

Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

Με στόχο την ουσιαστικότερη προσέγγιση ορισμένων ζητημάτων που έχουν κεντρική σημασία για την εφαρμογή της πρωτοβάθμιας φροντίδας για την υγεία στη χώρα μας, τα «Σ.Θ.» προσκάλεσαν σε συζήτηση τους **Σπ. Δοξιάδη**, καθηγητή της παιδιατρικής και υπουργό κατά την περίοδο 1977-81, **Β. Γκόγκογλου**, μέλος του Δ.Σ. του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου, **Ν. Κακλαμάνη**,

Γεν. Γραμματέα του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου, **Γ. Κυριόπουλο**, καθηγητή της Οικονομίας της Υγείας στην Υγειονομική Σχολή Αθηνών και σύμβουλο του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, **Α. Σπάρο**, καθηγητή της Κοινωνικής Ιατρικής στο Νοσηλευτικό Τμήμα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Τη συζήτηση αυτή συντόνισε ο γιατρός **Τ. Παναγιωτόπουλος**.

«ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΘΕΜΑΤΑ»: Η διακήρυξη της 'Αλμα-΄Ατα χαρακτηρίζει την ΠΦΥ ως «την κεντρική λειτουργία και το επίκεντρο» του συστήματος υγείας μιας χώρας. Θα θέλατε να σχολιάσετε το σημείο αυτό;

ΔΟΞΙΑΔΗΣ: Εγώ κατ' αρχήν συμφωνώ ότι η διακήρυξη της 'Αλμα-΄Ατα τονίζει την πρωταρχική σημασία της ΠΦΥ. Αλλά να μη φτάνουμε σε ακρότητες. Δηλαδή είναι πολύ δύσκολο να πει σε ένα τόσο τεράστιο και πολύπλοκο σύστημα όπως οι υπηρεσίες υγείας, τι είναι πρωταρχικό και τι είναι δευτερεύον. Ο καθένας έχει δικαίωμα να πει ότι όλα είναι εξίσου σημαντικά –και είναι εξίσου σημαντικά. Αλλά, έχοντας ξεκαθαρίσει ότι κατ' εμέ όλα πρέπει να έχουνε μια ισόρροπη εξέλιξη, προχωρώ για να πω ότι αυτό εξαρτάται πάρα πολύ και από τις ειδικές συνθήκες κάθε χώρας, γιατί είναι πολύ ευρύς ο ορισμός της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Συνίσταται στην προαγωγή υγείας, στην πρόληψη της αρρώστιας και στην πρώτη επαφή του αρρώστου με τον ασκούντα κάποιο επάγγελμα υγείας. Αυτά είναι τα τρία μεγάλα κομμάτια της ΠΦΥ.

Πώς όμως από κει και μετά καθορίζεις τι κάνεις σε μια συγκεκριμένη χώρα; Με διαπίστωση των αναγκών. Αυτό είναι πάρα πολύ σημαντικό και πρέπει πάντα να το αναγνωρίζουμε. Χωρίς μια πολύ καλή εκτίμηση των αναγκών υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, δεν μπορείς να προγραμματίσεις. Π.χ. μεταξύ 1977 και 1981, τα 43 από τα 70 ερευνητικά προγράμματα που είχε χρηματοδοτήσει το Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών και περιέχονται σε ένα ειδικό τεύχος, δηλαδή πάνω από το 50%, είχαν σχέση με θέματα πρωτοβάθμιας φροντίδας. Έτσι κατά τη γνώμη μου πρέπει να γίνει εκτίμηση αναγκών. Και θα έπρεπε βέβαια να γίνουν και πολλά άλλα τα οποία δεν έγιναν. Με λύπη μου πληροφορούμαι ότι όλα αυτά τα προγράμματα ουσιαστικά έχουν σβήσει.

Έλεϊται η σημασία της ΠΦΥ ειδικά στην Ελλάδα είναι η εξής. Η τελευταία στατιστική που βρήκα, ίσως με διορθώσει κάποιος από όλους σας, είναι ότι το 1981 σε ηλικίες 20-44 ετών τα 62% των αιτίων θανάτου ήταν για αρρώστιες που μπορούσαν έστω και θεωρητικά να προληφθούν. Δηλαδή καρδιαγγειακά, τροχαία ατυχήματα, καρκίνοι. Και από 45 και πάνω το

73%. Και σε όλες αυτές τις περιπτώσεις, πλήρη αποκατάσταση ή θεραπευτική ιατρική δεν μπορεί να κάνει. Κάνει μερική αποκατάσταση. Ποτέ δεν μπορεί ο καρκινοπαθής να αισθανθεί μετά από την θεραπεία του εξίσου υγιής όπως πριν πάθει τον καρκίνο. Ή μετά το έμφραγμα κ.λπ. Έχουμε λοιπόν ένα τεράστιο ποσοστό όπου η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα δεν μπορεί να φέρει πλήρη αποκατάσταση και αυτό δείχνει την τεράστια σημασία της πρωτοβάθμιας.

ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ: Συμπληρωματικά στα όσα είπε ο κ. Δοξιάδης, γιατί κατά βάση τα αποδέχομαι όλα, θα ήθελα να πω ότι με τη διακήρυξη της 'Αλμα-΄Ατα και τη στρατηγική την οποία καθορίζει δε νομίζω ότι μπορεί κανείς να διαφωνήσει, ανεξάρτητα από το σύστημα υγείας που υποστηρίζει. Εκεί όμως που μπορεί να έχει κάποιος διαφορετική άποψη είναι η τακτική που θα ακολουθήσει μέχρι να φθάσει στον στρατηγικό στόχο.

«Σ.Θ.»: Έχει υποστηριχθεί ότι η ΠΦΥ ως μια ιδιαίτερη στρατηγική για την υγεία, αρμόζει μόνο στις χώρες του Τρίτου Κόσμου, όπου το πρόβλημα είναι η επαρκής και ασφαλής διατροφή και αντιμετώπιση των κοινών νοσημάτων. Ενώ για τις ανεπτυγμένες χώρες με την εκτεταμένη νοσοκομειακή υποδομή αλλά και την αντίστοιχη νοοτροπία και απαιτήσεις του κοινού, αρκεί η προσθήκη κάποιων μέτρων πρόληψης και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, χωρίς τη μετατόπιση του επίκεντρου του συστήματος υγείας. Τι γνώμη έχετε;

ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ: Έχω αντίρρηση σ' αυτό, έτσι τουλάχιστον όπως το έχετε διατυπώσει. Διότι δεν ξέρω αν έχετε υπόψη σας το βιβλίο «Υγεία για το 2000» όπου εκεί μέσα δε μιλάει μόνο για τις χώρες του Τρίτου Κόσμου, αλλά δίδει πάρα πολύ μεγάλη έμφαση, ισότιμα και ισομερώς θα μπορούσα να πω, σε ορισμένα προβλήματα που έχουν αρχίσει να παρουσιάζονται στις προηγμένες, ας το πω έτσι χώρες. Όπως είναι κάπνισμα, τα ναρκωτικά, ο αλκοολισμός, οι αιφνίδιες αιτίες θανάτου. Δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στην πρόληψή τους. Έτσι έχουμε φτάσει σήμερα στο σημείο η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας να έχει άλλο γραφείο για τις χώρες του Τρίτου Κόσμου και τα προβλήματα τους και άλλο γραφείο για τις προηγμένες χώρες και τα προβλήματά τους. Επομένως είναι λάθος να πιστεύουμε σή-

μερα ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας απευθύνεται κατά κύριο λόγο στις χώρες του Τρίτου Κόσμου.

ΣΠΑΡΟΣ: Συμφωνώ με όσα είπε ο κ. Κακλαμάνης. Η ΠΦΥ δεν αφορά τις χώρες του Τρίτου Κόσμου. Επίσης θα ήθελα να τονίσω ότι στον ορισμό της ΠΦΥ δίνεται έμφαση στην πρόληψη πλην όμως περιλαμβάνει και τη θεραπεία και την αποκατάσταση.

ΓΚΟΓΚΟΓΛΟΥ: Συμφωνώ με όσα είπε ο προηγούμενος ομιλητής. Διευκρινίζω πως παραλείπεται ένα σημείο. Και το σημείο αυτό είναι ένα τέταρτο, η προαγωγή της υγείας. Με βάση τον ορισμό της Π.Ο.Υ. δεν είναι μόνο η πρόληψη, η αποκατάσταση και η θεραπεία. Υπάρχει και η προαγωγή της υγείας. Η υγεία αντιμετωπίζεται σαν πιο σύνθετη έννοια και προσδιορίζεται σαν «πλήρης σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία». Νομίζω ότι η στρατηγική της στροφής προς την ΠΦΥ που θέλει να δώσει η Π.Ο.Υ. έχει και μια τέτοια διάσταση.

Θέλω επίσης να τονίσω ότι η στρατηγική της στροφής στην ΠΦΥ δεν ισοπεδώνει τα προβλήματα που μπορεί να υπάρχουν σε αναπτυσσόμενες και αγεπτυγμένες χώρες. Η ΠΦΥ αντιμετωπίζει τις ιδιαιτερότητες των αναπτυσσόμενων χωρών όπου κυριαρχούν προβλήματα όπως αποχέτευση, ύδρευση, λοιμώδη νοσήματα κλπ, τα οποία σε μεγάλο βαθμό έχουν ξεπεραστεί στις ανεπτυγμένες χώρες. Αλλά εκεί έχουν αναδειχθεί καινούργια προβλήματα, όπως η ρύπανση του περιβάλλοντος, ή η πυρηνική ενέργεια. Πρόσφατα έχουμε το Τσερνομπίλ και την επίδραση που είχε κύρια στην υγεία των πολιτών των Ευρωπαϊκών χωρών. Είναι επίσης προβλήματα με τα ναρκωτικά, οι ψυχικές ασθένειες και ένα σωρό ασθένειες οι οποίες δεν αντιμετωπίζονται θεραπευτικά κατ' ουσίαν, αλλά η απαιτούμενη παρέμβαση πρέπει να γίνει σε πρωτοβάθμιο επίπεδο και όχι θεραπευτικά.

Όπως τονίστηκε και από τον κ. Δοξιάδη, στο νοσολογικό φάσμα των ανεπτυγμένων κοινωνιών κυριαρχούν τα καρδιαγγειακά νοσήματα, οι καρκίνοι, τα ατυχήματα. Γι' αυτά οι δυνατότητες της θεραπευτικής ιατρικής είναι περιορισμένες. Χρειάζεται, λοιπόν, αλλαγή προσανατολισμού. Ο προσανατολισμός αυτός, που μπορεί να ισχύσει και για αναπτυσσόμενες και για ανεπτυγμένες χώρες, είναι ακριβώς που συνιστά τη διαφορετική στρατηγική. Γιατί, είτε το θέλουμε είτε όχι, κάπου δίνονται ορισμένες προτεραιότητες. Πάντα δίνονται ορισμένες προτεραιότητες. Σε οποιοδήποτε σύστημα υγείας. Μέχρι τώρα βέβαια, ιδιαίτερα στην Ελλάδα, το θεραπευτικό σκέλος ήταν αυτό που κυριαρχούσε. Τώρα, και με την προτροπή της Π.Ο.Υ, θα πρέπει να αλλάξουν οι προτεραιότητες, να αλλάξουν οι άξονες και να εστιάσουν στην ΠΦΥ.

ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ: Νομίζω ότι όλοι οι συνάδελφοι έθεσαν το θέμα πάρα πολύ σωστά και απλώς κάποιες επισημάνσεις θα ήθελα να κάνω. Ίσως και κάποιες ελαφρές διαφοροποιήσεις αλλά όχι ουσιαστικές. Βέβαια η στρατηγική «Υγεία για όλους το 2000» έχει σαν πυρήνα την ΠΦΥ. Αυτή η στρατηγική της Π.Ο.Υ. είναι αποτέλεσμα της εθνικής εμπειρίας των χωρών-μελών της Π.Ο.Υ. αλλά θα έλεγα ότι μάλλον αποτελεί ένα πλαίσιο πολιτικής. Τα σημεία της στρατηγικής που έχουν δουλεuten πολύ περισσότερο και είναι πιο επεξεργασμένα αφορούν τις αναπτυσσόμενες χώρες. Για τις μεγάλης ή ακόμα και μέσης ανάπτυξης βιομηχανικές χώρες, όπως είναι και η δική μας, το θέμα έχει δουλεuten λιγότερο και θα έλεγα ότι έχει και εξαιρετικές δυσκολίες στην ανάπτυξη αυτής της στρατηγικής. Οι δυσκολίες αυτές οφείλονται κυρίως στο δημογραφικό και επιδημιολογικό πρότυπο των χωρών αυτών και, θα έλεγα, στον πολυπαραγοντικό και στοχαστικό χαρακτήρα της αρρώστιας στις βιομηχανικές χώρες, που δεν μπορεί να δώσει άμεσα αποτελέσματα σε μια τέτοια παρέμβαση. Για να εξηγηθώ καλύτερα, θα ήθελα να διευκρινίσω περισσότερο αυτό το σημείο. Στις αναπτυσσόμενες χώρες τα λοιμώδη νοσήματα μπορεί να έχουν με μια τέτοια παρέμβαση, σημαντικά και άμεσα αποτελέσματα.

Στις δικές μας χώρες που τα νοσήματα σχετίζονται με τον τρόπο ζωής και κατ' επέκταση με τον τρόπο κοινωνικής οργάνωσης, έχουν χρόνο επώασης αρκετά μεγάλο. Καρδιοπάθειες, νεοπλάσματα, ατυχήματα και ψυχικές νόσοι είναι πολυπαραγοντικά νοσήματα, έχουν ένα πιθανολογικό χαρακτήρα, και η παρέμβαση της πρωτοβάθμιας φροντίδας δεν μπορεί να είναι άμεση και ορατή. Έτσι η οργάνωση της στρατηγικής στη δικιά μας χώρα, που έχει ένα τέτοιο δημογραφικό και επιδημιολογικό πρότυπο, πρέπει να είναι πολύ διαφορετική από το πλαίσιο που θέτει η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας.

Αλλά εκτός αυτού υπάρχουν και άλλα προβλήματα στη δική μας χώρα. Υπάρχει το πρόβλημα της έκρηξης στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας που σχετίζεται με ένα νέο καταναλωτικό πρότυπο που διαμορφώθηκε εξαιτίας της ανόδου του επιπέδου ζωής. Και γι' αυτό θα έλεγα ότι πολλές φορές έχω ακούσει από πολλούς που ασχολούνται με τα προβλήματα της δημόσιας υγείας, να έχουν μια αισιοδοξία άμετρη: ότι η πολιτική της ΠΦΥ μπορεί να είναι πανάκεια ή μπορεί να μεταφερθεί μηχανιστικά και δογματικά στην χώρα μας. Κάνω αυτή την επισήμανση για να απαντήσω και στο δεύτερο ερώτημα έτσι όπως έχει διατυπωθεί. Και το οποίο μου φαίνεται αρκετά μηχανιστικό. Κάθε χώρα πρέπει να προσαρμόζει αυτή την στρατηγική στις δικές της ιδιαιτερότητες. Διακρίσεις του τύπου: όχι στην θεραπευτική ιατρική, ναι στην πρωτοβάθμια φροντίδα, νομίζω ότι είναι σχηματικές, δογματικές και άκριτες. Πάντα πρέπει να υπάρχει μια ισορροπία. Φυσικά για λόγους αποτελεσματικής οργάνωσης του Συστήματος Υγείας αλλά και προστασίας της ανθρώπινης ζωής, γενικά και κατ' αρχήν, είμαστε υπέρ της στρατηγικής ΠΦΥ. Αλλά χρειάζεται πάρα πολύ προσοχή στην ανάπτυξη αυτής της στρατηγικής.

«Σ.Θ.»: Ισορροπία ναι. Ωστόσο χρειάζεται σαφήνεια στο εάν η ΠΦΥ αποτελεί το επίκεντρο του συστήματος Υγείας. Δηλαδή είναι εύκολο μέσα στη σωστή κουβέντα για την ανάγκη ισορροπίας μεταξύ δευτεροβάθμιας και πρωτοβάθμιας φροντίδας, να χαθεί η σαφήνεια ως προς το σημείο εστίασης. Που αυτό απαιτεί διορθωτικές ενέργειες ως προς την κατάσταση που υπάρχει σήμερα.

ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ: Δεν αρνούμαι ότι το σημείο εστίασης θα πρέπει να είναι η ΠΦΥ, αλλά κάνω αυτή την επισήμανση για να μην παρασυρθούμε σε δογματικές ή μηχανιστικές ερμηνείες αυτής της στρατηγικής και τότε μπορούμε να οδηγηθούμε σε λάθος κατευθύνσεις.

Ένα άλλο θέμα που θέλω να θέσω και δεν το άκουσα από τους άλλους συναδέλφους είναι κάποια νέα ζητήματα φιλοσοφίας της υγείας, θάλεγα κουλτούρας υγείας που θέτει αυτή η στρατηγική. Το ένα ζήτημα είναι ο κοινωνικοοικολογικός χαρακτήρας της υγείας και της αρρώστιας. Νομίζω ότι σ' αυτό το σημείο υπάρχει μια ανατροπή των παραδοσιακών ιδεών ότι η υγεία και η αρρώστια έχει σχέση μόνο με κάποια συγκεκριμένα βιολογικά αίτια. Το πρότυπο της υγείας-αρρώστιας παίρνει τη συγκεκριμένη μορφή του ανάλογα με την κοινωνικοοικολογική οργάνωση και ανάπτυξη. Αυτό είναι ένα νέο στοιχείο. Δεύτερο στοιχείο, εξίσου σημαντικό, που θέτει η ΠΦΥ είναι ο ρόλος της κοινότητας. Η συμμετοχή και ευθύνη της κοινότητας στην προαγωγή και προστασία της υγείας, είναι εξαιρετικά σημαντικά στοιχεία και νομίζω ότι ανατρέπουν τις μέχρι σήμερα φιλοσοφικές αντιλήψεις και ιδιαίτερα τον πατερναλιστικό ρόλο της ιατρικής.

Ήθελα να πω επίσης, ότι η Π.Ο.Υ. στην στρατηγική της «Υγεία για όλους το 2000» έχει σαν σημαντική συνιστώσα και την κοινωνικοοικονομική και πολιτιστική ανάπτυξη. Ακόμα ένα άλλο δεδομένο ανατροπής των αντιλήψεών μας για την υγεία είναι ότι τόσο το σύστημα υγείας όσο και η ΠΦΥ θεωρούνται πλέον ανοιχτά συστήματα που έχουν σχέση με πολιτιστικές-εκπαιδευτικές διαδικασίες και την κοινωνικοοικονομική και οικολογική εξέλιξη. Και από αυτή την επισήμανση τίθεται ένα

σοβαρό ζήτημα που θα έπρεπε να το συζητήσουμε στη συνέχεια: ποιος είναι ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην ΠΦΥ. Είναι ένα πολύ δύσκολο και σύνθετο ζήτημα.

ΣΠΑΡΟΣ: Κι εγώ συμφωνώ ότι δεν τίθεται ζήτημα προτεραιοτήτων και νομίζω ότι η διακήρυξη στο σημείο αυτό είναι σαφής. Η «φροντίδα υγείας» είναι ένα αδιάσπαστο όλον. Όταν μιλάμε για πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι περισσότερο από μεθοδολογική ανάγκη. Από την άλλη πλευρά η «φροντίδα υγείας» γενικά είναι μία δυναμική διαδικασία που πρέπει να προσαρμόζεται και αναπροσαρμόζεται στις εκάστοτε ανάγκες. Επομένως μέσα σε ορισμένα χρονικά πλαίσια μπορεί να υπάρξει μια κάποια προτεραιότητα που δεν έχει όμως τον χαρακτήρα ιεράρχησης και πολύ περισσότερο αξιολόγησης. Εκφράσεις όπως: «η πρόληψη είναι σημαντικότερη από τη θεραπεία» ή «η Π.Ο.Υ ισούται με την πρόληψη ή προαγωγή της υγείας» δε με βρίσκουν σύμφωνο.

ΔΟΞΙΑΔΗΣ: Εγώ θα ήθελα να τονιστεί αυτό που είπε ο κ. Σπάρος. Ότι εδώ χρειάζεται μια αδιάκοπη και εξελισσόμενη μελέτη, από ειδικούς επιστήμονες και όχι από κείνους που περιστασιακά μπορεί να είναι σε μια θέση. Πρέπει να υπάρχει δηλαδή ένα όργανο το οποίο να είναι Ομάδα Προγραμματισμού Υγείας. Η Υγειονομική Σχολή μπορεί να αποτελέσει ένα πολύτιμο συμβουλευτικό όργανο, οι άλλοι καθηγητές επίσης, το κοινωνικό σύνολο θα θέλει να αντιπροσωπεύεται, αλλά ο πυρήνας πρέπει να είναι μια ομάδα ειδικών επιστημόνων η οποία αδιάκοπα μελετά και συμβουλεύει τους αρμόδιους. Αυτό είναι το ένα που θέλω να πω.

Το δεύτερο: ότι μεταξύ αναγκών πρακτικής, πολιτικής και αμέσων αποφάσεων, κατανομής πόρων και αξιολόγησης πρέπει να υπάρχει μιά διάκριση. Και ακριβώς εκεί μπαίνει ένα από τα μεγάλα ηθικά ερωτήματα, τα οποία μόλις τα τελευταία χρόνια έχουν αρχίσει και απασχολούν τις κυβερνήσεις. Όχι τη δική μας ίσως (πριν ή μετά το 1981, δεν κάνω αυτή τη στιγμή καμιά απολύτως διάκριση). Από πλευράς ηθικής, που πρέπει να δίδεται πιο πολλή έμφαση; Όταν έρθει όμως, όχι στην θεωρητική συζήτηση, αλλά στην πρακτική απόφαση. Η πρακτική απόφαση είναι κατανομή πόρων. Εκεί καταλήγουμε.

Σ. Θ.: Να προχωρήσουμε όμως στο επόμενο ερώτημα: Ένα από τα κύρια επιχειρήματα που διατυπώνονται και από την Π.Ο.Υ. για την προώθηση της ΠΦΥ είναι το οικονομικό. Δηλαδή ότι η ΠΦΥ μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική και λιγότερο δαπανηρή, πράγμα που έχει ιδιαίτερη σημασία σε συνθήκες οικονομικής κρίσης. Φυσικά υπάρχει και ο αντίλογος. Αφενός ότι μπορεί η ΠΦΥ να μην είναι τόσο οικονομική, και αφετέρου ότι το κριτήριο αυτό δεν είναι το προέχον.

ΣΠΑΡΟΣ: Παρόλο ότι ο κ. Κυριόπουλος έχει προτεραιότητα, λόγω ειδικότητας, να απαντήσει σ' αυτή την ερώτηση, μπορώ να πω με λίγα λόγια ότι η ΠΦΥ δεν είναι λιγότερο δαπανηρή (εξάλλου σε σχέση με ποια δαπάνη τη συγκρίνουμε). Βέβαια με την ανάπτυξη της ΠΦΥ σε πολλές χώρες μπορεί να παρατηρηθεί αρχικά μια πτώση των δαπανών, στη συνέχεια όμως θα παρατηρηθεί εκ νέου αύξηση των δαπανών.

Επί πλέον η επιλογή της ΠΦΥ δεν ήταν αποτέλεσμα αναζήτησης μιας φτηνής λύσεως στην επίτευξη του κοινωνικού στόχου υγείας για όλους το 2000.

ΓΚΟΓΚΟΓΛΟΥ: Φαίνεται ότι βραχυπρόθεσμα και μεσοπρόθεσμα θα υπάρξει οικονομία δαπανών στον τομέα της Υγείας με τη στροφή στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Μακροπρόθεσμα πιθανόν να αποδειχτεί αυτό που επισημαίνει ο κύριος Σπάρος, ότι δηλαδή η Π.Φ.Υ δεν είναι λιγότερο δαπανηρή.

Για μένα όμως, δεν πρέπει να προσεγγίσουμε το θέμα με κυρίαρχες τις οικονομικές παραμέτρους. Στο σύνολο των κοινωνικών δαπανών για τις οποίες θεωρώ ότι μπορεί και πρέπει να είναι αυξημένες, οι δαπάνες για την υγεία είναι ένα μέρος.

