



‘Η Δημόσια ‘Υγεία - Περίθαλψη στην ‘Ελλάδα: ‘Ιστορική εξέλιξη - Σημερινά προβλήματα ‘Αναστασία Λαδά-Χατζοπούλου

Εισαγωγή

Στό άρθρο αυτό θά προσπαθήσουμε νά δώσουμε μία κατά τό δυνατό σύντομη αλλά συνολική εικόνα τής εξέλιξης τής δημόσιας υγείας στόν ελληνικό χώρο, μέ άμεση συγκεκριμένη αναφορά στόν ελληνικό κοινωνικό σχηματισμό στίς διάφορες ιστορικές του φάσεις.

Ένα από τά κυριότερα προβλήματα στην προσέγγιση του αντικειμένου μας ήταν, εκτός από τή μέθοδο, ό όρισμός του

γενικότερου ιστορικού πλαισίου όπου τό αντικείμενό μας εντάσσεται καί τά κριτήρια γιά τή συγκεκριμένη επιλογή τών ιστορικών περιόδων του άρθρου. ‘Η επιλογή τών συγκεκριμένων περιόδων αποφασίστηκε μετά από συγκριτική μελέτη τών ιστορικών περιοδοποιήσεων πού προτείνουν διάφοροι συγγραφείς (Τσουκαλάς κλπ.) καί τών εξελίξεων στό χώρο τής δημόσιας υγείας.

Στόχος του άρθρου αυτού είναι νά κατανοηθούν ή προέλευση καί ή φύση σημερινών προβλημάτων τής δημόσιας υγείας, άπαραίτητη προϋπόθεση γιά τήν έδραίωση ενός πλαισίου προτάσεων γιά τήν επίλυσή τους.

1. ‘Ιστορική εξέλιξη

1.1. Περίοδος Α’ 1883-1909

α’ ύποπερίοδος 1833-1875

‘Επικράτηση έμπορομεσιτικού καπιταλισμού. ‘Εδραίωση καθεστώτος ξένης προστασίας.

1833-43 Βαυαροκρατία

1843-62 Συνταγματική μοναρχία

β' υποπερίοδος 1875-1909

Πρώτη είσοδος του παροικιακού κεφάλαιου στο νεοσύστατο κράτος.

1875-1895 Είκοσαετία Τρικούπη: Πρώτη ουσιαστική προσπάθεια «εξσυγχρονισμού» των οικονομικών και πολιτικών δομών με στόχο τη δημιουργία προϋποθέσεων ανάπτυξης του βιομηχανικού κεφάλαιου.

1909 'Η επανάσταση σφραγίζει το τέλος μιάς εποχής, ενώ παράλληλα εδραιώνει την εξουσία της αστικής τάξης. Τά τελευταία ίχνη της φεουδαρχίας θά εξαλειφθούν. 'Η 'Ελλάδα εισέρχεται σε μία νέα φάση.

'Η 'Ελλάδα του 1832: μιά μικρή χώρα, έντελως κατεστραμμένη από έναν τρομερό πόλεμο που διάρκεσε δέκα περίπου χρόνια, με πληθυσμό κατά 95% αγροτικό, με δομή απαρχαιωμένη και κατά περιοχές ημιφεουδαρχική.

Οι πρώτες εκδηλώσεις μέτρων κοινωνικής προστασίας σημειώνονται το 1864 (διάταγμα 16.9.1866 «Περί οργανισμού Φρενοκομείου Κερκύρας» κλπ.). 'Η νομοθετική εργασία της περιόδου ως το 1909 χαρακτηρίζεται από την έλλειψη συστηματικής οργάνωσης των 'Υπηρεσιών 'Υγιεινής, Κοινωνικής Πρόνοιας, Κοινωνικής 'Υγιεινής και 'Υπηρεσιών 'Ιατρικής 'Αντίληψης. Οι επείγουσες ανάγκες του πληθυσμού υποχρέωναν το κράτος να προβαίνει σε σπασμωδικές ενέργειες με τη μορφή άσυστηματοποίητης νομοθετικής εργασίας.¹

Στην περίοδο αυτή οι 'Υγειονομικές 'Υπηρεσίες ήταν οι εξής: στο 'Υπουργείο 'Εσωτερικών υπήρχε η Κεντρική 'Υπηρεσία «Διεύθυνσις Δημοσίας 'Υγιεινής και 'Αντιλήψεως». 'Υπήρχε, ακόμη, ένας υγειονομικός 'Επιθεωρητής και το 'Ιατροσυνέδριο. Σέ καιρό επιδημίας διορίζονταν και άλλοι υγειονομικοί επιθεωρητές. Δέν υπήρχαν επαρχιακοί γιατροί και στά υγειονομεία υπηρετούσαν υγειονομικοί αξιωματικοί του στρατού ή του ναυτικού. Στο 'Υπουργείο Συγκοινωνίας υπήρχε το τμήμα 'Ελκονοσίας, στο 'Υπουργείο Παιδείας τμήμα Σχολικής 'Υγιεινής, στο 'Υπουργείο 'Εσωτερικών 'Αστυνομική 'Υπηρεσία, στο 'Υπουργείο Οικονομικών η Κινίνη του Κράτους, στο 'Υπουργείο 'Εθνικής Οικονομίας οι 'Ιαματικές Πηγές και η 'Υγιεινή τής 'Εργασίας και, τέλος, στο 'Υπουργείο Δικαιοσύνης η 'Υγιεινή των Φυλακών.²

Τά κυριότερα νομοθετήματα της περιόδου αφορούν τη σύσταση φρενοκομιών, την απομόνωση των λεπτών και τη λήψη απολυμαντικών μέτρων.

1.2. Περίοδος Β' 1909-1922

Περίοδος σύγκρουσης και διεθνών ανακατατάξεων.

'Εσωτερικά, δημιουργία του αστικού κράτους, απαρχή της διαμόρφωσης του ελληνικού κρατικομονοπωλιακού καπιταλισμού.

Τό 1910 ο Βενιζέλος σχηματίζει κυβέρνηση αποκλειστικά σχεδόν από νέους.

'Ετσι αρχίζει μία περίοδος ανασυγκρότησης και ριζικής μεταρρύθμισης. Οι άστοι διανοούμενοι θά επιχειρούσαν να πραγματοποιήσουν όσα όνειρευόνταν εδώ και πολλά χρόνια: τη σύσταση μιάς σύγχρονης δημοκρατίας κατά τά πρότυπα των

δυτικοευρωπαϊκών χωρών. Κινούμενος στά πλαίσια του νέου συντάγματος, ο Βενιζέλος εφάρμοσε ένα έντυπωσιακό νομοθετικό πρόγραμμα.³

Στό πλαίσιο αυτό, η νομοθεσία που αφορούσε την κοινωνική πολιτική ήταν εξίσου ριζοσπαστική.

'Αναγνωρίστηκαν οι όμοσπονδίες των εργατικών συνδικάτων τής 'Αθήνας και του Πειραιά (1910)· η Κυριακή όρίστηκε ως ημέρα υποχρεωτικής αργίας (1910)· δόθηκε τό δικαίωμα στίς εργατικές ενώσεις που είχαν ίδρυθεί πρόσφατα νά υπογράφουν συλλογικές συμβάσεις εργασίας (1914). Τέλος, τό 1914, η κυβέρνηση εισήγαγε ένα υποχρεωτικό σχέδιο γιά τη γενική ασφάλιση των εργατών.

Τό 1917 ίδρύεται τό «'Υπουργείον Περιθάλψεως», που μετονομάζεται τό 1922 σέ «'Υπουργείον 'Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας».⁴

Τά κυριότερα νομοθετήματα της περιόδου:

1912 'Ο πρώτος νόμος που διαλαμβάνει τά σχετικά μέ την εξάσκηση ιατρικών επαγγελμάτων, ο νόμος, ΔΕΓ'/1912 ειδικά «Περί άσκήσεως του ιατρικού και οδοντιατρικού επαγγέλματος πραγματευόμενος», ενώ παράλληλα συμπληρώνεται η ιατρική εκπαίδευση μέ την ίδρυση έδρας «'Υγιεινής και Μικροβιολογίας» στο 'Εθνικό Πανεπιστήμιο.

'Επίσης θεσπίζονται μέτρα γιά την πρόληψη και περίθαλψη των λοιμωδών νόσων χολέρας, λύσσας, κλπ.

'Η περίοδος αυτή κλείνει μέ τη Μικρασιατική καταστροφή και την έπογραφή της συνθήκης τής Λωζάνης.

1.3. Περίοδος Γ' 1922-1940

'Η άποτυχία της Δημοκρατίας.

'Ιδρυση βιομηχανιών και έλεγχος τής «Τραπεζής τής 'Ελλάδος». Διαμόρφωση βασικών δομών κρατικομονοπωλιακού καπιταλισμού και στην 'Ελλάδα.

Οι συνέπειες της Μικρασιατικής καταστροφής υποχρέωσαν τό κράτος νά αναδιαρθρώσει ριζικά όλους τούς τομείς τής ελληνικής κοινωνικής και οικονομικής ζωής και ειδικότερα νά οργανώσει συστηματικότερα τά μέτρα κοινωνικής προστασίας.⁵ Στόν τομέα τής υγείας καταβλήθηκαν τότε πολλές προσπάθειες· πολύ λίγα όμως εφαρμόστηκαν και έτσι τό πρόβλημα ουσιαστικά δέ λύθηκε.

1. Ν. Μαρτίδης, *Αί υπηρεσίαι υγιεινής εν 'Ελλάδι*. 'Αθήναι 1933, σ. 15.

2. Σπ. Τσιμόπουλος, *Μία εκατονταετηρίς 'Υγειονομικής Πολιτικής εν 'Ελλάδι 1833-1932*. 'Αθήναι 1933, σ. 23.

3. Κων. Τσικαλάς, *'Η 'Ελληνική Τραγωδία*. 'Ολκός. 'Αθήνα 1974.

4. Α. Πάτρας, «'Η εξέλιξις τής διαρθρώσεως των 'Υπουργείων και ό κοινωνικο-πολιτικός παρεμβατισμός του κράτους». *Μελέται Κοινωνικής Πολιτικής*. 'Αθήναι 1969, σ. 29.

5. Ι. Μπαρβαλιάννης, «Περίοδος από τής Βασιλείας Γεωργίου Α' μέχρι τής Μικρασιατικής καταστροφής (1864-1922)», *Ιστορία τής Κοινωνικής Πρόνοιας τής νεωτέρας 'Ελλάδος (1861-1960)*. 'Αθήναι 1960, σ. 215.

