

Θεόδωρος Σακελληρόπουλος
— επιμέλεια —

ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ
ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ
ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ
ΕΛΛΑΔΑ

ΤΟΜΟΣ Α΄

ΤΡΙΤΗ, ΔΙΕΥΡΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΒΕΛΤΙΩΜΕΝΗ ΕΚΔΟΣΗ

Γ Ρ Α Φ Ο Υ Ν

Κ. Βαϊτσος, Τ. Γιαννίτσας, Η. Ιωακείμογλου,
Θ. Καθαφάτης, Σ. Κατσαμπάνης, Ν. Μαραβέγιας,
Γ. Μήλιος, Α. Παπαδασκαληόπουλος, Χ. Οικονόμου,
Ρ. Παναγιωτοπούλου, Θ. Σακελληρόπουλος,
Γ. Σταθάκης, Γ. Σταμάτης, Π. Τσαλίκη,
Ε. Τσουηφίδης, Τζ. Χαρηλαύτη, Μ. Χριστοφάκης



ΕΚΔΟΣΕΙΣ
ΔΙΟΝΙΚΟΣ

Θεόδωρος Σακελλαρόπουλος (επιμ.), *Οικονομία και πολιτική στη σύγχρονη Ελλάδα*, τόμος Α'

Τρίτη διευρυμένη και βελτιωμένη έκδοση, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα, 2005
ISBN 960-6619-08-7 SET 960-6619-07-9

Δεύτερη έκδοση, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα, 2004

ISBN 960-87884-6-3 SET 960-87884-5-5

Πρώτη έκδοση, Πληροφόρηση, Αθήνα, 1992

ISBN 960-85203-1-2

© Copyright: Θεόδωρος Σακελλαρόπουλος, Αθήνα, 2005

© Copyright: Θεόδωρος Σακελλαρόπουλος, Αθήνα, 2004

© Θεόδωρος Σακελλαρόπουλος, Αθήνα, 1992

© Γ. Σταμάτης (επιμ.), *Οικονομική κρίση και κρατική πολιτική*, Αθήνα, 1990, εκδ. Κριτική.

© Κ. Βαϊτσός - Τ. Γιαννίτης, *Τεχνολογικός μετασχηματισμός και οικονομική ανάπτυξη*, Αθήνα, 1987, εκδ. Gutenberg

Τυπογραφικές διορθώσεις | Μαρία Λιάκου

DTP | Ευγενία Τζώρτζη

Φιλμ, μοντάζ | RAY ΕΠΕ

Εκτύπωση, βιβλιοδεσία | ΕΥΡΩΤΥΠ Α.Ε.

Απαγορεύεται η αναδημοσίευση ή αναπαραγωγή του παρόντος έργου στο σύνολό του ή τμημάτων του με οποιονδήποτε τρόπο, καθώς και η μετάφραση ή εκμετάλλευση του με οποιονδήποτε τρόπο αναπαραγωγής έργου λόγου ή Τέχνης, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 2121/1993 και της Διεθνούς Σύμβασης Βέρνης-Παρισιού, που κυρώθηκε με το Ν. 100/1975. Επίσης απαγορεύεται η αναπαραγωγή της στοιχειοθεσίας, της σελιδοποίησης, του εξωφύλλου και γενικότερα της όλης αισθητικής του βιβλίου με φωτοτυπίες, ηλεκτρονικές ή οποιεσδήποτε άλλες μεθόδους, σύμφωνα με το Άρθρο 51 του Ν. 2121/1993.



ΕΚΔΟΣΕΙΣ
ΔΙΟΝΙΚΟΣ

Μαρία Τσακουρίδου & ΣΙΑ Ο.Ε.

Φειδίου 18, Αθήνα, 106 78

Τηλ. & fax: 210 38 01 777, e-mail: dionicos@otenet.gr

ως σημείο τμήσης, οπότε σηματοδοτείται η μετάβαση σε μια νέα φάση της υγειονομικής πολιτικής της χώρας, δεδομένου ότι η θεσμοθέτηση τη χρονιά αυτή του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) συνιστά τη βασικότερη προσπάθεια συνολικής αντιμετώπισης των προβλημάτων του υγειονομικού τομέα μέχρι εκείνη τη στιγμή.

Σε θεσμικό επίπεδο η περίοδος που ξεκινά μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο και εκτείνεται μέχρι το 1983 χαρακτηρίζεται από τρία σημαντικά νομοθετήματα, που είναι το Ν.Δ. 2592/53 «Περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως», ο Ν. 3487/55 «Περί κοινωνικής ασφαλίσεως των αγροτών» και ο Ν. 4169/61 «Περί γεωργικών κοινωνικών ασφαλίσεων», καθώς και το Ν.Δ. 67/68, το οποίο προέβλεπε την υποχρεωτική υπηρεσία στην ύπαιθρο για τους γιατρούς. Όμως, η σταδιακή κατάρχιση των προβλεπόμενων του Ν.Δ. 2592/53 και η ανεπαρκής περιθάλψη των αγροτικών στρωμάτων, όπως θα δειχθεί στη συνέχεια, συμβάδισαν με την απουσία οποιασδήποτε άλλης προσπάθειας για τη δημιουργία ενός οργανωμένου συστήματος υγείας, το οποίο να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού και να συμβάδιζε με ένα γενικότερο κοινωνικοοικονομικό αναπτυξιακό όραμα.

Από την άποψη αυτή, η θεσμοθέτηση του ΕΣΥ αποτέλεσε ίσως τη σημαντικότερη μετεργασμένη της δεκαετίας του 1980, και αυτό για δύο λόγους. Πρώτον, γιατί σηματοδότησε την πρώτη ολοκληρωμένη παρέμβαση για την κατοχύρωση της καθολικής κοινωνικής προστασίας της υγείας ως κοινωνικού δικαιώματος, με βήση τη θέση του κάθε ατόμου ως πολίτη μιας δημοκρατικά ενομούμενης κοινωνίας. Δεύτερον, γιατί η όλη προσπάθεια προϋπέθετε την υιοθέτηση και εφαρμογή ενός διαφορετικού πλαισίου αντιλήψεων και οργανωτικών αρχών για τον ρόλο και την παροχή των υπηρεσιών υγείας, γεγονός που καθιστούσε αναγκαία την αναδιοργάνωση του υφιστάμενου μέχρι τότε «μη συστήματος».

Στη συνέχεια της εργασίας αυτής, διερευνώνται τα προβλήματα που χαρακτηρίζουν τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα κατά το διάστημα 1950-1983 και εξετάζονται κριτικά οι θεσμικές παρεμβάσεις και οι προτάσεις που διατυπώθηκαν για την ανάληψη μεταρρυθμιστικών πρωτοβουλιών.

2. Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα από τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο μέχρι τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ

Τα πρώτα μεταπολεμικά χρόνια χαρακτηρίζονται από την προσπάθεια οικονομικής ανασυγκρότησης της χώρας και αποκατάστασης των ζημιών που είχαν προκληθεί.³ Στον τομέα της υγείας εμφανίζονται σημαντικά προβλήματα, τόσο ως προς το επί-

3. Για το κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό πλαίσιο της περιόδου αυτής βλ.: Ιατρίδης Γ., (1984), (επιμ.), *Η Ελλάδα στη δεκαετία 1940-1950. Ένα έθνος σε κρίση*, Θεμέλιο, Αθή-

ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ

ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΜΕΤΑΠΟΛΕΜΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ (1950-1983)

1. Εισαγωγή

Η εθνική πολιτική υγείας αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της γενικότερης κοινωνικής πολιτικής ενός κράτους. Η διαμόρφωση και η άσκηση της επηρεάζονται από διάφορους κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτικούς παράγοντες στο πλαίσιο μιας δυναμικής σχέσης αλληλεπίδρασης. Οι δημογραφικές τάσεις, το επιδημιολογικό πρότυπο, οι πολιτισμικές παραδόσεις, οι κοινωνικές δομές και το σύστημα διακυβέρνησης συνιστούν προοριστικές συνιστώσες της πολιτικής υγείας. Επιπροσθέτως, το οικονομικό περιβάλλον και το επίπεδο ανάπτυξης μιας χώρας σχετίζονται τόσο με τους πόρους που μπορούν να διατεθούν για τον υγειονομικό τομέα όσο και με το επίπεδο υγείας του πληθυσμού.¹ Από την άλλη μεριά, ολοένα και περισσότερο αναγνωρίζεται η συμβολή της υγείας στην αναπτυξιακή διαδικασία μιας χώρας, ιδιαίτερα με την εξασφάλιση ισότιμης διάχυσης της υγείας στον πληθυσμό και ισοτήτα στη χρηματοδότηση και την πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας, δεδομένου ότι συνιστά επένδυση στο ανθρώπινο κεφάλαιο.²

Το ερώτημα το οποίο προκύπτει είναι το αν και σε ποιο βαθμό η πολιτική υγείας που εφαρμόστηκε μεταπολεμικά στην Ελλάδα είχε στοιχεία μιας τέτοιας προσέγγισης και αν όχι, ποιοι παράγοντες επέδρασαν σε αυτό. Στο πλαίσιο του συγκεκριμένου προβληματισμού, το παρόν κείμενο επιχειρεί μια ιστορική αναδρομή στην πολιτική υγείας στην Ελλάδα κατά την περίοδο 1950-1983, υπό το πρίσμα των κοινωνικοοικονομικών δεδομένων της υπό εξέταση περιόδου. Το έτος 1983 εκλαμβάνεται

1. Kronenfeld J. J., (2002), *Health care policy. Issues and trends*, Praeger, Westport, σ.σ. 1-20. Wall A., (1996), «Introduction», στο: Wall A., (ed.), *Health care systems in liberal democracies*, Routledge, London, σ.σ. 1-11. Walt G., (1994), *Health policy. An introduction to process and power*, Zed Books, London.

2. Mackintosh M., Tibandebage P., (2004), «Inequality and redistribution in health care: Analytical issues for developmental social policy», στο: Mkwandawire T., (ed.), *Social policy in a development context*, UNRISD, Palgrave Macmillan, Hampshire, σ.σ. 143-174. Phillips D., Verhassel Y., (1994), «Introduction: Health and development», στο: Phillips D., Verhassel Y., (eds.), *Health and development*, Routledge, London, σ.σ. 3-32. World Bank, (1993), *World Development Report 1993: Investing in health*, Oxford University Press, Oxford.