Το πρόβλημα είναι οι κατευθύνσεις και η ανακατανομή αυτών των δαπανών στους διάφορους τομείς υγειονομικών υπη-

ρεσιών. Σήμερα η θεραπευτική ιατρική είναι αυτή που απορροφά τη μερίδα του λέοντος από τις δαπάνες υγείας, δημόσιες αλλά και ιδιωτικές. Και όλοι λίγο-πολύ παραδέχονται ότι τα αποτελέσματα σε σχέση με τον όγκο των δαπανών δεν βρίσκονται σε αντιστοιχία. Η στροφή των δαπανών δεν βρίσκονται σε αντιστοιχία. Η στροφή των δαπανών προς την Π.Φ.Υ. που συνιστά μια νέα στρατηγική, υπάρχουν βάσιμες ενδείξεις, ότι μπορεί να δώσει μια διέξοδο. Βέβαια, αυτό προϋποθέτει μια σειρά αναπροσανατολισμούς που αρχίζουν από την διεύρυνση και την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, μέχρι τον επαναπροσδιορισμό των παραμέτρων της ασθένειας και της υγείας.

Πρέπει ακόμα να σημειώσω πως η στροφή αυτή εμπεριέχει αξιωματικά και το σημείο της σύγκρουσης με τη μέχρι σήμερα διαμορφωμένη ηγεμονία ενός συμπλέγματος που περιλαμβάνει νοοτροπίες, αυθεντίες, συντεχνίες, φαρμακοβιομηχανίες, βιομηχανίες υψηλής ιατρικής τεχνολογίας και πολυποίκιλα άλλα συμφέροντα που νόμιμα, θέλω να τονίσω, διαμόρφωσε ο μέχρι τώρα προσανατολισμός. Και η σφοδρή κατά τη γνώμη μου αυτή σύγκρουση προϋποθέτει ξεκάθαρους στόχους και πολιτική βούληση.

ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ: Παρ' ότι το ερώτημα φαίνεται αρκετά ευχερές και η απάντηση σ' αυτό αυτονόητη, εντούτοις τα πράγματα δεν είναι ξεκάθαρα. Η απάντηση εμπλέκεται με μια σειρά παραμέτρων που έχουν πολιτικό και ιδεολογικό χαρακτήρα. Και εξηγούμε τι εννοώ. Εάν θεωρήσουμε ότι το αγαθό υγεία είναι μόνο καταναλωτικό αγαθό (ικανοποίηση τρεχουσών αναγκών), ίσως οδηγηθούμε στο συμπέρασμα ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα μπορεί να είναι και δαπανηρή. Αυξάνει το προσδόκιμο επιβιώσεως και ενδεχόμενα το προσδόκιμο επιβιώσεως ομάδων πληθυσμού που δεν ανήκουν στον ενεργό αλλά στον εξαρτώμενο πληθυσμό. Μιλώ για τους υπερήλικες. Μια τέτοια απάντηση δεν τολμά κανείς να δώσει ή να την διατυπώσει. Οι οικονομικοί επιστήμονες της υγείας θεωρούν ότι η υγεία είναι καταναλωτικό και επενδυτικό αγαθό, συμβάλλει δηλαδή στην συντήρηση και αύξηση του ανθρώπινου κεφαλαίου. Έτσι τα ευρύτερα πλεονεκτήματα από την ΠΦΥ, (υψηλού επιπέδου ανθρώπινο κεφάλαιο, διασφάλιση της ευεξίας, καλύτερη ποιότητα ζωής), οδηγούν στο συμπέρασμα ότι το κοινωνικό όφελος είναι αναμφισβήτητο. Δεν νομίζω ότι υπάρχει κάποιος ο οποίος θα μπορούσε να διατυπώσει κάτω από τις πιέσεις της οικονομικής συγκυρίας ή δημοσιονομικών ή λογιστικών προβλημάτων μια αντίθετη άποψη. Εκείνο όμως που έχει σημασία, είναι ότι υπάρχει μια δυσκολία και στις περισσότερες βιομηχανικές χώρες και στη δική μας τώρα, ανακατανομής και μετάθεσης των πόρων από την τριτοβάθμια νοσοκομειακή περίθαλψη προς την ΠΦΥ. Για το λόγο αυτό είδα πρόσφατα ότι η Π.Ο.Υ συστήνει την εγκαθίδρυση ειδικών λογαριασμών, εθνικών λογαριασμών ΠΦΥ. Δηλαδή λογιστικών και προϋπολογιστικών συστημάτων, ημιαυτόνομων από τους εθνικούς λογαριασμούς υγείας. Και μέσα από αυτήν την εγκαθίδρυση ειδικού λογαριασμού για την ΠΦΥ κινητοποιούνται εθνικοί και κοινωνικοί μηχανισμοί για την ανεύρεση πρόσθετων πόρων. Η απάντησή μου λοιπόν στο ερώτημα είναι, ότι η ΠΦΥ έχει αναμφισβήτητα μεγαλύτερο κοινωνικό όφελος. Υπάρχουν αναλύσεις κόστους – οφέλους για διάφορα προγράμματα πρωτοβάθμιας φροντίδας και προληπτικής ιατρικής που αποδεικνύουν τον ισχυρισμό αυτό. Θα φέρω σαν παράδειγμα ένα «εθνικό υγειονομικό πρόβλημα», την μεσογειακή αναιμία η οποία έχει κόστος περίπου 5 με 6 δις τον χρόνο στην χώρα μας και που μπορεί να αντιμετωπισθεί με ένα εναλλακτικό μοντέλο πρώτου, δεύτερου και τρίτου βαθμού πρόληψης, με τον οποίο θα μπορούσε να γίνει σποραδικό φαινόμενο με πολύ λιγότερο κόστος. Επίσης θέλω να επισημάνω ότι η σύσταση, ο υπαινιγμός της Π.Ο.Υ. για ανεξάρτητους λογαριασμούς και ανεύρεση πόρων από την εθνική βάση, είναι μια κίνηση στρατηγική, ε-

ξαιρετικής σημασίας και νομίζω πως θα έχει πολύ μεγάλη σημασία στην χώρα μας να έχουμε μια τέτοια εξέλιξη.*

ΣΠΑΡΟΣ: Ήθελα να ρωτήσω, αν αυτοί οι ανεξάρτητοι λογαριασμοί ήταν επιλογή της Π.Ο.Υ. ή δημιουργήθηκε από αυτήν την περιέργη άρνηση της Διεθνούς Τράπεζας να επιχορηγήσει τα κράτη που κάνουν ΠΦΥ αν δεν υπάρχει ιδιαίτερος λογαριασμός. Και τότε αναγκάστηκαν όλα αυτά τα κράτη και βέβαια και η Π.Ο.Υ. να ιδρύσουν αυτούς τους λογαριασμούς.

ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ: Ίσως η αφορμή να είναι αυτή. Αλλά οι αιτίες είναι διαφορετικές. Είναι κυρίως ότι το ιατροβιοτεχνολογικό σύμπλεγμα που βασίζεται στο τριτοβάθμιο νοσοκομείο, σήμερα έχει μεγάλη πολιτική δύναμη, είναι ισχυρό κοινωνικά. Η θεραπευτική ιατρική εξακολουθεί να κυριαρχεί στο σύστημα υγείας. Και οι πόροι, (βεβαίως με την ευθύνη των κυβερνήσεων για λόγους άμεσης αποτελεσματικότητας) κατευθύνονται προς τα εκεί, επειδή φαίνονται περισσότερο.

ΔΟΞΙΑΔΗΣ: Σε όλες τις χώρες και σε όλες τις εποχές, είναι εντελώς ανθρώπινο και εύλογο ότι ο πολύς κόσμος και η πολιτική που επηρεάζεται από τον πολύ κόσμο, αποδίδουν σε άμεσα και εντυπωσιακά αποτελέσματα και όχι σε μακρόχρονα κοινωνικά αποτελέσματα. Αυτό δεν μπορείς να το δγάλεις γιατί είναι μέσα στην ανθρώπινη φύση. Έρχονται όμως εκείνοι που μπορούν να δουν τα πράγματα πιο αντικειμενικά, λόγω ειδικών γνώσεων και να τονίσουν αυτό που ήδη έχει ειπωθεί. Ότι δεν μπορούμε να αγνοήσουμε τα μακροπρόθεσμα, τα οποία αφορούν μεγάλες ομάδες ανθρώπων, χωρίς αναγκαστικά να υποβαθμίσουμε, ενώ τώρα είναι υπερτονισμένα, τα άμεσα προσωπικά. Όταν το παιδί μου είναι άρρωστο, εμένα με ενδιαφέρει να δω ένα καλό νοσοκομείο. Και δεν με νοιάζει αν θα γίνει φθορίωση του νερού με την οποία τα δόντια χιλιάδων παιδιών θα είναι καλύτερα. Είναι ανθρώπινο αυτό. Αλλά ερχόμαστε εμείς, οι ειδικοί, για να τονίσουμε αυτές τις ανάγκες.

Ένα άλλο σημείο που θέλω να πω για τον οικονομικό παράγοντα είναι ότι, υπάρχει η εξής μεγάλη δυσχέρεια η οποία είναι γνωστή σε μας, αλλά στους αναγνώστες ενδεχομένως να μην είναι. Ότι ενώ στην προσπάθεια σύγκρισης κόστους-ωφέλειας το κόστος ευκολότερα εκτιμάται, η ωφέλεια εκτιμάται δυσκολότερα. Ή δεν εκτιμάται και καθόλου, διότι όπως είπε και ο κ. Κυρίοπουλος, πως θα εκτιμήσεις την ανθρώπινη ζωή. Πως θα εκτιμήσεις την παράταση ζωής, πως θα εκτιμήσεις την παράταση ζωής ενός καθυστερημένου παιδιού; Είναι πράγματα τα οποία δεν μπορούν να εκτιμηθούν. Είναι όμως αναγκαία η οικονομική ανάλυση, απολύτως αναγκαία, ως ένα επιπλέον στοιχείο για μια συνολική θεώρηση και όχι ως το μόνο στοιχείο μιας πολιτικής υγείας.

ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ: Εμείς συμφωνούμε σαν ΠΙΣ με την προσπάθεια καλύτερης παροχής με μικρότερο κόστος. Και επαναφέρω την πρόταση του ΠΙΣ, την οποία θεώρησαν ουτοπία οι περισσότεροι, της δημιουργίας Τράπεζας Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Θα διαβάσατε βεβαίως ότι τόσο το Υπουργείο Παιδείας αποδέσμευσε από το Ταμείο Υγείας των Εκπαιδευτικών 1 δις 700 εκ. με σκοπό να φτιάξουν οι εκπαιδευτικοί Τράπεζα δική τους. Και διαβάσατε προ ημερών την παρέμβαση που έκανε το ΤΕΕ για να αγοράσει την Κεντρική Τράπεζα της Ελλάδος, με αποδέσμευση από τον κ. Κούλουμπή των πόρων του ταμείου υγείας του ΤΕΕ, 1 δις 800 εκ. Και σας ερωτώ εγώ. Γιατί να μην αποδεσμεύσει το Υπουργείο Υγείας τα πλεονάσματα του ΤΣΑΥ, τα οποία σήμερα ανέρχονται γύρω στα 20 δις, όπως γνωρίζετε, και να φτιάξουμε μια Τράπεζα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, αντί με τα λεφτά αυτά να φτιάχνονται εργοστάσια

σακχάρως, δρόμοι, πισίνες και δεν ξέρω τι άλλο; Γιατί αρνήθηκε η Πολιτεία την πρόταση αυτή; Αυτό είναι έξω από το τι πιστεύει ο καθένας μας για ένα σύστημα υγείας. Είτε με το ΕΣΥ το συγκεκριμένο, είτε με κάποιο άλλο, το πρόβλημα της χρηματοδότησης θα εξακολουθεί να παραμένει.

ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ: Το θέμα ενός συνολικού προγραμματισμού της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας είναι εξαιρετικά πολύπλοκο. Το αντιμετωπίζουν όλες οι κυβερνήσεις στις βιομηχανικές χώρες και δεν μπορεί να λυθεί στα πλαίσια μιας συζήτησης. Βέβαια αποτελεί κατά τη γνώμη μου κορυφαία προτεραιότητα στην εθνική πολιτική υγείας.