Ο νόμος 2882/1922 «Περί Ύπουργείου Υγιεινής και Κοινωνικής Προνοίας» ψηφίζεται στις 27.8.22 από την κυβέρνηση Γούναρη και μολονότι δεν εφαρμόστηκε ποτέ εξαιτίας της πτώσης της κυβέρνησής του και της εκτέλεσής του σάν υπεύθυνου της Μικρασιατικής καταστροφής, θεωρείται σταθμός στην ιστορία της κοινωνικής πρόνοιας στην Ελλάδα, γιατί για πρώτη φορά επιχειρείται ένοποίηση και συντονισμός των αρμοδιοτήτων της πρόνοιας.⁶

Κατά την περίοδο αυτή έπέρχονται αλληπάλληλες μεταβολές στην ανάπτυξη του πολιτειακού φορέα, στην οργάνωση, άσκηση και έποπτεία της κοινωνικής πρόνοιας στην Ελλάδα.

Με σειρά νομοθετημάτων καθορίστηκαν οι αρμοδιότητες του νέου Ύπουργείου, πού ήταν: 1. 'Η Δημοσία Αντίληψις, 2. 'Η επίδρασις και προαγωγή της Δημοσίας Υγείας, 3. 'Η εξασφάλις εϋθηνής κατοικίας διά τας λαϊκάς τάξεις και ή στεγαστική αποκατάστασις των προσφύγων».

Αναφέρουμε κατά την περίοδο αυτή σάν σταθμούς στην ιστορία της περιθαλψής στη χώρα μας:

1. Τό νόμο 6298/10.10.1935 «Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων» πού τελικά τέθηκε σέ εφαρμογή τό 1937 και άποτελεί την άπαρχή γιά τή χώρα μας του συστήματος της κοινωνικής ασφάλισης γιά τή μεγάλη μάζα των εργατοϋπαλλήλων του ιδιωτικού δικαίου.

2. Τόν αναγκαστικό νόμο 965/37 «Περί οργάνωσης των Δημοσίων Νοσηλευτικών και Ύγειονομικών Ίδρυμάτων» μέ τόν όποιο δημιουργήθηκαν οι προϋποθέσεις γιά τή σύσταση κρατικών νοσηλευτικών ίδρυμάτων, πού νά λειτουργούν κατά τρόπο σύγχρονο και όμοιόμορφο. Έπίσης προβλεπόταν ή σύσταση σέ κάθε Ύγειονομικό Κέντρο «Συμβουλίου Νοσηλευτικών Ίδρυμάτων» γιά τό συντονισμό της δράσης και την ένιαία διοικητική και οικονομική τους κατάσταση.

Προβλεπόταν ακόμη ή σύσταση Κοινοτικών Ύγειονομικών Σταθμών (μέχρι 6 κλινών) σέ άπομακρυσμένες αγροτικές περιοχές γιά την εξυπηρέτηση γειτονικών κοινοτήτων, πού τό σύνολο του πληθυσμού τους θά κυμαινόταν από 5.000 ως 8.000 κατοίκους (έκτός από μερικά νησιά).

1.3.1. Χαρακτηριστικά γνωρίσματα της Κοινωνικής Πρόνοιας της περιόδου⁷

1. Όλοένα και μεγαλύτερη άνάμειξη του κράτους στην οργάνωση των μέτρων κοινωνικής πρόνοιας, όχι μόνο στό επίπεδο ανάπτυξης προγραμματισμού αλλά και στην εκτέλεση, ιδιαίτερα στον τομέα της κλειστής περίθαλψης.

2. Έλλειψη σαφούς πολιτικής κοινωνικής πρόνοιας, αλλά μία έστω και μόνο νομοθετική αντιμετώπιση των μεγάλων θεμάτων πρόνοιας μέ την ανάπτυξη μέτρων και θεσμών πού άποτελούν γιά τά δεδομένα της εποχής κάποια πρόοδο.

3. Προοδευτική άνάπτυξη της χρησιμοποίησης ειδικά εκπαιδευθέντων στελεχών στους διάφορους τομείς και συνειδητοποίηση της ανάγκης οργάνωσης κέντρων εκπαίδευσης των οργάνων άσκησης της κοινωνικής πρόνοιας.

4. Άνάπτυξη της ιδιωτικής κοινωνικής πρόνοιας.

5. 'Η Έκκλησία στον τομέα των κοινωνικών έργων παρουσιάζει σχετική στασιμότητα και περιορίζεται στη λειτουργία

των ήδη λειτουργούντων ολιγάριθμων έκκλησιαστικών ίδρυμάτων.

6. 'Η δραστηριότητα των δήμων και κοινοτήτων στον τομέα της πρόνοιας περιορίζεται σέ όρισμένες αρμοδιότητες ειδικής φύσης και κυρίως υγιεινής· στον τομέα της κλειστής περίθαλψης ή δραστηριότητά της είναι επίσης περιορισμένη.

7. Γενικότερα, στον όλο προγραμματισμό της κοινωνικής πρόνοιας διαφαίνεται κάποια έμφαση στά μέτρα θεραπευτικού χαρακτήρα και γενικότερα περίθαλψης, και μάλιστα έξωτερικής βοήθειας γιά την κάλυψη ύλικών μάλλον άναγκών. Πολύ άργά άναπτύσσεται ή αξιολόγηση των προληπτικών μέτρων και των μέτρων αποκατάστασης.

1.4. Περίοδος Δ' 1940-1949

Σύγκρουση σέ παγκόσμιο επίπεδο: Β' παγκόσμιος πόλεμος. Έμφύλιος πόλεμος στην Ελλάδα.

Ο Β' παγκόσμιος πόλεμος επέδρασε στην ίδρυση μεγάλου άριθμού νέων κρατικών νοσοκομείων σέ πολλά σημεία της χώρας.

Τό 1941, μέ την έκδοση του Α.Ν. 2769/41, έξουσιοδοτούνται οι ύπουργοί Υγιεινής και Οικονομικών νά ίδρύουν προσωρινά κρατικά νοσοκομεία.

Τά νοσοκομεία αυτά, ενώ ήταν προορισμένα νά εξυπηρετήσουν τις άνάγκες του πολέμου και, έπομένως, μετά τό τέλος του θά έπρεπε νά καταργηθούν, παρέμειναν έντοτύτοις στό μεγαλύτερο μέρος τους, γιά νά καλύψουν τις πάγιες βασικές άνάγκες του πληθυσμού.

Μέ τόν τρόπο αυτό αντιμετωπίζονται οι νοσηλευτικές άνάγκες του πληθυσμού ως τό 1953, όποτε οργανώθηκε ή ιατρική άντίληψη της χώρας όπως ισχύει και σήμερα.

1.5. Περίοδος Ε' 1949-σήμερα

1952-63 Συντηρητική «σταθερότης» (κοινωνική, οικονομική)

1963-65 'Η Ένωσις Κέντρου στην έξουσία

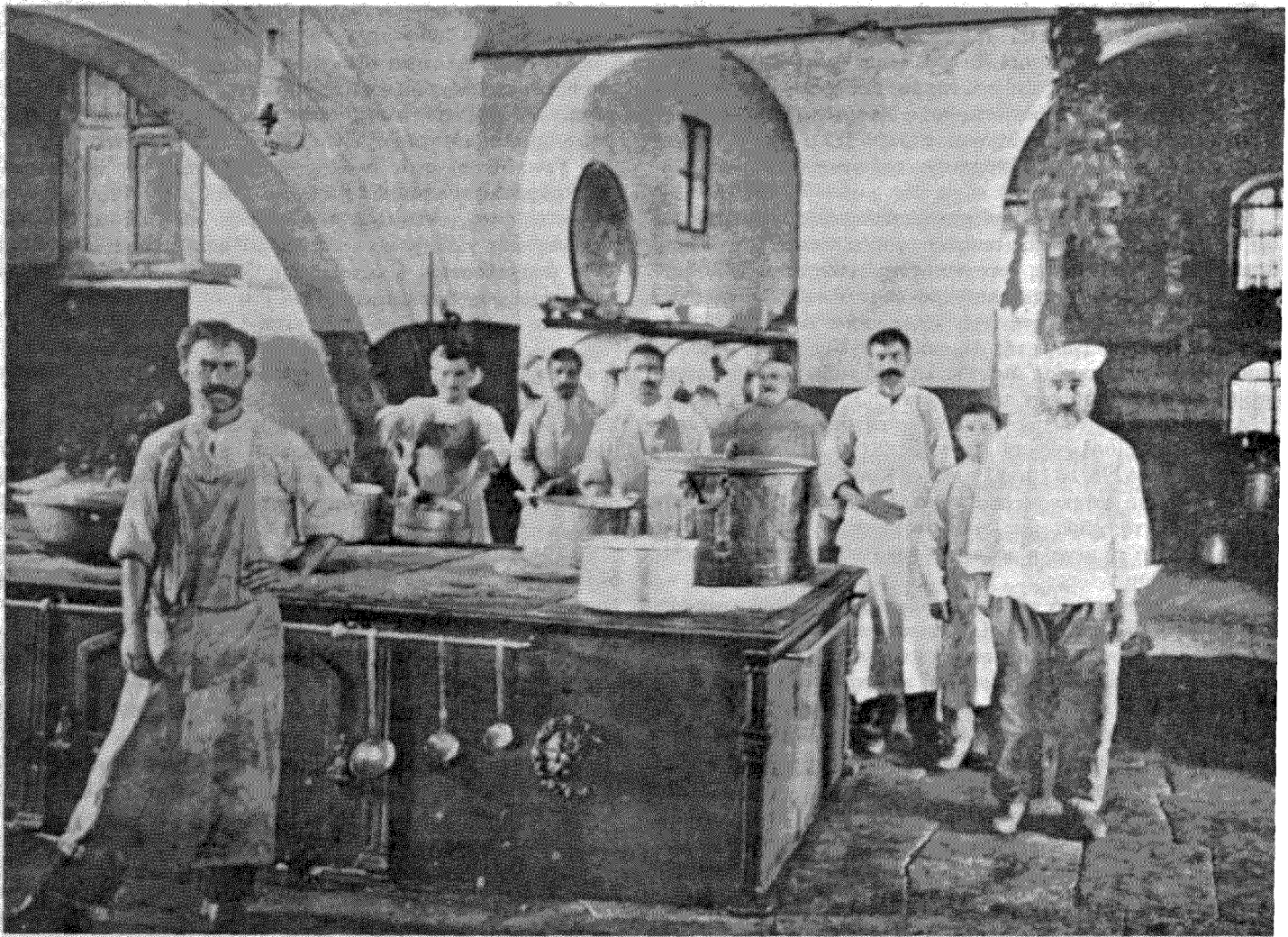
1967-74 Δικτατορία

Μέσα στη δωδεκαετία 1952-63 ή γενική κατάσταση στην Ελλάδα μεταδλήθηκε σημαντικά. Μιά χωρίς προηγούμενο αύξηση του άστικού πληθυσμού άνέτρεψε, γιά πρώτη φορά στην ελληνική ιστορία, τό συσχετισμό του προς τόν αγροτικό πληθυσμό.