πεδο υγείας του πληθυσμού όσο και ως προς τις υλικοτεχνικές υποδομές και το ειδικευμένο υγειονομικό προσωπικό. Ασθένειες όπως η φυματίωση, τα σφραδίσια νοσήματα, η λέπρα και το τράχημα είχαν σημαντική επίπτωση στον πληθυσμό και τα μέτρα αντιμετώπισής τους ήταν ανεπαρκή, υποτυπώδη ή ξεπερασμένα. Οι υπηρεσίες υγείας παρουσάζαν ελλιπή στελέχωση και οι κτηριολογικές και τεχνολογικές εγκαταστάσεις κρίνονταν ανεπαρκείς. Το υγειονομικό προσωπικό είχε συχνά χαμηλή εκπαίδευση, ήταν άσια καταταξιμένο μεταξύ επαρχιακών και αστικών περιοχών ενώ παρουσάζονταν σημαντικές ελλείψεις σε ειδικότητες όπως τεχνικοί εργασιών, υγειονολόγοι, μικροβιολόγοι ή ακτινολόγοι. Στον νοσοκομειακό τομέα, οι κλίνες δεν κάλυπταν τις ανάγκες του πληθυσμού και ήταν γεωγραφικά άσια κατανομημένες, σε πολλά νοσοκομεία δεν υπήρχαν αίθουσες τοκετών και χειρουργεία ή ήταν ανεπαρκώς εξοπλισμένα. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι για την εισαγωγή σε ορισμένα νοσοκομεία χρειαζόταν η μεσολάβση γνωστών.⁴

Με σκοπό την αντιμετώπιση της παραπάνω δυσμενούς κατάστασης εκδόθηκε το Ν.Δ. 2592/1953 «Περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως». Πρόκειται για ένα κανονισμό για την εποχή εκείνη διάταγμα, το οποίο ψηφίστηκε ομόφωνα από τη Βουλή και αποτέλεσε την πρώτη σοβαρή προσπάθεια συστηματικής αναδιοργανώσεως των υπηρεσιών υγείας της Ελλάδας, πρωθόντος αρχές αντιτόχες με αυτές του ιδρυτικού νόμου του ΕΕΥ της Μ. Βρετανίας (1946), όπως η διοικητική και οικονομική αποκεντρώση, ο προγραμματισμός με βάση τις ανάγκες των πολιτών, η συμμετοχή της κοινότητας στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων και η δημιουργία ενιαίου χρηματοδοτικού φορέα.

Πιο συγκεκριμένα, το διάταγμα προέβλεπε τη διάκριση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες και τη σύσταση σε καθεμία από αυτές περιφερειακής υγειονομικής υπηρεσίας, αρμόδιας για τον προγραμματισμό και τον συντονισμό των υπηρεσιών. Θεομεθεύονταν επίσης το Κεντρικό και τα Περιφερειακά Συμβούλια Ιατρικής Αντιλήψεως, καθώς και οι Επιτροπές Ιατρικής Αντιλήψεως στις πρωτεύουσες των νομών ή των επαρχιών, με ρόλο συμβουλευτικό και γνωμοδοτικό, στις οποίες συμμετείχαν εκπρόσωποι των κοινωνικών εταίρων. Όσον αφορά τη χρηματοδότηση, προβλεπόταν η σύσταση ειδικού λογαριασμού στο υποκατάστημα της Εθνικής Τράπεζας στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας, με σκοπό τη συγκέντρωση των υγειονομικών πόρων που προέρχονταν από όλες τις πηγές χρηματοδότησης. Η παροχή των υπηρεσιών στηριζόταν στη λειτουργία σε κάθε περιφέρεια ενός κεντρικού νοσοκομείου στην έδρα της περιφέρειας, δυναμικότητας 150 κλινών, στελεχωμένου να. Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα, (1994), *Η ελληνική κοινωνία κατά την πράξη μεταπολεμική περίοδο (1945-1967)*, Πρακτικά 4ου επιστημονικού συνεδρίου, Πάντειο Πανεπιστήμιο 24-27 Νοεμβρίου 1993.

4. Βλ. διαπιστώσεις της έκθεσης του Τμήματος Δημόσιας Υγείας της Αμερικανικής Αποστολής Βοήθειας προς την Ελλάδα: Public Health Division MSA, (1952), *Greece, Annual Report, fiscal year 1951-52*, Athens.

με τις περισσότερες ιατρικές ειδικότητες, περισσότερων του ενός γενικών νοσοκομείων δυναμικότητας 60 κλινών, στελεχωμένων με ειδικότητες παθολογίας, χειρουργικής, μαιευτικής, μικροβιολογίας και ακτινολογίας, και κοινοτικών υγειονομικών σταθμών στις αγροτικές περιοχές. Επίσης το διάταγμα θεσμοθετούσε οικονομικά κίνητρα στους γιατρούς για τη στελέχωση υπηρεσιών σε απομακρυσμένες περιοχές, ενώ τονιζόταν η ανάγκη προσδιορισμού του αριθμού των κλινών σε κάθε περιφέρεια με βάση δεδομένα όπως το μέγεθος και η σύνθεση του πληθυσμού αναφοράς, η νοσηρότητα και η θνησιμότητα, η δυναμότητα οδικής πρόσβασης κ.λπ.

Δυστυχώς η εφαρμογή του διατάγματος ήταν μερική, δεδομένου ότι πολλές διατάξεις του δεν εφαρμόστηκαν ή τροποποιήθηκαν πολύ σύντομα με τον Ν. 3487/1955 «Περί κοινωνικής ασφαλίσεως των αγροτών». Ο διαχωρισμός της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες καταργήθηκε, η λειτουργία και ο ρόλος του Κεντρικού και των Περιφερειακών Συμβουλίων Ιατρικής Αντιλήψεως περιορίστηκαν και υποβαθμίστηκαν και οι ειδικοί λογαριασμοί χρηματοδότησης καταργήθηκαν και υπήρξε Έτσι χάθηκε μια δεύτερη ευκαιρία, το εγχείρημα έμεινε αναολκλήρωτο και χρειάστηκε η πάροδος 30 χρόνων για να επαναληφθεί.

Οι αιτίες μη υλοποίησης του διατάγματος θα πρέπει να αναζητηθούν στο εύρωτο θεσμικό και κοινωνικό πλαίσιο της χώρας. Ο τρόπος με τον οποίο οι δυτικές φιλελεύθερες δημοκρατίες υιοθέτησαν μέτρα κοινωνικής πολιτικής δεν ήταν μόνο μια λειτουργία κοινωνικής δικαιοσύνης που στηριζόταν στις κοινωνικές ανάγκες, αλλά και ένα αποτέλεσμα του πώς οι πολιτικές και διοικητικές δομές των δημοκρατιών αυτών μπόρεσαν να ανταποκριθούν στις νέες ανάγκες της θεσμικής δομής της δημοκρατικής διακυβέρνησης. Στα πλαίσια αυτά, αποκτούν ιδιαίτερη σημασία οι διαδικασίες με τις οποίες οι πολιτικές και διοικητικές δυνάμεις μετατρέπουν τους στόχους, τις προτεραιότητες και τους πόρους σε πραγματικότητα.⁵

Η βασική φιλοσοφία της αποκεντρώσεως που διαπερνούσε το διάταγμα ερχόταν σε αντίθεση με τη συγκεντρωτική διοικητική δομή του ελληνικού κράτους και τις περιορισμένες αρμοδιότητες της τοπικής αυτοδιοίκησης και έφερε στο προσκήνιο τις δυσκολίες στη διαδικασία σχεδιασμού και εφάρμογής προγραμμάτων λόγω της απουσίας μιας καλά οργανωμένης διοικητικής γραφειοκρατίας. Επιπροσθέτως, η χαμηλή πυκνότητα και η άνιση γεωγραφική κατανομή του πληθυσμού λόγω της εξωτερικής μεταστάσεως και της μετακίνησης προς τα αστικά κέντρα, που ήταν απόρροια των δυσμενών κοινωνικοοικονομικών συνθηκών απασχόλησης και διαβίωσης και της πολιτικής αστάθειας, έθεταν περιορισμούς στην ανάπτυξη ενός αποκεντρωμένου συστήματος υγείας.⁶ Έτσι,

5. Ashford D., (1986), *The emergence of the welfare states*, Blackwell, Oxford, σ.σ. 1-29 και 300-318.

6. Μωραΐτης Ε., (1987), «Το Ν.Δ. 2592/53 Περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως. Κριτική θεώρηση μιας αναξιοποίητης ευκαιρίας για την υγειονομική οργάνωση της

χάθηκε μια σημαντική ευκαιρία που θα μπορούσε να είχε δρομολογήσει μια διαφορετική πορεία του υγειονομικού τομέα στη χώρα.

Όπως προαναφέρθηκε, ο Ν. 3487/55 αναπαύσει τη φιλοσοφία και πολλές θετικές προβλέψεις του Ν.Δ. 2592/53. Προβλέπει ωστόσο μια σειρά διατάξεων για την ανοικτή και κλειστή ιατρική και φαρμακευτική περιβαλμένη των αγροτών. Ο νόμος αυτός προέβλεπε στον διαχωρισμό εύπορων και άπορων αγροτών, με βάση τον οποίο οι εύποροι αγρότες έπρεπε να πληρώνουν ετήσιο ασφαλιστικό 50 δραχμών προκειμένου να δικαιούνται παροχών ανοικτής ιατρικής, οδοντιατρικής και φαρμακευτικής περιβαλμένης. Επιπροσθέτως, προβλεπόταν η σύσταση κοινοτικού ιατρείου για πληθυσμό άνω των 3.000 κατοίκων, στελεχωμένου με γκαρντ, μαιά και νοσοκόμα, ενώ για πληθυσμούς κάτω των 3.000 κατοίκων ιδρύονταν αγροτικό ιατρείο με έναν γενικό γκαρντ. Για περιοχές δυσπρόσιτες και αραιοκατοικημένες, η ίδρυση κοινοτικού ιατρείου εξαρτώνταν από την κατάσταση της συγκοινωνίας. Τέλος, η πρόσβαση στη νοσοκομειακή περιβαλμένη ήταν δωρεάν στα δημόσια νοσοκομεία με βάση τη χορήγηση πιστοποιητικού απορίας.

Η αποτελεσματικότητα του δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας που δημιουργήθηκε με την παραπάνω θεσμική παρέμβαση ήταν περιορισμένη, αφού η ανεπαρκής συγκοινωνιακή υποδομή, η απουσία φαρμακείων και η έλλειψη ιατρείων και προσωπικού (αναλογούσε 1 γκαρντ ανά 4.000 άτομα) οδήγησαν σε ανεπαρκή κάλυψη των αναγκών.⁷ Ενδεικτικά, το 1961 λειτουργούσαν 1.137 αγροτικά ιατρεία, με προσωπικό 1.141 γκαρντ, 436 μαιές και 415 νοσοκόμες.⁸ Επιπροσθέτως, ο Ν. 3487/55 είχε προνοιακό χαρακτήρα, δεδομένου ότι έθετε τον διαχωρισμό άπορων και εύπορων αγροτών και δεν ανταποκρινόταν στις αρχές της κοινωνικής ασφάλισης.

