



Οικονομικά και διαρθρωτικά προβλήματα της κοινωνικής πολιτικής

I. Κυριόπουλος

Εισαγωγικά

Είναι έκδηλο -τά τελευταία χρόνια- τό ενδιαφέρον όλων, όσοι έχουν κάποια σχέση μέ τό θέμα, αλλά και της κοινής γνώμης γενικότερα, γιά τά προβλήματα της κοινωνικής πολιτικής στη χώρα μας. Ίδιαίτερη σημασία αποδίδεται στά θέματα της υγειονομικής πολιτικής.

Τό ενδιαφέρον αυτό έχει τίς ρίζες του στίς σύγχρονες αντιλήψεις γιά τή διασφάλιση καί προαγωγή των κοινωνικών δικαιωμάτων γιά τούς στόχους της οικονομικής καί κοινωνικής

ανάπτυξης καί στήν αναγνώριση των επιπτώσεων πού έχει τό επίπεδο υγείας του λαού στη συνολική κοινωνική πρόοδο.

Ή ευρύτερη παραδοχή, εξάλλου, ότι ή «υγεία αποτελεί κοινωνικό δικαίωμα του πολίτη καί κοινωνική υποχρέωση του κράτους» καί ή επίγνωση ότι «ή προσαρμογή των θεσμών μέσα στίς κοινωνικοοικονομικές συνθήκες πού διαμορφώνονται» επιβάλλουν τήν άρση των αντινομιών πού χαρακτηρίζουν τό υγειονομικό μας σύστημα, αναδεικνύουν τό ζήτημα της δημόσιας υγείας σέ πρώτιστο κοινωνικό ζήτημα καί δικαιολογούν τό ενδιαφέρον καί τήν προσπάθεια πού καταβάλλεται από διάφορους κύκλους γιά τήν «ανάμρφωση» καί τόν «έπαναπροσανατολισμό» της υγειονομικής πολιτικής.

Όστόσο, ή προσέγγιση του προβλήματος καί οι λύσεις πού προτείνονται ποικίλλουν, στό βαθμό πού επιδιώκονται διάφοροι στόχοι συνδεδεμένοι όχι μόνο μέ τήν αντίληψη γιά τόν κοινωνικό ρόλο του κράτους, αλλά, πρωταρχικά, μέ τήν ύπαρξη ή μή συγκεκριμένων οικονομικών συμφερόντων πού διασφαλίζονται μέ τή διαχείριση καί τόν έλεγχο του συστήματος της δημόσιας υγείας.

Μέ τό σημείωμα αυτό δέν έχουμε τήν πρόθεση νά παρουσιά-

σουμε μία διεξοδική ανάλυση που θά εξαντλήσει τό πρόβλημα. Θέλουμε μόνο νά επισημάνουμε τά κύρια χαρακτηριστικά –δι-αρθρωτικής καί οίκονομικής σημασίας– πού δρίζουν τήν κοινο-νική πολιτική υγείας καί διαμορφώνουν τό υγειονομικό μας σύστημα.

1. Έξέλιξη-διαμόρφωση του υγειονομικού συστήματος

Ή δημόσια υγεία εμφανίζεται στή χώρα μας μέ οργανωμένη μορφή στά τέλη του περασμένου αιώνα μέ τήν ίδρυση ιατρείων καί νοσοκομείων από διάφορες φιλανθρωπικές οργανώσεις ή από δωρεές εύεργετών. Ταυτόχρονα, συγκροτούνται τά πρώτα αλληλοβοηθητικά ταμεία πού στηρίζονται στήν αλληλεγγύη των εργαζομένων καί στήν προάσπιση συντεχνιακών συμφε-ρόντων.

Στήν εξέλιξη καί διαμόρφωση του υγειονομικού συστήματος, μετά τήν ίδρυση του νέου ελληνικού κράτους, κύρια συνιστώσα αποδραίνει ή έλλειψη προγραμματισμού καί συγκεκριμένης κοι-νωνικής πολιτικής από τήν επίσημη πολιτεία.

Τό γεγονός αυτό δέν είναι άσχετο πρός τίς συνθήκες δια-μόρφωσης της μετεπαναστατικής ελληνικής κοινωνίας καί τήν οίκονομική, κοινωνική καί πολιτική συγκυρία πού βάρυνε αποφασιστικά πάνω στο χαρακτήρα καί τόν κοινωνικό ρόλο του κράτους.

Ή ίδρυση, τό 1918, του Ύπουργείου Περιθάλψεως καί στή συνέχεια, τό 1922, του Ύπουργείου Ύγεινής καί Κοινωνικής Προνοίας, αποτελούν τίς πρώτες προσπάθειες γιά τήν ανάληψη της εύθύνης, από τό κράτος, της δημόσιας υγείας.

Σημαντικό βήμα πρός τήν κατεύθυνση αυτή σημειώνει ο νό-μος περί ύποχρεωτικής ασφάλισης των εργαζομένων καί ή δη-μιουργία του Ίδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων, τό 1934.

Μεταπολεμικά, ή σύσταση ασφαλιστικών φορέων υγείας γιά τούς περισσότερους κλάδους των εργαζομένων καί ή ίδρυση του Ήργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων ολοκληρώνει, τυπι-κά, τήν υγειονομική κάλυψη του μεγαλύτερου μέρους του έλλη-νικού λαού.

Ή καθολική, αποτελεσματική καί σύμμετρη κάλυψη των αναγκών του κοινωνικού συνόλου δέν έχει ακόμα ως σήμερα επιτευχθεί. Ή «ύστέρηση» πού χαρακτηρίζει τήν κοινωνική πολιτική υγείας δέν οφείλεται αποκλειστικά στή συνθετότητα των προβλημάτων της αλλά, κατά κύριο λόγο, στήν περιορι-σμένη δραστηριότητα του κράτους σ' έναν τομέα άπαιτήσεων καί κοινωνικών αναγκών πού θεωρούνται –μέ τίς σύγχρονες αντίληψεις– ιδιαίτερα «άνελαστικές».

2. Ύπηρεσίες Ύγείας

Παρέχονται μέ τή μορφή της προληπτικής ιατρικής, της άνοι-κτής (έξωνοσοκομειακής) καί της κλειστής (ένδονοσοκομει-ακής) περίθαλψης.