'Η μεγάλη αυτή αλλαγή όφείλεται κυρίως στην ταχεία αύξηση του άστικού πληθυσμού της Αθήνας, πού τό 1961 έφτασε νά είναι μεγαλύτερος από τό σύνολο του υπόλοιπου άστικού πληθυσμού της χώρας. Άν έξαιρέσουμε τή Θεσσαλονίκη, δέν εμφανίστηκε άλλο σημαντικό άστικό κέντρο και επικλέον ή Αθήνα επιδίδεται άποφασιστικά σέ όλους τους τομείς της

6. *υό ίδιον*, «'Η σύστασις του Ύπουργείου Υγιεινής και Πρόνοιας», δ.π., σ. 220-233.

7. *υό ίδιον*, «Χαρακτηριστικά γνωρίσματα της Κοινωνικής Πρόνοιας κατά την πρό του Β' Παγκοσμίου πολέμου περίοδον», δ.π., σ. 433-436.



οικονομικής και κοινωνικής ζωής. «Τό 1961 η περιοχή 'Αθηνών απορροφούσε πάνω από τό ήμισυ τών άπασχολουμένων στη βιομηχανία, δεχόταν τό 80% τών εισαγωγών... διέθετε τό ύψηλότερο ποσοστό νοσοκομειακών κλινών, τό 85% τών ειδικευμένων ιατρών...».⁷

Η συνεχής μετακίνηση άγροτικού πληθυσμού πρós τίς αστικές περιοχές, ιδίως πρós τά δύο αστικά κέντρα, 'Αθήνα και Θεσσαλονίκη, είναι άποτέλεσμα τής συγκεκριμένης οικονομικής πολιτικής ανάπτυξης τής χώρας, πού όδήγησε στην υπερτροφική ανάπτυξη τών δύο αστικών πόλων και στην εγκατάλειψη τής ελληνικής ύπαιθρου.

Η συγκέντρωση τών νοσηλευτικών υπηρεσιών στά μεγάλα αστικά κέντρα ('Αθήνα, Θεσσαλονίκη) συνιστά μιά άκόμη έκφραση τού γενικότερου φαινόμενου τής συγκέντρωσης όλων τών οικονομικών και παραγωγικών δυνάμεων σ' αυτά, μέ έπακόλουθο τή συρρίκνωση τής έπαρχίας (βλ. πίνακα Ι).

2. Παρεχόμενη περίθαλψη: μορφές, εξέλιξη, σημερινή κατάσταση

Οί παρεχόμενες υπηρεσίες περίθαλψης, από ένα σύνολο φορέων, δέν είναι, τελικά, ούτε τής ίδιας ποιότητας, ούτε τής ίδιας ποσότητας γιά τό σύνολο τού πληθυσμού. Έξαρτάται πάντοτε από τόν ασφαλιστικό φορέα και τήν οικονομική δυνατότητα τού ασφαλισμένου ή τού άνασφάλιστου ή, μέ άλλα λόγια, από τήν κατάσταση τών Κοινωνικών 'Ασφαλίσεων στην 'Ελλάδα, άφού ή παροχή τής περίθαλψης ούτε δωρεάν γίνεται ούτε όμοιόμορφη γιά τό σύνολο τού πληθυσμού είναι.

Έπομένως, γιά τήν πληρέστερη κατανόηση τής λειτουργίας τών δύο παραπάνω επιπέδων τής παρεχόμενης περίθαλψης προϋποτίθεται ή γνώση τής λειτουργίας και τών ιδιαιτεροτήτων τών Κοινωνικών 'Ασφαλίσεων στην 'Ελλάδα.

2.1. 'Ανοιχτή περίθαλψη (έξωνοσοκομειακή)

Μέ τόν όρο αυτό έννοούμε τήν παροχή ιατρικών φροντίδων από γιατρό γενικής ιατρικής (παθολόγο, παιδίατρο κλπ.) στό ιατρείο τού γιατρού ή στό πολυϊατρείο ή στό σπίτι τού άρρωστου, τίς παρακλινικές και έργαστηριακές έξετάσεις και τίς μαιευτικές φροντίδες ως τόν τοκετό.⁸

Χαρακτηριστικό τής χώρας μας είναι ότι ή ιατρική περίθαλψη παρέχεται από ένα πλέγμα ποικίλων συστημάτων κοινωνικών ασφαλίσεων τά όποια έκάλυψαν τόν πληθυσμό προοδευτικά και θεσπίστηκαν χωρίς κανένα έναιίο άρχικό προγραμματισμό.

2.1.1. Συστήματα άνοιχτής περίθαλψης στην 'Ελλάδα

Η διαφοροποίηση τού συστήματος έγκειται στόν τρόπο έκλογής τού θεράποντος γιατρού, στό πού και τότε δέχεται ό γιατρός και στή μέθοδο άμοιβής του. Μέ βάση τά στοιχεία αυτά κατατάσσονται τά συστήματα ιατρικής περίθαλψης ως έξης:

Α' Σύστημα έλεύθερης έπιλογής γιατρού κατά ιατρική πράξη

Στό σύστημα αυτό ό άσθενής έπισκέπτεται τό γιατρό στό ίδι-

ωτικό του ιατρείο ή καλεί ένα γιατρό από τούς συμβεβλημένους μέ τό φορέα, στόν όποίο ύπάγεται. Η άμοιβή τού γιατρού καταβάλλεται από τό φορέα σύμφωνα μέ διατίμηση (σύστημα δημοσίων ύπαλλήλων) ή ό πελάτης άμείδει τό γιατρό μετά από ιδιωτική συμφωνία, ό γιατρός εκδίδει άπόδειξη και μέ άποδεικτικό τήν άπόδειξη αυτή ό πελάτης εισπράττει από τό φορέα τήν ισχύουσα διατίμηση τής ιατρικής πράξης. Η διαφορά ανάμεσα στην άμοιβή και τή διατίμηση βαρύνει τόν πελάτη.

Β' Σύστημα πολυϊατρείου

Ο φορέας έχει εγκαταστήσει σέ δικούς του χώρους (πολυϊατρεία) γιατρούς γενικής ιατρικής και ειδικοτήτων, ό πελάτης δέ έξετάζεται από τό διαθέσιμο γιατρό. Ο γιατρός εργάζεται όρισμένο ώράριο (4-4 1/2 ώρες) και άμείβεται μέ μηνιαίο μισθό (σύστημα Ι.Κ.Α., Ο.Σ.Ε., κλπ.).

Γ' Σύστημα γιατρού έπείθοντος γιά πληθυσμό περιφέρειας

Σέ δεδομένη περιφέρεια ύπηρετεί ένας έμμισθος γιατρός, στόν όποίο ανατίθεται ή ευθύνη τών ιατρικών φροντίδων γιά πληθυσμό 800 ως 3.000 κατοίκων όρισμένων κοινοτήτων (σύστημα άγροτικών ιατρείων και ύγειονομικών σταθμών, πού εφαρμόζεται γιά τόν άγροτικό πληθυσμό τής χώρας). Σέ όρισμένα άγροτικά ιατρεία εκτός από τό γιατρό ύπάρχει και νοσοκόμος και ένδεχόμενα και μαία. Έξάλλου στους ύγειονομικούς σταθμούς ύπάρχουν μαία, νοσοκόμος και μάγειρας ή άλλος βοηθός, άφού στίς μονάδες αυτές λειτουργούν γιά παροχή νοσηλείας ή γιά μαιεύσεις 6 ως 15 κλίνες.

Οί παρακλινικές έξετάσεις γίνονται στά έξωτερικά ιατρεία τών κρατικών νοσοκομείων.

Δ' Μεικτά συστήματα

Τά συστήματα αυτά δέ λειτουργούν πάντοτε άμιγώς, αλλά σέ άρκετές περιπτώσεις μέ διάφορες παραλλαγές ή συνδυασμούς. Σέ όρισμένα, π.χ., ταμεία (ΤΑΠΟΤΕ, Ταμείον Προνοίας Δικηγόρων 'Αθηνών, Ταμεία άσθενείας Τραπεζικών) ό πελάτης έχει έπιλογή είτε νά άπευθυνθεί στό πολυϊατρείο τού φορέα είτε νά έπισκεφθεί ιδιωτή γιατρό.⁹

Από τό σύνολο τών γιατρών ύπολογίζεται ότι σχεδόν τό 80% παρέχει ύπηρεσίες σέ ένα ή περισσότερα ταμεία. Τονλάχιστον 50% τών γιατρών έχουν και κάποια έμμισθη σχέση, ενώ τό 38% περίπου είναι έμμισθοι ύπάλληλοι διαφόρων ασφαλιστικών όργανισμών (συμπεριλαμβάνονται και οί άγροτικοί). Από τούς τελευταίους αυτούς οί περισσότεροι είναι γιατροί οί όποιοι ύπηρετούν «έπί θητεία δι' έμμίθου έντολής»; οί δέ υπόλοιποι δημόσιοι ύπάλληλοι. Οί γιατροί τού Ι.Κ.Α. άνέρχονται στά 2/3 τού συνόλου τών έμμίσθων γιατρών τών διαφόρων

8. Α. Πάτρας, «'Ανοιχτή Περίθαλψη - έννοια τής άνοιχτής περιθάλψης», Σχεδιασμός τής Κοινωνικής Πολιτικής. 'Αθήνα 1970, σ. 148.

9. τού ίδιου, «Ισχύοντα συστήματα ιατρικής περιθάλψης έν 'Ελλάδι», δ.π., σ. 150-151.