Όσον αφορά την Τράπεζα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, απ' ότι γνωρίζω η κυβέρνηση δεν έχει απορρίψει μια τέτοια προοπτική. Απλά την εμπλέκει και πολύ σωστά στη μεταρρύθμιση της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας και στην προοπτική ενοποίησης και συντονισμού των ασφαλιστικών φορέων. Υπάρχει ένα τέτοιο πρόβλημα. Η διαδικασία για την ίδρυση μιας Τράπεζας Κοινωνικών Ασφαλίσεων που εγώ τουλάχιστον την αποδέχομαι, δεν μπορεί να κινηθεί πριν λυθούν ορισμένα βασικά οργανωτικά και οικονομικά προβλήματα των Ασφαλιστικών Ταμείων. Πάντως ξέρω, ότι υπάρχει μέσα στην προβληματική της κυβέρνησης, αλλά και πολιτικών φορέων της Αριστεράς.

Θα ήθελα να επιμείνω λίγο ακόμα σε έναν προϋπολογισμό για την ΠΦΥ και στην ανεύρεση πρόσθετων πόρων. Και σε αυτήν την κατεύθυνση θα ήθελα να μεταφέρω μερικά παραδείγματα από την εμπειρία άλλων χωρών. Για παράδειγμα υπάρχουν ομάδες πληθυσμού, που με την συμπεριφορά τους και με τον τρόπο ζωής που υιοθετούν εκτίθενται σε υψηλό κίνδυνο. Χωρίς αυτό να αποτελεί κάποια πρόταση ποινής, θα έλεγα ότι αυτές οι ομάδες θα όφειλαν να συνεισφέρουν στο υψηλό κόστος υγείας σήμερα, περισσότερο από αυτούς που δεν εκτίθενται. Το κάπνισμα για παράδειγμα, αν δεν κάνω λάθος, έχει ένα κόστος σε νοσηρότητα και θνησιμότητα της τάξεως των 30 δις το χρόνο. Τα τροχαία ατυχήματα έχουν ένα κόστος, (εννοώ το κόστος περίθαλψης και όχι το ευρύτερο κοινωνικό κόστος και το κόστος απο την απώλεια παραγωγής) της τάξεως των 10 δις το χρόνο. Νομίζω ότι μπορεί να είναι αντιδημοφιλές, αλλά όχι αντιλαϊκό, ας το πούμε έτσι, είναι πολύ λογικό, αυτοί οι άνθρωποι που εκτίθενται σε «υψηλό κίνδυνο» με δική τους μερική ευθύνη να συνεισφέρουν στο καλάθι της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τον «οβολό» τους, είτε μέσα από την κατανάλωση καπνού, είτε μέσα από την παράβαση των κανόνων της οδικής κυκλοφορίας. Αυτό το θέτω σαν πρακτικό και άμεσο μέτρο και όχι θεωρητικό.

ΔΟΞΙΑΔΗΣ: Υπάρχει και πάλι ένα πρόβλημα ηθικής ανάλυσης. Δηλαδή, εγώ προσωπικά θα συμφωνούσα απόλυτα ότι π.χ. εκείνοι που δεν φοράνε ζώνες ασφαλείας ή οι καπνιστές θα έπρεπε να πληρώνουν μεγαλύτερα ασφάλιστρα. Παρ' όλα αυτά, αυτό θα πρέπει να το προσέξουμε γιατί μπορεί να φτάσουμε στην ακρότητα εκείνη που λέν οι Αγγλοσάξονες: η κατηγορία κατά του θύματος. Διότι μπορεί ο νέος που καπνίζει να έχει αρχίσει επειδή του έχει γίνει πλύση εγκεφάλου από τις διαφημίσεις και επειδή στο σπίτι του κάπνιζαν. Επομένως μπαίνει το ηθικό ερώτημα, μέχρι ποιού σημείου αυτός είναι υπεύθυνος; Εγώ προσωπικά θά έλεγα ότι από ορισμένη ηλικία και έπειτα ο καθένας είναι υπεύθυνος για τις πράξεις του, έστω και αν οι εμπειρίες των πρώτων ετών και η πλύση εγκεφάλου, μας αφήνουν κάποια ίχνη. Αυτό δεν το λέω για να επανέλθουμε αλλά γιατί κάθε τέτοια επισήμανση ειδικών ευθυνών και επομένως ειδικών επιβαρύνσεων πρέπει να εξετάζεται με πάρα πολύ προσοχή.

ΣΠΑΡΟΣ: Ένα μικρό σχόλιο θα κάνω για το δικαίωμα για την προαγωγή της υγείας που συχνά αναφέρθηκε. Το δικαίωμα για την υγεία είναι ένα κοινωνικό δικαίωμα. Είναι δηλαδή ένα απ' αυτά τα ιδιότυπα δημόσια δικαιώματα που δεν εγείρουν α-

* Προσθέτω επίσης ότι η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μπορεί να συμβάλει μεσοπρόθεσμα στη μείωση της ζήτησης νοσοκομειακών υπηρεσιών και στην ελάττωση της φαρμακευτικής κατανάλωσης –και αυτό σημαίνει εξοικονόμηση και απελευθέρωση πόρων.



γώγιμες αξιώσεις όπως π.χ. τα ατομικά δικαιώματα. Είναι απλές συνταγματικές επιταγές. Γι' αυτό είναι σημαντικό γεγονός όταν κοινός νομοθέτης νομοθετεί για την υγεία, όπως με τους Νόμους 1397, 1579 κ.ά, έστω και εάν οι νόμοι αυτοί δεν είναι πλήρεις.

«Σ. Θ.»: Ας έρθουμε όμως σε πιο πρακτικά πολιτικά ζητήματα εφαρμογής της ΠΦΥ στην Ελλάδα. Έχει υποστηριχθεί ότι ο γνωστός νόμος 1397 του 1983, ο νόμος που καθιερώνει το ΕΣΥ, και ακόμα περισσότερο η κυβερνητική πολιτική υποτιμούν τη σημασία της ΠΦΥ. Τι θα ειχατε να πείτε πάνω σ' αυτό;

ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ: Ναι, ήθελα καταρχήν να σχολιάσω το ερώτημα. Είναι προσδιοριστικό, επιθετικό και πρόδηλα με διατύπωση ανακριδή στο ότι «υποτιμάται η ΠΦΥ στην Ελλάδα κατά την διάρκεια των τελευταίων χρόνων». Ίσως να έχει αντιφάσεις, να είναι δυσχερής, και αναποτελεσματική στην άσκησή της και ίσως να χρειάζεται άλλη διατύπωση. Για την «αλήθεια των πραγμάτων» θα 'λεγα μάλλον ότι υπερτιμήθηκε. Έχει διαπιστωθεί τα τελευταία χρόνια μια ογκώδης ανάπτυξη των υλικών πόρων στην ΠΦΥ (σε κτιριακή υποδομή και σε τεχνολογικό εξοπλισμό). Υπάρχει επίσης εκσεσημασμένη μεταφορά των οικονομικών πόρων προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Είναι και κάποια άλλα μέτρα τα οποία έχει πάρει ή κυβέρνηση περισσότερο οργανωτικά, και λειτουργικά τα οποία δείχνουν ότι δεν υπάρχει υποτίμηση. Θα 'λεγα ότι και από τον νόμο του ΕΣΥ και τον 1579/85 και από άλλες πολιτικές παρεμβάσεις της κυβέρνησης, έχει δοθεί μια υπερτίμηση ότι η ΠΦΥ μπορεί να μας λύσει πολύ γρήγορα μεγάλα προβλήματα υγείας, πράγμα το οποίο κατά τη γνώμη μου δεν είναι απόλυτα σωστό και από κει πηγάζουν κάποια κενά και κάποιες αντιφάσεις της πολιτικής για την ΠΦΥ.

Και έρχομαι να σας επισημάνω την «διαφορά ταχυτήτων» στην οργάνωση του συστήματος της ΠΦΥ που φανερώνει αυτά τα κενά και μια σχετική αναποτελεσματικότητα που παρατηρείται. Είναι η ανάπτυξη κατ' αρχήν των ανθρώπινων πόρων. Προχώρησε πάρα πολύ γρήγορα η ανάπτυξη των υλικών πόρων και η τεχνολογική υποδομή, ενώ η ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων που είναι η ψυχή της ΠΦΥ, (τα επαγγέλματα υγείας) έχει προχωρήσει ελάχιστα.

Ένα άλλο ζήτημα είναι ότι αυτή η πολιτική, κατανεμημένη μέσα στον χρόνο, συνιστά ένα πολύ αισιόδοξο σχέδιο, πολύ εκτεταμένο το οποίο δεν διασφαλίζει ταυτόχρονα ένα διαχειριστικό έλεγχο και μια αξιολόγηση εξαιτίας ακριβώς της επεκτατικότητας αυτής της πολιτικής.

Ένα τρίτο πρόβλημα κατά τη γνώμη μου πολύ σημαντικό είναι, η αδυναμία μας να αλλάξουμε το κοινωνικό προφίλ του ιατρικού σώματος. Το ιατρικό σώμα σήμερα είναι προσανατολισμένο μονόπλευρα στην θεραπευτική ιατρική στην χώρα μας. Στο σημείο αυτό χρειάζεται μια «ρήξη» για να αλλάξουμε αυτή την σχέση. Ίσως δεν δόθηκε η απαραίτητη έμφαση με μια πολιτική ανάπτυξης και οργάνωσης των επαγγελματιών υγείας, αλλά υπάρχουν και σοβαρότατες αντιστάσεις, κατά τη γνώμη μου, και από το ίδιο το ιατρικό σώμα, του οποίου μάλλον τα ευρύτερα κοινωνικά συμφέροντα ταυτίζονται με την λειτουργία ενός θεραπευτικού συστήματος υγείας. Το σύστημα υγείας αυτή τη στιγμή πρέπει να δουλέψει προς την κατεύθυνση της πολιτικής ανάπτυξης και οργάνωσης των ανθρώπινων πόρων, που σημαίνει έμφαση στην εκπαίδευση, σημαίνει μετατροπή του συσχετισμού ειδικών προς γενικούς γιατρούς και σημαίνει επίσης ανάπτυξη μεθόδων διαχειριστικού ελέγχου και αξιολόγησης των υπηρεσιών και των φροντίδων υγείας.

ΔΟΞΙΑΔΗΣ: Στην τελευταία λέξη συμφωνώ απολύτως. Αλλά εκεί που μιλήσατε για ογκώδη ανάπτυξη, το ερώτημα είναι, και φέρνω ένα παράλληλο παράδειγμα, που πάνε αυτά τα πρόσθετα χρήματα; Διότι αν πάρουμε σαν παράδειγμα τον νοσοκομειακό τομέα, πάνε σε αργόμισθους. Το νοσοκομείο Παί-

δων Αγία Σοφία που το ξέρω πολύ καλά διόρισε 600 αργόμισθους. Και μπορώ να το αποδείξω. Όταν λοιπόν μου λένε ότι δίδονται περισσότερα στον νοσοκομειακό τομέα, διερωτώμαι αν δίδονται περισσότερα για αποτελεσματικότητα ή για αργόμισθους.