Κατά τη διάρκεια της υπολοιπής περιόδου μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '80, η φροντίδα υγείας στην Ελλάδα στηρίχθηκε στις αρχές της κοινωνικής ασφάλισης. Κύρια επιδίωξη ήταν η επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης σε όλες τις κατηγορίες του πληθυσμού, με σημαντικότερα μέτρα τη σταδιακή επέκταση της ασφάλισης του ΙΚΑ σε ολόκληρη την επικράτεια⁹ και τη θεσμοθέτηση της κοινωνικής ασφάλι-

χώρας, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, έτος 2, τεύχος 4, σ.σ. 5-11. Νιάκας Δ., (1995), «Λιτές μη υλοποίησις μιας καινοτόμου νομοθετικής παρέμβασης (Ν.Δ. 2592/53) για την υγεία και περιφερειακή οργάνωση του υγειονομικού συστήματος», στο: 4ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, *Η ελληνική κοινωνία κατά την πρώτη μεταπολεμική περίοδο 1945-1967*, Αθήνα, τόμ. Β', σ.σ. 63-70. Οικονόμου Χ., (1996), *Το κοινωνικό κράτος στη δεκαετία του 1980. Το παράδειγμα του Εθνικού Συστήματος Υγείας*, Διδακτορική Διατριβή, Πάνατο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα, σ.σ. 258-263.

7. Κρον Γ., (1961), «Έκθεσις περί των κοινωνικών ασφαλίσεων του αγροτικού πληθυσμού της Ελλάδος», *Δελτίο ΙΚΑ*, τεύχος 1-2, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 1961.

8. Εισηγητική Έκθεση επί του Σχεδίου Νόμου «Περί Γεωργικών Κοινωνικών Ασφαλίσεων», όπως δημοσιεύεται στο *Δελτίο ΙΚΑ*, Τεύχος 6, Ιούνιος 1961, σελ. 345.

9. Προβόπουλος Γ., (1985), *Η κρίση στην κοινωνική ασφάλιση. Το πρόβλημα του ΙΚΑ*, ΙΟΒΕ, Αθήνα, σ.σ. 18-23.

λισης των αγροτών με τον Ν. 4169/61 «Περί γεωργικών κοινωνικών ασφαλίσεων». Με τον νόμο αυτό ιδρύθηκε ο ΟΓΑ και θεσπίστηκαν οι παροχές σύνταξης γήρατος στους αγρότες, περιβαλμένης σθένειας σε αυτούς και τις οικογένειές τους και αποζημίωσης λόγω χαλαζιού και παγετού. Στην Εισηγητική Έκθεση του νόμου η τότε κυβέρνηση Καραμανλή φανίνεται σαφέστατα ότι υποστηρίζει την προτεραιότητα της οικονομικής ανάπτυξης και των παραγωγικών επενδύσεων έναντι της άσκησης κοινωνικής και υγειονομικής πολιτικής, της οποίας δεν αντιλαμβάνεται τον παραγωγικό και επενδυτικό χαρακτήρα και τις θετικές επιπτώσεις που μπορεί να έχει στην οικονομική και κοινωνική ευημερία. Αναγκάζεται ωστόσο να παραδεχτεί ότι η ασφαλιστική κάλυψη των αγροτών επιβάλλεται για λόγους ίσης μεταχείρισης του αστικού και του αγροτικού πληθυσμού, δικαιότερης κατανομής του εθνικού εισοδήματος και συμμόρφωσης με τις διεθνείς τάσεις, που επιβάλλουν την επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης σε όλο τον πληθυσμό.¹⁰

3. Προβλήματα και προτάσεις αναδιοργάνωσης της ιατρικής περιβαλμένης

Η φροντίδα υγείας στην Ελλάδα μέχρι το 1983 στηριζόταν στις αρχές της κοινωνικής ασφάλισης, με κύριο χαρακτηριστικό την κατάκτηση της ασφαλιστικής κάλυψης σε μεγάλο αριθμό φορέων, οι οποίοι διέπονταν από διαφορετικά νομικά καθεστώτα λειτουργίας, διαφορετικά συστήματα παροχής υπηρεσιών και διαφορετικό εύρος κάλυψης. Το αποτέλεσμα ήταν η εμφάνιση ανισοτήτων ως προς την έκταση, την ποιότητα και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, καθώς επίσης και αλληλοεπικαλύψεων, αλλά ταυτόχρονα και κενών, δεδομένου ότι τμήματα του πληθυσμού δεν είχαν ιατρική περιβαλμένη. Επιπροσθέτως, η απουσία κεντρικού συντονιστικού οργάνου σήβηλε στην έντονη ανισοκατανομή των υλικών και ανθρωπίνων υγειονομικών πόρων, ενώ τα προβλήματα εντεινόταν από το χαμηλό επίπεδο των δημόσιων δαπανών υγείας, αφού αυτές απορροφούσαν μέχρι το 1975 κάτω από το 2,5% του ΑΕΠ.¹¹

Μια εμπειριστατωμένη εικόνα της κατάστασης, όπως αυτή αποτυπώνεται για το έτος 1982, δίνει η έρευνα των Καράγιωργα κ.ά. για τις διαστάσεις της φτώχειας στην

10. Εισηγητική Έκθεση επί του Σχεδίου Νόμου «Περί γεωργικών κοινωνικών ασφαλίσεων», όπως δημοσιεύεται στο *Δελτίο ΙΚΑ*, τεύχος 6, Ιούνιος 1961, σ.σ. 337-368.

11. Βασιλικών Ίδρυμα Ερευνών, (1970), *Κοινωνική προστασία εν Ελλάδι. Έρευνα επί της υφιστάμενης κατάστασης και προοπτική*, Αθήνα, σ.σ. 257-270. Κούρτης Κ., (1970), *Το πρόβλημα της οργάνωσης της παροχής της ιατρικής περιβαλμένης εις την Ελλάδα και εις άλλες χώρες*, Αθήνα, σ.σ. 15-17, 25-43. Υφαντόπουλος Γ., (1988), *Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις*, ΕΚΚΕ, Αθήνα, σ.σ. 47-134.

Ελλάδα.¹² Στην έρευνα αυτή, εξετάζεται η νοσηρότητα ανά επαγγελματική κατηγορία και γίνεται η διάκριση σε άπορους και μη άπορους νοσηλευθέντες ασθενείς, για να εξακριβωθούν οι διαφορές στο νοσολογικό φάσμα μεταξύ των κοινωνικοεπαγγελματικών κατηγοριών του πληθυσμού. Κύρια διαπίστωση των ερευνητών ήταν ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές στη νοσηρότητα μεταξύ των διαφόρων κατηγοριών. Ειδικότερα, τα φτωχά στρώματα των τεχνιτών, των εργατών, των γεωργών και των κτηνοτρόφων αντιμετώπιζαν περισσότερο προβλήματα λοιμώξεων, ατυχημάτων και ασθενειών του μυοσκελετικού συστήματος, που σχετίζονται με το είδος και το περιβάλλον της εργασίας τους καθώς και της κατοικίας τους. Εξετάζοντας τη σχέση νοσηρότητας και κοινωνικής ασφάλισης, βρέθηκε ότι οι υψηλότεροι δείκτες νοσηλείας εμφανίζονται στα ασφαλιστικά ταμεία με τις χαμηλότερες παροχές περίθαλψης, όπως ο ΟΓΑ. Επιπροσθέτως, οι άποροι εμφανίζουν μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας, χειρότερους δείκτες έκθεσης καθώς και μεγαλύτερες πιθανότητες θανάτου ανά κατηγορία νόσου.

Εκτός από τις ανισότητες στο επίπεδο υγείας, ανισότητες υπήρχαν και σε σχέση με την ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού. Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται οι κατά κεφαλήν δικαιούχοι δαπάνες υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών. Από τα δεδομένα του πίνακα προκύπτουν σημαντικές διαφορές στο εύρος της κάλυψης για εξωνοσοκομειακή και νοσοκομειακή περίθαλψη μεταξύ των επιμέρους φορέων.

Πίνακας 1

Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης
το έτος 1982 (σε δρχ.)

Ασφαλιστικοί οργανισμοί	Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη	Νοσοκομειακή περίθαλψη	Σύνολο
ΙΚΑ	2.267	2.470	4.737
ΟΓΑ	650	1.815	2.465
ΤΕΒΕ	1.290	1.373	2.663
Τραπεζών	11.282	3.830	15.112
Δημόσιων υπαλλήλων	6.629	2.249	8.878
ΟΤΕ	9.045	1.904	10.950
ΤΣΑΥ	417	1.984	2.402
ΤΑΕ	-	1.367	1.367
Λοιποί οργανισμοί	4.233	2.375	6.608

Πηγή: Καράγιωργας κ.ά., 1990, σελ. 788.

12. Καράγιωργας Σ., Γεωργακόπουλος Θ., Καραντινός Δ., Λοϊζίδης Γ., Μπούζας Ν., Υφαντόπουλος Γ., Χρυσάκης Μ., (1990), Διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα, ΕΚΚΕ, Αθήνα, σ.σ. 731-821.

Ανάλυση ήταν η κατάσταση και στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας, όπου το μέζον πρόβλημα ήταν η άιση περιφερειακή κατανομή των πόρων. Όπως διαπιστώνεται σε έκθεση του ΚΕΠΕ για την περιφερειοποίηση των υπηρεσιών υγείας, η πολιτική που ακιβήθηκε μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του '70 δεν ανταποκρίθηκε στην ανάγκη για ορθολογική και ισομερή κατανομή των υγειονομικών πόρων με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού, με αποτέλεσμα να υφίσταται εκτεταμένη ανισότητα μεταξύ των νομών και των περιφερειών της χώρας ως προς την πρόσβαση του πληθυσμού σε επαρκείς και ποιοτικές υπηρεσίες.¹³ Όπως φαίνεται από τον πίνακα 2, η κατανομή των γιατρών και των κλινών οξείας νοσηλείας είναι ιδιαίτερα άνιση, με την περιφέρεια της πρωτεύουσας να συγκεντρώνει την υψηλότερη προσφορά.

Πίνακας 2

Περιφερειακή κατανομή γιατρών και κλινών το έτος 1977

Περιφέρεια	Κάτοικοι / γιατρό	Κλίνες* / 1.000 κατοίκους
Σύνολο χώρας	452	4,0
Περιφέρεια πρωτεύουσας	254	6,0
Αν. Στ. Ελλάδας & Νήσων	310	5,1
Κεντρ. & Δυτ. Μακεδονίας	410	3,8
Πελοπον. & Δυτ. Στ. Ελλάδας	1.023	2,5
Θεσσαλίας	820	2,6
Ανατολικής Μακεδονίας	796	4,1
Κρήτης	938	4,3
Ηπείρου	890	2,3
Θράκης	1.062	2,2
Νήσων Ανατολικού Αιγαίου	919	3,0

* Δεν περιλαμβάνονται οι νευροψυχιατρικές και μαιευτικές κλίνες.

Πηγή: ΚΕΠΕ, 1979.