ασφαλιστικών οργανισμών (συμπεριλαμβάνονται και οι αγροτικοί γιατροί).¹⁰

2.2. Κλειστή περίθαλψη (νοσοκομειακή)

Ός τό 1937 ή νοσοκομειακή (κλειστή) περίθαλψη είναι ύποτυπώδης (τουλάχιστο νομικά). Κύριοι φορείς τής νοσοκομειακής περίθαλψης είναι άρχικά οι δήμοι και οι κοινότητες μέ τά κατά τόπους δημοτικά και κοινотικά νοσοκομεία και κατά δεύτερο λόγο ή ιδιωτική πρωτοβουλία.

Έξαίρεση αποτελούν τά νοσοκομεία τής Αθήνας «Εύαγγελισμός», «Έρυθρός Σταυρός» και «Πολιτικόν» πού και νοσηλεία ύψηλου επιπέδου παρείχαν και ήταν τά μοναδικά επιστημονικά κέντρα.

Ο ύποτυπώδης βαθμός τής παρεχόμενης νοσοκομειακής περίθαλψης ως τό 1937 ήταν έκδηλος τόσο στην άνεπάρκεια τών επιστημονικών και θεραπευτικών μέσων όσο και στίς άπαράδεκτες συνθήκες διαμονής τών άσθενών.

Η ανάγκη αύξησης τών νοσοκομειακών κλινών κατέστη επιτακτικότερη μετά τή Μικρασιατική καταστροφή όπότε, μέ τή συσσωμάτωση 1.250.000 προσφύγων, ό πληθυσμός αύξήθηκε άλματωδώς. Ός τό 1937 τό κράτος συντηρούσε ένα μικρό αριθμό νοσοκομείων και επέβαλε στον πληθυσμό ειδική φορολογία «έπέρ τών δημοτικών, κοινотικών και άλλων νοσοκομείων», μέ σκοπό τή βελτίωση τής λειτουργίας τους και γενικά τήν άνύψωση τής νοσηλείας πού παρείχαν τά νοσοκομεία αυτά.

Γιά τά αντιμετώπισει τό δξύ πρόβλημα τής νοσοκομειακής περίθαλψης ψηφίζεται τό 1937 ό Α.Ν. 965/1937. Η χρονολογία αυτή θεωρείται σταθμός στην όργάνωση τής νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα, και ό Α.Ν. ό θεμέλιος λίθος πάνω στον όποιο οίκοδομήθηκε ή ελληνική νοσοκομειακή νομοθεσία.

Έτσι, τό 1937, μέ τήν ψήφιση του Α.Ν., δημιουργούνται οι προϋποθέσεις γιά τή δημιουργία κρατικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων, πού νά λειτουργούν κατά τρόπο σύγχρονο και όμοιομορφο.

Ός βασική πηγή εσόδων γιά τά ιδρύματα αυτά καθορίστηκε από τό νόμο (και εξακολουθεί ως σήμερα) νά είναι ό κρατικός προϋπολογισμός.

Ο Β' παγκόσμιος πόλεμος επέβαλε τήν ίδρυση μεγάλου αριθμού νέων κρατικών νοσοκομείων σέ πολλά σημεία τής χώρας.

Τό 1941, μέ τήν έκδοση του Α.Ν. 2769/41 και γιά νά καλυφθούν οι άνάγκες του πολέμου, έξουσιοδοτούνται οι ύπουργοί Υγείνης και Οίκονομικών νά ιδρύουν προσωρινά κρατικά νοσοκομεία.

Τά νοσοκομεία αυτά, ενώ ήταν προορισμένα νά έξυπηρετήσουν τίς άνάγκες του πολέμου και, έπομένως, μετά τό τέλος του θά έπρεπε νά καταργηθούν, παρέμειναν στο μεγαλύτερο μέρος τους σέ λειτουργία γιά νά καλύψουν τίς πάγιες βασικές άνάγκες του πληθυσμού.

Μέ τον τρόπο αυτό αντιμετώπιζονταν οι νοσηλευτικές άνάγκες του πληθυσμού ως τό 1953, όπότε όργανώθηκε ή ιατρική άντιλήψη τής χώρας, όπως ισχύει και σήμερα.

Μέ τήν ψήφιση του Ν.Δ. 2592/53 «Περί όργάνωσης τής ιατρικής άντιλήψεως» ιδρύεται τό Υπουργείο Κοινωνικής

Προνοίας και άρχίζει νά εφαρμόζεται ή «άποκέντρωση» μέ σκοπό νά καταστεί ή κάθε περιφέρεια αυτόρκτης.

Μέ τό νόμο αυτό θεσπίζεται ότι οι άναγκαίες σέ κάθε ύγειονομική περιφέρεια νοσηλευτικές κλίνες καθορίζονται από τό Υπουργείο Κοινωνικής Προνοίας μετά από γνώμάτευση του περιφερειακού (νομαρχιακού) Συμβουλίου Ιατρικής άντιλήψεως, μέ βάση τον πληθυσμό, τά συγκοινωνιακά μέσα, τή νοσηρότητα κλπ.

Ο αριθμός τών κλινών πού απαιτείται γιά κάθε ύγειονομική περιφέρεια κατανέμεται μεταξύ δύο κατηγοριών γενικών νοσοκομείων:

(α). Ένός κεντρικού γενικού νοσοκομείου στην έδρα κάθε ύγειονομικής περιφέρειας μέ 150 τουλάχιστον κλίνες και όλες σχεδόν τίς ιατρικές ειδικότητες.

(β). Περισσότερων από ένα περιφερειακών νοσοκομείων δύναμης κατ' έλάχιστο 60 κλινών, μέ τίς τρεις τουλάχιστο βασικές κλινικές, δηλαδή παθολογική, χειρουργική και μαιευτική-γυναικολογική, και δύο βασικά έξραστήρια, δηλ. άκτινολογικό και μικροβιολογικό.

Μέ τό Ν.Δ. 3097/54, όμως, επιτράπηκε, όπως σέ έξαιρετικές περιπτώσεις λειτουργούν περιφερειακά γενικά νοσοκομεία μέ 30 τουλάχιστον κλίνες.

Γιά τά ειδικά νοσήματα, και ιδιαίτερα γιά τά κοινωνικά, θεσπίστηκε όπως αυτά αντιμετώπιζονται από τά πλησιέστερα σέ κάθε ύγειονομική περιφέρεια ειδικά νοσοκομεία.

Τά κεντρικά νοσοκομεία θά έπρεπε, έπίσης, νά εκπληρώνουν τίς άναγκαίες προϋποθέσεις τόσο γιά τήν ειδίκευση γιατρών και τήν εκπαίδευση νοσοκόμων, όσο και γιά τήν ιατρική έρευνα.

Σέ καθαρά νοσηλευτικό ρόλο περιορίζονται τά περιφερειακά νοσοκομεία και οι ύγειονομικοί σταθμοί.¹¹

Υγειονομικοί σταθμοί

Οι ύγειονομικοί σταθμοί έχουν σαν έργο τους:

(α) τήν προληπτική ιατρική, ασχολούμενοι μέ τήν έξυγίανση του περιβάλλοντος, τούς δαμαλισμούς, τούς έμβολιασμούς κλπ., και

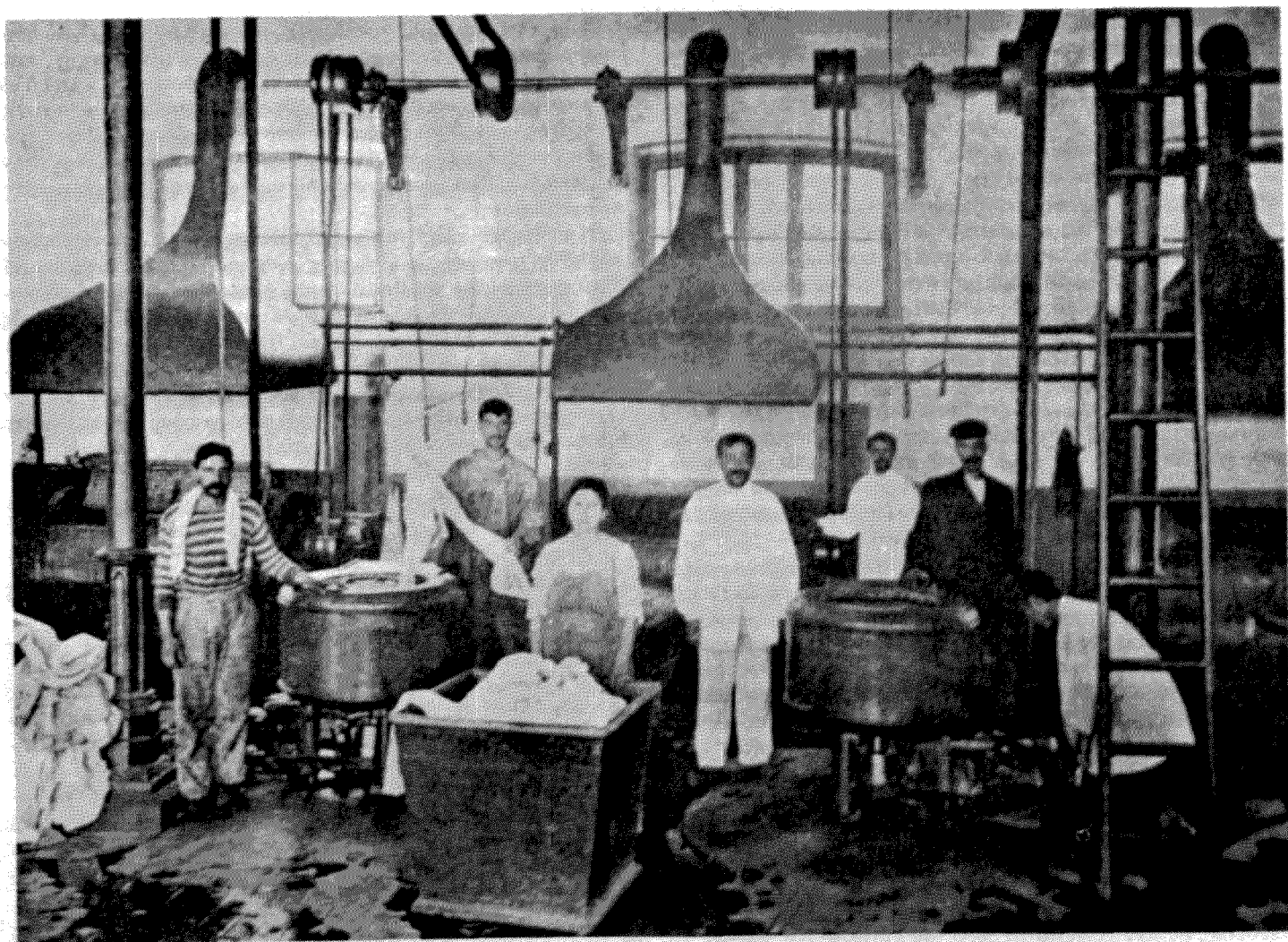
(β) τήν παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής περίθαλψης στο σπίτι ή στο σχολείο.