2.1. Προληπτική ιατρική

Ή έγκαιρη διάγνωση καί πρόληψη των διαφόρων νοσημάτων

καί ή προστασία της υγείας του κοινωνικού συνόλου από τίς βλαπτικές επιδράσεις του περιβάλλοντος καί του εργασιακού χώρου έχουν άναμφισβήτητα κοινωνική καί οίκονομική σημα-σία. Ή προληπτική ιατρική στή χώρα μας περιορίζεται σέ με-ρική κάλυψη της παιδικής ηλικίας καί της μητρότητας καί πα-ρέχεται από τμήματα του Ύπουργείου Κοινωνικών Ύπηρεσι-ών, τό ΠΙΚΠΑ, τή σχολιατρική ύπηρεσία καί τούς γιατρούς.

Ο προληπτικός όμαδικός έλεγχος, ή έπαγγελματική υγιεινή, ή προστασία του φυσικού περιβάλλοντος από τή ρύπανση καί ή υγειονομική διαφώτιση της κοινής γνώμης δέν έχουν άκόμη άντιμετωπιστεί σέ σοδαρή καί προγραμματισμένη βάση. Ή όρ-γάνωση της προληπτικής καί κοινωνικής ιατρικής καί ή δια-σύνδεσή της μέ τό γενικό πλέγμα παροχής ύπηρεσιών υγείας πρέπει νά εξασφαλίσει προτεραιότητα στήν όργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης.

Ίδιαίτερη έμφαση πρέπει νά δοθεί στήν άντιμετώπιση όρι-σμένων κληρονομικών παθήσεων, στήν πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων καί στή λήψη μέτρων γιά τήν κάλυψη των εύπαθών όμάδων του πληθυσμού.

Ή προστασία του περιβάλλοντος από τή ρύπανση, ή έξυγι-ανση του οικιακού περιγύρου, ο αύστηρός καθορισμός των προδιαγραφών όργάνωσης των εργασιακών χώρων, ή πρόληψη των όδικών άτυχημάτων καί ο έλεγχος των καταναλωτικών εί-δών διατροφής ολοκληρώνουν τό πλαίσιο δραστηριότητας του υγειονομικού τομέα καί συνιστούν άντικείμενο όργανωμένων ειδικών ύπηρεσιών.

Ή παρέμβαση πρός μία τέτοια κατεύθυνση, έκτός από τή γε-νικότερη κοινωνική σημασία πού ένέχει, έπηρεάζει άποφαι-στικά τούς δύο άλλους τομείς της υγείας (άνοικτή καί κλειστή περίθαλψη), βελτιώνει τήν υγειονομική στάθμη του λαού καί έλαχιστοποιεί τό άνάλογο κοινωνικό κόστος.

2.2. Άνοικτή περίθαλψη

Τό δίκτυο της άνοικτής περίθαλψης (έξωνοσοκομειακής), κα-λύπτεται κατά κύριο λόγο από τά άγροτικά ιατρεία καί τούς υγειονομικούς σταθμούς, τά έξωτερικά ιατρεία των νοσοκο-μείων, τά πολυιατρεία καί τούς γιατρούς των ασφαλιστικών ταμείων, τά ιδιωτικά ιατρεία καί μερικούς άλλους φορείς.

2.2.1. Άγροτικά ιατρεία - Ύγειονομικοί σταθμοί

Καλύπτουν τόν άγροτικό πληθυσμό ή 4.070.756 άσφαλισμέ-νους (44,6% του συνόλου). Παρέχουν συμβουλευτική, διαγνω-στική, στοιχειώδη θεραπευτική φροντίδα καί πολύ περιορι-σμένη φαρμακευτική περίθαλψη. Ο θεσμός εγκαινιάστηκε τό 1956 καί προδλέπει τή λειτουργία 1.420 άγροτικών ιατρείων καί 110 περίπου υγειονομικών σταθμών. Σήμερα λειτουργούν περίπου 1.100 άγροτικά ιατρεία μέ άνεπαρκή ύλικοτεχνικό έξοπλισμό καί σημαντικές έλλείψεις σέ νοσηλευτικό καί βοηθη-τικό προσωπικό. Ή επάνδρωσή τους πραγματοποιείται ιδίως μέ νέους γιατρούς, χωρίς κλινική πείρα. Ή σύνδεσή τους μέ άλλες υγειονομικές ύπηρεσίες καί μέ τά έπαρχιακά νοσοκομεία είναι άνύπαρκτη.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι η εξωνοσοκομειακή κάλυψη του αγροτικού πληθυσμού είναι υποτυπώδης. Τά προβλήματα της αναφέρονται στη χωροταξική κατανομή των αγροτικών ιατρείων, στο συντονισμό της δραστηριότητάς τους με τα επαρχιακά νοσοκομεία, στον εξοπλισμό και τη στελέχωσή τους.

2.2.2. Έξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων

Παρέχουν ιατρικές φροντίδες και αναλαμβάνουν εργαστηριακές εξετάσεις. Επιλαμβάνονται την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη του αγροτικού και αστικού πληθυσμού. Λειτουργούν περίπου 350 έξωτερικά ιατρεία και διαθέτουν τρεις βασικές ειδικότητες γιατρών. Η ισχνή λειτουργικότητά τους οφείλεται στη γενικότερη οργάνωση και λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Η περιορισμένη δυνατότητά τους έχει επιπτώσεις στη σχέση άνοικτης και κλειστής περίθαλψης και επιδρά στον προγραμματισμό και την ορθολογική διάθεση των νοσηλευτικών κλινών.

2.2.3. Ασφαλιστικά ταμεία

Τό κύριο βάρος των εξωνοσοκομειακών αναγκών των αστικών και ημιαστικών περιοχών επωμίζεται τό Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων που καλύπτει 2.958.540 ασφαλισμένους (τό 32,8% του συνόλου). Στα πλαίσια του ΙΚΑ λειτουργούν οι παρακάτω υπηρεσίες:

Πρωτεύουσα Θεσσαλονίκη Έπαρχια

Κεντρικά Πολυιατρεία	26	13	21
Υγειονομικοί Σταθμοί	36	24	56
Σταθμοί Α' Βοηθειών	3	1	—
Κέντρα Υγείας	20	5	9

Σέ περιοχές που δέν καλύπτονται από τίς παραπάνω υπηρεσίες, οί ασφαλισμένοι έξυπηρετούνται από τά αγροτικά ιατρεία ή συμβεβλημένους ιδιώτες γιατρούς. Μεγάλο μέρος των ασφαλισμένων (περίπου 30%) υπόκειται στο θεσμό του οικογενειακού γιατρού.

Παρόλο ότι τό ΙΚΑ διαθέτει έκτεταμένο πλέγμα υπηρεσιών και ικανοποιητικό δίκτυο παροχών, δέν ανταποκρίνεται αποτελεσματικά στις υποχρεώσεις του πρὸς τούς ασφαλισμένους.