Τα παραπάνω προβλήματα έβταν επιτακτικά το ζήτημα της αναδιοργάνωσης των υπηρεσιών υγείας της χώρας. Στο πλαίσιο αυτό διατυπώθηκαν προτάσεις, στις οποίες κυρίαρχα σημεία προβληματισμού ήταν η έλλειψη συντονισμού και σαφούς χάραξης πολιτικής, οι ποιοτικές ανεπάρκειες, τα κενά στην κάλυψη του πληθυσμού και η χρηματοδότηση των υπηρεσιών. Συνοπτική παρουσίαση των προτάσεων αυτών γίνεται στον πίνακα 3.

13. Έκθεση Ομάδας Εργασίας, (1979), Πρόγραμμα περιφερειακής αναπτύξεως: Περιφερειακοποίηση των υπηρεσιών υγείας, ΚΕΠΕ, Αθήνα, σελ. 15.

Πίνακας 3

Η ιστορία του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα, 1950-1983.
Βασική νομοθεσία και σημαντικότερες πρωτοβουλίες

1953 Ν.Δ. 2592/1953: Περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως

- σύσταση Κεντρικού και Περιφερειακών Συμβουλίων Ιατρικής Αντιλήψεως
- διάθεση σε υγειονομικές περιφέρειες
- σύσταση ειδικού λογαριασμού συγκέντρωσης των χρηματικών πόρων
- σύσταση κεντρικών νοσοκομείων στις έδρες των περιφερειών και γενικών νοσοκομείων στις έδρες των νομών
- σύσταση κοινοτικών υγειονομικών σταθμών
- κατανομή κλινών με βάση τις ανάγκες

1968 Σχέδιο Πάτρα: Σχεδιασμός κοινωνικής πολιτικής

- σύσταση συντονιστικού οργάνου για τον συντονισμό των ασφαλιστικών φορέων υγείας
- σύσταση Εθνικού Συντονιστικού Συμβουλίου Υγείας για την κατανομή των οικονομικών πόρων
- σύσταση υγειονομικών περιφερειών
- εισαγωγή θεσμού γενικού γιατρού
- ίδρυση περιφερειακών και νομαρχιακών νοσοκομείων
- νοσοκομειακοί γιατροί πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης
- σύσταση ιδιωτικών κλινικών υπό προϋποθέσεις
- σύνταξη εθνικού συνταγολογίου

1976 Έκθεση ΚΕΠΕ: Πρόγραμμα αναπτύξεως 1976-80 - Υγεία

- δημιουργία ενιαίας εθνικής υπηρεσίας υγείας ή
- εννοποίηση βασικών φορέων προστασίας υγείας: ΙΚΑ, ΤΕΒΕ, ΟΓΑ ή
- θέσπιση συνεργασίας και συντονισμού των υφιστάμενων φορέων ασφάλισης (εφικτή λύση)

1979 Μελέτη ομάδας Φίλια: Θεομύς νοσοκομειακού γιατρού με πλήρη απασχόληση

- σύσταση Εθνικού Φορέα Υγείας
- νοσοκομειακός γιατρός πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης,
- αύξηση δαπανών για υγεία
- υγειονομικές παρεμβάσεις
- αναδιοργάνωση ιατρικής υπηρεσίας
- επανεξέταση αριθμού και ποιότητας κλινών
- κρατικοποίηση νοσοκομείων
- δημιουργία εθνικής φαρμακαποθήκης και φαρμακοβιομηχανίας

1980 Νομοσχέδιο Δοξιάδη: Μέτρα προστασίας της υγείας

- σύσταση αγροτικών κέντρων υγείας
- αποδοχή πορισμάτων Επιτροπής Φίλια, εκτός από τον θεσμό του νοσοκομειακού γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης

1983 Ν. 1397/1983: Εθνικό Σύστημα Υγείας

- σύσταση υγειονομικών περιφερειών
- σύσταση ΠΕΣΥ
- μετατροπή νοσοκομείων σε ΝΠΔΔ, απαγόρευση ίδρυσης & επέκτασης ιδιωτικών κλινικών
- διάκριση νοσοκομείων σε περιφερειακά και νομαρχιακά
- πλήρης και αποκλειστική απασχόληση νοσοκομειακού γιατρού
- ίδρυση αστικών και αγροτικών κέντρων υγείας

Το 1965 διατυπώνεται η πρόταση των Ζαφείρας και Ελευθερίου για τη θεσμοθέτηση ενός συστήματος πλήρους και καθολικής ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περιθαλψής του πληθυσμού μέσω της σύστασης ενός ενιαίου ασφαλιστικού φορέα, έτσι ώστε να επιτευχθούν η άρση των ανισοτήτων στην πρόβλεψη, η αποφυγή των πολλαπλών καλύψεων, ο καλύτερος προγραμματισμός των υπηρεσιών, η μείωση των διοικητικών δαπανών και η συγκέντρωση και ορθολογική διαχείριση των πόρων. Η πρόταση προέβλεπε τη χρηματοδότηση του συστήματος μέσω των εισφορών εργοδοτών και εργαζομένων, της συμμετοχής του κρατικού προϋπολογισμού και της επιβολής ενιαίου έμμεσου φόρου υπέρ της υγειονομικής περιθαλψής. Η παροχή της εξωνοσοκομειακής περιθαλψής θα στηριζόταν στο σύστημα του οικογενειακού γιατρού και της κατά κεφαλήν αμοιβής, ενώ η νοσοκομειακή περιθαλψή θα παρέχόταν σε κρατικά νοσοκομεία, δεδομένου ότι θα απαγορευόταν η ίδρυση νέων ιδιωτικών κλινικών. Οι νοσοκομειακοί γιατροί θα ήταν πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, ενώ θα λειτουργούσε σύστημα παραπομπής για την εισαγωγή στα νοσοκομεία.¹⁴

Μια δεύτερη σημαντική πρόταση κατατίθεται από τον Πάτρα, ο οποίος διατυπώνει την αναγκαιότητα του κοινωνικού σχεδιασμού για την άσκηση ορθής πολιτικής υγείας. Θεωρεί τη σύσταση ενιαίου φορέα περιθαλψής βραχυπρόθεσμα ανέφικτη λόγω της κατάτμησης των νομικών ασφαλιστικών καθεστώτων και προτείνει τη θέσπιση ενός συντονιστικού οργάνου, που θα ελέγχει και θα συντονίζει όλους τους ασφαλιστικούς φορείς υγείας, καθώς και ενός οργάνου κατανομής των οικονομικών βαρών της λειτουργίας του συστήματος. Επίσης προτείνει την εισαγωγή του γενικού οικογενειακού γιατρού, αμειβόμενου κατά κεφαλή, τη λειτουργία συστήμα-

14. Ζαφείρας Θ., Ελευθερίου Α., (1965), *Καθολική υγειονομική ασφάλιση. Συμβολή εις την λύση του υγειονομικού και ιατρικού προβλήματος της χώρας*, Αθήνα.

τους παραπομπής των ασθενών, τη διάκριση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες, τη δημιουργία περιφερειακών και νομαρχιακών νοσοκομείων, την πλήρη και ολοκληρωτική απασχόληση των νοσοκομειακών γιατρών, την υιοθέτηση κριτηρίων και προτύπων για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών από τις ιδιωτικές κλινικές και τη σύνταξη εθνικού συνταγολογίου.¹⁵

Σε έκθεσή του για την υγεία στα πλαίσια του αναπτυξιακού προγράμματος 1976-80, το Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (ΚΕΠΕ) διαπίστωσε ότι το χαμηλό ποσοστό ως προς το ΑΕΠ των δαπανών για την υγεία και η κατάληψη της ασφάλισης σε μεγάλο αριθμό φορέων συμβολίζουν με τη διαφοροποίηση της έκτασης και της ποιότητας των παροχών υγείας μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων του πληθυσμού και των γεωγραφικών περιοχών, τη διαφοροποίηση της χρηματοδότησης μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων και την αυξανόμενη επιβάρυνση του φορέωτου με ένα μέρος της δαπάνης που δεν καλύπτεται από την ασφάλιση. Στα πλαίσια αυτά εξέτασε την πιθανότητα εφαρμογής τριών σεναρίων για τη θεσμική μεταρρύθμιση του υγειονομικού συστήματος της χώρας. Τα σενάρια αυτά ήταν η δημιουργία μιας ενιαίας εθνικής υπηρεσίας υγείας, η εντοποίηση των κλάδων ασθενείας των βασικών φορέων προστασίας της υγείας (ΙΚΑ, ΤΕΒΕ και ΟΓΑ) ή και άλλων φορέων, εφόσον το επιθυμούσαν, και η θέσπιση της συνεργασίας και του συντονισμού των υφιστάμενων ασφαλιστικών φορέων. Αν και η ομάδα εργασίας θεωρούσε ότι η σύσταση ενιαίου φορέα υγείας θα ανταποκρινόταν καλύτερα στην ανάγκη παροχής ποιοτικών και ισότιμων υπηρεσιών υγείας, ωστόσο διαπίστωσε ότι η λύση αυτή είναι δύσκολη λόγω των μεγάλων θεσμικών αλλαγών που απαιτούσε. Στα πλαίσια αυτά, πιο εφικτή θεωρήθηκε η πρόταση της θέσπισης μηχανισμών συντονισμού και συνεργασίας των υφιστάμενων φορέων, που θα αποσκοπούσαν στη βελτίωση της λειτουργικότητας του συστήματος και στη σταδιακή ενερμόνιση του επιπέδου προστασίας των ομάδων του πληθυσμού που η περιβαλλόμενη τους υπολείπονταν του επιπέδου του ΙΚΑ.¹⁶

Συνοψίζοντας, το αίτημα μεταρρύθμισης και ανάπτυξης ενός εθνικού συστήματος υγείας αποτέλεσε τον κοινό τόπο των προτάσεων της επιστημονικής κοινότητας στην Ελλάδα. Το αίτημα αυτό ήταν αποδεκτό και από την πλειοψηφία των πολιτών, οι οποίοι εξέφραζαν τη μη ικανοποίησή τους από την υφιστάμενη κατάσταση λόγω της ύπαρξης ανισοτήτων, ανασφάλιστων κατηγοριών πληθυσμού, ανεπαρκούς χρηματοδότησης και χαμηλής ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.¹⁷

15. Πάτρας Α., (1972), *Σχεδιασμός κοινωνικής πολιτικής*, Ελληνικός Εκδοτικός Οργανισμός, Αθήνα, σ.σ. 141-231.

16. Έκθεση Ομάδας Εργασίας, (1976), *Πρόγραμμα αναπτύξεως 1976-80: Υγεία*, ΚΕΠΕ, Αθήνα, σ.σ. 106-154.

17. Μαδιανός Μ., Ζάρνορη Ο., Κατσουέλη Α., Κοτταρίδη Γ., Παππάς Π., Τσακίρη Ε., Φακιολάς Ν., (1988), *Υγεία και ελληνική κοινωνία. Εμπειρική έρευνα*, ΕΚΚΕ, Αθήνα, σ.σ. 237.

