ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

HELLENIC REPUBLIC
UNIVERSITY OF CRETE
SCHOOL OF MEDICINE

ΓΑΒΡΙΗΛ Α. ΚΟΥΡΗΣ

Κοινωνικός – Πολιτικός Επιστήμων, B.A., M.Sc.

ΕΚΘΕΣΕΙΣ ΕΜΠΕΙΡΟΓΝΩΜΟΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1920–2004)

Κοινωνικές συνθήκες και πολιτική πραγματικότητα των μεταρρυθμίσεων

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ / 2023

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
Π.Μ.Σ. «ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΓΑΒΡΙΗΛ Α. ΚΟΥΡΗΣ

Κοινωνικός – Πολιτικός Επιστήμων, B.A., M.Sc.

ΕΚΘΕΣΕΙΣ ΕΜΠΕΙΡΟΓΝΩΜΟΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1920–2004)

Κοινωνικές συνθήκες και πολιτική πραγματικότητα των μεταρρυθμίσεων

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Υποβλήθηκε στο Τμήμα Ιατρικής/ Π.Μ.Σ. «Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας»

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ: 14 Ιουλίου 2023

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ (Απόφαση ΓΣΕΣ Ιατρικής Σχολής Παν. Κρήτης, 30.06.2023):

1. **ΦΙΛΑΛΗΘΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ**, Ομότιμος Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής – Προγραμματισμού Υγείας, Πανεπιστήμιο Κρήτης [Επιβλέπων].
2. **ΞΕΝΟΦΩΝ ΚΟΝΤΙΑΔΗΣ**, Καθηγητής Δημοσίου Δικαίου και Κοινωνικής Διοίκησης, Πάντειο Πανεπιστήμιο [Συν-επιβλέπων 1].
3. **ΤΡΟΜΠΟΥΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ**, Αναπληρωτής Καθηγητής Ιστορίας Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων [Συν-επιβλέπων 2].
4. **ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ ΚΥΡΙΑΚΟΣ**, Καθηγητής Πολιτικής Υγείας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.
5. **ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ**, Καθηγητής Πολιτικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Κρήτης.
6. **ΣΥΜΒΟΥΛΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ**, Επίκουρος Καθηγητής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Πανεπιστήμιο Κρήτης.
7. **ΤΣΟΥΚΑΛΑΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ**, Επίκουρος Καθηγητής Ιστορίας Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης.

Copyright © Γαβριήλ Α. Κουρής, 2023.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος | All rights reserved

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας διατριβής, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της διατριβής για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Η παρούσα διατριβή αφιερώνεται
στα παιδιά μου, Αριστοτέλη και Κωνσταντίνο
και στους μελλοντικούς μεταρρυθμιστές
των υπηρεσιών υγείας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ 13
ΠΕΡΙΛΗΨΗ | SUMMARY 15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 | ΕΙΣΑΓΩΓΗ 19
1.1. Εισαγωγικές παρατηρήσεις 19
1.2. Αντικείμενο και μεθοδολογία της έρευνας 21
1.3. Σκοπός, στόχοι και συμβολή της διατριβής στην επιστήμη 22
1.4. Δομή και διάρθρωση της διατριβής 23

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 | ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ: ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΤΥΠΟΛΟΓΙΑ 27
2.1. Εισαγωγή 27
2.2. Ορίζοντας το σύστημα υγείας 28
2.3. Πολιτική και συστήματα υγείας 30
2.4. Σκοπός και στόχοι του συστήματος υγείας 30
2.5. Χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας 33
2.6. Η δομή του συστήματος υγείας 34
2.7. Οι βασικοί «μέτοχοι» του συστήματος υγείας 36
2.8. Τυπολογία των συστημάτων υγείας 38
2.9. Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας 44
2.10. Σύνοψη 46

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 | ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ 53
3.1. Εισαγωγή 53
3.2. Ορισμός και είδη μεταρρυθμίσεων 53
3.3. Προκλήσεις και πιέσεις στα συστήματα υγείας 55
3.3.1. Το δημοσιονομικό κόστος της υγείας 56
3.3.2. Η γήρανση του πληθυσμού 57
3.3.3. Η ανάπτυξη νέων τεχνολογιών και θεραπευτικών μεθόδων 57
3.3.4 Η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα υγείας 58
3.4. Προϋποθέσεις για την επιτυχή εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων στην υγεία 59
3.5. Εξελίξεις και τάσεις των μεταρρυθμίσεων στα συστήματα υγείας 63
3.6. Σύνοψη 67