Οί σοβαρές ελλείψεις αφορούν κατά κύριο λόγο τήν ποιότητα και τόν τρόπο των παροχών και έχουν σχέση τόσο μέ τή λειτουργική ανάπτυξη και οργάνωση του ιδρύματος όσο και μέ τή στελέχωσή του σέ επιστημονικό προσωπικό.

Από τά άλλα ασφαλιστικά ταμεία τό ΤΕΒΕ παρέχει περιορισμένες υπηρεσίες σέ 725.180 ασφαλισμένους (τό 8% του συνόλου), ιδίως μέ τό σύστημα του οικογενειακού γιατρού. Τήν ελεύθερη ἐπιλογή γιατρού έχει καθιερώσει τό κράτος γιά τούς δημόσιους υπάλληλους και τά ασφαλιστικά ταμεία των Τραπεζών, του ΟΤΕ, τής ΔΕΗ κ.ά. (περίπου 850.000 ασφαλισμένοι ή

9,5% του συνόλου). Οί υπόλοιποι ασφαλιστικοί οργανισμοί καλύπτουν 500.000 ασφαλισμένους περίπου (5% του συνόλου) και παρέχουν ελάχιστες ή μηδαμινές υπηρεσίες.

2.2.4. Ίδιωτικά ιατρεία

Τό μεγαλύτερο μέρος τής εξωνοσοκομειακής περίθαλψης καλύπτεται από τά ιδιωτικά ιατρεία και εργαστήρια που λειτουργούν παράλληλα και ανταγωνιστικά πρὸς τούς υπόλοιπους φορείς.

Δέν είναι δυνατό νά υπάρξουν ακριβή στοιχεία γιά τόν αριθμό των ιδιωτικών ιατρείων, τήν ποσότητα και τήν ποιότητα των ιατρικών πράξεων που έκτελούν.

Υπολογίζεται, σέ γενικές γραμμές, ότι από τούς 19.340 γιατρούς που διαθέτει ή χώρα μας τό μεγαλύτερο ποσοστό, περίπου 75%, ασκεί μέ τόν ένα ή τόν άλλο τρόπο ιατρική πράξη σέ ιδιωτικό ιατρείο.

Ο μεγάλος αυτός αριθμός μπορεί νά δικαιολογηθεί μόνο μέ τήν παραδοχή ότι ο ιδιωτικός τομέας άνοικτης περίθαλψης έξυπηρετεί, έκτός από τούς ασφαλισμένους του Δημοσίου, των Τραπεζών, τής ΔΕΗ, του ΟΤΕ, τούς ανασφάλιστους και μεγάλο μέρος των ασφαλισμένων των μεγάλων ασφαλιστικών οργανισμών (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΤΕΒΕ) εξαιτίας τής ανεπάρκειας τής λειτουργίας των ταμείων αυτών.

Αυτό σημαίνει, άρχικά, μεγάλη αύξηση τής ιδιωτικής δαπάνης γιά τήν παροχή ιατρικών υπηρεσιών. Η δαπάνη αυτή υπολογίζεται ότι τό 1975 ανήλθε σέ 5,5 δισεκατομμύρια δραχμές. Έκτός από τίς οικονομικές επιπτώσεις, όμως, έγείρονται και βάσιμες αμφιβολίες γιά τήν ποιότητα και τήν αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών αυτών και τίς συνακόλουθες επιπτώσεις που ένδέχεται νά έχουν γιά τήν υγεία του ελληνικού λαού.

2.3. Κλειστή περίθαλψη

2.3.1. Νοσοκομειακή ύποδομή

Τό συνολικό δυναμικό τής χώρας σέ νοσηλευτικά ιδρύματα, μέ τή μορφή που έχουν, και σέ νοσηλευτικές κλίνες είναι:

Νοσηλευτήρια	Αριθμός	Κλίνες
Δημόσια	117	26.354
Ν.Π.Ι.Δ. (Κοινοφελή)	33	8.321
Ίδιωτικά	487	23.125
Υγειονομικοί σταθμοί	85	701
Σύνολο	722	58.501

Πηγή: ΕΣΥΕ - 1975

Από τήν άποψη του δυναμικού παρουσιάζουν τή διάταξη:

Νοσηλευτήρια	Κλιμάκια κλινών	Αριθμός κλινών
143	1- 10	1.201



134	11- 20	2.316
133	21- 40	4.084
172	41- 100	10.916
104	101- 300	16.929
32	301-1000	15.805
4	1001-3000	7.250

Πηγή: ΕΣΥΕ - 1975

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι σε κάθε νοσηλευτική κλίνη αντιστοιχούν 154 κάτοικοι (πληθυσμός 1975: 9.046.542 κάτοικοι). Περιλαμβάνονται και οι κλίνες των ειδικών νοσηλευτηρίων που ανέρχονται σε 19.500 περίπου. Η αναλογία αυτή αποδίνει δυσμενέστερη αν υπολογίσουμε ότι οι κλίνες των μικρών νοσηλευτηρίων (κάτω των 100 κλινών) —οι περισσότερες των οποίων αφορούν ιδιωτικές κλινικές— δεν έχουν πραγματικές νοσηλευτικές δυνατότητες και πρέπει να αντικατασταθούν (582 θεραπευτήρια με 18.517 κλίνες).

Οι ανάλογες αντιστοιχίες στις προηγμένες χώρες της Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής κυμαίνονται από 100-120 κατοίκους για κάθε νοσηλευτική κλίνη.

Αυστρία	110
Βουλγαρία	120
Δυτ. Γερμανία	90

Δανία	100
Μεγ. Βρετανία	110
Ρουμανία	120
Καναδάς	100
ΕΣΣΔ	90
Σουηδία	70

Πηγή: W.W.S.H.A. - 1975

Από την άποψη του είδους της νοσηλείας που παρέχεται στα υπάρχοντα θεραπευτήρια, οι νοσηλευτικές κλίνες κατανέμονται:

Θεραπευτήρια		Κλίνες
Φυματιολογικά-Πνευμονολογικά	12	3.804
Νευροψυχιατρικά	57	12.919
Μαιευτικά-Γυναικολογικά	136	3.965
Γενικά Νοσηλευτήρια	517	37.813

Πηγή: ΕΣΥΕ - 1975

Με βάση τα παραπάνω στοιχεία καθίσταται πασιφανής η έλλειψη νοσηλευτικών κλινών στη χώρα μας και είναι διαπιστωμένη από πολλές πλευρές η ανάγκη εφαρμογής ενός επενδυτικού προγράμματος, με σκοπό την αντικατάσταση των νοσηλευ-

τικών κλινών που δέν ανταποκρίνονται στίς σημερινές ανάγκες και τή δημιουργία νέων.