Δεύτερον. Ξεχάσατε κ. Κυριόπουλε, το τεράστιο θέμα της προαγωγής της υγείας. Μπορείτε να μου πείτε γιατί σταμάτησε η εκπαίδευση, η αγωγή για υγεία. Ξέρετε πολύ καλά τι συμβαίνει με το κάπνισμα. Έχω προκαλέσει επανειλημμένως την κυβέρνηση να μου πει. Γιατί σταμάτησε η εκστρατεία κατά του καπνίσματος; Πέσανε οι πολυεθνικές και πίεςανε. Και υποκύπτει μια κυβέρνηση στην πίεση των οικονομικών συμφερόντων. Και φέρνω ως παράδειγμα το κάπνισμα γιατί έχει τρία σημεία στα οποία διαφέρει από την παχυσαρκία, από τα ατυχήματα, από την πολυφαρμακία και τα άλλα θέματα που είχαμε αρχίσει αγωγή υγείας. Πρώτον διότι τα αποτελέσματα έχουν κάποιο έμμεσο τρόπο να μετρηθούν: Την ετήσια κατανάλωση τσιγάρων. Δεύτερον, γιατί η ζημιά είναι πολύ μεγαλύτερη απ' όσο ξέρουμε, με 15 χιλιάδες θανάτους το χρόνο, και τρίτο γιατί υπάρχει τόσο έντονη αντίδραση από οικονομικά συμφέροντα. Ας μου απαντήσει πρώτα η κυβέρνηση γιατί σταμάτησε την αντικαπνιστική εκστρατεία, πέντε χρόνια προκαλώ και απάντηση δεν πήρα, κι έπειτα να μου μιλάει για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Τρίτον. Γιατί σταμάτησαν ή υποβαθμίστηκαν όλα τα ερευνητικά προγράμματα; Όπως είπα υπήρχαν 43 από 70 προγράμματα ενισχυόμενα από το Υπουργείο που είχαν σχέση με πρωτοβάθμια φροντίδα. Γιατί αυτά τα υποβάθμισε και ουσιαστικά τα έσβησε; Γιατί άφησε να ξεπέσει τόσο πολύ η ανίχνευση των νεογεννήτων; Το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, αρνείται να δώσει τον αριθμό που εξετάζονται κάθε χρόνο. Γιατί αρνείται; Γιατί πέφτει κάθε χρόνο το ποσοστό των νεογεννήτων που εξετάζονται για υποθυρεοειδισμό και φαινυλκετονουρία. Λοιπόν όταν έχουμε αυτά τα χειροπιαστά παραδείγματα, σε όλα τα άλλα που λέτε συμφωνώ. Αλλά να μην έρχεται κανείς και μας λέει ότι δίδεται κάποια έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα.

Και να πάμε στον αγροτικό πληθυσμό. Η εμπειρία που είχαμε από το πρότυπο Κέντρο Υγείας στο Ζαγγλιόβρι που, συνεργαζόμενο με την Ιατρική Σχολή της Θεσσαλονίκης, είχε πολύτιμα στοιχεία να δώσει για την λειτουργία των Κέντρων Υγείας γιατί δεν αξιοποιήθηκε; Δεν υπάρχουν απαντήσεις σε όλα αυτά. Έχω προκαλέσει επανειλημμένως δημοσία. Αν υπάρχει κανείς που μπορεί να μου δώσει μια ικανοποιητική απάντηση θα χαρώ πολύ να την ακούσω.

ΓΚΟΓΚΟΓΛΟΥ: Εγώ νομίζω σε γενικές γραμμές ότι συμφωνώ με την ερώτηση έτσι όπως είναι διατυπωμένη. Υπάρχει στο θεσμικό πλαίσιο του 1397, μια υποτίμηση της ΠΦΥ. Ήδη, χωρίς να φορτίσουμε ιδεολογικά πολύ τον όρο, δεν αναφέρεται στο κείμενο του νόμου σαν πρωτοβάθμια φροντίδα, αλλά σαν πρωτοβάθμια περίθαλψη. Συμφωνήσαμε όλοι, ότι η ΠΦΥ είναι και κάτι πέρα από την περίθαλψη. Πάτως το πλαίσιο του νόμου όπως περιγράφεται, εγώ τουλάχιστον από την πλευρά μου το βρίσκω θετικό. Ανοίγει προοπτικές και μπορεί να διευρυνθεί με την παρέμβαση του κινήματος των γιατρών και των άλλων υγειονομικών και ευρύτερων κοινωνικών κινημάτων σε μια πιο σωστή κατεύθυνση. Αυτή τη στιγμή είμαστε μάρτυρες των εγκαινίων που έχουν γίνει και γίνονται σε δεκάδες Κέντρα Υγείας σε όλη την επαρχία. Όσον αφορά τις κτιριακές εγκαταστάσεις και τον τεχνικό εξοπλισμό αυτών των Κέντρων Υγείας, πραγματικά ορισμένα πράγματα έχουν προχωρήσει σε αρκετά ικανοποιητικό βαθμό. Απο κει και πέρα, θέλω να συμφωνήσω σε αυτό το σημείο με τον κ. Κυριόπουλο, ότι έχει πάρα πολύ παραμεληθεί ο παράγοντας του ανθρώπινου δυναμικού που θα στελεχώσει αυτά τα Κέντρα Υγείας. Έχουν περάσει τόσα χρόνια που ψηφίστηκε ο νόμος, και μέχρι σήμερα δεν

έχει δγει ούτε ένας γιατρός γενικής ιατρικής. Δεν μιλάω για τους άλλους κλάδους γιατρών που προβλέπεται να στελεχώνουν τα Κέντρα Υγείας, όπως είναι οι γιατροί κοινωνικής ιατρικής και οι γιατροί της εργασίας, ούτε για τα άλλα επαγγέλματα υγείας...

Θα πρέπει να τονίσουμε εδώ και το εξής παράδοξο: Υπάρχει μια πεισματική άρνηση για τη στελέχωση αυτών των Κέντρων Υγείας από τους ειδικούς που προβλέπεται. Παρόλο που υπάρχει πρόβλημα ανεργίας αυτή τη στιγμή σε πολλούς ειδικούς γιατρούς. Αυτό είναι ένα στοιχείο που πρέπει να καταγραφεί. Γιατί δεν αρκεί μόνο η δημιουργία του κτιριακού εξοπλισμού και του ανθρώπινου δυναμικού. Χρειάζονται και κίνητρα. Δεν εννοώ κίνητρα μόνο χρηματικά. Εννοώ επίσης κίνητρα επιστημονικά και καταξίωσης του ρόλου των νέων ειδικοτήτων για να γίνει δυνατή η στελέχωση των Κέντρων Υγείας.

ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ: Εγώ δεν συμφωνώ με το ερώτημα για άλλο λόγο, τελείως διαφορετικό από αυτόν που δεν συμφωνεί ο κ. Κυριόπουλος. Μιλάτε εδώ για κυβερνητική πολιτική στον τομέα της υγείας. Για τον ΠΙΣ δεν υπάρχει κυβερνητική πολιτική στον τομέα της υγείας. Ούτε σαφώς οριοθετημένη, ούτε προγραμματισμένη.

Ο νόμος 1397 επικεντρώνεται μόνο στο άρθρο 37 που μιλάει για τις εργασιακές σχέσεις των γιατρών. Αυτός είναι όλος ο νόμος 1397 που η κυβέρνηση ονομάζει ΕΣΥ. Ενισχυτικό στοιχείο των απόψεών μου είναι ο μόλις πρόσφατα ψηφισθείς νόμος 1579 του 85, όπου τώρα πράγματι ο κ. Γεννηματάς βλέποντας ότι ο νόμος 1397 ουδεμία σχέση είχε με την ΠΦΥ, προσπάθησε μέσα σε αυτόν τον νόμο να καλύψει τα κενά και έβαλε πράγματι, στοιχεία που απευθύνονται στην ΠΦΥ. Αλλά ερωτώ, ήταν ανάγκη να περάσουν τόσα χρόνια για να γίνει αυτό;

Για μένα επομένως δεν υπάρχει αυτή τη στιγμή τίποτα. Μπορεί να γίνονται δέβαια προσπάθειες υλοποιώντας αυτόν τον νόμο, τον 1579/85 και όχι τον 1397, αλλά μέχρι στιγμής εμείς δεν έχουμε δει τίποτα πάντως.

ΣΠΑΡΟΣ: Όπως είπε και ο κ. Κακλαμάνης ο νόμος 1579 στο 5ο του κεφάλαιο, με τρία άρθρα που είναι αρκετά εκτεταμένα, συμπληρώνει αυτό το πλαίσιο νόμου που χρειάζεται για την ΠΦΥ.

Τώρα μια κριτική για τον όρο «φροντίδα υγείας». Βεβαίως έχει σήμερα υιοθετηθεί από τους περισσότερους ο όρος αυτός, παρόλο που στο χώρο της ψυχικής υγείας π.χ., χρησιμοποιείται ευρύτατα ο όρος μέριμνα αντί φροντίδα. Πάντως είναι λάθος να χρησιμοποιείται ο όρος «περίθαλψη» σαν συνώνυμο της φροντίδας υγείας. Από την άλλη πλευρά, όπως συμβαίνει συχνά όταν εισάγονται νέοι επιστημονικοί όροι, χρειάζεται αρκετός χρόνος για να επιδληθούν.

Τώρα για το πρόβλημα αγωγής υγείας που πραγματικά είναι κρίσιμο. Δεν καταργήθηκε η αγωγή υγείας σαν προληπτική μέθοδος. Τα μέλη της Ελληνικής Εταιρίας Κοινωνικής Ιατρικής, μέσα στα πλαίσια της αγωγής υγείας που οργάνωσε το Υπουργείο Υγείας (που όντως είχε αρχίσει ο κ. Δοξιάδης), όργανωσαν κυριολεκτικά την Ελλάδα για την εφαρμογή των προγραμμάτων υγείας. Και κατ' ουδένα τρόπο είμαι υπέρ της καταργήσεώς τους. Βέβαια υπάρχουν διαφοροποιήσεις ως προς τη μεθοδολογία και το περιεχόμενο ορισμένων προγραμμάτων σε σχέση με εκείνα που είχαν σχεδιαστεί επί υπουργίας κ. Δοξιάδη. Αλλά αυτό δεν ισοδυναμεί με κατάργηση.

Για το δεύτερο θέμα, της μειώσεως δηλ. των εξετάσεων διαλογής που γίνονται σε ορισμένα εργαστήρια που αναφέρθηκαν. Δεν ξέρω αν φταίει το σύστημα ή ενδεχομένως ορισμένα άτομα. Αλλά δέβαια είναι θέμα που πρέπει να προσεχθεί.

Τώρα όσον αφορά τα ερευνητικά προγράμματα. Επειδή συμμετείχα σε μια επιτροπή που είχε συστήσει ο κ. Δοξιάδης για την καταγραφή και αξιολόγηση των ερευνητικών προγραμμάτων μιας αρκετά μεγάλης χρονικής περιόδου, μπορώ να πω ότι ένα αρκετά μεγάλο μέρος των ερευνητών δεν «έμπαινε στον

κόπο» να ενημερώσει το Υπουργείο όχι μόνο για τα αποτελέσματα της έρευνας του, αλλά ποτέ και εάν η έρευνα είχε τελειώσει.

Νομίζω ότι με την ίδρυση του Εθνικού Κέντρου Έρευνας για την Υγεία (ΕΚΕΥ) μπαίνει μια τάξη έστω και εάν προσωρινά φαίνεται να καθυστερεί η χρηματοδότηση ορισμένων «κάλων» προληπτικών προγραμμάτων.

Η πείρα στο Ζαγγλιόβρι δεν ξέρω αν απορρίφθηκε τελείως. Απλώς θέλω να κάνω ένα σχόλιο. Είναι βέβαιο ότι οι πειραματικοί σταθμοί έχουν πολύ μεγάλη σημασία, καμιά φορά όμως έχουν και κινδύνους. Μια αποτυχία ενός προτύπου Κέντρου, ίσως γιατί δεν χορηγήθηκαν τα χρήματα που έπρεπε, είναι δυνατόν καμιά φορά να οδηγήσει σε μια απόρριψη ενός σωστού συστήματος ή μιας ορθής ανανεωτικής προσπάθειας. Πρέπει να τονισθεί επίσης η μεγάλη αδράνεια στο σύστημα, σε όλη του την έκταση, που εμποδίζει την αποτελεσματική εφαρμογή μιας νέας προσπάθειας.

ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ: Η κυβερνητική πολιτική, όπως κάθε πολιτική, δεν μπορεί να κριθεί μόνο με ένα κείμενο ενός νόμου θεσμικού πλαισίου. Για παράδειγμα, η πρωτοβάθμια περίθαλψη όπως περιγράφεται στο νόμο 1397/83, μετασχηματίζεται μέσα στο χρόνο σε πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η εξέλιξη αυτή επισημαίνεται και είναι μια πρόοδος την οποία δεν μπορεί να αρνηθεί κανείς. Αλλά το 1982 πόσοι είμασταν ευαισθητοποιημένοι από την Διακήρυξη της Άλμα-Άτα.