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 | ΟΙ «ΠΕΡΙΠΕΤΕΙΕΣ» ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ 75
4.1. Εισαγωγή 75
4.2. Υγειονομικές πολιτικές στην περίοδο από τη συγκρότηση του Ελληνικού κράτους έως τον Α' Παγκόσμιο Πόλεμο (1833-1918) 76
4.3. Υγειονομικές εξελίξεις στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου και του Β' Παγκοσμίου Πολέμου (1918-1944) 78
4.4. Οι πολιτικές υγείας στη μεταπολεμική Ελλάδα (1945-1981) 80
4.5. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας: Από τη «γέννηση» έως την «ενήλικη» περίοδο λειτουργίας του (1981-σήμερα) 83
4.6. Σύνοψη 102

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 | ΟΙ ΕΚΘΕΣΕΙΣ ΕΜΠΕΙΡΟΓΝΩΜΟΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ 109
5.1. Εισαγωγή 109
5.2. Εκθέσεις εμπειρογνωμόνων που «σημάδεψαν» την ανάπτυξη των συστημάτων υγείας 110
5.2.1. Το παράδειγμα της Μ. Βρετανίας 110
5.2.2. Το παράδειγμα των ΗΠΑ 113
5.3. Εκθέσεις εμπειρογνωμόνων και ελληνική πραγματικότητα 116
5.3.1. Η έκθεση της Οργάνωσης Υγείας της Κοινωνίας των Εθνών για την υγειονομική αναδιοργάνωση της Ελλάδας (1929) 118
5.3.2. Η έκθεση Λούρου για την υγειονομική οργάνωση της χώρας (1945) 118
5.3.3. Η έκθεση της Επιτροπής Κοινωνικών Ασφαλίσεων για τη γενική περίθαλψη του πληθυσμού (1963) 125
5.3.4. Η έκθεση Πάτρα για την Εθνική Πολιτική Υγείας (1970) 131
5.3.5. Η έκθεση του ΚΕΠΕ για την υγεία (1976) 139
5.3.6. Το σχέδιο Δοξιάδη για την προστασία της υγείας (1981) 148
5.3.7. Η έκθεση της ειδικής επιτροπής ξένων εμπειρογνωμόνων (1994) 155
5.3.8. Η έκθεση στο πλαίσιο της επιτροπής Σπράου για την υγεία (1997) 164
5.4. Σύνοψη 168

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 | Η ΕΚΘΕΣΗ ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΤΩΝ ΕΘΝΩΝ (1929) ΩΣ ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ 179
6.1. Εισαγωγή 179
6.2. Η κοινωνικο-οικονομική και πολιτική πραγματικότητα στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου 180
6.3. Τα προβλήματα δημόσιας υγείας και οι πρωτοβουλίες για την υγειονομική οργάνωση της χώρας, την περίοδο 1922-1928 181
6.4. Η έκθεση της ΚτΕ για την αναδιοργάνωση του υγειονομικού συστήματος: Ανάλυση, διαπιστώσεις και προτάσεις πολιτικής 188
6.4.1. Δομή και περιεχόμενο της έκθεσης 188
6.4.2. Τα «πρόσωπα – κλειδιά» 189
6.4.3. Οι περιοχές έρευνας 189
6.4.4. Τα κύρια ευρήματα 190
6.4.5. Οι προτάσεις για την αναδιοργάνωση του υγειονομικού συστήματος 193
6.5. Η νομοθετική εξειδίκευση των μέτρων της ΚτΕ 203
6.6. Αποτίμηση του μεταρρυθμιστικού εγχειρήματος στη βάση των προτάσεων της ΚτΕ 207
6.7. Σύνοψη - Συμπεράσματα 214

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 | ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ 225
7.1. Συμπεράσματα και διαπιστώσεις 225
7.1.1. Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα υπό το πρίσμα των εκθέσεων εμπειρογνωμόμων 225
7.1.2. Όψεις και πτυχές των υγειονομικών σχεδιασμών για τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας 227
7.2. Κατευθύνσεις και προτάσεις για το σχεδιασμό της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα: Η αλλαγή παραδείγματος ως εθνικό ζητούμενο 235