Μέ τό Ν.Δ. 2592/53 καθιερώθηκε ό τύπος τών ύγειονομικών σταθμών και καθορίστηκε νά έχουν ως 6 κλίνες. Μέ τό νόμο 3487/55 «Περί κοινωνικής άσφαλίσεως τών άγροτών» καθορίστηκε νά έχουν (οι σταθμοί) ως 10 κλίνες, και μέ τό Ν.Δ. 4111/60 επιτράπηκε νά φτάνουν τίς 15 κλίνες σέ κωμοπόλεις μέ πληθυσμό πάνω από 5.000 κατοίκους.

Άρχικά, τό προσωπικό τους αποτελείτο από ένα γιατρό, μιά

10. ΚΕΠΕ, Σύστημα παροχής ιατρικής περιθάλψεως, ή όργάνωση τής παροχής ιατρικής περιθάλψεως εν Ελλάδα. Υγεία. Όριστική Έκθεση. Αθήναι 1972, σ. 113, 120-121.

11. Ζ. Πελοποννήσιος, «Ιστορική εξέλιξις τής εν Ελλάδα νοσοκομειακής περιθάλψεως», Όργάνωση και νομοθεσία τής νοσοκομειακής περιθάλψεως. Αθήναι 1961, σ. 2-5, 14-27.



άδελφή και δύο υπαλλήλους. Μέ το Ν.Δ. 4111/60 οι σταθμοί ένισχύονται μέ πρόσθετο νοσηλευτικό και ειδικευμένο προσωπικό.

2.2.2. 'Η κατάσταση σήμερα

Σήμερα, ή νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται από:

(α) Τά κρατικά νοσοκομεία, γενικά και είδικά, πού λειτουργούν υπό μορφή νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου.

(β) Τά θεραπευτήρια, πού λειτουργούν υπό μορφή ιδρυμάτων ιδιωτικού δικαίου κοινωφελούς χαρακτήρα και έπιχορηγούνται κυρίως από τό κράτος.

(γ) Τίς ιδιωτικές κλινικές, πού λειτουργούν υπό μορφή ατομικών ή εταιρικών επιχειρήσεων.

Σύμφωνα μέ στοιχεία του 1970 οι διατιθέμενες κλίνες ήταν περίπου 55.000. 'Η κατανομή των θεραπευτηρίων και των νοσηλευτικών κλινών της χώρας κατά ή νομική μορφή των θεραπευτηρίων και τό γεωγραφικό διαμέρισμα, κατά τό έτος 1969, σύμφωνα μέ στοιχεία της ΕΣΥΕ (1971) δίνεται στον πίνακα II.

'Η χωροταξική κατανομή των κλινών γενικής νοσηλείας ανάλογα μέ ή νομική μορφή των θεραπευτηρίων σέ όκτώ μείζονες περιφέρειες (κατά ήν πρόταση της έκθεσης Λαμπράκου) και οι αναλογικές σχέσεις πρós τον πληθυσμό της απογραφής του 1971, δίνονται στον πίνακα III.

'Ο χωροταξική κατανομή των νοσηλευτικών κλινών μελετάται συνήθως αναφορικά πρós τίς «γενικές» μόνο νοσηλευτικές κλίνες, έξαιρούνται δηλαδή οι «είδικές» κλίνες, ψυχιατρικές, φυματιολογικές κλπ. Τά σχετικά στοιχεία για ήν ύφιστάμενη κατάσταση έχουν ληφθεί από τίς εισηγητικές εκθέσεις επί της 'Εθνικής Πολιτικής 'Υγείας των Α. Πάτρα (1970) και Π. Λαμπράκου (1971) και από τό Δελτίον Στατιστικής Κοινωνικής Προνοίας και 'Υγιεινής της ΕΣΥΕ (1971).

Από τον πίνακα III προκύπτει ότι στην περιοχή της πρωτεύουσας συγκεντρώνεται τό 50% του συνόλου των νοσηλευτικών κλινών της χώρας, ενώ ό αντίστοιχος πληθυσμός δέν υπερβαίνει τό 30%. 'Εντούτοις, στά μεγάλα αστικά κέντρα οι ανάγκες σέ κλίνες υπερβαίνουν πάντοτε τίς αναλογούσες στον πληθυσμό.

Πρέπει νά έπισημανθεί ότι ή ύπεροχή του αναλογικού αριθμού νοσηλευτικών κλινών στην περιοχή της πρωτεύουσας έντοπίζεται σέ κλίνες «είδικής νοσηλείας», δεδομένου ότι οι είδικής φύσης κλίνες της περιοχής της πρωτεύουσας άνέρχονται στά 60% του συνόλου της χώρας, ενώ, αντίθετα, οι κλίνες των γενικών κρατικών και ήμικρατικών (Ν.Π.Ι.Δ.) θεραπευτηρίων της περιοχής της πρωτεύουσας μόλις υπερβαίνουν τό 40% του συνολικού αριθμού της χώρας (πίνακας II).

'Η κατανομή των κλινών των ιδιωτικών θεραπευτηρίων υπαγορεύεται αποκλειστικά από ήν ύπάρχουσα ζήτηση κλινών, δεδομένου ότι τά θεραπευτήρια αυτά αποτελούν στην ουσία κερδοσκοπικές επιχειρήσεις. Στην Α' Μείζονα Περιφέρεια (της οποίας περισσότερο από τό $\frac{2}{3}$ του πληθυσμού βρίσκονται στην περιφέρεια της πρωτεύουσας) ό αναλογικός αριθμός ιδιωτικών κλινών γενικής νοσηλείας είναι 100% μεγαλύτερος από αυτόν πού άντιστοιχεί στίς υπόλοιπες έφτά περιφέρειες (3,53 έναντι

1,76 κλινών επί 1000 κατοίκων), ενώ στίς κρατικές και ήμικρατικές κλίνες γενικής νοσηλείας ύφίσταται μέν ύπεροχή, πού όμως περιορίζεται σέ ποσοστό 35%. Κατά συνέπεια, κάτω από τίς σημερινές συνθήκες, ή μεγαλύτερη ζήτηση κλινών γενικής νοσηλείας, πού δέν καλύπτεται από τίς διαθέσιμες κλίνες των κρατικών και ήμικρατικών νοσοκομείων, παρουσιάζεται στην Α' Μείζονα Περιφέρεια, δηλαδή κυρίως στην περιφέρεια της πρωτεύουσας.

'Η αύξημένη αυτή ζήτηση καλύπτεται μερικά από τίς ιδιωτικές κλίνες γενικής νοσηλείας, ενώ, παράλληλα, δημιουργεί άσφυκτική πίεση στά κρατικά και ήμικρατικά γενικά νοσοκομεία. Άλλη πλευρά του φαινομένου αυτού έκφράζει τό γεγονός ότι, σύμφωνα πάντα μέ τον πίνακα III, ή Α' Μείζον Περιφέρεια διαθέτει μικρότερη έκατοστιαία αναλογία κρατικών και ήμικρατικών κλινών γενικής νοσηλείας, έναντι του συνόλου των κλινών γενικής νοσηλείας της υπόλοιπης χώρας (οι υπόλοιπες έφτά περιφέρειες λαμβάνονται μαζί).

2.2.3. 'Αξιολόγηση - Ποιοτική στάθμη νοσοκομειακής περίθαλψης

Γιά ήν ποιοτική αξιολόγηση της παρεχόμενης νοσοκομειακής περίθαλψης σημειώνουμε τά έξής:¹²

(α) 'Η νοσηλευτική στάθμη και των καλύτερων ακόμη μονάδων της πρωτεύουσας ύπολείπεται του έπιθυμητού έπίπεδου. Αυτό αποδεικνύεται μετά από σύγκριση των καλύτερων μας μονάδων πρós τίς αντίστοιχες του έξωτερικού και από ήν παρατηρούμενη τάση έξόδου άσθενών πρós νοσηλεία στο έξωτερικό. Τό γεγονός αυτό αποδίδεται:

(1) στην άνεπαρκή κάλυψη των έξόδων λειτουργίας των νοσοκομείων. Οι διαστάσεις της άνεπάρκειας αυτής γίνονται πιο εμφανείς από ή διαπίστωση ότι δέ γίνεται άρκετή διαφοροποίηση των νοσηλείων και των έπιχορηγήσεων ανάλογα μέ ήν ποιοτική στάθμη των παρεχομένων ύπηρεσιών. 'Ετσι, τό ήμερησιο κόστος νοσηλείας είναι κατά φυσική συνέπεια (έξαιτίας του μικρού αριθμού κλινών, της μικρής κάλυψης κλπ.) μεγαλύτερο στά έπαρχιακά νοσοκομεία, όπου νοσηλεύονται κατά κανόνα έλαφρές περιπτώσεις, αντίθετα πρós τά μεγάλα νοσηλευτικά ιδρύματα της πρωτεύουσας όπου συχνά νοσηλεύονται βαριές ή δύσκολες περιπτώσεις οι όποιες απαιτούν πολυδάπανες διαγνωστικές έξετάσεις και θεραπείες και παρακολούθηση των άσθενών από σημαντικά μεγαλύτερο αριθμό ίατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

Σχετικά μέ τό ήμερησιο νοσήλιο αναφέρουμε ότι στά μεγάλα θεραπευτήρια των Δυτικών χωρών είναι σημαντικά άνώτερο από τό διατιθέμενο στην 'Ελλάδα (συγκριτικά πρós τό αντίστοιχο ήμερομίσθιο).

(2) στην πλημμελή οργάνωση, και

(3) στη σημαντική έλλειψη παραϊατρικού προσωπικού.

(β) Μερικές από τίς διατιθέμενες κλίνες, κυρίως σέ ιδιωτικές κλινικές, δέν άνταποκρίνονται ούτε καν στίς στοιχειωδέστερες απαιτήσεις της σύγχρονης νοσηλευτικής.

12. ΚΕΠΕ, 'Αξιολόγηση (Νοσοκομείο). 'Υγεία. 'Οριστική 'Εκθεση. 'Αθήνα 1972, σ. 100-101.

(γ) Ἀρκετές νοσηλευτικές μονάδες λειτουργοῦν πλημμελῶς, μέ ἀποτέλεσμα οἱ προσφερόμενες ἀπ' αὐτές κλίνες νά εἶναι «πλασματικές».