4. Το σχέδιο Δοξιάδη

Το 1980 το υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών με υπουργό τον Δοξιάδη συνέταξε ένα νομοσχέδιο με τίτλο «Μέτρα προστασίας της υγείας», με σκοπό τη ριζική αναμόρφωση του υγειονομικού συστήματος της χώρας. Το νομοσχέδιο βασίστηκε στα πορίσματα ομάδας εργασίας με πρόεδρο τον καθηγητή Β. Φίλια, που είχε συσταθεί για να εξετάσει τον θεσμό του νοσοκομειακού γιατρού. Η ομάδα, με την αποδοχή ότι ο θεσμός του νοσοκομειακού γιατρού δεν μπορεί να μελετηθεί ξεχωριστά από τη γενικότερη οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, προχώρησε στη διερεύνηση της υφιστάμενης κατάστασης και στην υποβολή προτάσεων για τη συνολική αναμόρφωση του υγειονομικού συστήματος.

Σύμφωνα με τα πορίσματα της μελέτης,¹⁸ οι αδυναμίες του συστήματος υγείας της Ελλάδας εντοπίζονταν στην οικονομικοτεχνική νοσοκομειακή υποδομή, στο σύστημα προγραμματισμού και εκπαίδευσης και στο θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας των νοσοκομείων. Η εκτίμηση της κατάστασης έδειχνε ότι υπήρχε έλλειψη κλινών, πολλά νοσηλευτήρια, όπως μικρά νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές, δεν παρείχαν ουσιαστική περιβαλλή, ο εξοπλισμός ήταν ανεπαρκής, παλαιωμένος και δεν χρησιμοποιούνταν σωστά, πάνω από τις μισές κλίνες ανήκαν στον ιδιωτικό τομέα, υπήρχε έλλειψη ειδικευμένων γιατρών στην περιφέρεια και νοσηλευτικού προσωπικού σε όλη τη χώρα, η οργάνωση και διοίκηση των νοσοκομείων ήταν αναποτελεσματική, η παροχή εξωνοσοκομειακής περιβαλλής ήταν άνηση και οι κρατικές δαπάνες για την υγεία κυμαίνονταν σε χαμηλά επίπεδα. Οι βασικές προτάσεις μεταρρύθμισης περιελάμβαναν την αύξηση των δαπανών υγείας, τη σύσταση Εθνικού Συμβουλίου Υγείας ως πρώτο στάδιο για τη δημιουργία Ενιαίου Φορέα Υγείας με τη σταδιακή ενοποίηση των ταμείων και κλάδων υγείας σε έναν φορέα, τον μακροχρόνιο σχεδιασμό πολιτικής, τη διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες, την αναδιοργάνωση της ιστρικής υπηρεσίας των νοσοκομείων, την επανέξταση του αριθμού και της ποιότητας των νοσοκομειακών κλινών, τη κρατικοποίηση των νοσοκομείων, τον αυστηρό έλεγχο των ιδιωτικών κλινικών, τη δημιουργία πολυϊατρείων πρωτοβάθμιας περιβαλλής, φαρμακαποθήκης και εθνικής φαρμακοβιομηχανίας. Ειδικότερα, όσον αφορά τον θεσμό του νοσοκομειακού γιατρού εμφανίστηκαν δύο απόψεις στα πλαίσια της ομάδας. Η πρώτη, που αποτελούσε τη θέση της πλειοψηφίας, υποστήριζε την πλήρη και ολοκληρωτική απασχόληση των νοσοκομειακών γιατρών, χωρίς το δικαίωμα άσκησης ιδιωτικής ιστρικής. Η δεύτερη άποψη, την οποία υποστήριζαν οι εκπρόσωποι του υπουργείου στην ομάδα, δεχόταν ότι κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις ο νοσοκομειακός γιατρός θα έπρεπε να μπορεί να δέχεται ιδιωτική πελατεία στο νοσοκομείο,

18. Επιστημονική Ομάδα, (1979), *Θεσμός νοσοκομειακού γιατρού με πλήρη απασχόληση*, Μελέτη-Εισήγηση Επιστημονικής Ομάδας, Αθήνα.

σε προκαθορισμένες ώρες, πέρα από το ωράριο εργασίας, ή ακόμα να μπορεί να παρακολουθεί ιδιώτες νοσηλεύμενους ασθενείς σε κλίνες του νοσοκομείου οι οποίες δεν θα έπρεπε να ξεπερνούν το 10-15% του συνόλου των κλινών.

Το νομοσχέδιο, που καταρτίστηκε από το υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, ακολούθησε σε πολλά σημεία τις προτάσεις της επιστημονικής ομάδας, εκτός από αυτές που αναφέρονταν στους νοσοκομειακούς γιατρούς.¹⁹ Σύμφωνα με το νομοσχέδιο, ιδρύονταν το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας, η χώρα διαιρούνταν σε υγειονομικές περιφέρειες, στις έδρες των οποίων συστήνονταν τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας, ιδρύονταν κέντρα υγείας για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας στον μη αστικό πληθυσμό, τα γενικά νοσοκομεία διακρίνονταν σε περιφερειακά, τα οποία παρείχαν περιθαλψή και εκπαίδευση σε μεγάλο αριθμό ειδικοτήτων, και νομαρχιακά, όπου υπήρχαν μόνο οι γενικοί τομείς της ιατρικής και για την ίδρυση νέων νοσηλευτικών μονάδων οποιασδήποτε νομικής μορφής χρειαζόταν προηγούμενη έγκριση σκοπιμότητας από το υπουργείο, ύστερα από γνωμοδότηση του Εθνικού Συμβουλίου Υγείας. Στο νομοσχέδιο δεν προβλεπόταν η πλήρης και αποκλειστική απασχόληση των νοσοκομειακών γιατρών. Το Άρθρο 44 ορίζει ότι παρέχεται η δυνατότητα πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης μόνο για τις θέσεις των διευθυντών μετά την πάροδο μιας τριετίας. Επίσης τους επιτρεπόταν η άσκηση ιδιωτικής πρακτικής με αμοιβή μέσα στο νοσοκομείο. Οι επιμελητές με ειδικότητα θα απασχολούνταν με τριετείς συμβάσεις, οι οποίες μπορούσαν να ανανεωθούν. Τέλος, παρεχόταν η δυνατότητα στα κρατικά νοσοκομεία να προσλαμβάνουν γιατρούς ειδικοτήτων που δεν προβλεπόταν στον οργανισμό τους, με ωριαία αποζημίωση ή αμοιβή κατά περίπτωση.

Οι ιατρικοί σύλλογοι χαρακτήρισαν το νομοσχέδιο απαράδεκτο, αντιιατρικό, αντικοινωνικό και αντικοινωνικό, ζήτησαν την απόσυρσή του και προχώρησαν σε απεργιακές κινητοποιήσεις.²⁰ Οι ενστάσεις τους εντοπίζονταν σε δύο σημεία. Πρώτον, για τη δημιουργία ενός δημοκρατικού και προσβάσιμου από όλους συστήματος υγείας έπρεπε να θεσμοθετηθούν η μόνιμη, πλήρης και αποκλειστική απασχόληση των νοσοκομειακών γιατρών και η παροχή κινήτων αποδοτικότητας και παραγωγικότητας, όπως οι υψηλές αποδοχές, η πενήνθημερη εργασία και η χορήγηση εκπαιδευτικών αδειών. Δεύτερον, η έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τη δημιουργία κέντρων υγείας θεωρήθηκε ότι στηρίζεται στην αποπροσανατολιστική διακέρυξη της διεθνούς συνδιασκέψης της Άλμα-Άτα το 1978, θέτει φραγμούς στην κατασκευή νέων, πλήρους εξοπλισμένων νοσοκομείων και λειτουργεί ως άλλοθι για την υποβάθμιση της νοσοκομειακής περιθαλψής, με σκοπό την περικοπή των δαπανών για την υγεία.²¹

19. Βλ. τις διατάξεις του νομοσχεδίου όπως δημοσιεύθηκε από το Δελτίο της ΕΙΝΑΠ στα τεύχη 27 και 28 του 1980.

20. Για το χρονικό των γεγονότων βλ.: Δελτίο ΙΣΑ, τεύχος 7, Ιούνιος-Ιούλιος 1980.

21. Βλ. τις θέσεις του Δ. Στριμμένου, του τότε προέδρου της ΕΙΝΑΠ. Στριμμένος Δ.,

Οι παραπάνω αιτιάσεις σε σημαντικό βαθμό πηγάζαν από το δημοκρατικό αίσθημα ενός κινήματος που φαινόταν να διαφοροώνεται στους κόλπους των νοσοκομειακών γιατρών. Θα πρέπει ωστόσο να γίνουν οι ακόλουθες παρατηρήσεις. Πρώτον, η διακέρυξη της Άλμα-Άτα δεν στηρίζεται στην ανάγκη περικοπής των δαπανών για την υγεία, αλλά στη μεγαλύτερη ανταπόκριση των υπηρεσιών υγείας στις ανάγκες της τοπικής κοινωνίας. Εξάλλου, η δημιουργία ενός νέου δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε ένα πρώτο στάδιο πιθανά να οδηγήσει σε αύξηση αντί για μείωση των δαπανών.²² Δεύτερον, η διακέρυξη αυτή και η στροφή προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σηματοδοτούσαν αλλαγές στο βιοιατρικό μοντέλο και έβηταν σε αμφισβήτηση τον ρόλο του νοσοκομείου ως βασικής μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας. Τρίτον, κάτω από την προσιπτική της ένταξης της Ελλάδας στην ΕΟΚ και τον εκλαμβανόμενο από το ιατρικό σώμα κίνδυνο ανταγωνισμού από τους ξένους γιατρούς, οι οποίοι πιθανόν να έρχονταν στην Ελλάδα στα πλαίσια της ελεύθερης κυκλοφορίας των εργαζομένων και των επαγγελματιών, το κράτος καλούνταν να προστατεύσει το εγχώριο υγειονομικό δυναμικό μέσω της μόνιμης, πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.²³

Τελικά το νομοσχέδιο δεν κατατέθηκε στη Βουλή για ψήφιση, ωστόσο αποτέλεσε τον προπομπό των μελλοντικών εξελίξεων. Η αντίδραση του ιατρικού σώματος ήταν ισχυρή, γεγονός το οποίο υποδηλώνει τη θέση του στη λήψη των αποφάσεων σχετικά με το σύστημα υγείας.²⁴ Αυτό θα φανεί και στον Ν. 1397/1983 για τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ, όπου ο ιατροκεντρικός του χαρακτήρας αντανακλάται στο ότι τα 18 από τα 47 άρθρα του αναφέρονται στην προσπάθεια διαμόρφωσης των εργασιακών σχέσεων των γιατρών.

5. Η τομή: Θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και νέου κατευθυντήριου άξονες στην πολιτική υγείας

Από τις βασικότερες προτεραιότητες της σοσιαλιστικής κυβέρνησης που προέκυψε από τις εκλογές του 1981 ήταν η αναμόρφωση του συστήματος υγείας της χώρας

(1980), «Κριτική στα νέα μέτρα για την υγεία. Τι θα έπρεπε να γίνει», Δελτίο ΕΙΝΑΠ, τεύχος 36, σ.σ. 23-32.