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 245

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1
Χρηματοδοτικά Μοντέλα Συστημάτων Υγείας 42

Πίνακας 2
Διάκριση της Ιδιωτικής Ασφάλισης από την Κοινωνική Ασφάλιση 43

Πίνακας 3
Διαφορές Ιδιωτικού και Δημόσιου Συστήματος Υγείας 44

Πίνακας 4
Ατζέντα της ΕΕ για αποτελεσματικά, προσβάσιμα και ανθεκτικά συστήματα υγείας 63

Πίνακας 5
Νομοσχέδια Υπ. Υγείας κατά την περίοδο 2004-2009 93

Πίνακας 6
Νομοθετικές παρεμβάσεις και διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας, στο πλαίσιο των προγραμμάτων δημοσιονομικής προσαρμογής της χώρας 99

Πίνακας 7
Κόστος εφαρμογής προτάσεων Επιτροπής Κοινωνικών Ασφαλίσεων για τη γενική περίθαλψη του πληθυσμού 129

Πίνακας 8
Μέτρα πολιτικής και χρονοδιάγραμμα εφαρμογής Σχεδίου Εθνικής Πολιτικής Υγείας 133

Πίνακας 9
Κόστος υλοποίησης σχεδίου Εθνικής Πολιτικής Υγείας 137

Πίνακας 10
Τα κυριότερα προβλήματα του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα βάσει της έκθεσης του ΚΕΠΕ 142

Πίνακας 11
Βασικές αρχές και προτεραιότητες πολιτικής για την υγεία σύμφωνα με την έκθεση του ΚΕΠΕ 146

Πίνακας 12
Χρονική κλιμάκωση της διαδικασίας κατάρτισης του σχεδίου νόμου «Μέτρα Προστασίας της Υγείας» 149

Πίνακας 13
Δομή, περιεχόμενα και κατευθύνσεις πολιτικής του σχεδίου νόμου «Μέτρα Προστασίας της Υγείας» 150

Πίνακας 14

Έρευνα της κοινής γνώμης για τις υγειονομικές υπηρεσίες το 1992 (ποσοστά αποκρίσεων) 156

Πίνακας 15

Κόστος κατασκευής των αναγκαίων εγκαταστάσεων και υποδομών για τη στέγαση των νέων υγειονομικών υπηρεσιών 198

Πίνακας 16

Κόστος λειτουργίας των νέων υγειονομικών υπηρεσιών 199

Πίνακας 17

Ετήσιες δαπάνες για την ανάπτυξη και λειτουργία των νέων υγειονομικών υπηρεσιών (1929-1936) 199

Πίνακας 18

Νοσοκομειακή υποδομή στην Ελλάδα κατά την περίοδο του Μεσοπολέμου 206

Πίνακας 19

Χρονική θητεία Υπουργών Υγιεινής στην Ελλάδα κατά την περίοδο 1917-1936 208

Πίνακας 20

Εκθέσεις εμπειρογνωμόνων για την πολιτική υγείας στην Ελλάδα (1920-2000) 226

Πίνακας 21

Βαθμός συστηματικότητας υγειονομικών σχεδιασμών στην Ελλάδα (1920-2000) 228

Πίνακας 22

Βαθμός διασύνδεσης υγειονομικών σχεδιασμών/εκθέσεων με μείζονες κρίσεις στην Ελλάδα κατά τον 20^{ο} αιώνα 230

Πίνακας 23

Τομείς/πεδία μεταρρυθμιστικής προτεραιότητας για την πολιτική υγείας στην Ελλάδα βάσει των εκθέσεων εμπειρογνωμόνων (1920-2000). 232

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1
Το Σύστημα Υγείας και το εξωτερικό περιβάλλον του 29

Διάγραμμα 2
Σκοπός και στόχοι Συστήματος Υγείας 31

Διάγραμμα 3
Σχέση μεταξύ λειτουργιών και στόχων του Συστήματος Υγείας 33

Διάγραμμα 4
Τα επίπεδα οργάνωσης της περίθαλψης στο Σύστημα Υγείας 35

Διάγραμμα 5
Οι «μέτοχοι» και τα επίπεδα συντονισμού στο Σύστημα Υγείας 37

Διάγραμμα 6
Παράγοντες που συμβάλλουν στην ανθεκτικότητα των υγειονομικών συστημάτων 61