(δ) Κατά περιοχές καί περιπτώσεις ἡ κάλυψη τῶν κλινῶν εἶναι ἐξαιρετικά μικρή.

(ε) Ἡ μέση διάρκεια νοσηλείας εἶναι σχετικά ὑψηλή.

(ς) Ἰδιαίτερα ἀνεπαρκεῖς ποιοτικά καί ποσοτικά εἶναι οἱ ψυχιατρικές κλινικές.

(ζ) Ὑπάρχουν σημαντικές διαφορές στή στάθμη τῶν νοσηλευτικῶν παροχῶν κατά τή διάρκεια τοῦ 24ώρου, δεδομένου ὅτι τά περισσότερα θεραπευτήρια διαθέτουν ἐπάρκεια καί ἐτοιμότητα μόνο κατά τίς πρωινές ὥρες ἀποκλειστικά τῶν ἐργασιμῶν ἡμερῶν.

(η) Σέ μερικές περιπτώσεις ἐφημερεύοντα ἰδρύματα δέν καλύπτουν ἱατρικές εἰδικότητες, πού ἐνδέχεται νά ἀποδεχτοῦν ἀπαραίτητες (π.χ. νευροχειρουργική κλπ.).

(θ) Δέν ὑπάρχει πρόνοια γιά τήν ἀντιμετώπιση τῶν τοποχρονικῶν διακυμάνσεων τῶν ἀναγκῶν ἐπείγουσας ἱατρικῆς περίθαλψης (π.χ. διακυμάνσεις τῆς τουριστικῆς κίνησης, ἐβδομαδιαῖος αἰχμὸς κλπ.).

2.3. Κοινωνικές Ἀσφαλίσεις

Διακρίνουμε τέσσερα στάδια στήν ἐξέλιξη τῶν Κοινωνικῶν Ἀσφαλίσεων:

Πρώτο στάδιο (1836-1914)

Ἡ κοινωνική ἀσφάλιση ἀναπτύσσεται πολύ νωρίς στήν Ἑλλάδα (1836) μέ τή μορφή ἐκδηλώσεων ἀλληλεγγύης μεταξύ τῶν ἐργαζομένων ἢ μέ τήν ἰδρυση τῶν «Ἀλληλοδοθητικῶν Ταμείων» κατά κλάδους.

Ἡ ἀσφάλιση, δηλαδή, ἀρχίζει ἀπό τοὺς ἐργαζόμενους στά περισσότερο ἐπίπονα ἔργα, τοὺς ναυτικούς καί τοὺς μεταλλωρύχους, καί καλύπτει ἀπό τοὺς κινδύνους γήρατος, ἐπαγγελματικῶν ἀτυχημάτων καί ἀρρώστιας, ὅπως καί ἀνικανότητος ἢ θανάτου.

Στήν περίοδο αὐτή ἰδρύονται φορεῖς κοινωνικῶν ασφαλίσεων γιά τοὺς ναυτικούς (ΝΑΤ, 1861), τοὺς μεταλλευτές (1882), τίς χήρες καί τά ὀρφανὰ τῶν ἀξιωματικῶν τοῦ Στρατοῦ (1853) καί τοῦ Πολεμικοῦ Ναυτικοῦ (1856), τοὺς ἀπόμαχους ἀξιωματικούς τοῦ Πολεμικοῦ Ναυτικοῦ (1874) καί τοὺς δημόσιους ὑπάλληλους (Μετοχικό Ταμεῖο, 1861).

Δεύτερο στάδιο (1914-1937)

Τό στάδιο αὐτό χαρακτηρίζεται ἀπό τήν ἰδρυση νέων αὐτοτελῶν ταμείων τῶν μισθωτῶν, καθὼς καί τήν επέκταση τῆς ἀσφάλισης μέ τή μορφή αὐτόνομων φορέων σέ πολλές κατηγορίες ἐλευθέρων ἐπαγγελματιῶν. Κατά τήν περίοδο αὐτή ἰδρύονται τό Τ.Σ. Νομικῶν (1929), τό ΤΣΑΥ (1929), τό ΤΑΚΕ (1930), τό ΤΕΒΕ, τό ΤΑΕ (1934).

Κατά τήν περίοδο αὐτή ἐγείρεται ἀντίδραση ἐναντίον τῆς διάσπαρτης ασφαλιστικῆς κάλυψης ἐπαγγελματικῶν κατηγο-

ριῶν ἢ εἰδικότητων καί τῆς ἐγκατάλειψης ἐκτός τῆς ασφαλιστικῆς προστασίας ὄχι μόνο τῶν ἀγροτῶν, ἀλλά καί τῆς μεγάλης μάζας τῶν ἐργατοῦπαλλήλων τοῦ ἰδιωτικοῦ δικαίου. Ἡ ἀντίδραση αὕτη κατέληξε στή σύνταξη μελετῶν καί στήν ἐκδοση τό 1932 τοῦ Ν. 5733, πού, πρὶν ἐφαρμοστεῖ, τόν ἀντικατέστησε ὁ Ν. 6298/1934 «Περί Ἰδρύματος Κοινωνικῶν Ἀσφαλίσεων». Τό Ἰδρυμα Κοινωνικῶν Ἀσφαλίσεων τέθηκε τελικά σέ λειτουργία στίς 19.12.1937.

Ὁ Σπ. Λιναρδάτος λέει σχετικά μέ τίς κοινωνικές ασφαλίσεις καί τοὺς διαδοχικούς νόμους τὰ παρακάτω:¹³

«Χάρη στοὺς ἀγῶνες τῶν ἐργαζομένων, τό 1922 ψηφίστηκε ὁ πρῶτος νόμος γιά τίς κοινωνικές ασφαλίσεις, ὁ 2868, μέ βάση τόν ὁποῖον ἰδρύθηκαν ὡς τό 1929 τὰ ταμεία ασφαλίσεως καπνεργατῶν, ἀρτεργατῶν, μυλεργατῶν, ἐφημεριδοπωλῶν, τυπογράφων καί τό Ταμεῖον Πρόνοιας Λιμενεργατῶν Πειραιῶς. Ἀπό τό 1929 μπαίνει σέ νέο στάδιο ἡ κίνηση γιά τήν γενίκευση τῆς κοινωνικῆς ἀσφάλισης. Ἡ Κυβέρνηση Βενιζέλου μετακαλεῖ ξένους εἰδικούς γιά νά ὑποδείξουν τόν τρόπο μέ τόν ὁποῖο πρέπει νά ὁργανωθεῖ ὁ θεσμός. Μέ βάση τὰ πορίσματα τῶν ξένων εἰδικῶν καί ὑπὸ τή συνεχή πίεση τοῦ ἐργατικοῦ κινήματος, τό 1932, ἡ κυβέρνηση Βενιζέλου ψηφίζει τόν νόμο 5733 περὶ κοινωνικῶν ασφαλίσεων.

Ὁ νόμος ὅμως δέν ἐφαρμόστηκε, γιατί τόν Μάρτιο τοῦ 1933 ἔπεσε ἡ κυβέρνηση Βενιζέλου. Τό Λαϊκό Κόμμα πού ἀνέβηκε στήν ἐξουσία, ὕστερα ἀπό πολλές συζητήσεις στή Βουλὴ καί κινητοποιήσεις τῶν ἐργαζομένων ψήφισε τόν Σεπτέμβριο τοῦ 1934 τόν νόμο 6298 «περὶ κοινωνικῶν ασφαλίσεων». Ἡ ἐσωτερικὴ ἀναταραχὴ πού ἀκολούθησε (κίνημα 1935, πραξικόπημα Κονδύλη, παλινόρθωση κτλ.) εἶχε σάν ἀποτέλεσμα νά καθυστερήσει ἡ ἐφαρμογὴ τοῦ νόμου, πού φυσικά, τόν τορπιλίζουν μέ κάθε τρόπο τὰ κεφαλαιοκρατικά συγκροτήματα.

Τό Ι.Κ.Α. ἐγκαινιάστηκε τὰ τέλη τοῦ 1936, ἀλλὰ οὐσιαστικά ἄρχισε νά λειτουργεῖ στά τέλη τοῦ 1937 καί πάλι, ὅμως μόνο γιά τήν Ἀθήνα, Πειραιᾶ καί Θεσσαλονίκη (Στίς ἄλλες πόλεις ἄρχισε νά ἐπεκτείνεται ἀπό τὰ τέλη τοῦ 1938).

Κατά τόν Χρ. Ἀγαλόπουλο «παρ' ὅλους τοὺς κλυδωνισμούς, ὁ νόμος ἐπέτυχε, χωρὶς ὅμως νά ἐπέλθῃ ἐκ τούτου καί ἡ λύσις τοῦ κοινωνικοῦ ασφαλιστικοῦ προβλήματος τῆς χώρας».¹⁴

Μολονότι ὁ ἰδρυτικὸς νόμος τοῦ Ι.Κ.Α. ἀπαγόρευε τή σύσταση νέων ταμείων κύριας ἀσφάλισης, τό κράτος ἐξακολούθησε τή δημιουργία νέων κλαδικῶν ασφαλιστικῶν ὁργανισμῶν, στοὺς ὁποίους ἐνέταξε καί πρόσωπα πού εἶχαν ἤδη ὑπαχθεῖ στό Ἰδρυμα Κοινωνικῶν Ἀσφαλίσεων.

Ἔτσι δημιουργήθηκε μιὰ νέα μεγάλη κατηγορία ασφαλιστικῶν ὁργανισμῶν, ἡ «ἐπικουρική», ὅπως ὀνομάστηκε, ἡ ὁποία μέ τήν ὑποχρεωτικὴ εἰσφορά τῶν ασφαλισμένων καί ἐργοδοτῶν ἀπὸ τή μιὰ καί μέ τήν ἐμμεση κρατικὴ ἐπιχορήγηση ἀπὸ τήν ἄλλη πραγματοποιοῦσε μεγαλύτερες εἰσφορές ἀπὸ ἐκεῖνες τοῦ Ι.Κ.Α., μέ ἀποτέλεσμα:

«... Ἡ Ἑλληνικὴ Κοινωνικὴ Ἀσφάλις ἐνεφάνιζε μέ τόν κατακερματισμὸν τῆς εἰς δύο περίπου ἑκατοντάδας ασφαλιστι-

13. Σπ. Λιναρδάτος, «Οἰκονομικὴ καί κοινωνικὴ πολιτικὴ - Οἱ κοινωνικὲς ασφαλίσεις», 4η Ἀύγουστον. Ἀθήνα 1966, σ. 117-118.