22. Αναλυτική παρουσίαση των θέσεων της Διακήρυξης της Άλμα-Άτα στο: WHO, (1982), *Primary health care. From theory to action*, Report on a WHO Symposium, Κιουρίο 30/11-3/12/1981, Copenhagen.

23. Για τους φόβους αυτούς βλ.: Χριστόπουλος Χ., (1980), «Υγεία και ΕΟΚ», Δελτίο ΙΣΑ, τεύχος 7, Ιούνιος-Ιούλιος 1980, σ.σ. 37-42.

24. Για τη θέση και τον ρόλο του ιατρικού σώματος στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας βλ.: Χιωτάκης Σ., (1998), *Για μια κοινωνιολογία των ελευθέρων επαγγελματιών. Επιστημονική επαγγελματισμοποίηση των ιατρικών υπηρεσιών*, Οδυσσεύς, Αθήνα.

και η διαμόρφωση νέων αξόνων πολιτικής. Στην Εισηγητική Έκθεση του Ν. 1397/1983, με τον οποίο θεσμοθετήθηκε το ΕΣΥ, τονίζεται ότι η παροχή της φροντίδας υγείας υπάγεται στην αποκλειστική ευθύνη του κράτους, πρέπει να στηρίζεται στην αναγνώριση ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό, να εξασφαλίζει για κάθε πολίτη, ανεξαρτήτως κοινωνικής και οικονομικής θέσης, ίση και υψηλό επίπεδο περίθαλψης, καθώς και ενεργό συμμετοχή του στον σχεδιασμό και προγραμματισμό της πολιτικής υγείας.²⁵ Οι βασικοί κατευθυντήριοι άξονες για την εφαρμογή των παραπάνω αρχών θα ήταν η αποκέντρωση, η άσκηση κοινωνικού ελέγχου και η ανάπτυξη ενιαίου πλαισίου λειτουργίας των υπηρεσιών, στα πλαίσια ενιαίου προγραμματισμού και ίσης κατανομής των πόρων, η έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η εφαρμογή του θεσμού του νοσοκομειακού γιστρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.²⁶

Με τον Ν. 1397/1983 η χώρα διαρέθηκε σε υγειονομικές περιφέρειες και στην έδρα κάθε περιφέρειας συστάθηκε Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας (ΠΕΣΥ) ως όργανο γνωμοδοτικό, εποπτικό και άσκησης ελέγχου της λειτουργίας του συστήματος. Προηγουμένως, με τον Ν. 1278/1982 είχε συσταθεί το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ) ως γνωμοδοτικό και συμβουλευτικό όργανο του υπουργείου Υγείας. Η σύνθεση του ΚΕΣΥ και των ΠΕΣΥ ήταν αντιπροσωπευτική των κοινωνικών στρώσεων. Τα νοσοκομεία μετατράπηκαν σε ΝΠΔΔ και απαγορεύτηκαν η ίδρυση και η επέκταση ιδιωτικών κλινικών. Τα γενικά νοσοκομεία διακρίθηκαν σε περιφερειακά, τα οποία διέθεταν όλες τις ειδικότητες και παρέχαν ιστρική εκπαίδευση, και νομαρχιακά, τα οποία κάλυπταν τις ανάγκες του πληθυσμού κάθε νομού. Καθιερώθηκε ο θεσμός του μόνιμου νοσοκομειακού γιστρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και ιδρύθηκαν τα κέντρα υγείας.

Η θεσμοθέτηση του ΕΣΥ αποτέλεσε αναμφισβήτητη τη σοβαρότερη και ουσιαστικότερη προσπάθεια εφαρμογής ενός πλαισίου αρχών και ενιαίων κανόνων λειτουργίας, σε ένα κατακερματισμένο σύνολο υπηρεσιών υγείας, που κάθε άλλο παρά ως σύστημα θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν. Διαπνεόταν από μια συγκεκριμένη θεώρηση για τον ρόλο του αγαθού «υγείας» στη σύγχρονη κοινωνία και ανταποκρινόταν στην παράδοση και το κειτμένο του κοινωνικού χαρακτήρα των σύγχρονων ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας. Συνέβαλλε στην επέκταση της προστασίας του πληθυσμού, ιδιαίτερα των αγροτικών περιοχών, ενώ σημειώθηκε αύξηση των διατιθέμενων για την υγεία ανθρώπινων και χρηματοδοτικών πόρων. Ωστόσο δεν μπόρεσε να αντιμετωπίσει επαρκώς ζητήματα μακροοικονομικής και μικροοικονομικής αποδοτικότητας, ισοτήρας στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών διαχείρισης/διοίκησης και περιφερειακής αποκέντρωσης.²⁷ Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι κάποιες

25. Εισηγητική Έκθεση του Ν. 1397/1983, σελ. 1.

26. Ο.π., σελ. 5.

27. Tsalkis G., (1988), «Evaluation of the socialist health policy in Greece», *International Journal of Health Services*, 18, 4, σ.σ. 543-561. Liaropoulos L., (1998), «Ethics and management of

ρυθμίσεις του νέου θεσμικού πλαισίου δεν εφαρμόστηκαν, με αποτέλεσμα τη διαύλιση καταστάσεων, οι οποίες στην πορεία ανέφεραν τη φιλοσοφία του, κάποιες άλλες είχαν συνέπειες που δεν προβλέφθηκαν, ενώ για ορισμένα βασικά ζητήματα δεν γνόταν κομιά μνεία στον νόμο.

Στην πρώτη κατηγορία εντάσσεται η αδυναμία ολοκλήρωσης των μεταρρυθμίσεων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ο Ν. 1397/83 προέβλεπε την κατάργηση όλων των μέχρι τότε λειτουργουσών μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης και την ίδρυση, αντί αυτών, κέντρων υγείας αστικού και αγροτικού τύπου, καθώς και την απόδοση σε ειδικό λογαριασμό του υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας από τα ασφαλιστικά ταμεία των δαπανών περίθαλψης των ασφαλισμένων τους στα κέντρα υγείας. Τελικά, ιδρύθηκαν μόνο κέντρα υγείας αγροτικού τύπου, ενώ η κατάργηση των άλλων μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η ίδρυση αστικών κέντρων υγείας και η λειτουργία του ειδικού λογαριασμού δεν υλοποιήθηκαν, με αποτέλεσμα την επίφαση του νοσοκομειοκεντρικού χαρακτήρα του ελληνικού συστήματος υγείας και τη διατήρηση της πανσπερμίας των δομών και υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης.²⁸ Επιπροσθέτως, τα ΠΕΣΥ δεν συστάθηκαν και δεν λειτουργήσαν, με αποτέλεσμα, αν και η περιφερειακή κατανομή των υγειονομικών πόρων βελτιώθηκε στο διάστημα 1981-1989, διευκολύνοντας την πρόσβαση των πολιτών, να εξακολουθήσουν να υφίστανται ανισότητες καθώς και αδυναμίες, όπως η μη επίτευξη της αποκέντρωσης στη λήψη των αποφάσεων.²⁹

Στη δεύτερη περίπτωση, οι περιορισμοί που τέθηκαν στη δραστηριότητα του ιδιωτικού τομέα σε σχέση με τη νοσοκομειακή περίθαλψη και οι αδυναμίες του δημόσιου τομέα στην πρωτοβάθμια φροντίδα, λόγω της μη εφαρμογής των προβλεπόμενων διατάξεων, οδήγησαν στην έξαρση των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, των οποίων η λειτουργία δεν ελέγχεται ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν και ταυτόχρονα επιβαρύνει τους προϋπολογισμούς των ασφαλιστικών τομέων που συνάπτουν συμβάσεις με αυτά.³⁰

health care in Greece», στο: Dracόουλου S., (ed.), *Ethics and values in health care management*, Routledge, London, σ.σ. 148-173.

28. Για τις αιτίες μη ολοκλήρωσης της μεταρρυθμιστικής προσπάθειας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας βλ.: Οικονόμου Χ., (1994), «Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. Η εφαρμογή του θεσμού των κέντρων υγείας», *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, Τόμος 3, τεύχος 2, σ.σ. 83-95.

29. Νιάκας Δ., (1993), *Υγεία και περιφερειακή ανάπτυξη. Η περιφερειακή πολιτική υγείας στην Ελλάδα*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα, σ.σ. 199-222. Οικονόμου Χ., Κυρίτσουλος Γ., Κορσάλης Γ., (2000), «Περιφερειακή κατανομή των πόρων στο νοσοκομειακό τομέα στην Ελλάδα: Διαχρονική προσέγγιση», *Νοσοκομειακά Χρονικά*, Τόμος 62, τεύχος 3, σ.σ. 229-234.

30. Κατά την περίοδο 1986-91 ο μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης των διαγνωστικών κέντρων ήταν 25,8%. Το 1991 ο αριθμός των διαγνωστικών κέντρων ανερχόταν σε 192,

Η τρίτη κατηγορία αναφέρεται στο πολύ σημαντικό ζήτημα της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Στον νόμο θεομοθέτησης του ΕΣΥ δεν υπάρχει καμία διάταξη που να ρυθμίζει την κατανομή των οικονομικών πόρων, τις πηγές χρηματοδότησης και τις μορφές αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας, εκτός αυτής που προαναφέρθηκε για την πρωτοβάθμια περίθαλψη, η οποία άλλωστε δεν εφαρμόστηκε. Η εννοποίηση των Τομέων και η δημιουργία ενός ενιαίου φορέα δεν επιχειρήθηκαν, με αποτέλεσμα την απουσία αρχών χρηματοδότησης του συστήματος και τη δημιουργία ελλειμμάτων.

6. Η ιστορία των μεταρρυθμίσεων του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα: Τι δίδασκουν η θεωρία και η εμπειρία

Η διεθνής βιβλιογραφία όσον αφορά τις προϋποθέσεις επιτυχούς εφαρμογής των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων αναδεικνύει τη σημασία τεσσάρων παραμέτρων:³¹

α) Του πολιτικού, οικονομικού, κοινωνικού και θεσμικού πλαισίου στο οποίο εφαρμόζεται η μεταρρύθμιση. Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στο πολιτικό περιβάλλον και τις διαμορφούμενες αξίες. Η κορύφαρη πολιτική ιδεολογία και οι κοινωνικές αξίες για τον ρόλο του κράτους, ο βαθμός κοινωνικής συναίνεσης, η δομή του πολιτικού συστήματος, η μορφή διακυβέρνησης και η ισχύς της κυβέρνησης ως προς τη δυνατότητα άσκησης πολιτικής εξουσίας συνιστούν σημαντικές συνιστώσες προσδιορισμού των επιλογών.³² Επιπροσθέτως, η οικονομική συγκυρία και η δημοσιονομική

ενώ το 1999 σε πάνω από 400. Αναλυτικότερα βλ.: Μπέσης Ν., (1993), *Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας*, IOBE, Αθήνα, σ.σ. 95-117. ICAP, (1999), *Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας*, Αθήνα, Φεβρουάριος 1999, σ.σ. 67-77.

