμάτων προπτυχιακής, μεταπτυχιακής εκπαίδευσης και προσανατολισμού της στους τομείς προτεραιοτήτων.

– Την έλλειψη συντονισμού στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη μεταξύ κρατικών και ιδιωτικών φορέων με αποτέλεσμα σπατάλη πόρων και χρόνου.

– Την σημαντική καθυστέρηση προγραμμάτων προληπτικής και δημόσιας υγιεινής.

– Την υπερπροσφορά ιατρικών υπηρεσιών που συμβάλλει στην αύξηση της ζήτησης και παράλληλα, της δυσπιστίας των χρηστών προς την ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών.

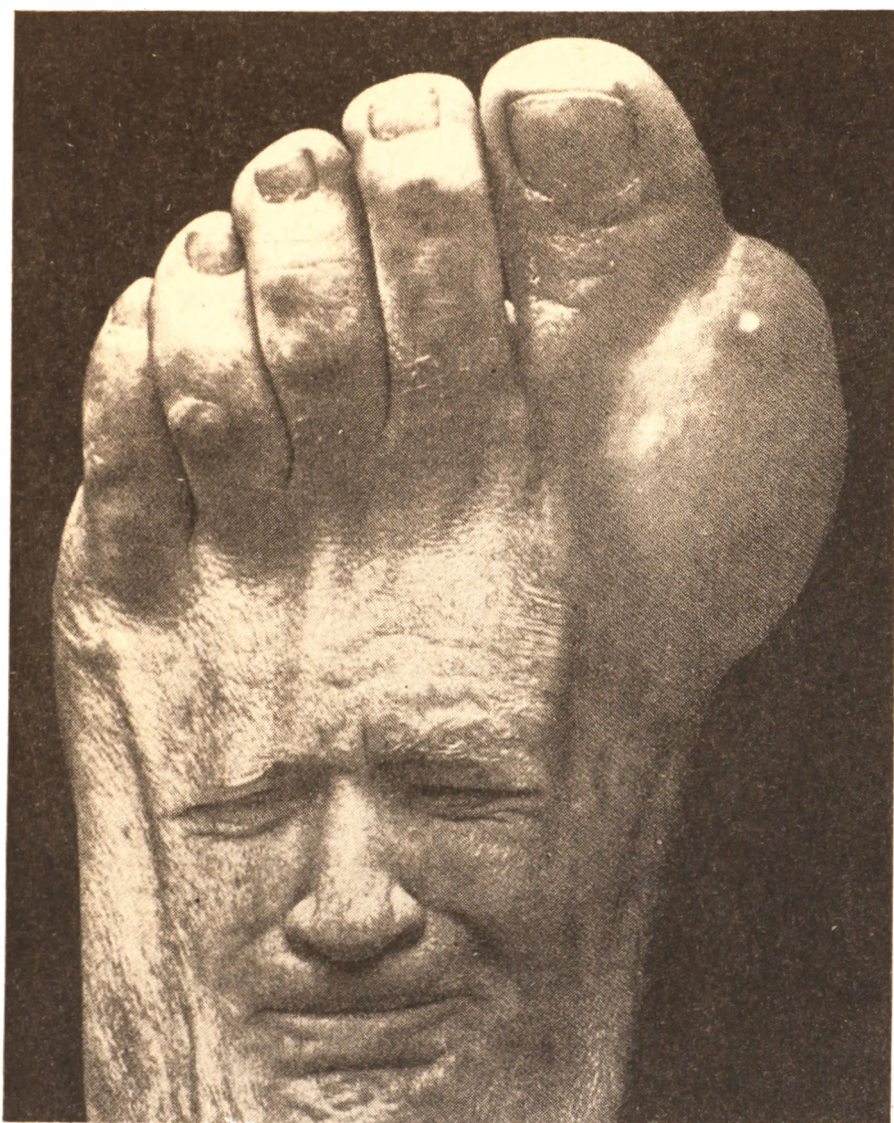
Αθήνα 1986

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Οι πληροφορίες και τα στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν στη προκειμένη μελέτη, προέρχονται από πολλές πηγές και δημοσιεύσεις. Για λόγους οικονομίας της έκτασης του κειμένου αναφέρονται εδώ οι κύριες βιβλιογραφικές πηγές.