14. Χρ. Ἀγαλόπουλος, Αἱ Κοινωνικαὶ Ἀσφαλίσεις. Ἀθήνα 1955, σ.

κών οργανισμών, άνομοιομορφίαν εἰς τὰς προϋποθέσεις ἀπονομῆς παροχών, τὸν τρόπον ὑπολογισμοῦ αὐτῶν, τὰ δικαιούμενα πρόσωπα, τὴν ἔννοιαν τῶν κινδύνων καὶ τὸ εἶδος τῶν παροχῶν, τὴν εὐκόλον δημιουργίαν πολλαπλῆς, συγχρόνου ἢ διαδοχικῆς ἀσφαλίσεως κλπ., φαινόμενον ἀντιοικονομικόν καὶ ἀντικοινωνικόν, χρῆζον ριζικῶς ἀνακαινίσεως καὶ ἀναχωνεύσεως, διὰ νὰ δυνήθῃ νὰ παράσχῃ πραγματικὴν, ἀλλὰ καὶ ἴσῃ προστασίαν εἰς ὅλους τοὺς ἐργαζομένους καὶ νὰ τοὺς ἀπαλλάξῃ ἀπὸ τὸν ἔνδειαν καὶ τὸν φόβον τῆς αἰτίας...». ¹⁵

Τρίτο στάδιο (1937-1961)

Χαρακτηρίζεται ἀπὸ τὴν ασφαλιστικὴ κάλυψη ὁλόκληρου τοῦ μισθωτοῦ πληθυσμοῦ. Στὴν Ἑλλάδα αὐτὸ τὸ στάδιο ἀρχίζει ἀπὸ τὸ 1937, ἔτος λειτουργίας τοῦ Ι.Κ.Α., πού ἀποτελεῖ τὸν ἔθνικὸ φορέα ἀσφάλισης τῶν ἐργατοῦπαλλήλων τοῦ ἰδιωτικοῦ δικαίου, ἐκτός ἀπὸ τοὺς ασφαλισμένους σὲ ἄλλους κλαδικούς φορεῖς κύριας ἀσφάλισης, καὶ λήγει τὸ 1961, ὁπότε ἐφαρμόζεται ἡ κοινωνικοασφαλιστικὴ κάλυψη τοῦ ἀγροτικοῦ πληθυσμοῦ. Στὸ στάδιο αὐτὸ καλύπτεται ὁ μισὸς πληθυσμὸς τῆς χώρας, ἐκτός ἀπὸ τοὺς ἀγρότες, μὲ ασφαλιστικὰ συστήματα πού παρέχουν κάλυψη κατὰ τῶν βασικῶν κινδύνων, ἀσθένειας καὶ ἀτυχημάτων, γήρατος καὶ ἀνικανότητος καί, τέλος, θανάτου. Μὲ τὸ νόμο 118/1945, οἱ ἐργατοῦπάλληλοι τοῦ ἰδιωτικοῦ δικαίου καλύπτονται καὶ κατὰ τοῦ κινδύνου ἀνεργίας.

Τέταρτο στάδιο (1961-σήμερα)

Ἐκδηλώνεται μὲ τὴν καθολικέυση τῆς ἀσφάλισης σὲ ὅλο τὸν πληθυσμό. Τὸ στάδιο αὐτὸ ἀρχίζει μὲ τὸ Ν.4169/1961 «Περὶ γεωργικῶν κοινωνικῶν ἀσφαλίσεων» καὶ μὲ τὴ λειτουργία, ἀπὸ τῆς 31.7.1961, τοῦ Ὁργανισμοῦ Γεωργικῶν Ἀσφαλίσεων (Ο.Γ.Α.). Προβλέπεται ἡ κοινωνικὴ προστασία τοῦ ἀγροτικοῦ πληθυσμοῦ μὲ τρεῖς ασφαλιστικούς κλάδους:

- (α) ἀσφάλιση γήρατος
- (β) ἀσφάλιση ἀσθένειας
- (γ) ἀσφάλιση γεωργικῆς παραγωγῆς ἀπὸ κινδύνους χάλαζας καὶ παγετοῦ.

Ἐπίλογος

Συνοψίζοντας, θά θέλαμε νὰ ἐπισημάνουμε ὅτι τὸ πρωταρχικὸ πρόβλημα γιὰ τὴν ὑγειονομικὴ περίθαλψη στὴν Ἑλλάδα δὲν ἀφορᾷ μόνον τῆς ἐγκαταστάσεις ὑγείας. Τὸ πρόβλημα ἀνάγεται στὸ ὅλο σύστημα περίθαλψης, στὴν ἀνισότητα τῆς κοινωνικῆς προστασίας πού ἐπικρατεῖ, στὴν ἔλλειψη συντονισμοῦ τῶν ἀρμοδίων φορέων γιὰ τὴν ὑγεία τοῦ πληθυσμοῦ.

Ἡ ἐπίλυση τῶν παραπάνω προβλημάτων καὶ ἡ σωστή χωροθέτηση τῶν ὑπηρεσιῶν ὑγείας στὸ πλαίσιο ἐνὸς ὀρθολογικοῦ γενικοῦ καὶ περιφερειακοῦ προγραμματισμοῦ θά μπορούσε νὰ δημιουργήσῃ τῆς συνθήκες γιὰ τὴν ἐπαρκὴ ὑγειονομικὴ κάλυψη ὅλου τοῦ πληθυσμοῦ.

Πίνακας II
Θεραπευτήρια καὶ νοσηλευτικὰ κλινικά, κατὰ νομικὴν μορφήν καὶ γεωγραφικὸν διαμέρισμα ἐν Ἑλλάδι κατὰ τὸ 1969

Γεωγραφικὸν διαμέρισμα καὶ κατηγορία θεραπευτηρίων	Θεραπευτήρια	Κλινικά
Γενικὸν Σύνολον	871	53.733
Δημόσια	120	24.265
Κοινοτικοὶ Ὑγειον. Σταθμοὶ	84	731
ΝΠΙΔ	33	7.798
Ἰδιωτικά	634	20.939
1. Περιφέρεια Πρωτευούσης	218	26.796
Δημόσια	24	9.674
ΝΠΙΔ	17	6.622
Ἰδιωτικά	177	10.500
2. Διοικητὴ Στερεὰ καὶ Εὐβοία	84	2.293
Δημόσια	12	885
Κοινοτικοὶ Ὑγειον. Σταθμοὶ	14	131
ΝΠΙΔ	1	36
Ἰδιωτικά	57	1.241
3. Πελοπόννησος	124	3.115
Δημόσια	18	1.643
Κοινοτικοὶ Ὑγειον. Σταθμοὶ	16	138
ΝΠΙΔ	3	160
Ἰδιωτικά	87	1.374
4. Ἰονιοὶ Νῆσοι	19	1.146
Δημόσια	5	888
Κοινοτικοὶ Ὑγειον. Σταθμοὶ	4	26
ΝΠΙΔ	1	132
Ἰδιωτικά	8	100
5. Ἠπείρος	34	839
Δημόσια	5	442
Κοινοτικοὶ Ὑγειον. Σταθμοὶ	3	22
ΝΠΙΔ	1	32
Ἰδιωτικά	25	343
6. Θεσσαλία	76	2.199
Δημόσια	4	400
Κοινοτικοὶ Ὑγειον. Σταθμοὶ	8	60
ΝΠΙΔ	1	15
Ἰδιωτικά	63	1.724
7. Μακεδονία	163	9.657
Δημόσια	28	5.546
Κοινοτικοὶ Ὑγειον. Σταθμοὶ	17	136
ΝΠΙΔ	4	529
Ἰδιωτικά	114	3.446
8. Θράκη	33	756
Δημόσια	4	343
Κοινοτικοὶ Ὑγειον. Σταθμοὶ	6	50
ΝΠΙΔ	—	—
Ἰδιωτικά	23	363
9. Νῆσοι Αἰγαίου	47	4.127
Δημόσια	12	3.442
Κοινοτικοὶ Ὑγειον. Σταθμοὶ	8	56
ΝΠΙΔ	4	272
Ἰδιωτικά	23	357
10. Κρήτη	73	2.605
Δημόσια	8	1.002
Κοινοτικοὶ Ὑγειον. Σταθμοὶ	8	112
ΝΠΙΔ	—	—
Ἰδιωτικά	57	1.491

Πηγή: ΕΣΥΕ, Δελτίον Στατιστικῆς Κοινωνικῆς Προνοίας καὶ Ὑγιεινῆς.

Πίνακας I

Έτος	Συνολικός αριθμός κλινών	Αριθμός κλινών στην Αττικοδοιοστία και τη Θεσσαλονίκη (από το 1967: στην περιφέρεια της πρωτεύουσας και τη Μακεδονία)	Αριθμός κλινών φιλικόδοιοστικών ιδρυμάτων	Καταμερισμός της μεταβολής των κλινών		
				Σύνολο μεταβολής	Μεταβολή στην Αττικοδοιοστία και τη Θεσσαλονίκη (από το 1967: πρωτεύουσα & Μακεδονία)	Υπόλοιπη Ελλάδα
1929	10.711	7.251 (67,7%)	1.991 (17,6%)			
1930	11.202	7.800 (69,63%)	2.653 (23,6%)	+491	+543	-42
1931						
1932	11.742	8.214 (69,99%)	2.709 (23,07%)	+540	+414	+126
1933	13.130	9.588 (73,02%)	2.700 (20,5%)	+1388	+1374	+14
1934	13.063	9.404 (71,99%)	2.776 (21,2%)	-67	-184	+117
1935	13.234	9.492 (71,72%)	3.012 (22,7%)	+171	+88	+83
1936	14.144	10.088 (71,31%)	3.360 (23,7%)	+910	+596	+314
1937	14.634	10.400 (71,06%)	1.650 (11,2%)	+490	+312	+178
1938	16.022	11.677 (72,79%)		+1388	+1237	+111
1967	52.173	36.356 (69,7%)				
1968	53.260	36.459 (68,6%)		+1087	+103	+984
1969	53.733	36.453 (67,8%)		+473	-6	+479
1970	54.644	37.109 (67,8%)		+911	+656	+255
1971	56.232	38.851 (69,00%)		+1588	+1742	-154
1972	55.958	39.034 (69,7%)		-274	+183	-457