31. Frenk J., (1994), «Dimensions of health system reform», *Health Policy*, τεύχος 27, σ.σ. 19-34. Walt G., (1998), «Implementing health care reform: A framework for discussion», στο: Saltman R., Figueras J., Sakellariades C., (eds.), *Critical challenges for health care reform in Europe*, Open University Press, Buckingham, σ.σ. 365-384. Rathwell T., (1998), «Implementing health care reform: A review of current experience», στο: Saltman et al., (eds.), *ό.π.*, σ.σ. 385-399.

32. Για παράδειγμα, βλ. την άποψη του V. Navarro ότι τα επιτεύγματα κατά των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών για τη θέσπιση ενός εθνικού συστήματος υγείας στις ΗΠΑ είναι περισσότερο πολιτικά και ιδεολογικά παρά επιστημονικά: Navarro V., (1988), «The arguments against a national health programme: Science or ideology?», *International Journal of Health Services*, τεύχος 18, 2, σ.σ. 179-189. Επίσης βλ. Wall A., (1996), «Conclusion», στο: Wall A., (ed.), *Health care systems in liberal democracies*, Routledge, London, σ.σ. 183-199, όπου υποστηρίζεται ότι το αξιακό και ιδεολογικό πλαίσιο στο οποίο λαμβάνονται οι αποφάσεις για τον υγειονομικό τομέα επηρεάζει ουσιαστικά τη φύση των αποφάσεων και κατ'επέκταση τον τύπο των υφιστάμενων συστημάτων υγείας και των επιχειρούμενων μεταρρυθμίσεων.

κατάσταση προσδιορίζουν την έκταση και τη μορφή των επιχειρούμενων μεταρρυθμίσεων.

β) Της διαδικασίας προσδιορισμού του προβλήματος, διατύπωσης εναλλακτικών προτάσεων αντιμετώπισης του, νομιμοποίησης των επιλεγμένων λύσεων, εφαρμογής και αξιολόγησης των νέων πολιτικών. Για παράδειγμα, η διαδικασία αυτή εντάσσεται στα πλαίσια ενός επαγγελματικού ευκαιριακού προγραμματισμού (incremental model), στον οποίο η πολιτική γίνεται αντιληπτή ως συνέχεια προηγούμενων κρατικών δραστηριοτήτων και η μεταρρύθμιση λαμβάνει τη μορφή μικρών σταδιακών αλλαγών και λύσεων σε βραχυπρόθεσμα συγκυριακά ζητήματα, λόγω έλλειψης πληροφοριών ή πόρων, αβεβαιότητας ως προς το αποτέλεσμα ή πολιτικού συμφέροντος. Ακολουθεί το ορθολογικό υπόδειγμα (rational model) στο οποίο η μεγιστοποίηση του κοινωνικού οφέλους επιδιώκεται μέσα από τη γραμμική ακολουθία των πέντε παραπάνω διαδοχικών φάσεων (προβλημα - προτάσεις - νομιμοποίηση - εφαρμογή - αξιολόγηση): Ή μήπως μπορεί να γίνει λόγος για ένα μοντέλο μεικτής ανίχνευσης (mixed scanning model) ως ενδιάμεση προσέγγιση μεταξύ του επαγγελματικού και του ορθολογικού μοντέλου;³³

γ) Του ρόλου των εμπλεκόμενων στην όλη διαδικασία δρώντων υποκειμένων και του βαθμού στον οποίο αυτά μπορούν να επηρεάσουν τόσο τις αποφάσεις που λαμβάνονται όσο και την υλοποίησή τους. Κυβερνητικοί παράγοντες, όπως πολλαπλά πρόσωπα και δημόσιοι λειτουργοί, επαγγελματικά σωματεία και συνδικαλιστικές ενώσεις, ομάδες συμφερόντων, όπως η φαρμακευτική βιομηχανία, διεθνείς οργανισμοί, όπως ο ΠΟΥ ή ο ΟΗΕ, μη κυβερνητικές οργανώσεις και γενικότερα αυτά που θα μπορούσαμε να αποκαλέσουμε κοινωνία των πολιτών αναδεικνύονται σε ρυθμιστές της έκβασης των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων.³⁴ Θα πρέπει όμως να επισημανθεί ότι ο ρόλος των ομάδων αυτών προσδιορίζεται από το θεσμικό πλαίσιο στο οποίο λαμβάνει χώρα δεδομένου ότι οι θεσμικοί κανόνες που διέπουν την πολιτική

33. Αναλυτικότερα για τις θεωρίες αυτές βλ.: Ham C., Hill M., (1993), *The policy process in the modern capitalist state*, Harvester Wheatsheaf, London, σ.σ. 80-96. Dye T., (1998), *Understanding public policy*, Prentice Hall, New Jersey, σ.σ. 14-38. North N., (1997), «Policy processes», στο: North N., Bradshaw Y., (eds.), *Perspectives in health care*, Longman, London, σ.σ. 23-46. Από την ελληνική βιβλιογραφία βλ.: Τσαλίκη Γ., (2000), «Στρατηγική του κοινοβουλευτισμού στις τρεις αγορές υπηρεσιών υγείας», στο: Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Πολύζος Ν., Σισαούρας Α. (επιμ.), *Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης - διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας*, Θεμέλιο, Αθήνα, σ.σ. 15-44.

34. Για παράδειγμα, βλ. την ανάλυση του Klein R., (1989), *The politics of the NHS*, Longman, London, σχετικά με την επίδραση των κοινωνικών ομάδων όπως οι επαγγελματίες υγείας, οι δημόσιοι λειτουργοί, οι διοικητικοί υπάλληλοι κ.λπ. στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας της Μ. Βρετανίας. Επίσης, για τον ρόλο των γιατρών και των χριστιανών των υπηρεσιών υγείας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης βλ. Freeman R., (2000), *The politics of health in Europe*, Manchester University Press, Manchester, σ.σ. 86-119.

σκηγή καθορίζουν την ικανότητα των επιμέρους κοινωνικών ομάδων να ασκήσουν επιρροή στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας.³⁵ Ενδεικτικά, μπορεί να αναφέρει κανείς την προσπάθεια το 1993 του Β. Clinton στις ΗΠΑ να προωθήσει το μεταρρυθμιστικό του σχέδιο για τον υγειονομικό τομέα, με τη θεομοθέτηση της υποχρεωτικής ασφαλισής υγείας. Αν και τα σημαντικά προβλήματα ως προς το επίπεδο υγείας, την περιορισμένη πρόσβαση των πολιτών και το υψηλό κόστος των υπηρεσιών υγείας καθιστούσαν αναγκαία αυτή την προσπάθεια,³⁶ αυτή συνάντησε ισχυρή αντίδραση από τα οργανωμένα συμφέροντα των επαγγελματικών οργανώσεων και των μεγάλων επιχειρήσεων που δραστηριοποιούνταν στην ασφαλιστική και φαρμακευτική βιομηχανία και την παροχή υπηρεσιών υγείας και στο τέλος ακυρώθηκε.³⁷

δ) Του περιεχομένου της επιδιωκόμενης πολιτικής, το οποίο είναι αποτέλεσμα τόσο της αλληλεπίδρασης των παραπάνω τριών στοιχείων, όσο και των ορίων που θέτουν προηγούμενες επιλογές. Όλο αυτό το πλαίσιο, υπό το πρίσμα του επαναπροσδιορισμού των πολιτικών και των συστημάτων υγείας σε συνθήκες πολυποκοπίας, όπως οι σημερινές, εντάσσεται πλέον στη λογική υιοθέτησης από κοινού συμφωνημένων και σχεδιασμένων μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων μέσα από συμμετοχικές διαδικασίες. Διαμορφώνεται έτσι αυτό που η M. Ruggie αποκαλεί ενσωματωτικό καθεστώς πολιτικής (integrative policy regime), του οποίου κύριο χαρακτηριστικό είναι η συνεργασία στη λήψη των αποφάσεων με τη συμμετοχή όλων των σχετικών κοινωνικών ομάδων.³⁸

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με μια προσέγγιση, η αποτυχία των μεταρρυθμίσεων οφείλεται στην κυριαρχία της κομματικοκρατικής δημοκρατίας.³⁹ Η άποψη αυτή υποστηρίζει ότι η τάση των κομμάτων να διεισδύουν σε όλες τις θεσμικές εκφάνσεις της κοινωνίας, η οποία αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό της ελληνικής περίπτωσης, υποσκάπτει την αυτονομία της μέσω της εκτεταμένης κομματικοποίησης και της λειτουργίας τριών μηχανισμών: α) της μετάθεσης των στόχων από καθολικά προσδιοριζόμενους σε μέσα επιδίωξης κομματικών συμφερόντων, β) της κυριαρχίας της πρακτικής κατά την οποία κάθε αλλαγή κυβέρνησης ή ανασχηματισμός συνοδεύεται από καθολικές ανατροπές και αλλαγές σε πολιτικές και πρόσωπα και γ) της αντίθε-

35. Immergut E., (1992), *Health politics. Interests and institutions in Western Europe*, Cambridge University Press, Cambridge.

36. Weissman J., Epstein A., (1994), *Falling through the safety net. Insurance status and access to health care*, The John Hopkins University Press, Baltimore.

37. Mintz B., (1998), «The failure of health care reform. The role of big business in policy formation», στο: Lo CYH, Schwartz M., (eds.), *Social policy and the conservative agenda*, Blackwell, Malden Mass., σ.σ. 210-224.

38. Ruggie M., (1996), *Realignments in the welfare state. Health policy in the United States, Britain and Canada*, Columbia University Press, New York, κυρίως σ.σ. 258-271.

39. Μουζέλης Ν., (2003), «Γιατί αποτυγχάνουν οι μεταρρυθμίσεις», *Το Βήμα*, 29/6/2003.

σης με και αντίστασης σε κάθε εξοκομητικό έλεγχο. Στα πλαίσια αυτά, η όραση από το αξεόδο προϋποθέτει την ενίσχυση της αδύναμης κοινωνίας των πολιτών.

Άλλες προσεγγίσεις τονίζουν τη μονομέρεια της παραπάνω θεωρίας υποστηρίζοντας ότι οι αιτίες είναι πιο σύνθετες.⁴⁰ Το πρόβλημα δεν είναι η αδύναμη κοινωνία των πολιτών, αλλά η συγκεκριμένη κοινωνία πολιτών. Θεωρώντας την κοινωνία των πολιτών ως τόπο οργάνωσης μιας εναλλακτικής δύναμης ηγεμονίας των κυριαρχούμενων τάξεων, αναδεικνύουν τη σημασία της υλικής, θεσμικής και συμβολικής αναπαραγωγής ενός μεγάλου φάσματος κοινωνικών στρωμάτων μέσα στο πεδίο των επικαλυφμένων του δημόσιου και του ιδιωτικού. Με άλλα λόγια, από τη μεριά της ίδιας της κοινωνίας των πολιτών δεν υπήρξε έντονο αίτημα για μεταρρυθμίσεις. Συνεπώς, τα αίτια αποτυχίας των μεταρρυθμίσεων πρέπει να αναζητηθούν σε όλα τα επίπεδα.