Ένδιαφέρον παρουσιάζουν οί επιδημιολογικές μελέτες και τά στατιστικά συμπεράσματα γιά τήν επίπτωση των διαφόρων νοσημάτων. Βέβαια, τά διαθέσιμα στοιχεία είναι ανακριδή και σέ πολλές περιπτώσεις χαλκευμένα. Αυτό όφείλεται στό ότι οί άρμόδιες ύπηρεσίες δέν είναι σωστά οργανωμένες και ό ιδιωτικός φορέας περίθαλψης (έξωνοσοκομειακή και ένδονοσοκομειακή) δέν προσφέρει, σχεδόν ποτέ, πλήρη και άκριδή στοιχεία. Παρά ταύτα, θεωρούμε ότι και τά ύπάρχοντα είναι ένδεικτικά όρισμένων τάσεων:

Είδος νοσηλείας	Άριθμός νοσηλευθέντων
Λοιμώδη νοσήματα	44.988
Νεοπλάσματα	47.507
Νοσήματα ένδοκρινών άδένων και μεταβολισμού	19.199
Αίματολογικά	17.667
Ψυχικά νοσήματα	29.796
Νευρολογικά νοσήματα	48.629
Νοσήματα κυκλοφοριακού	88.478
Νοσήματα άναπνευστικού	102.651
Νοσήματα πεπτικού	148.582
Νοσήματα ούρογεννητικού	69.285
Μαιευτικά, γυναικολογικά και τοκετός	138.817
Νοσήματα δέρματος	23.135
Νοσήματα μυοσκελετικού συστήματος και άρθρώσεων	37.083
Συγγενείς άνωμαλίες	8.819
Περιγεννητικά νοσήματα	8.947
Άτυχήματα και κακώσεις	102.113
Διάφορα άλλα	44.578

Πηγή: ΕΣΥΕ - 1975

Τά τελευταία χρόνια παρατηρείται σημαντική έξαρση σέ μερικά νοσήματα όπως τά νοσήματα του άναπνευστικού, κυκλοφοριακού και τά νεοπλάσματα, τά όποια ύπάρχει δυνατότητα νά άντιμετωπιστούν σέ γενικά νοσηλευτήρια, και σέ νοσήματα του άναπνευστικού, ψυχικές διαταραχές και άτυχήματα και κακώσεις, τά όποια μόνο περιορισμένα μπορούν νά άντιμετωπιστούν σέ γενικά θεραπευτήρια. Ίδιαίτερα τά ψυχικά νοσήματα άπαιτούν μακρόχρονη νοσηλεία σέ ειδικά κέντρα.

Στόν προγραμματισμό μιάς έπενδυτικής δραστηριότητας γιά τή δημιουργία νέων νοσηλευτικών κλινών πρέπει νά δοθεί προτεραιότητα στίς ψυχιατρικές κλίνες και σέ νοσηλευτικές κλίνες όξειών παθήσεων σέ γενικά νοσηλευτικά κέντρα. Αυτό δέ σημαίνει, σέ καμιά περίπτωση, ότι οί νοσηλευτικές κλίνες άλλων ειδους βρίσκονται σέ ίκανοποιητικό επίπεδο.

Τά προβλήματα της ίσομερούς ανάπτυξης της νοσοκομειακής ύποδομής παρουσιάζονται ιδιαίτερα σύνθετα έξαιτίας της συγκέντρωσης του άνισα μεγάλου μέρους του δυναμικού (ποιοτικά και ποσοτικά) στά πολεοδομικά συγκροτήματα Άθήνας και Θεσσαλονίκης.

Γεωγραφικό διαμέρισμα	Θεραπευτήρια	Κλίνες
Πρωτεύουσα	180	29.709
Στερεά Έλλάς-Εύβοια	71	2.204
Πελοπόννησος	97	3.473
Νήσοι Ίονίου	16	1.073
Ήπειρος	31	1.059
Θεσσαλία	67	2.461
Μακεδονία	141	11.360
Θράκη	26	779
Νήσοι Αιγαίου	37	3.536
Κρήτη	56	2.557

Πηγή: ΕΣΥΕ - 1975

Τό 50% των νοσηλευτικών κλινών βρίσκεται στην περιοχή της πρωτεύουσας και τό 70% περίπου στά δυό μεγάλα άστικά κέντρα (Άθήνα και Θεσσαλονίκη). Άς σημειωθεί, άκόμη, ότι στίς ίδιες περιοχές συγκεντρώνονται τά μεγαλύτερα και καλύτερα θεραπευτήρια από τήν άποψη της νοσηλευτικής δυνατότητας.

Στή γενικότερη ανάπτυξη του νοσοκομειακού δίκτυου και, κατά συνέπεια, του ύγειονομικού συστήματος, επέδρασε άποφασιστικά ή συμμετοχή του ιδιωτικού φορέα. Ό άριθμός των κρατικών νοσηλευτικών κλινών περιορίζεται σήμερα στό 46% περίπου του συνόλου. Ή ιδιωτική πρωτοβουλία, λοιπόν, έλέγχει τό μεγαλύτερο μέρος των ύπηρεσιών ύγείας και ανάπτυσσεται (μέ τή δημιουργία νέων νοσηλευτηρίων) τά τελευταία χρόνια μέ έτήσιο ρυθμό 28%, ένώ, αντίθετα, ό ρυθμός ανάπτυξης της δημόσιας νοσοκομειακής ύποδομής περιορίζεται αντίστοιχα στό 3% (Πηγή: W.S.H.A. - 1975).

2.3.2. Νοσηλευτική κίνηση

Τό 1975 νοσηλεύτηκαν στά θεραπευτήρια της χώρας 977.274 άσθενείς που κάλυψαν 14.211.156 μέρες νοσηλείας (Πηγή: ΕΣΥΕ - 1975).

Ό μέσος όρος νοσηλείας κυμάνθηκε στίς 15 μέρες - άριθμός που θεωρείται άρκετά ύψηλός και άντικατοπτρίζει τίς λειτουργικές άδυναμίες των νοσοκομείων μας.