Διάγραμμα 7
Προτεινόμενη οργανωτική δομή της κεντρικής υγειονομικής υπηρεσίας σύμφωνα με την έκθεση Λούρου 120

Διάγραμμα 8
Προτεινόμενη οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών σε περιφερειακό επίπεδο σύμφωνα με την έκθεση Λούρου 121

Διάγραμμα 9
Βασικοί στόχοι μεταρρυθμιστικού σχεδίου «Δοξιάδη» για την υγεία 151

Διάγραμμα 10
Πρόταση της ανώτερης οργανωτικής δομής των νοσοκομείων σύμφωνα με την επιτροπή των ξένων εμπειρογνωμόνων 160

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1
Προτεινόμενη οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στη Μ. Βρετανία σύμφωνα με την έκθεση Dawson 110

Εικόνα 2
Το εξώφυλλο της έκθεσης Beveridge με τίτλο: «Κοινωνική ασφάλιση και συναφείς υπηρεσίες» 112

Εικόνα 3

Το εξώφυλλο της τελικής έκθεσης της επιτροπής για τις δαπάνες υγειονομικής φροντίδας με τίτλο: «Ιατρική φροντίδα για τον πληθυσμό της Αμερικής». …… 115

Εικόνα 4

Συνολικός προϋπολογισμός κτιριακών αναγκών υγιεινής σ' όλη τη Χώρα σύμφωνα με την έκθεση Λούρου …… 123

Εικόνα 5

Προϋπολογισμός για τις ετήσιες δαπάνες υγιεινής όλης της Χώρας, σύμφωνα με την έκθεση Λούρου …… 124

Εικόνα 6

Δημοσίευμα της εφημερίδας ΕΜΠΡΟΣ (1921) που προαναγγέλλει την ίδρυση αυτόνομου Υπουργείου Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας …… 183

Εικόνα 7

Δημοσίευμα της εφημερίδας ΣΚΡΙΠ (1928), για την επιδημία του δάγκειου πυρετού στην Ελλάδα …… 185

Εικόνα 8

Επιστολή προς τον Υπουργό Εξωτερικών Α.Καραπάνο σχετικά με το αίτημα της Ελληνικής Κυβέρνησης για συνεργασία με την ΚτΕ. …… 186

Εικόνα 9

Το εξώφυλλο της έκθεσης που συνέταξε η Οργάνωση Υγείας της ΚτΕ για την υγειονομική αναδιοργάνωση της Ελλάδας (1929) …… 187

Εικόνα 10

Το ΦΕΚ του Νόμου 4172/1929 περί συστάσεως αυτοτελούς Υπουργείου Υγιεινής …… 203

Εικόνα 11

Πανοραμική άποψη της Υγειονομικής Σχολής, το 1936 …… 204

Εικόνα 12

Δημοσίευμα εφημερίδας ΕΜΠΡΟΣ για ίδρυση Υγειονομικής Σχολής (1928) …… 204

Εικόνα 13

Η επιστολή του Α. Πάλλη προς τον Α. Παππά (11/05/1930) στην οποία περιλαμβάνονταν αναφορές σχετικά με τη λειτουργία των αγροτικών ιατρείων της ΕΑΠ …… 210

Εικόνα 14

Δημοσίευμα εφημερίδας "ΑΚΡΟΠΟΛΙΣ" για κακοδιαχείριση στο Υπ. Υγιεινής (13/03/1932) …… 212

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΒΔ	Βασιλικό Διάταγμα
ΔΣ	Διοικητικό Συμβούλιο
ΔΥΠΕ	Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας
ΕΑΠ	Επιτροπή Αποκατάστασης Προσφύγων
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΟΦ	Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΚΕΝ	Κλειστό Ενοποιημένο Νοσήλιο
ΚΕΠΕ	Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών
ΚτΕ	Κοινωνία των Εθνών
ΝΔ	Νομοθετικό Διάταγμα
ΝΠΔΔ	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
ΝΠΙΔ	Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου
ΟΝΕ	Οικονομική και Νομισματική Ένωση
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΟΠΥ	Ομάδα Προγραμματισμού Υγείας
ΠΔ	Προεδρικό Διάταγμα
ΠΕΔΥ	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
ΠΕΣΥΠ	Περιφερειακό Σύστημα Υγείας και Πρόνοιας
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΥΣ	Περιφερειακό Υγειονομικό Συμβούλιο
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΣΕΥΥΠ	Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας
ΤΕΠ	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
ΤΟΜΥ	Τοπική Μονάδα Υγείας
ΦΕΚ	Φύλλο Εφημερίδας της Κυβέρνησης