Αισθάνομαι υποχρεωμένος να πάρω μέρος στη συζήτηση για κάποια ζητήματα πολιτικής ΠΦΥ που θεωρείται ότι υποβαθμίστηκαν την τελευταία περίοδο. Πράγματι στην περίοδο διαχείρισης της πολιτικής υγείας από τον κ. Δοξιάδη, υπήρξαν ορισμένες νησίδες πολύ δημιουργικές στην πολιτική υγείας στη χώρα μας, από την οποία διδάχτηκαν πολλοί άνθρωποι αρκετά. Αυτές οι νησίδες όμως νομίζω ότι ενώ ήταν προηγμένες μεθοδολογικά, τεχνικά και πειραματικά, συνολικά δεν συγκροτούσαν μια εθνική πολιτική υγείας. Τέτοιες πολιτικές όμως έγιναν και μετά το 1982. Για παράδειγμα για το κάπνισμα, την παχυσαρκία και άλλα θέματα αγωγής υγείας. Υπήρξε ένα πρόγραμμα του Υπουργείου Υγείας και του Υφυπουργείου Νέας Γενιάς, με το οποίο εκπαιδεύθηκε ένας μεγάλος αριθμός και καθηγητών μέσης εκπαίδευσης με στόχο να περάσει μια πολιτική αγωγής υγείας μέσα στα σχολεία. Και αυτή αν θέλετε, είναι σήμερα η τάση της Π.Ο.Υ., του Συμβουλίου της Ευρώπης και της ΕΟΚ. Ότι η αγωγή υγείας πρέπει να περάσει μέσα στα σχολεία. Και στα σχολεία θα την περάσουν τα επαγγέλματα παιδείας και λιγότερο οι γιατροί. Υπήρξαν επίσης στα πλαίσια του προγράμματος «Νειάτα - Υγεία» μελέτες και έρευνες που δημοσιεύθηκαν και έγιναν αποδεκτές επιστημονικά και κοινωνικά. Βεβαίως, είναι πολύ μακριά από το να συγκροτούν μια συνολική εθνική στρατηγική. Αλλά μια εθνική στρατηγική, στην αγωγή υγείας για παράδειγμα, χρειάζεται κάποιους μηχανισμούς. Και οι μηχανισμοί αυτοί δεν μπορεί να είναι άλλοι από τα Κέντρα Υγείας, την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και την Κοινωνική Ιατρική. Και δεν νομίζω ότι είναι εύκολο να οικοδομήσουμε τέτοιους μηχανισμούς σε τόσο μικρό διάστημα. Χρειάζεται μελέτη, εκπαίδευση, έρευνα και προπαντός «σκληρή δουλειά».

ΔΟΞΙΑΔΗΣ: Στο θέμα της αντικαπνιστικής κ. Σπάρο, μπορεί να υπάρχουν πολλές αμφισβητήσεις αλλά οι αριθμοί είναι αυτοί που είναι. Υπήρχε μια 6% ετήσια αύξηση, στην κατανάλωση καπνού, που μηδενίστηκε σχεδόν (0,5% στα 3 χρόνια που έγινε η δική μας αντικαπνιστική εκστρατεία), και μετά πήδησε το '82 στο 10%. Και τώρα έχει ξαναπέσει σε ένα 5-6%. Αυτοί οι αριθμοί είναι του Υπουργείου Οικονομικών, δεν είναι ούτε δικό μου, ούτε κανενός άλλου. Ανεξάρτητα από τις προσπάθειες που έχουν γίνει πρέπει να εκτιμούμε και το αποτέλεσμα. Το αποτέλεσμα είναι αυτή τη στιγμή, παρά τις προσπάθειες τις οποίες γνωρίζω για την αγωγή υγείας, ότι εξακολουθεί μια ε-

τήσια αύξηση κατά 5-6% Μακάρι κάποτε να έχουν μακροπρόθεσμο αποτέλεσμα. Αλλά τα άμεσα αποτελέσματα σταμάτησαν. Κάποιος από σας είχε πει ότι όλα αυτά πρέπει να γίνουν δήμα-δήμα. Συμφωνώ απόλυτα. Αλλά γιατί να διακόπτονται τα επι-τυχόντα. Σε αυτό δεν μου έδωσε κανείς σας απάντηση, ούτε ε-σείς μπορείτε να μου δώσετε καμιά απάντηση. Κ. Σπάρο έχετε δίκιο. Πολλά ερευνητικά προγράμματα απεδείχθησαν ανεπαρ-κή, ατελή κλπ. Συμφωνώ απολύτως μαζί σας. Αλλά μη ξεχνάτε ότι εμείς που τα είχαμε χρηματοδοτήσει, καθιερώσαμε και τον έλεγχο. Δεν ήρθε κανείς άλλος να τον καθιερώσει. Ήταν εν γνώση μας ότι πολλά από αυτά, δεν άξιζαν. Αλλά αυτό συμ-βαίνει παντού όπου γίνονται ερευνητικά προγράμματα. Και γίνεται μετά ο έλεγχος.

Δεν ξέρω πως αξιοποιήθηκε το Ζαγγλιβέρι. Εκείνο που ξέ-ρω είναι ότι δύο από τους πρωτεργάτες, ο κ. Τάκος τότε διευ-θυντής του Κέντρου Υγείας και ο καθηγητής κ. Κασίμος τότε συνεργάτης, δεν ρωτήθηκαν. Δεν ρωτήθηκαν καθόλου για το τι πείρα απέκτησαν για το πρότυπο Κέντρο Ζαγγλιβερίου.

«Σ. Θ.»: Ήθελα να αναφερθώ σε ένα κρίσιμο ζήτημα, επιση-μαίνοντας αρχικά ένα ενδιαφέρον στοιχείο: ότι το νομοσχέδιο που έγινε γνωστό με τον τίτλο «Μέτρα προστασίας της υγείας» και δημοσιεύτηκε το 1980 επί υπουργίας του κ. Δοξιάδη, προέβλεπε μέτρα για την ΠΦΥ παρόμοια με του νόμου για το ΕΣΥ. Το νομοσχέδιο εκείνο καταπολεμήθηκε από δεξιά και α-ριστερά και δεν έγινε ποτέ νόμος. Τι σκέψεις θα μπορούσαν να γίνουν για τις κοινωνικές και πολιτικές δυνάμεις που στηρί-ζουν ή αντιστρατεύονται μια στροφή προς την ΠΦΥ με αφορ-μή και τις εξελίξεις εκείνες;

ΔΟΞΙΑΔΗΣ: Να κάνω μια διευκρίνιση. Έχει μια βασική διαφορά, όχι όσον αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα, αλλά στην όλη σύλληψη του εκείνο το νομοσχέδιο που ποτέ δεν προ-χώρησε, με τον νόμο ΕΣΥ. Ο νόμος ΕΣΥ φιλοδοξεί να καθο-ρίσει ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας. Ενώ το νομοσχέδιο εκείνο δεν είχε καμιά τέτοια φιλοδοξία. Τα δυο βασικά σημεία που δεν έβαλε μέσα ήταν η εξωνοσοκομειακή πρωτοβάθμια φρο-ντίδα του αστικού πληθυσμού και το φάρμακο. Και αυτό το λέμε στην εισηγητική έκθεση, γιατί είχαμε ξεκινήσει μελέτες οι οποίες σταμάτησαν. Αυτό σαν διευκρίνιση γιατί τα 2 δεν μπο-ρούν απόλυτα να συγκριθούν.

ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ: Αυτή η διευκρίνιση ήταν αναγκαία. Έχει δίκιο ο κ. Δοξιάδης. Παρότι διαπνέονται από την ίδια φιλοσο-φία, όσον αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας –υπάρ-χουν διαφορές δέβαια– ο νόμος 1397/83 αποσκοπεί στην οικο-δόμηση ενός εθνικού συστήματος για όλη την χώρα.

Πέρα από αυτό όμως θα ήθελα να έρθω στο ερώτημα κατευ-θείαν. Εκείνη την εποχή είχα την ευκαιρία και την τιμή να βρίσκομαι στην ηγεσία του ιατρικού συνδικαλιστικού κινήμα-τος και να πάρω μέρος στις συζητήσεις, θάλεγα και στις συ-γκρούσεις γύρω από την τύχη αυτού του νομοσχεδίου.

Και με την ευκαιρία αυτή να σας πω κ. Δοξιάδη, πως εί-μουν ο μοναδικός από την ηγεσία του ιατρικού κινήματος ε-κείνη την εποχή που είχα υποστηρίξει θετικά –με κάποιες επι-φυλάξεις– το νομοσχέδιο απ' την αρχή. Έβλεπα μια λειτουργι-κότητα, έβλεπα μια συνέχεια προς την κατεύθυνση του ΕΣΥ από την δική μου οπτική, και παρότι βρίσκεται στην άλλη ό-χθη, το είχα υποστηρίξει θετικά.

Το ερώτημα όμως είναι πάλι σχηματικό. Κατά τη γνώμη μου το νομοσχέδιο καταπολεμήθηκε κυρίως από το ιατρικό σώμα. Στο σημείο αυτό υπήρξε μια σύμπτωση, διαπαράταξιακή. Το νομοσχέδιο θεωρήθηκε ότι ανοίγει τις διαδικασίες ένα εθνικό και κοινωνικό σύστημα υγείας το οποίο είχε επιρροή από το βρετανικό ΕΣΥ. Διάφορες ομάδες γιατρών αποτελούσαν ισχυ-ρές ομάδες πίεσης στο εσωτερικό των κομμάτων. Τα κόμματα της Αριστεράς (το ΠΑΣΟΚ, το ΚΚΕ και το ΚΚΕ εσωτερικού) είχαν ένα «αποστασιοποιημένο προβληματισμό» για τα θέματα της υγείας, εκείνη την εποχή. Είχα την τύχη να συναντηθώ και

να μιλήσω με πολλούς από αυτούς. Δεν ήταν αρνητικοί, κάθε-τοι από την αρχή. Η τελική τους θέση, διαμορφώθηκε από την πορεία των πραγμάτων την οποία καθόριζε το ιατρικό λόμπυ στο εσωτερικό των κομμάτων και κυρίως στο συντηρητικό κόμ-μα που κυβερνούσε την εποχή εκείνη. Εκεί υπήρξε μια πολύ μεγάλη αντίδραση από το ιατρικό σώμα, και μάλλον θάλεγα, ότι διαδικαστικά βοήθησε και τους άλλους να μην βρεθούν στην πραγματικά δύσκολη θέση επιλογής. Πρέπει να πω επί-σης, παρά τις τεχνικές αρετές που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε μια συνέχεια στην πολιτική υγείας στην χώρα μας ανεξάρ-τητα από τις πολιτικές συγκυρίες, η οποία δυστυχώς δεν υπήρ-ξε, αυτό το νομοσχέδιο είχε και ατυχείς πολιτικούς και διαδι-καστικούς χειρισμούς στην πορεία του. Πρώτον δεν είχε ερεθί-σματα (παρά μόνο τον Πρωθυπουργό και αν θυμάμαι καλά και τον Πρόεδρο της Δημοκρατίας). Δεν είχε ερείσματα μαζικά. Ή μέσα στο κόμμα της Νέας Δημοκρατίας, ή σε άλλες μεγάλες ομάδες γιατρών. Δεύτερον, δεν τέθηκε σε μια ευρεία συζήτηση και διάλογο. Δεν υπήρξε χρόνος και διαδικασίες για μια ευ-ρεία συζήτηση. Δεν μπόρεσε να εξασφαλίσει τη συναίνεση και μια ευρεία δάση υποστήριξης. Διότι οι διαδικασίες συναίνεσης που είχαν ξεκινήσει με δική μας πρωτοβουλία τέθηκαν στο πε-ριθώριο, και υπήρξε μια δεύτερη παράλληλη διαδικασία δια-μόρφωσης ενός άλλου πλαισίου η οποία κινήθηκε από το Υ-πουργείο Υγείας και δεν είχε καμιά ουσιαστική συμμετοχή. Συμμετοχή όχι με την έννοια την φιλολογική. Με την έννοια α-νεύρεσης ερεισμάτων.