Ή ποσοστιαία κάλυψη των κλινών γενικά σέ όλη τήν επικράτεια, γιά τήν ίδια περίοδο, είναι 70% περίπου. Σημαντική απόκλιση παρουσιάστηκε άνάμεσα στην πρωτεύουσα (80% περίπου) και τήν περιφέρεια (μεταξύ 45% και 68%). Τό γεγονός δέν έρμηνεύεται μόνο από τήν αύξημένη νοσηρότητα που παρουσιάζεται στά μεγάλα άστικά κέντρα αλλά και από τήν άδυναμία των έπαρχιακών νοσοκομείων νά άντιμετωπίσουν σοβαρά περιστατικά.

Ή συχνότητα χρήσης των νοσοκομείων, γιά τό 1975, είναι 110 περίπου εισαγωγές ανά 1.000 κατοίκους. Πολύ μεγαλύτερη είναι ή συχνότητα χρήσης των νοσοκομείων του κέντρου. Ή διαφορά όφείλεται στή μεγάλη ροή άσθενών από τήν έπαρχία. Ή ροή αύτή κυμαίνεται, στίς περισσότερες περιπτώσεις, άνάμεσα στό 25% και 40% (Πηγή: Μελέτη ΚΕΠΕ - 1976).

Ή νοσηλευτική κίνηση, άνάλογα μέ τό είδος νοσηλείας, πα-

ρουσιάζεται ιδιαίτερα αυξημένη στά καρδιολογικά, στά πνευμονολογικά, στά ορθοπεδικά κέντρα και στά νοσηλευτήρια ψυχικών παθήσεων, όπου η κάλυψη των κλινών υπερβαίνει τό 85% (Πηγή: ΕΣΥΕ - 1975), γεγονός πού αποδεικνύει τίς νοσολογικές τάσεις πού διαμορφώνονται και τήν ανάγκη προγραμματισμού, πού πρέπει νά σχεδιαστεί μέ βάση αυτές τίς τάσεις.

2.3.3. Άνθρώπινο δυναμικό

Ίδιαίτερη σημασία γιά τή λειτουργία των υπηρεσιών υγείας προσλαμβάνει και ό αριθμός και ή ποιότητα των στελεχών στό ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό.

2.3.3.1. Ιατρικό δυναμικό

Ό αριθμός των γιατρών στή χώρα μας, σέ συσχετισμό πρós τίς υπάρχουσες ανάγκες αλλά και τίς διεθνείς τάσεις, είναι έπαρκής.

Χώρα	Κάτοικοι ανά γιατρό
Αυστρία	760
Βέλγιο	610
Βουλγαρία	500
Δυτ. Γερμανία	600
Δανία	620
Έλλάδα	571
Μεγ. Βρετανία	760
Τσεχοσλοβακία	450
Καναδάς	630
Σοβιετική Ένωση	390

(Πηγή: W.S.H.A. - 1972)

Ήδη, γιά τό 1975, ή σχέση έχει περαιτέρω βελτιωθεί στήν αναλογία 1:491 (Πηγή: ΕΣΥΕ - 1975). Σοβαρά προβλήματα διαπιστώνονται στήν κατανομή του ιατρικού δυναμικού. Από τούς 19.340 γιατρούς πού είχε ή χώρα μας τό 1976 (Πηγή: ΕΣΥΕ - 1976), τό 73% περίπου ήταν συγκεντρωμένοι στίς περιοχές Άθήνας και Θεσσαλονίκης.

Γεωγραφικό διαμέρισμα	Άριθμός γιατρών
Πρωτεύουσα	11.072
Στερεά Έλλάς-Εύβοια	753
Πελοπόννησος	977
Νήσοι Ίονίου	182
Ήπειρος	295
Θεσσαλία	719
Μακεδονία	4.156
Θράκη	255
Νήσοι Αιγαίου	444
Κρήτη	487

(Πηγή: ΕΣΥΕ - 1976)

Μέ αυτή τήν κατανομή ή αντίστοιχία 1:491 αποβαίνει βελτιωτική γιά τά μεγάλα άστικά κέντρα και διωσιφένεστατη γιά τήν περιφέρεια (π.χ. Εύρυτανία 1:1.360, Χαλκιδική 1:1.570, Καρδίτσα 1:1.350).

Σημαντικά προβλήματα πιστοποιούνται στήν κατάρτιση του ιατρικού δυναμικού και στήν ειδίκευσή του. Έτσι, γιά τό 1976, σέ σύνολο 19.340 γιατρών οί 7.727 (περίπου 40%) ήταν άνειδίκευτοι.

Μεγάλη έλλειψη διαπιστώνεται σέ ειδικευμένα στελέχη και σέ έξαρτημένες ειδικότητες, ιδιαίτερα στήν έπαρχία. Ή ίδια κατάσταση παρουσιάζεται, γιά τό ιατρικό δυναμικό, και σέ νοσοκομειακά στελέχη.

Περίπου 8.638 (ΕΣΥΕ - 1975) γιατροί ειδικευμένοι και μή εργάζονται στά νοσοκομεία σέ σχέση μερικής άπασχόλησης. Από αυτούς 5.249 (περίπου 62%) είναι έγκατεστημένοι στήν πρωτεύουσα. Τό πρόβλημα τής στελέχωσης των έπαρχιακών νοσοκομείων εξακολουθεί νά παρουσιάζει ιδιαίτερη σοβαρότητα.

2.3.3.2. Νοσηλευτικό προσωπικό

Περισσότερο σύνθετη και δυσμενής είναι ή κατάσταση (ποιοτικά και ποσοτικά) προκειμένου γιά τό νοσηλευτικό προσωπικό.

Σύνολο	15.386
Διπλωματούχοι άδελφές	3.655
Μαίες	1.437
Πρακτικές άδελφές	10.294

(Πηγή: ΕΣΥΕ - 1975)

Τό 55% περίπου του νοσηλευτικού προσωπικού εργάζεται σέ νοσηλευτικά ιδρύματα τής πρωτεύουσας. Στά έπαρχιακά νοσοκομεία ή στελέχωση είναι ύποτυπώδης.