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

"Το πραγματικό ταξίδι της ανακάλυψης
δεν συνίσταται στην αναζήτηση νέων
τοπίων, αλλά στο να έχεις νέα μάτια"
- - - - - - -
Marcel Proust (1871 – 1922)

"Ἡ Ἰθάκη σ᾽ ἔδωσε τ᾽ ὡραῖο ταξίδι. Χωρὶς αὐτὴν δὲν θἄ βγαινες στὸν δρόμο". Και τώρα που το «ταξίδι» της διδακτορικής διατριβής ολοκληρώνεται, γνωρίζοντας πια *"οι Ἰθάκες τί σημαίνουν"* νιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω τους «συνοδοιπόρους» μου που συνέβαλαν, στο μέγιστο βαθμό, ώστε αυτή η – μακρά και επίπονη – ερευνητική διαδρομή στο Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης να καταστεί ενδιαφέρουσα και εποικοδομητική.

Πρώτα και κύρια θα ήθελα να ευχαριστήσω ολόψυχα τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. ***Αναστάσιο (Τάσο) Φιλαλήθη***, Ομότιμο Καθηγητή Κοινωνικής Ιατρικής – Προγραμματισμού Υγείας, η συμβολή του οποίου υπήρξε πολλαπλά καθοριστική για την εκπόνηση και ολοκλήρωση της διδακτορικής διατριβής μου. Με την υψηλή επιστημονική κατάρτιση και εμπειρία του, μου έδωσε την ευκαιρία να κατανοήσω σε βάθος και να διερευνήσω με μεθοδολογική συστηματικότητα και κριτική προσέγγιση το πεδίο της πολιτικής υγείας και της μεταρρύθμισης των συστημάτων υγείας, ενώ παράλληλα με ενέπνευσε με ιδέες και προτάσεις, μου καλλιέργησε προσδοκίες και μου προσέφερε τη δυνατότητα να εκπονήσω την παρούσα διατριβή υπό την εποπτεία του, περιβάλλοντας τη συνεργασία μας από ένα σταθερό πλαίσιο εμπιστοσύνης, κατανόησης, ενθάρρυνσης, σεβασμού και συνεχούς καθοδήγησης.

Επίσης, επιθυμώ να ευχαριστήσω θερμά τα άλλα δύο μέλη της Συμβουλευτικής Επιτροπής, τον κ. **Ξενοφώντα Κοντιάδη**, Καθηγητή Δημοσίου Δικαίου και Κοινωνικής Ασφάλειας και τον κ. **Κωνσταντίνο Τρομπούκη**, Αναπληρωτή Καθηγητή Ιστορίας της Ιατρικής, με τους οποίους είχαμε μια γόνιμη και παραγωγική συνεργασία, σε διάφορα στάδια, κατά τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας διδακτορικής διατριβής. Με την εμπιστοσύνη τους, τις συμβουλές τους, τον ενθαρρυντικό - αλλά και τον κριτικό - τους λόγο και την άμεση ανταπόκριση τους στα πάσης φύσεως ζητήματα που τους έθετα, μου παρείχαν σημαντική βοήθεια και υποστήριξη για την ολοκλήρωση της ανά χείρας ερευνητικής εργασίας.

Τέλος, ιδιαίτερη ευγνωμοσύνη οφείλω στους γονείς μου, **Αριστοτέλη** και **Ευαγγελία** στον αδελφό μου **Γεώργιο – Νεκτάριο**, στη σύζυγο μου **Μαριλένα** και στα δύο παιδιά μου, τον **Αριστοτέλη** και τον **Κωνσταντίνο** για την αμέριστη, πολυεπίπεδη στήριξη τους μα κυρίως για την κατανόηση, την υπομονή και τη συμπαράσταση τους σε αυτό το μακρόχρονο «ταξίδι» γνώσης και έρευνας.