Παρόλα αυτά, επισημαίνω ότι οι εντυπώσεις και η επίδραση που άσκησε σε αυτούς που ασχολούνται με την πολιτική υγείας και στο ιατρικό σώμα ήταν σημαντική και θετική. Έτσι ενώ δεν έγινε νόμος του Κράτους, είχε όμως ένα γόνιμο και θετικό χαρακτήρα.

ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ: Λέτε ότι το νομοσχέδιο εκείνο καταπολε-μήθηκε από δεξιά και αριστερά. Πιστεύω ότι ολόκληρη η πα-ράγραφος της ερώτησής σας θα 'πρεπε να απευθυνθεί μόνο προς τα αριστερά σήμερα και όχι προς τα δεξιά.

Νομίζω ότι από την συζήτηση που προηγήθηκε όλοι δεχτή-καμε, άλλοι ευθέως και άλλοι συγκεκαλυμένα, ότι ο 1397 δεν έχει στοιχεία για ΠΦΥ. Αλλού για την παράταξη τη δική μου ήταν η ομοιότητα του νομοσχεδίου εκείνου με τον νόμο 1397. Εξ' ου και αντιδράσαμε στο να προχωρήσει εκείνο το νομο-σχέδιο. Ήταν θέμα ουσίας. Ήταν θέμα στην πολιτική φιλοσο-φία του νομοσχεδίου αυτού. Εκεί μας έδρισκε αντίθετους. Και είμαστε συνεπείς στη γραμμή μας που συνεχίσαμε να πολεμάμε και σήμερα τον 1397. Εκεί ήταν το θέμα. Και το παραδέχτηκε εμμέσως ο κ. Κυριόπουλος. Η πολιτική φιλοσοφία ήταν η ίδια. Γι αυτό είπα ότι το ερώτημα πρέπει να πάει προς τα αριστερά.

Και άμα λέω θέμα πολιτικής φιλοσοφίας, δεν ρίχνω καμιά μομφή ιδεολογικής τοποθέτησης του κ. Δοξιάδη. Λέω ότι για μας και εκείνο το νομοσχέδιο, όπως και ο νόμος 1397 ήταν α-ποϊατροκοπημένος. Άφηνε τον γιατρό έξω από τον ρόλο που εμείς θέλουμε να έχει τόσο στον προγραμματισμό για την υ-γεία, όσο και στον ρόλο που πρέπει να παίζει στην υλοποίηση ενός συστήματος υγείας.

Εμείς τελικά υπήρξαμε προφήτες για τον ρόλο που πρέπει να παίζει ένας γιατρός σε ένα σύστημα υγείας. Προφήτες και όταν πολεμούσαμε το νομοσχέδιο του κ. Δοξιάδη, προφήτες και όταν πολεμήσαμε τον 1397, προφήτες και όταν βγάλαμε το σχέδιο του ΠΙΣ' που βάλαμε τον γιατρό να έχει κυρίαρχο ρόλο μέσα στο σύστημα υγείας. Αυτό είναι το σχεδιάγραμμα, και παρακαλώ να το δημοσιεύετε στο περιοδικό σας, από την έκ-θεση του εμπειρογνώμονα της Π.Ο.Υ. Δρ. Μπρούσκαρτ του Πανεπιστημίου του Όσλο, στην τελευταία συνεδρίαση της Π.Ο.Υ με τις χώρες της ΕΟΚ. Και κοιτάξτε που δάζει το για-τρό: Στο κέντρο της υπόθεσης. Ο γιατρός το κυρίαρχο στοιχείο μέσα σε ένα σύστημα υγείας.

«Σ.Θ.»: Αυτό το βλέπεται να συμφωνεί με την διακήρυξη της 'Αλμα-Άτα;

ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ: Ναι συμφωνεί απόλυτα. Συμφωνεί απόλυτα στην υλοποίηση. Γιατί ξέρετε πολλά πράγματα αλλιώς τα συλλαμβάνουμε θεωρητικά και τα γράφουμε, αλλά όταν έρθει η ώρα της υλοποίησης βλέπουμε ότι δεν είναι έτσι.

Και μια που για πρώτη φορά εγώ τουλάχιστον σαν μέλος, όχι εκπρόσωπος της Δημοκρατικής Κίνησης Γιατρών, έχω την ευκαιρία να είμαι πρόσωπο με πρόσωπο με τον κ. Δοξιάδη, θα ήθελα να σας πω κ. Δοξιάδη ότι ενδεχόμενα εσείς να έχετε μέσα σας κάποια πικρία δικαιολογημένη από την στάση μας τότε απέναντί σας. Έχουμε και μεις όμως μια πικρία. Εμείς είχαμε αποκλειστεί από όλες αυτές τις συζητήσεις σαν παράταξη. Και εκπροσωπούσαμε το 49,5% των γιατρών. Θα μου πείτε βεβαίως ότι σωστό και δημοκρατικό είναι να φωνάξει εκπρόσωπος των φορέων. Το δέχομαι 100% σαν αρχή. Είχατε όμως όλο το δικαίωμα σαν Υπουργός, ένα-δυο άτομα από αυτήν την παράταξη, που θα τους είχε ορίσει η παράταξη, να τους είχατε ορίσει ως συμβούλους σας μέσα σε αυτές τις επιτροπές.

ΓΚΟΓΚΟΓΛΟΥ: Όσον αφορά την απ' τα δεξιά πολεμική, που ήταν αν θέλετε και ενδοπαραταξιακή με την κυβέρνηση, πραγματικά ένα από τα κύρια σημεία της διαμάχης ήταν ότι το νομοσχέδιο έδινε μια κάποια έμφαση στην ΠΦΥ. Έχω εδώ μπροστά μου ένα περιοδικό του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών όπου δημοσιεύεται η επιστολή που έστειλε ο Πρόεδρος του ΙΣΑ, τότε που εκπροσωπούσε τη δεξιά πλειοψηφία του οργάνου, προς τον πρωθυπουργό κ. Ράλλη. Στο σημείο 3 λέει: «Δημιουργεί πολυδάπανα Κέντρα Υγείας με πλημελή μηχανικό εξοπλισμό και υπεράριθμο προσωπικό. Δηλαδή υπερτροφική περιφερειακή ανάπτυξη σε βάρος της νοσοκομειακής. Στερεί πόρους, προσωπικό και μηχανήματα από τα νομαρχιακά νοσοκομεία. Η αντίληψη της δημιουργίας των Κέντρων Υγείας βασίζεται σε παλιά δεδομένα, τότε που η επαρχιακή πόλις απήχε μια μέρα πορεία από την πρωτεύουσα, ενώ με τα σημερινά συγκοινωνιακά μέσα, οι κάτοικοι των κωμοπόλεων μπορούν εύκολα και γρήγορα να εξυπηρετούνται από τα νομαρχιακά νοσοκομεία. Τα νοσοκομεία αυτά πρέπει να εξοπλιστούν με σύγχρονα εργαστήρια και ειδικευμένους γιατρούς». Πραγματικά, φαίνεται ότι ένα από τα κύρια επιχειρήματα της απόρριψης εκείνου του νομοσχεδίου ήταν οι λίγες έστω προβλέψεις και ρυθμίσεις για την ΠΦΥ.

Όσον αφορά την αριστερά, θέλω να σημειώσω ότι το όραμά της είναι ευρύ και περιλαμβάνει πολυποικίλες τάσεις, ρεύματα και κόμματα. Στους κόλπους της υπήρξαν αποχρώσεις, που σε μερικά σημεία ήταν σημαντικές, για την αντιμετώπιση εκείνου του νομοσχεδίου. Βέβαια πέρα από μεμονωμένα πρόσωπα κανείς δεν το υποστήριξε με θέρμη.

Ακόμα θέλω να σημειώσω ότι διαφορετικά ήταν φορτισμένη η πολιτική ατμόσφαιρα απ' ότι είναι σήμερα, και ήταν πιο έκδηλη η δυσπιστία του να θεωρεί η αριστερά ή η δεξιά «ύποπτο» κατ' αρχήν ο,τιδήποτε προέρχεται από την άλλη πλευρά. Αυτό το πλέγμα που είναι λιγότερο ίσως έκδηλο σήμερα, θα πρέπει κατά τη γνώμη μου να το υπερβούμε. Και υπήρξε για μένα μια μικρόθωρη οπτική από τη μεριά της αριστεράς στην αντιμετώπιση εκείνου του νομοσχεδίου.

Πέρα από κει. Υπήρξαν διάφορα συντεχνιακά συμφέροντα και όχι μόνο των γιατρών, αλλά και άλλων παραγόντων που με την παρέμβασή τους εμπόδιζαν την υλοποίηση και την ψήφιση αυτού του νομοσχεδίου. Οι συντεχνίες αυτές και τα συμφέροντα αυτά, νομίζω ότι υπερέδωσαν το διαχωρισμό δεξιά-αριστερά. Κάπου έγινε ένα πλέγμα και όλοι μαζί, για διαφορετικούς λόγους ο καθένας, δρέθηκαν αντιμετώπιση σε ορισμένες αλλαγές που πήγαιναν να γίνουν στο υγειονομικό σύστημα της χώρας, που βρισκόταν για χρόνια σε ακινησία. Εκείνο όμως που θέλω να τονίσω ιδιαίτερα και νομίζω ότι έχει και σήμερα την αξία του είναι η απουσία από το παιγνίδι αυτό της προώθησης ή όχι

θεσμικών αλλαγών, των κοινωνικών ομάδων και φορέων της κοινωνίας, όπως είναι η Τοπική Αυτοδιοίκηση; όπως είναι το εργατικό κίνημα, όπως είναι διάφορα κοινωνικά κινήματα. Σε μια τέτοια διαμάχη και σύγκρουση έχουν κυρίαρχο λόγο, και είναι αυτά που θα βαρύνουν την πλάστιγγα για να γύρει προς τη μια ή την άλλη πλευρά. Στο νομοσχέδιο εκείνο ήταν εντελώς, μα εντελώς απόντα. Όπως είναι απόντα και από τον νόμο 1397 για το ΕΣΥ.

Υπάρχουν βέβαια και από μένα βασικές αντιρρήσεις στις διατάξεις εκείνου του νομοσχεδίου, υπάρχουν αρκετές και σημαντικές διαφορές στο νομοσχέδιο εκείνο με το νόμο 1397, αλλά εφόσον η ερώτηση επικεντρώνεται στην ΠΦΥ δεν θέλω να σταθώ και να επεκταθώ περισσότερο σε αυτό το σημείο. Θέλω μόνο να τονίσω ότι η αντίθεση σε εκείνο το νομοσχέδιο για το σύνολο της αριστεράς, δεν ήταν οι ρυθμίσεις και οι προβλέψεις για την ΠΦΥ.

ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ: Εαν θα βάλετε την περικοπή που διάβασε ο κ. Γκόκογλου σε συζήτηση, παρακαλώ να βάλετε και τις δυο προηγούμενες. Διότι είναι πράγματι πολύ έξυπνη τακτική από ένα κείμενο να απομονώνουμε μια πρόταση.

ΔΟΞΙΑΔΗΣ: Λοιπόν, *πρώτον*. Πολεμήθηκε από την Αριστερά. Την εποχή εκείνη ο ΠΙΣ είχε Γενικό Γραμματέα τον κ. Γιαννόπουλο, μετέπειτα βουλευτή του ΠΑΣΟΚ, Πρόεδρο τον κ. Κρικέλλη ο οποίος τότε συμπορευόταν με την Αριστερά—όχι πλέον όπως πληροφορούμαι—. *Δεύτερον*, ένα από τα πρώτα τα οποία έκανε ο Πρωθυπουργός Ράλλης τον Μάιο 1980, όταν ανέλαβε την πρωθυπουργία, ήταν να καλέσει τον ΠΙΣ και να τους πει ξεκάθαρα. Δεν σας αρέσει το νομοσχέδιο Δοξιάδη; Είμαι πρόθυμος να μου κάνετε καινούργιο από την αρχή. Και να το δεχτώ εάν νομίσω ότι είναι καλύτερο από του Δοξιάδη. Τέτοια πρόταση δεν έκανε κανείς πρωθυπουργός ποτέ, δηλαδή ο ΠΙΣ να του κάνει καινούργιο νομοσχέδιο και να το μελετήσει. Δεν υπήρξε καμιά ανταπόκριση στους 17 μήνες που ήταν πρωθυπουργός ο Ράλλης και υπουργός εγώ, ενώ ο Σύλλογος των επαρχιακών γιατρών, με Πρόεδρο τον Παπαδήμα της Λαμίας, έκανε εποικοδομητικές προτάσεις τις οποίες ενσωμάτωσαμε. *Τρίτον*, οι Ιατρικές Σχολές. Το πολέμησαν. *Τέταρτον*. Κύριε Κακλαμάνη δεν διαβάσατε το νομοσχέδιο. Λυπούμε που το λέω και σας προκαλώ να μου πείτε τα άρθρα εκείνα με τα οποία αποϊατρικοποιούνται οι υπηρεσίες υγείας.