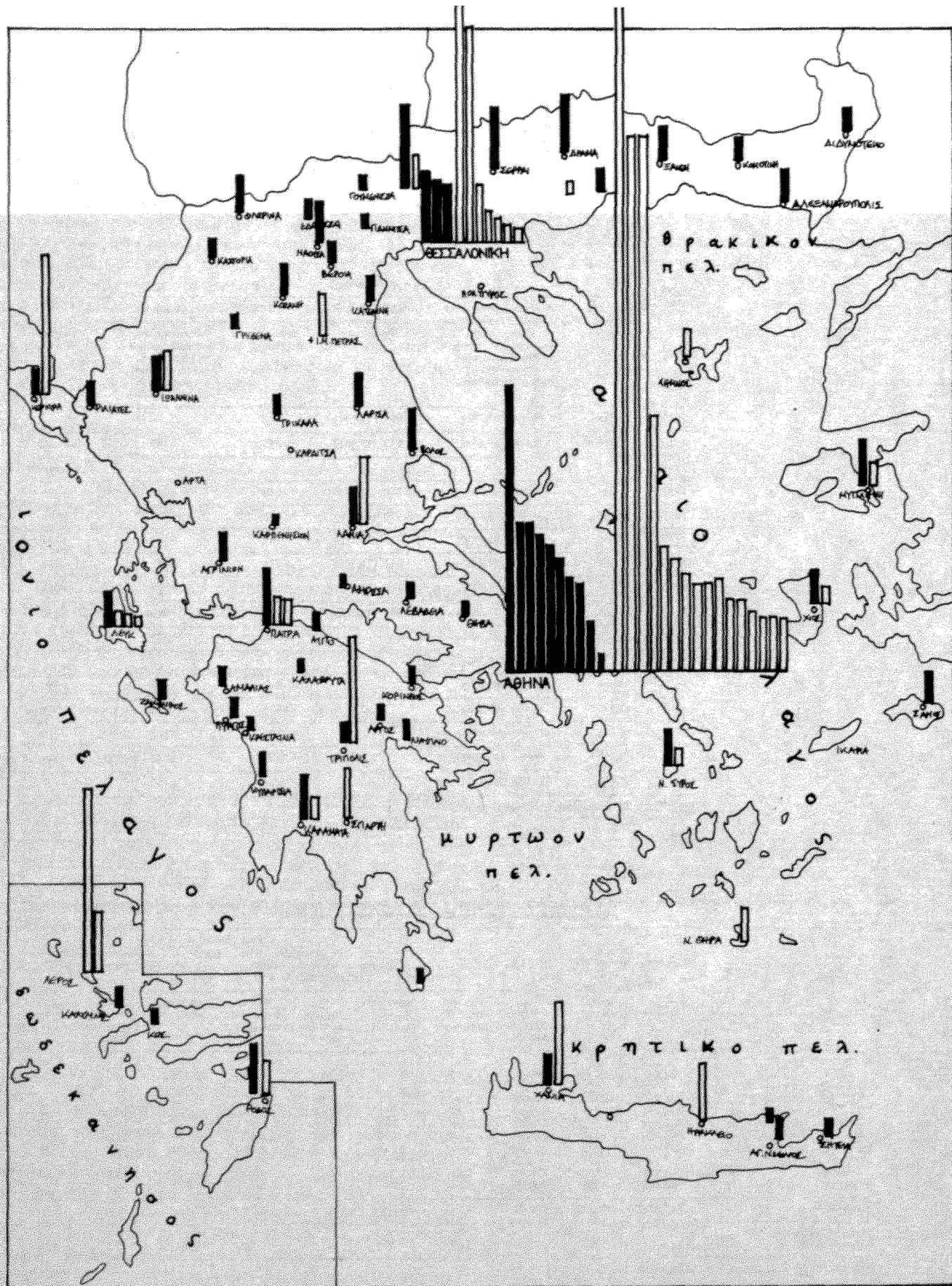
Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε., Επετηρίδες 1930-1939, 1968-1973.

Πίνακας III

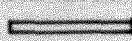
Χωροταξική κατανομή των κλινών γενικής νοσηλείας εις τας προτεινομένας 8 μεζονας περιφέρειας ανάλογας της νομικής μορφής των θεραπευτηρίων και αναλογικαί σχέσεις προς τον πληθυσμόν της απογραφής 1971¹

Περιφέρειαι	Πληθυσμός	Σύνολον			Κλινικά γενικής νοσηλείας			Κρατικών και ημικρατικών θεραπευτηρίων			Ιδιωτικών θεραπευτηρίων		
		Αριθμός κλινών	%	Κλινικά ανά 1.000 κατοίκους	Αριθμός κλινών	%	Κλινικά ανά 1.000 κατοίκους	Αριθμός κλινών	%	Κλινικά ανά 1.000 κατοίκους	Αριθμός κλινών	%	Κλινικά ανά 1.000 κατοίκους
A. Ανατολ. Στερεά και Νήσοι	3.624.502	20.230	100,00	5,58	7.450	36,8	2,05	12.780	63,2	3,53			
B. Δυτ. Στερεά και Β. Πελοπόννησος	835.949	2.341	100,00	2,8	1.231	52,6	1,47	1.110	47,4	1,33			
Γ. Ν. Πελοπόννησος	525.434	1.256	100,00	2,39	751	59,8	1,43	505	40,2	0,96			
Δ. Ήπειρος - Κέρκυρα	401.819	1.053	100,00	2,36	544	51,6	1,36	511	48,4	1,27			
Ε. Θεσσαλία - Ευρυτανία	688.719	2.226	100,00	3,23	633	28,4	0,92	1.593	71,6	2,31			
Στ. Κεντρ. - Δυτ. Μακεδονία	1.467.879	6.539	100,00	3,77	2.756	49,8	1,88	2.783	50,2	1,89			
Ζ. Ανατ. Μακεδονία - Θράκη	744.574	2.092	100,00	2,81	1.018	48,7	1,37	1.074	51,3	1,44			
Η. Κρήτη	456.203	2.298	100,00	5,04	844	36,7	1,85	1.454	63,3	3,19			
Έλλάς (σύνολον)	8.745.084	37.037	100,00	4,24	15.227	41,1	1,74	21.810	58,9	2,50			
Σύνολον Ελλάδος πλην της Α' Περιφερ.	5.120.582	16.807	100,00	3,28	7.777	46,3	1,52	9.030	53,7	1,76			

1. Στοιχεία εκ της Έκθεσης Π. Λαμπράκη (1971)



ΓΕΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ



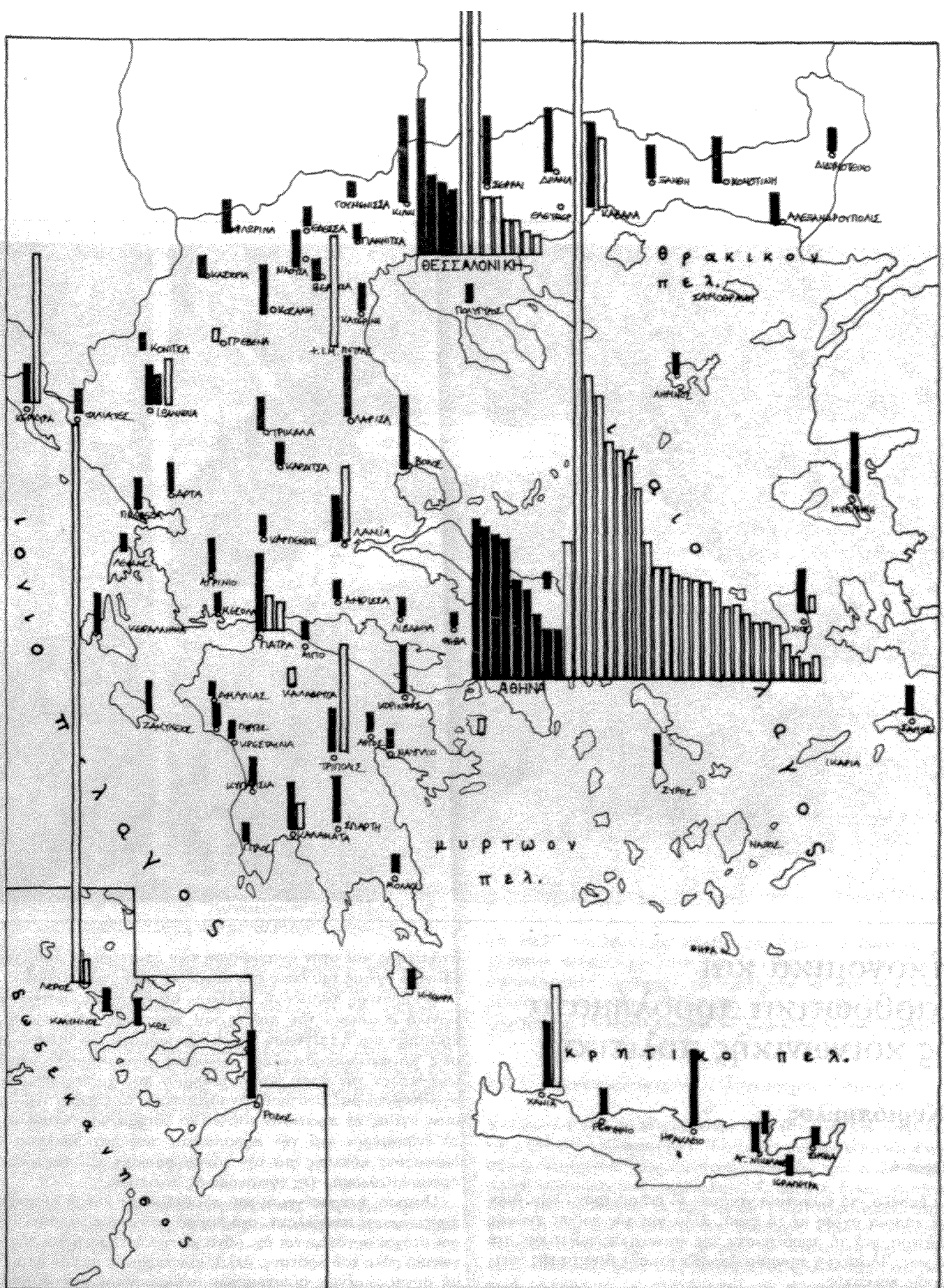
ΕΙΔΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ



ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ 100 ΚΛΙΝΩΝ



ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ 200 ΚΛΙΝΩΝ



 ΓΕΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ
 ΕΙΔΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ 100 ΚΛΙΝΩΝ
 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ 200 ΚΛΙΝΩΝ