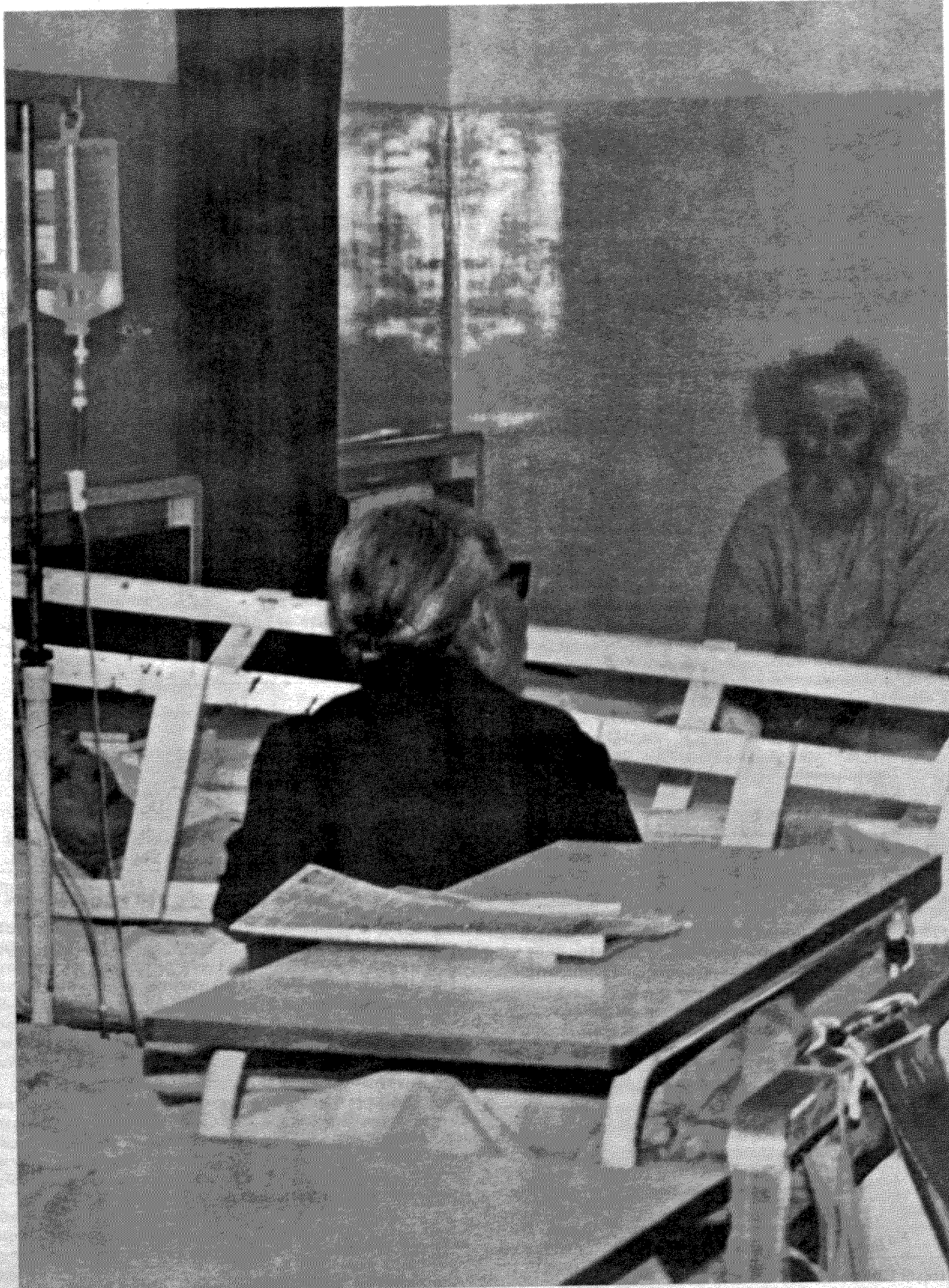
Ή χώρα μας κατέχει τήν τελευταία θέση στήν Εύρώπη σέ ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό.

Χώρα	Κάτοικοι/Διπλ. άδελφές
Αυστρία	290
Βουλγαρία	310
Γαλλία	240
Δανία	120
Έλλάδα	1.480
Μεγ. Βρετανία	290
Σοβιετική Ένωση	220
Φινλανδία	130

(Πηγή: W.S.H.A. - 1975)

2.3.3.3. Λοιπό προσωπικό

Άπογοητευτική παρουσιάζεται, παράλληλα, ή εικόνα σέ ά-



ριθμούς και ειδίκευση των διοικητικών και παραϊατρικών στελεχών των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, με αποτέλεσμα ή διοίκηση και ή λειτουργία τους νά μασιτίζεται από μόνιμα προβλήματα.

Διοικητικό προσωπικό	
Α' κατηγορίας	701
Β' κατηγορίας	3.358
Παραϊατρικό προσωπικό	
Α' κατηγορίας	254
Β' κατηγορίας	476
Τεχνικό προσωπικό	
Α' κατηγορίας	80
Β' κατηγορίας	1.424
Βοηθητικό προσωπικό (καθαριότητας- έξυπνρήτης)	
	11.373
Ειδικές θέσεις (;)	
Α' κατηγορίας	545
Β' κατηγορίας	1.023

Περισσότερο από τό 50% του προσωπικού αυτού εργάζεται σέ νοσοκομεία της Αθήνας. Τό σύνολο σχεδόν δέν έχει ειδίκευση στην οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας, ούτε στοιχειώδη εκπαίδευση στη λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

3. Ασφάλιση Υγείας

Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα παρέχεται από:

α. Τό Δημόσιο

β. Ασφαλιστικούς φορείς πού εποπτεύονται από τό Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών ή άλλα Υπουργεία.

Η νομική φύση, ή οργάνωση, ή χρηματοδότηση, ό τρόπος και ή έκταση παροχών ποικίλλουν στους διάφορους ασφαλιστικούς φορείς.

Από τους 361 ασφαλιστικούς φορείς πού λειτουργούν στη χώρα μας, 79 έχουν κλάδο υγείας και παρέχουν τίς σχετικές υπηρεσίες.

Τό μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού (92% περίπου) καλύπτεται από τέσσερις μεγάλους φορείς:

α. ΟΓΑ (Αγρότες)	44,6%
β. ΙΚΑ (Εργατούπλλάλλλοι)	32,8%
γ. ΤΕΒΕ (Ελεύτεροι επαγγελματίες)	8,0%
δ. Δημόσιο (Δημόσιοι υπάλλλλοι)	6,7%

Μικρό ποσοστό καλύπτεται από διάφορα κλαδικά ασφαλιστικά ταμεία, ενώ 5-6% του πληθυσμού είναι ανασφάλιστοι και καλύπτονται εθκαιρικά μέ τά κοινωνικά προγράμματα του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών.

Από τυπική άποψη, μπορεί νά λεχθεί ότι καλύπτεται τό σύνολο σχεδόν του πληθυσμού. Η πραγματικότητα, όμως, είναι έντελώς διαφορετική και συνδέεται μέ την πληρότητα της ασφαλιστικής προστασίας της Υγείας. Στίς περισσότερες περιπτώσεις ή έκταση και ή διαδικασία παροχής υπηρεσιών είναι τέτοια πού ελαχιστοποιεί ή και εκμηδενίζει την ασφαλιστική προστασία.