Πάντως εκεί που θέλω να καταλήξω είναι ότι δεν νομίζω ότι υπήρχε τόσο οργανωμένη αντίδραση, ειδικά στο σημείο της ΠΦΥ. Υπήρχε στο νομοσχέδιο ως σύνολο για τους λόγους που ακούσατε. Δεν νομίζω όμως ότι υπήρξε αντίδραση στο σημείο της ΠΦΥ. Αλλά και στην προσπάθειά μου για την φθορίωση του νερού είχα μια έντονη αντίδραση από τους ανωτέρους υπαλλήλους του Υπουργείου Δημοσίων Εργων. Και ομολογώ ότι δεν κατάλαβα τι κρυβόταν από πίσω. Κρύβονταν συμφέροντα; Πάντως όχι από τον Οδοντοϊατρικό Σύλλογο ο οποίος ήταν υπέρ της φθορίωσης. Και τελικά δεν έγινε η φθορίωση.

«Σ.Θ.»: Το Φεβρουάριο του 1986, ο ΠΙΣ έδωσε στη δημοσιότητα ένα σχέδιο που επιχειρεί όπως λέει και ο τίτλος του, μια «ορθολογική προσέγγιση του προβλήματος υγεία-πρόνοια-κοινωνική ασφάλιση». Πυρήνας του σχεδίου είναι η θέση ότι την κύρια ευθύνη για την περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένης και της πρωτοβάθμιας, πρέπει να έχει η ιδιωτική πρωτοβουλία, ενώ οι δημόσιοι φορείς αναλαμβάνουν τις μη-κερδοφόρες υπηρεσίες, όπως πρόληψη φροντίδα ηλικιωμένων κλπ. Έχει διατυπωθεί η κριτική ότι μια τέτοια θέση αντιστρατεύεται η Διακήρυξη της 'Αλμα-Άτα, καθώς θέτει τη φροντίδα για την υγεία και την πρόληψη στο περιθώριο μάλλον, παρά στο επίκεντρο του συστήματος υγείας. Αυτή η κριτική βέβαια, πολύ απέχει από το να δίνει ολοκληρωμένη απάντηση για τη θέση της ιδιωτικής πρωτοβουλίας στο όλο σύστημα υγείας, θέμα πολύπλοκο αλλά και κρίσιμο. Θέλετε να σχολιάσετε;

ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ: Το ερώτημα αυτό δεν είναι δυνατόν να έχει

γίνει από άτομα που έχουν έστω αναγνώσει το σχέδιο του Π.Ι.Σ. Διότι αρνούμαι κατηγορηματικά ότι η κύρια ευθύνη της περίθαλψης ανατίθεται εις τον «κερδοφόρο» ιδιωτικό τομέα. Αυτό που εισηγείται ο Π.Ι.Σ. είναι η ενοποίηση της Νομοθεσίας ώστε Δημόσιος και Ιδιωτικός τομέας να λειτουργούν κάτω από τις ίδιες αυστηρές και σύγχρονες προδιαγραφές που επιβάλλει και ο χαρακτήρας της εποχής μας και η συνταγματική επιταγή της ισότητας των Ελλήνων. Υπάρχει επί αυτού αντίρρηση; Η έννοια του «κερδοφόρου» στην ιδιωτική πρωτοβουλία αναφέρεται αποκλειστικά και μόνο στην εκμετάλλευση κάποιων ξενοδοχειακών δυνατοτήτων στη δευτεροβάθμια περίθαλψη θεσμοθετώντας την αρχή της *ίση παροχής ιατρικών φροντίδων* ανεξάρτητα από το Δημόσιο ή Ιδιωτικό τομέα.

Ευχαρίστως ο Π.Ι.Σ. θα δεχόταν μία ελεύθερη συζήτηση μαζί σας, με θέμα το σχέδιό του, ώστε τυχόν υπάρχουσες καλότητες, θέλω να πιστεύω, παρανοήσεις, να διευκρινισθούν.

ΓΚΟΓΚΟΓΛΟΥ: Το σχέδιο που έδωσε ο Π.Ι.Σ. στη δημοσιότητα αποτελεί κατά τη γνώμη μου μια αχνή σφαιρική αντίληψη ενός «Φιλελεύθερου», με την τρέχουσα έννοια του όρου, μοντέλου προσέγγισης των υγειονομικών προβλημάτων. Ασχολείται κύρια με το θέμα της περίθαλψης και λιγότερο με την κοινωνική ασφάλιση. Με το θέμα της προαγωγής της υγείας, και κατά συνέπεια την Π.Φ.Υ., ελάχιστα ασχολείται.

Όλο το σχέδιο διαπνέεται από τη λατρεία της «οικονομικής αποδοτικότητας» του συστήματος και το οικονομικό κέρδος είναι το ζητούμενο, τόσο στη συνολική απάντηση, όσο και στις επί μέρους προτεινόμενες λύσεις. Έχοντας αυτό σαν κυρίαρχο στόχο, η ανάλυση των δεδομένων προσαρμόζεται στην δικαίωση της διαμορφωμένης πρότασης, που είναι λιγότερο κράτος περισσότερη ιδιωτική πρωτοβουλία.

Μια περισσότερη αντικειμενική προσέγγιση της παγκόσμιας πρακτικής, σε συνάρτηση με τις ελληνικές ιδιαιτερότητες και ιδιομορφίες, κατά τη γνώμη μου οδηγεί σε προτάσεις και λύσεις διαμετρικά αντίθετες από τις προτεινόμενες από την πλευρά του Π.Ι.Σ.

Μέσα σ' ένα πλαίσιο όπως το προτεινόμενο, είναι «λογικό» οι κοινωνικοί παράγοντες που συμβάλλουν στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας να αγνοούνται ή να υποδαθμίζονται, και η Υγεία από κοινωνική παροχή και απαίτηση να αναγορεύεται σε ατομική υπόθεση και υποχρέωση-θέση που με δρίσκει διαμετρικά αντίθετο.

Αυτή τη λογική θεωρώ πως δρίσκεται σε σημαντική απόκλιση από τη Διακήρυξη της Άλμα-Άτα.

ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ: Καταρχήν θα ήθελα να εκφράσω την ικανοποίησή μου για την σχετική πληρότητα και την τεχνική επάρκεια της έκθεσης του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου για την Υγεία και την Κοινωνική Ασφάλιση. Εξάλλου είναι πολύ σπάνιες οι περιπτώσεις εκείνες, στις οποίες τα συνδικαλιστικά όργανα εκφράζονται για τα γενικότερα -πέραν των επαγγελματιών- ζητήματα της πολιτικής υγείας.

Και έρχομαι αμέσως στην ουσία του θέματος. Σε κάθε περίπτωση, η έκθεση του ΠΙΣ δεν αναφέρεται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας -την αγνοεί παντελώς- αλλά μόνον στην νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Κινείται δηλαδή, στα συμβατικά, παραδοσιακά πλαίσια της θεραπευτικής και νοσοκομειοκεντρικής ιατρικής. Και βέβαια αυτό δεν είναι τυχαίο, ούτε συνιστά παράλειψη. Αποτελεί πολιτική επιλογή. Και η έκθεση του ΠΙΣ είναι ένα κείμενο κατεξοχήν πολιτικό.

Στα πλαίσια αυτά, θα μου επιτρέψετε να σταθώ επιγραμματικά στις κύριες συνιστώσες αυτής της πολιτικής και ιδιαίτερα στα σημεία εκείνα που δεν είναι πρόδηλα στην έκθεση, αλλά αναδύονται ανάμεσα στις γραμμές του κειμένου.

Η πρώτη διαπίστωση: η αρχή της ανταποδοτικότητας αναδεικνύεται σαν κυρίαρχη διάσταση, ενώ αντίθετα συρρικνώνεται -θάλεγα μηδενίζεται- η αναδιανεμητική λειτουργία του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Πρόκειται δηλαδή, για μια

ευθεία άρνηση της ουσίας του Κράτους - Πρόνοια.

Η δεύτερη διαπίστωση: προτείνεται ο σχηματισμός ενός πλέγματος αγοράς ιατρικών υπηρεσιών, στο οποίο «παίζει» ένας μεγάλος αριθμός επιχειρήσεων παραγωγής ιατρικών υπηρεσιών (δημόσιες, ιδιωτικές, μεικτές, εταιρικές κ.α.). Με τον τρόπο αυτό, επιχειρείται η κατάργηση του ενιαίου χαρακτήρα του Εθνικού Συστήματος Υγείας και η αντικατάστασή του από ένα «πλουραλιστικό» και ανταγωνιστικό πρότυπο - όπως ακριβώς σε άλλους τομείς της παραγωγής.

Η τρίτη διαπίστωση: η έκταση και η ποιότητα των παροχών συναρτάται με την χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, η οποία ρυθμίζεται από την αρχή της ανταποδοτικότητας και τα εκάστοτε αποτελέσματα της διαπραγμάτευσης ανάμεσα στο ιατρικό σώμα και το κράτος. Με άλλα λόγια, ο προσανατολισμός του Συστήματος Υγείας δεν προσδιορίζεται από κοινωνικά και πολιτικά κριτήρια αλλά από οικονομικά.

Είναι φανερό ότι πρόκειται για αναστροφή, δηλαδή για υποταγή της κοινωνίας και της πολιτικής της συγκρότησης στην οικονομία. Αυτή η επισήμανση, είναι το κυριότερο χαρακτηριστικό της έκθεσης του ΠΙΣ.

Θα έλεγα, ότι η πολιτική που προτείνει ο ΠΙΣ αποσκοπεί στην συγκρότηση ενός σύγχρονου «ιατροβιοτεχνολογικού συμπλέγματος», του οποίου η οργάνωση και ανάπτυξη συναρτάται με τη διάλυση των μηχανισμών συλλογικής αλληλεγγύης και κοινωνικής προστασίας, δηλαδή με την καταστροφή του Κράτους-Πρόνοια.

Πρόκειται για μια πολιτική «ρήξης», που υπερβαίνει τα πλαίσια της πολιτικής της περιόδου 1977-81 και ακόμα την μέχρι τώρα πολιτική της συντηρητικής παράταξης.

Για το λόγο αυτό, το σχέδιο του ΠΙΣ συναντά μεγάλες αντιδράσεις ακόμα και μέσα στους κόλπους του πολιτικού φορέα της αξιωματικής αντιπολίτευσης.

Έτσι, ενώ το σχέδιο εμπεριέχει ορθές διαπιστώσεις και αξιοσημείωτες τεχνικές συστάσεις, συνολικά εκφράζει την ανοιχτή «νεοφιλελεύθερη πρόκληση» και κατατείνει στην υποταγή της κοινωνίας από την οικονομία και της υγείας από την ιατρική. Κατά τη γνώμη μου, η έκθεση του ΠΙΣ είναι κοινωνικά, πολιτικά και επιστημονικά απαράδεκτη. Και για να κλείσω, θα 'λεγα ότι σ' αυτή την πρόκληση η Αριστερά στο σύνολό της οφείλει να απαντήσει με τόλμη και γνώση. Και μπορεί. Εξάλλου, η υπεράσπιση του Κράτους - Πρόνοια αποτελεί σήμερα - για να μη χρησιμοποιήσω μιαν επίκαιρη φράση- τη «διαχωριστική γραμμή» ανάμεσα σε συντηρητικούς και ριζοσπάστες. Και αυτή είναι μια διεθνής εμπειρία.