1. Berlinguer G. «Ο σχεδιασμός και η υγειονομική μεταρρύθμιση στην Ιταλία». Ιατρικό Βήμα, τ.4, Δεκ. 1984.
2. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.
3. Ε.Σ.Υ.Ε. Στατιστική φυσικής κινήσεως του πληθυσμού της Ελλάδος.
4. Ε.Σ.Υ.Ε. Ο πληθυσμός της Ελλάδος κατά το δεύτερο ήμισυ του 20ου αιώνα. Αθήνα 1980.
5. Eurostat, Office Statistique des Communautes Européennes. Statistiques Demographiques 1981.
6. Eurostat: «Indicateurs Sociaux 1960-1979», 1980.
7. Eurostat: «Revue 1970-1979», 1980.
8. Ζαχαρέας Αιμ. Ο Στρατηγικός-πολιτικός Προγραμματισμός της Οικονομίας. Εκδ. Οδυσσέας. Αθήνα 1978.
9. ΚΕΠΕ (Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών). «Υγεία: έκθεση Ομάδος εργασίας». Πρόγραμμα Αναπτύξεως 1976-1980. Αθήνα 1976.
10. ΚΕΠΕ: Κοινωνική Ασφάλιση. Έκθεση Ομάδας Εργασίας, Αθήνα 1976.
11. ΚΕΠΕ: Έκθεση Επιτροπής Πληθυσμού. Ο πληθυσμός της Ελλάδας. Μάιος 1978.
12. Κυριόπουλος Ι: Η Υγειονομική κρίση στην Ελλάδα, ένα σύνθετο κοινωνικοοικονομικό πρόβλημα. Οικονομία και Κοινωνία, τ.3., σ.8. Μάρτιος 1980.
13. Κυριόπουλος Ι: Οικονομικά και διαρθρωτικά προβλήματα της κοινωνικής πολιτικής. Σύγχρονα Θέματα, τ.3, σ.16, Δεκ. 1978.
14. Κυριόπουλος Ι: Οικονομική κρίση, Ιατρική οικονομία και πολιτική Υγείας. Ιατρικό Βήμα, τ.4, Δεκ. 1984.
15. Κυριόπουλος Ι: Το σύστημα ιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Ιστορική αναδρομή και μελλοντικές προοπτικές (σημειώσεις).
16. Lee Keneth: «Επισκόπηση υγειονομικής πολιτικής και σχεδιασμού υγείας, στον Ευρωπαϊκό χώρο». Ιατρικό βήμα, τ.4, Δεκ. 1984.

17. Λαδά – Χατζόπουλου Α: Δημόσια Υγεία – Περίθαλψη στην Ελλάδα: Ιστορική εξέλιξη – Σημερινά προβλήματα. Σύγχρονα Θέματα τ.3, σ.3, Δεκ. 1978.
18. Μόσικλος Ηλίας: Κοινωνικές και οικονομικές παράμετροι της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Εκπόνηση Διδακτορικής διατριβής. Αθήνα 1986.
19. Μπαμπανάσης Στ. – Σούλας Κ: Η Ελλάδα στη Περιφέρεια των Αναπτυγμένων Χωρών. Θεμέλιο. Αθήνα 1976.
20. Νεγρεπόντη – Δελιδάνη Μ: Ανάλυση της Ελληνικής Οικονομίας. Εκδ. Παπαζήση 1979.
21. R. Pineauld: «Ο τομέας Κοινωνικής Ιατρικής στο νοσοκομείο. Κείμενο εργασίας. Quabec. Ιαν. 1985.
22. San Martin H: Santé Publique et Médecine Préventive. Masson. Paris 1983.
23. Πανταζόπουλος Γ: Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα. Απρίλιος 1983 Αθήνα.
24. Τριχόπουλος Δ: Επιδημιολογία (αρχές, μέθοδοι, εφαρμογές). Αθήνα 1982.
25. Τριχόπουλος Δ., Κυριόπουλος Γ: Επιδημιολογία και προγραμματισμός Υπηρεσιών Υγείας. Ιατρικό Βήμα. τ 4, Δεκ. 1984.
26. Υπουργείο Υγείας: Έκθεση ομάδας εργασίας για την Κοινωνική Ιατρική.
27. Υφαντόπουλος Γ. Κοινωνικο-οικονομική ανάπτυξη και πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ιατρική, τόμος 50, τ.1, Ιούλιος 1986.
28. Φιλαλήθης Τ.Ε: Η επιτακτική αναγκαιότητα για το Εθν. Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα από κοινωνική και Ιστορική άποψη, (εισήγηση). Λονδίνο Μάρτιος 1983.



ΤΕΛΟΣ ΑΦΙΕΡΩΜΑΤΟΣ