Τό μεγάλο «άνοιγμα» πού υφίσταται στην κατά κεφαλή δαπάνη περίθαλψης, μεταξύ των διαφόρων ασφαλιστικών οργανισμών, άποδεικνύει ούσιαστικά ότι μεγάλες ομάδες του πληθυσμού έχουν μόνο τυπική προστασία υγείας.

4. Δαπάνες για την Υγεία

Οί κρατικές δαπάνες για την υγεία αύξήθηκαν κατά την τελευταία δεκαετία σέ διεθνή κλίμακα, σάν άποτέλεσμα της ανάγκης για άποτελεσματικότερη προστασία και του διαρκώς αύξανόμενου κόστους υγείας πού επέφερε ή πρόοδος της ιατρικής έπιστήμης και ή γενικότερη κοινωνική ανάπτυξη.

Χώρα	Ποσοστό % στό 'Ακαθάριστο 'Εθνικό Είσοδημα
Γερμανία	5,6
Γαλλία	4,6
Ίταλία	4,6
Όλλανδία	5,7
Άγγλία	4,9
Ηνωμένες Πολιτείες	7,4
Σουηδία	6,4
Ελλάδα	2,14

(Πηγή: Έθνική Στατιστική 1971)

Στή χώρα μας παραμένουν καθηλωμένες στό 2% περίπου του ακαθάριστου έθνικού εισοδήματος, ενώ στίς περισσότερες χώρες, πού αναφέρονται παραπάνω, αύξήθηκαν κατά 1,2% του ακαθάριστου έθνικού εισοδήματος κατά την τελευταία δεκαετία. Αύτή ή καθυστέρηση έχει άμεσο αντίκτυπο στην ανάπτυξη του υγειονομικού συστήματος και στό γενικότερο κοινωνικό κόστος, αν ύπολογίσει κανείς τίς ανάγκες πού έπισημαίνονται για την εφαρμογή επενδυτικής πολιτικής στόν τομέα αυτό.

Έτσι, ενώ οί άλλες χώρες μέ τίς δαπάνες αυτές αντιμετώπιζουν άποκλειστικά τίς τρέχουσες λειτουργίες, στην Ελλάδα πρέπει νά αντιμετωπιστούν και ζητήματα ανάπτυξης και επέκτασης του συστήματος υγείας.

Δαπάνες του Δημοσίου για την Υγεία σέ σταθερές τιμές 1970 (έκ. δρχ.)

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
Κοινωνική Ασφάλιση	3878	4568	4728	4673	4753	4845	5598
Νοσηλεία Δημ. Υπαλλήλων	665	872	912	955	956	922	960
Επιχορήγηση Ιδρυμάτων	1476	1659	1734	1734	1904	2000	1898
Σύνολο	6019	7099	7374	7362	7613	7847	8453

(Πηγή: Κοινωνικοί προόπολογισμοί)

Η έλάχιστη αύξηση πού παρατηρείται όφείλεται στην αναπροσαρμογή των μισθών και των άμοιβών των εργαζομένων στίς υγειονομικές υπηρεσίες και δέ συνεπάγεται βελτίωση των παροχών.

Οί δαπάνες των ασφαλιστικών οργανισμών, παρά την άνοδική τάση των εσόδων τους, πού προέρχεται από την αύξηση

της ασφαλιστικής εισφοράς, παρουσιάζουν την ίδια στασιμότητα. Αυτό οφείλεται, κατά κύριο λόγο, στην προσπάθεια δημιουργίας αποθεματικών -πέρα από τα ήδη υπάρχοντα- με σκοπό την παγίδευσή τους και την εκχώρησή τους με μορφή μακροπρόθεσμων δανείων προς ιδιωτικές επενδύσεις.

Η ανεπάρκεια παροχής υπηρεσιών εξαιτίας της στασιμότητας των δημοσίων δαπανών, έχει σαν άμεση συνέπεια τη στροφή προς τον ιδιωτικό τομέα περίθαλψης και την αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης σε πρώτη φάση αλλά και του κοινωνικού κόστους γενικότερα. Υπολογίζεται ότι η ιδιωτική δαπάνη για υπηρεσίες υγείας το 1975 έφθασε τα 11 δισεκατομμύρια δρχ. (ΚΕΠΕ) ή τα 16 δισεκατομμύρια δρχ. (ΙΣΑ), ενώ παρατηρείται σταθερά άνοδική τάση.

Η έλλειψη προστασία μεγάλων ομάδων του ελληνικού λαού, ή χαμηλή στάθμη περίθαλψης και ή τεράστια έκταση της ιδιωτικής (50% περίπου της συνολικής) απαιτούν την αύξηση των δαπανών υγείας του Δημοσίου για την κάλυψη των τρεχουσών αναγκών.

Στό επίπεδο της αύξησης των δαπανών πρέπει να υπολογιστούν οι ανάγκες για επενδύσεις και νέα νοσοκομεία, τεχνολογικό εξοπλισμό, δημιουργία νέων υπηρεσιών με σκοπό τη διαάρθρωση ενός συγχρόνου συστήματος υγείας.

5. Έπίμετρο

Για την προστασία της περίθαλψης του ελληνικού λαού και τη διασφάλιση των προϋποθέσεων για την ανάπτυξη της κοινωνικής πολιτικής υγείας, πρέπει αρχικά να αναγνωριστεί σε όλη της την έκταση ή ύπαρξη του προβλήματος και να του δοθεί άμεση προτεραιότητα.

Η ευθύνη του προγραμματισμού και της εκπόνησης ενός σχεδίου για τον εκσυγχρονισμό και τη βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης δεν μπορεί παρά να ανατεθεί σε μία επιτροπή εθνικού προγραμματισμού που θα είναι συγκροτημένη σε διακομματική βάση και στην οποία θα εκπροσωπούνται όλες οι κοινωνικές δυνάμεις. Στό σχεδιασμό μιάς τέτοιας πολιτικής άξονες προσανατολισμού πρέπει να είναι:

α. Η κοινωνική υποχρέωση του κράτους για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε κάθε πολίτη και ή ανάληψη της ευθύνης να εξασφαλίσει όλες τις απαραίτητες θεσμικές, οικονομικές και επιστημονικές προϋποθέσεις για την παροχή σύγχρονης, υψηλής στάθμης περίθαλψης σε καθολική κλίμακα.