Γαβριήλ Α. Κουρής

Ηράκλειο Κρήτης, Ιούνιος 2023

ΠΕΡΙΛΗΨΗ | SUMMARY

[Ελληνικά]

Εκθέσεις Εμπειρογνωμόνων για την Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα (1920–2004): Κοινωνικές συνθήκες και πολιτική πραγματικότητα των μεταρρυθμίσεων

Στην πορεία ανάπτυξης του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα, ιδιαίτερα από το 1920 και μετά, καταγράφεται μια αξιοσημείωτη προσπάθεια για τη διαμόρφωση τεκμηριωμένων και βασισμένων σε στοιχεία πολιτικών - με απώτερο σκοπό την μεταρρύθμιση και εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών υγείας - μέσω της σύνταξης ειδικών εκθέσεων και μελετών από ειδικούς εμπειρογνώμονες του τομέα της υγείας.

Οι εν λόγω εκθέσεις έθεταν ως στόχο τη συγκέντρωση αξιόπιστης πληροφόρησης για την κατάσταση και τα προβλήματα του ελληνικού συστήματος υγείας και τη διαμόρφωση θέσεων, προτάσεων και πολιτικών που θα συνέβαλαν στην καλύτερη οργάνωση και λειτουργία των υγειονομικών υπηρεσιών καθώς και στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης. Μέσω αυτών επιδιωκόταν, επίσης, να υπάρξει η κατάλληλη ερμηνευτική και διαγνωστική προετοιμασία για τη θεσμοθέτηση και εφαρμογή των αλλαγών και μεταρρυθμίσεων που είχε ανάγκη το σύστημα υγείας, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, τους διαθέσιμους πόρους και τους πολιτικο-κοινωνικούς παράγοντες που επηρέαζαν, σε κάθε περίοδο, τη λήψη των αποφάσεων στο υγειονομικό πεδίο.

Στο πλαίσιο αυτό, η παρούσα διδακτορική διατριβή, με τίτλο *«Εκθέσεις εμπειρογνωμόνων για την πολιτική υγείας στην Ελλάδα (1920 – 2004): Κοινωνικές συνθήκες και πολιτική πραγματικότητα των μεταρρυθμίσεων»* πραγματεύεται την εξέταση των σημαντικότερων εκθέσεων εμπειρογνωμόνων που συντάχθηκαν στην Ελλάδα κατά τον 20^{ο} αιώνα, με κύριο σκοπό: α. τη διερεύνηση της συμβολής των εν λόγω πονημάτων στη διαμόρφωση της εθνικής πολιτικής υγείας, β. την αξιολόγηση του βαθμού συστηματικότητας των εκθέσεων σε ότι αφορά τη διαδικασία σχεδιασμού και εκπόνησης αυτών και γ. την ανάδειξη των μειζόνων τομέων και προτεραιοτήτων πολιτικής για την αναδιοργάνωση και μεταρρύθμιση του συστήματος και των υπηρεσιών υγείας, βάσει των προτάσεων και διαπιστώσεων των εμπειρογνωμόνων.

Στο θεωρητικό μέρος της παρούσας, επιχειρείται μια επισκόπηση των ερμηνευτικών προσεγγίσεων και θεωρητικών υποδειγμάτων για την οργάνωση και λειτουργία των συστημάτων υγείας, τον τρόπο διοίκησης, χρηματοδότησης και παροχής των υπηρεσιών υγείας ενώ ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στις κατευθύνσεις και επιδιώξεις των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων, υπό το πρίσμα των σύγχρονων προκλήσεων που αντιμετωπίζουν τα συστήματα και οι υπηρεσίες υγείας.

Σε ότι αφορά το μέρος των πολιτικών, αρχικά επιχειρείται μια αποτύπωση των υγειονομικών πολιτικών που εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα, από συστάσεως του Ελληνικού κράτους και εν συνεχεία επιχειρείται μία λεπτομερής μελέτη και ανάλυση των εκθέσεων εμπειρογνωμόνων που συντάχθηκαν, κατά την περίοδο 1920-2000, για να υποστηρίξουν τη διαδικασία μεταρρύθμισης του ελληνικού συστήματος υγείας, η οποία καταλήγει στη διερεύνηση και συζήτηση - ως ειδικής μελέτης περίπτωσης, στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας - της έκθεσης της Οργάνωσης Υγείας της Κοινωνίας των Εθνών (1929).