Μια γόνιμη συμβολή στη συζήτηση αποτελεί η θέση των Παπούλια και Τσούκα, οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η αδυναμία προώθησης σημαντικών μεταρρυθμιστικών σχεδίων στην Ελλάδα σχετίζεται με εγγενείς δυσκολίες των μεταρρυθμιστικών προγραμμάτων σε συγκεκριμένες κοινωνικές συνθήκες και ιστορικές συγκυρίες. Οι κοινωνικές μεταρρυθμίσεις αποτελούν μια πολιτική υπόθεση και καθορίζονται ανάλογα με τον βαθμό στον οποίο εκφράζουν ένα όραμα και τον βαθμό στον οποίο εξειδικεύονται οι μηχανισμοί υλοποίησης του οράματος. Πολλές φορές δεν υπάρχει όραμα για το αντικείμενο της μεταρρύθμισης, ενώ υπό την πίεση της συγκυρίας η αντιμετώπιση των τρεχόντων προβλημάτων γίνεται με μέτρα αποσπασματικά, συχνά αντιφατικά, χωρίς συνεκτική λογική, η εφαρμογή των οποίων βασίζεται σε ατομικές πρωτοβουλίες ή επιβάλλεται από υπερθετικούς οργανισμούς.⁴¹

Τα ερμηνευτικά σχήματα που προτείνουν ο Βούλγαρης και οι Παπούλιας, Τσούκας φαίνεται να ανταποκρίνονται καλύτερα στην εμπειρία των μεταρρυθμίσεων του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα. Οι δύο προσεγγίσεις τοποθετούν το ζήτημα των μεταρρυθμίσεων στο ευρύτερο κοινωνικοπολιτικό πλαίσιο, αναδεικνύοντας τον πολυδιάστατο χαρακτήρα τους, και καλύπτουν το φάσμα των τεσσάρων προσδιοριστικών παράμέτρων που αναφέρθηκαν παραπάνω, προσφέροντας μια πιο συνεκτική και ολοκληρωμένη προσέγγιση σε σχέση με αυτή του Μουζέλη. Όπως δείχνουν διάφορα ποσοδείγματα μεταρρυθμίσεων, οι προϋποθέσεις επιτυχίας τους συνίστανται στη διαμόρφωση ενός αναλυτικού μεταρρυθμιστικού σχεδίου, στην ύπαρξη σταθερής πολιτικής βούλησης και στη δημι-

40. Βούλγαρης Γ., (2003), «Γιατί δεν γίνονται μεταρρυθμίσεις», *Τα Νέα*, 19/7/2003. Βούλγαρης Γ., (2003), «Γιατί δεν γίνονται μεταρρυθμίσεις. Φτάνει τα κόμματα και το κράτος», *Τα Νέα*, 9/8/2003.

41. Παπούλιας Δ., Τσούκας Χ., (1998), *Κατευθύνσεις για τη μεταρρύθμιση του κράτους*, Καστανιώτης, Αθήνα, σ.σ. 11, 59-60.

ουρήα κοινωνικών συμμαχιών που δεν αντιτίθενται στη βασική ιδέα και την αναγκασιότητα μιας μεταρρύθμισης.⁴²

Αναλύσεις οι οποίες αναφέρονται στις μεταρρυθμίσεις του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα σημειώνουν ότι αυτές αποτελούν μια σύνθετη και πολύπλοκη πολιτική διαδικασία, κατά την οποία παράγοντες όπως η πολιτική βούληση, η στράτευση σε ένα κοινό όραμα, ο βαθμός διαμόρφωσης κλίματος συναίνεσης μέσω αμοιβαίων παραχωρήσεων και συμβιβασμών, η επίδραση της διεθνούς εμπειρίας, η διαθεσιμότητα των υλικών, ανθρώπινων και οικονομικών πόρων, τεχνικοί, διοικητικοί και θεσμικοί όροι και ο βαθμός ανάπτυξης διοικητικής και διαχειριστικής κουλτούρας είναι δυνατό να ερμηνεύσουν την έκταση της εφαρμογής και τον βαθμό επιτυχίας τους.⁴³

Πράγματι, οι προβλέψεις του διατάγματος του 1953 και η έμφαση στην περιφερειακή αποκέντρωση ατόνησαν λόγω της συγκεντρωτικής διοικητικής δομής του ελληνικού κράτους, της γεωγραφικής κατανομής του πληθυσμού, καθώς και των δυσκολιών στη διαδικασία σχεδιασμού και εφαρμογής προγραμμάτων.⁴⁴ Το γεγονός ότι το σχέδιο Δοξιάδη δεν έφτασε στη Βουλή οφείλεται στην αντίδραση συγκεκριμένων ομίλων της κοινωνίας των πολιτών, ενώ η θεσμοθέτηση του ΕΣΥ το 1983 ήταν αποτέλεσμα της ευνοϊκής ιστορικής συγκυρίας συνδυασμού του αιτήματος της κοινωνίας των πολιτών και της ανόδου στην εξουσία ενός σοσιαλιστικού κόμματος με ιδεολογία υποστηρικτική του δημόσιου χαρακτήρα της υγείας. Η μερική υλοποίηση των διατάξεων του Νόμου 1397/83 οφείλεται σε αντικειμενικές δυσκολίες, αλλά και προβλήματα σχεδιασμού και εφαρμογής. Οι αιτίες της μη σύστασης των αστικών κέντρων υγείας μπορούν να αναζητηθούν στις μεγάλες ελλείψεις σε υποδομή στην πρωτοβάθμια φροντίδα και τη στενότητα των υλικών, ανθρώπινων και οικονομικών πόρων, που έθεταν περιορισμούς και επέβαλλαν μια ιεραρχική κατάταξη στόχων με βάση τις ανάγκες, οι

42. Παπούλιας Δ., Σωτηρόπουλος Δ., Οικονόμου Χ., (2002), *Το εκκρεμές της διοικητικής μεταρρύθμισης. Το παράδειγμα της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Διοίκησης*, Ποταμός, Αθήνα.

43. Νιάκας Δ., (2002), «Σύγχρονα ζητήματα μανάτζμεντ της υγειονομικής μεταρρύθμισης», στο: Νιάκας Δ., Στάθης Γ., (επιμ.), *Υγειονομική μεταρρύθμιση και μανάτζμεντ. Προβλήματα και προοπτικές*, Mediforce, Αθήνα, σ.σ. 13-29. Kyriopoulos J., Tsalkis G., (1999), «Health care reform in Greece», στο: Kyriopoulos J., Levett J., Tsalkis G. (eds.), *Health care reforms in the Balkan region*, Exandas, Athens, σ.σ. 59-70. Tragakes E., Polyzos N., (1998), «The evolution of health care reforms in Greece: Charting a course of change», *International Journal of Health Planning and Management*, τεύχος 13, σ.σ. 107-130.

44. Με αφορμή το αναπτυξιακό πρόγραμμα 1968-72, η Wood-Ritsatakis διαπιστώνει την αδυναμία να επιτευχθούν οι προγραμματισμένοι στόχοι στον τομέα της υγείας, δεδομένου ότι αγνοήθηκαν οι σχέσεις μεταξύ της οικονομικής και κοινωνικής διάστασης, δεν συμμετείχε ο πληθυσμός στη διαδικασία του προγραμματισμού και δεν ικανοποιήθηκαν οι κοινωνικοί και οι ποσοτικοί στόχοι του προγράμματος. Βλ.: Wood-Ritsatakis A., (1986), *Unified social planning in the Greek context*, Centre of Planning and Economic Research, Athens.

οποιές ήταν μεγαλύτερες στις αγροτικές περιοχές και συνεπώς εκεί δόθηκε η έμφαση.⁴⁵ Το σύστημα αποδείχθηκε νοσοκομειοκεντρικό, δίνοντας έμφαση στην αλλαγή της νοσοκομειακής περιβαλψης. Η αγνόηση των μηχανισμών χρηματοδότησης επέφερε παρενέργειες όπως οι υψηλές ιδιωτικές δαπάνες, η ύπαρξη παραοικονομίας και η διόγκωση των ελλειμμάτων των νοσοκομείων. Επιπροσθέτως δεν δόθηκε επαρκής βραύτητα στο ζήτημα της διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας, ενώ δεν προσδιορίστηκε ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα.⁴⁶

Συνοψίζοντας, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι το ιδεολογικό, κοινωνικό και οικονομικό πλαίσιο της περιόδου που εκτείνεται από τις αρχές της δεκαετίας του '50 μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του '70 δεν ήταν ευνοϊκό προς μια ευρείας έκτασης αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Το πρότυπο οικονομικής ανάπτυξης που ακολουθήθηκε δεν εκλάμβανε τις κοινωνικές δαπάνες και κατ'επέκταση τις δαπάνες υγείας ως παραγωγική επένδυση στο ανθρώπινο κεφάλαιο, αλλά ως βάρος στον κρατικό προϋπολογισμό και δέσμευση πόρων. Η μορφή που έλαβε το πολιτικό σκηνικό με τον εμφύλιο, τη νόθευση του συνταγματικού φιλελευθερισμού, τη θέση της μοναρχίας και του στρατού, την επιβολή της δικτατορίας, την αδυναμία του συνδικαλιστικού συστήματος και την ανάπτυξη πελατειακών σχέσεων δεν συνέβαλλε στη διαμόρφωση ευρείας πολιτικής συνάνεσης, στα πλαίσια μιας κορπορατιστικής εκπροσώπησης των κοινωνικών συμφερόντων, συνθήκη αναγκαία για τη διαμόρφωση ενός σύγχρονου συστήματος υγείας. Επιπροσθέτως, η οργάνωση της δημόσιας διοίκησης η οποία χαρακτηρίζεται από περιορισμένη αυτονομία σε σχέση με τις πολιτικές παρεμβάσεις, απαρχαιομένη διοικητική διάρθρωση και ελλιπή αξιολογική στέλωση, είχε ως αποτέλεσμα την απουσία σύγχρονης διοικητικής κουλτούρας και την αποτυχία κάθε προσπάθειας εκσυγχρονισμού των υπηρεσιών υγείας.⁴⁷

45. Οικονόμου, 1994, ό.π.

46. Οικονόμου Χ., (1999), «Οι σύγχρονες ελλείψεις στα συστήματα υγείας. Προβλήματα και τάσεις», στο: Σακελλαρόπουλος Θ. (επιμ.), *Η μεταρρύθμιση του κοινωνικού κράτους*, Κριτική, Αθήνα, σ.σ. 459-536.

47. Οικονόμου, 1996, ό.π., σ.σ. 362-380.