β. Η διαχείριση και ο έλεγχος των υπηρεσιών υγείας με την ισότιμη και καθοριστική συμμετοχή όλων των κοινωνικών δυνάμεων.

γ. Η προσπάθεια του κράτους για τον επανακαθορισμό και την ενοποίηση της ασφαλιστικής πολιτικής σε λογικό διάστημα.

δ. Η σύμμετρη ανάπτυξη και κατανομή του υγειονομικού δυναμικού σε όλη την επικράτεια κατά τό βαθμό που απαιτούν οι ύφιστάμενες ανάγκες.

ε. Η μέριμνα του κράτους για την προαγωγή της ιατρικής επιστήμης και έρευνας και ή αναγνώριση της κοινωνικής αποστολής των εργαζομένων στο χώρο αυτό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Δ.Π.Κ., Κοινωνικές μελέτες: για τη λαϊκή υγεία. 'Αθήνα 1977.
2. ΕΙΝΑΠ, «Πρακτικά Πανοσοκομειακού Συνεδρίου» (Δελτίο ΕΙΝΑΠ). 'Αθήνα 1978.
3. ΕΣΥΕ, Στατιστική Έπετηρίς των ετών 1971-75. 'Αθήνα.
4. ΕΣΥΕ, Δελτίον Στατιστικής Κοινωνικής Προνοίας και 'Υγιεινής των ετών 1971-75. 'Αθήνα.
5. ΕΣΥΕ, Κοινωνικός προϋπολογισμός των ετών 1973-75. 'Αθήνα.
6. Ζαφείρας Θωμάς, Ασφάλιση 'Υγείας. 'Αθήνα 1975.
7. ΙΚΑ, Προγραμματισμός δράσης 1976-80. 'Αθήνα 1976.
8. ΙΣΑ, Έθνικός Φορέας 'Υγείας. 'Αθήνα 1977.
9. ΚΕΠΕ, Έκθεση επιτροπής υγείας του προγράμματος προοπτικής 1973-1987. 'Αθήνα 1972.
10. ΚΕΠΕ, Έκθεση επιτροπής κοινωνικής πρόνοιας του προγράμματος προοπτικής 1973-1987. 'Αθήνα 1972.
11. ΚΕΠΕ, 'Υγεία: Πρόγραμμα ανάπτυξεως 1976-80. 'Αθήνα 1976.
12. Πάτρας Λουκάς, Σχεδιασμός κοινωνικής πολιτικής. 'Αθήνα.
13. Πελοποννήσιος Ξενοφών, 'Οργάνωση και νομοθεσία νοσοκομειακής περίθαλψης. 'Αθήνα 1961.
14. Πολύζος 'Ιωάννης, Κοινωνική πρόνοια και υγειονομική περίθαλψη. 'Αθήνα 1974.
15. Ραζής Νικόλαος, 'Αγροτικά κοινωνικά ασφάλισεις. Συγκριτική μελέτη. 'Αθήνα 1965.
16. Σπηλιόπουλος Γεώργιος, Τό υγειονομικό πρόβλημα. 'Αθήνα 1975.
17. Τσουδερού Βιργινία, 'Ιατρική περίθαλψη και πρόνοια. 'Αθήνα 1963.
18. 'Υπουργείο Κοινωνικών 'Υπηρεσιών, 'Ατλας Κοινωνικών 'Υπηρεσιών. 'Αθήνα 1972.
19. 'Υπουργείο Κοινωνικών 'Υπηρεσιών, Έκθεση επί της εθνικής πολιτικής υγείας (Μελετητής Pr. Berger). 'Αθήνα 1970.
20. 'Υπουργείο Συντονισμού, Έθνικοί Λογαριασμοί ετών 1973-74. 'Αθήνα.
21. Χλουδεράκης Κωστής, Γιατροί και άρρωστοι. 'Αθήνα 1975.

Δικαιούχοι και δαπάνες ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης 1974
(σε εκατ. δρχ.)

Ασφαλιστικοί Όργανισμοί	Δικαιούχοι	Ποσοστό % στο σύνολο	Σύνολο δαπάνης	Δαπάνη/ Δικαιούχου σε δρχ.
ΙΚΑ	2.988.540	32,8	2.456,7	822
* ΟΓΑ	4.070.756	44,6	424,0	104
ΤΕΒΕ	725.180	8,0	40,2	55
Δημόσια	610.000	6,7	1.090,0	1.787
Τράπεζες	69.842	0,8	189,6	2.714
ΟΤΕ-ΔΕΗ	172.622	1,9	222,8	1.295
ΤΣΑΥ-ΤΑΕ	179.131	2,0	-	-
Υπόλοιποι	302.214	3,3	320,1	1.059
Σύνολο	9.118.285**	100,0	4.743.559	

Σύνολο δαπάνης	Δαπάνη/Δικαιούχου (σε δρχ.)	Σύνολο δαπάνης	Ποσοστό % στο σύνολο
1.164,0	390	3.620,0	46,0
940,8	231	1.364,8	17,4
478,5	660	518,7	6,6
271,4	445	1.361,5	17,3
57,4	823	247,0	3,1
62,3	362	235,1	3,0
55,8	312	55,8	0,7
140,8	466	460,8	5,9
3.171.011		7.864.572	100,0

* κατά προσέγγιση.

** συνολικός αριθμός με επικαλύψεις εξαιτίας διπλής ασφάλισης.

(Πηγή: Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, Διεύθυνση Προγραμματισμού και Μελετών - Μελέτη ΚΕΠΕ (1976): Στοιχεία 1974).

Μηνιαία ιδιωτική δαπάνη για υπηρεσίες υγείας σε δρχ. και % του συνόλου δαπάνων σε κάθε νοικοκυριό - 1974

Δαπάνη	Γενικά			Αστικές περιοχές			Ημιαστικές περιοχές			Αγροτικές περιοχές		
	Ποσό	%	% συνόλου	Ποσό	%	% συνόλου	Ποσό	%	% συνόλου	Ποσό	%	% συνόλου
Φάρμακα	105	30	1,1	106	27	0,9	125	35	1,4	96	35	1,4
Ιατρική περίθαλψη	172	48	1,8	199	50	1,8	174	48	1,9	119	44	1,8
Νοσοκομειακή περίθαλψη	79	22	0,8	94	23	0,8	61	17	0,7	56	21	0,8
Συνολική ιδιωτική δαπάνη	356	100	1,7	400	100	3,6	360	100	4,0	272	100	4,1

(Πηγή: Οικονομικός προγραμματισμός - ΕΣΥΕ)