Τα ευρήματα και οι διαπιστώσεις που προκύπτουν στο πλαίσιο της παρούσας διατριβής, αναδεικνύουν τη διάρκεια και την ένταση του προβληματισμού για τα μείζονα προβλήματα της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα καθ' όλη τη διάρκεια του 20ου αιώνα, ενώ την ίδια στιγμή προβάλλουν τη συμβολή των εκθέσεων εμπειρογνωμόνων στην προώθηση των αναγκαίων μεταρρυθμιστικών πρωτοβουλιών για την αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας και στην υποστήριξη λήψης τεκμηριωμένων αποφάσεων στο πλαίσιο της εθνικής πολιτικής υγείας.

[English]

Expert Reports on Health Policy In Greece (1920-2004): Social conditions and political reality of the reforms

During the 20th century, Greece was confronted with serious problems and challenges in the health sector that - given the particular social, economic and sanitary conditions of that period - made necessary the Greek state to plan and implement integrated and evidence based reforms and regulatory changes in order to improve the health system's performance and the health of the population as well as to deal with the malfunctions of the health services.

In these circumstances, an important role was played by academic specialists and health experts who, with their scientific knowledge and experience in different areas of health policy, supported the work of the development and modernisation of health services, through the preparation and drafting of special reports and studies on health issues that were of particular concern and priority at a national level.

These expert's reports aimed to gather reliable information and data on the situation and problems of the Greek health system as well as to prepare positions, proposals and recommendations for evidence-based policy-making that could contribute to the effective organisational and operational restructuring of health services and to the improvement of the quality of delivered care.

Moreover, the reports aimed to provide the appropriate interpretative and diagnostic preparation for the institutionalisation and implementation of the changes and interventions that the health system needed, taking into account the health needs of the population, the available resources and the socio-political factors that influenced, in each period, the decision-making process in the health field.

In this context, the research made in the present PhD thesis entitled "Expert reports on health policy in Greece (1920-2004): social conditions and political reality of reforms", aims to critically examine the trajectory of health reforms in Greece during the 20th century and to analyse the most important expert's reports on health policy issues with ultimate goal to be identified the degree of contribution of these reports to the formation of the national health policy, to evaluate the systematicity of preparation and drafting process of the reports, and to highlight the major policy areas and priorities for the reorganisation of the health system and services, based on the experts' proposals and findings.

In the theoretical part of this thesis, an overview of the interpretative approaches and theoretical paradigms for the organisation and operation of health systems, as well as for the administration, financing and delivery of health services is undertaken, while particular emphasis is given to the directions and objectives of reforms, in the light of the contemporary challenges facing health systems and services.

As far as the research part is concerned, an attempt is made to describe the health policies that have been implemented in Greece since the establishment of the Greek state, followed by a detailed study and analysis of the expert reports that were prepared during the period 1920-2000 to support the process of reforming the Greek health system, which concludes with the presentation and discussion - as a special case study - of the report of the Health Organization of the League of Nations (1929) for the sanitary reorganisation of Greece.

The findings and conclusions that emerge in the context of this thesis, highlight the duration and intensity of reflection on the major problems of health policy in Greece throughout the 20th century, while at the same time reveal the contribution of expert reports in promoting the necessary reform initiatives for the reorganization of the health system and in supporting evidence-based decision making process in the context of national health policy.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. Εισαγωγικές παρατηρήσεις

Τα συστήματα υγείας, όπως αναπτύχθηκαν κατά τον 20^{ο} αιώνα, διαδραμάτισαν ένα σημαντικό ρόλο για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης (World Health Organization, 2000). Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με τη συνειδητοποίηση της σημασίας για ενίσχυση της αποδοτικότητας, αποτελεσματικότητας και ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Υφαντόπουλος, 2002), οδήγησε αρκετές χώρες στην υιοθέτηση συστηματικά επεξεργασμένων μεταρρυθμίσεων και επιστημονικά τεκμηριωμένων πολιτικών, στη βάση προτάσεων που στηρίζονταν σε αξιόπιστη καταγραφή, εμπεριστατωμένη ανάλυση και στατιστική πληροφόρηση, σχετικά με τις ανάγκες για τις υπηρεσίες υγείας και τη χρήση αυτών (Organisation for Economic Co-operation and Development, 1994; Saltman and Figueras, 1997).

Η προσέγγιση αυτή εκφράστηκε κυρίως μέσα από τη σύνταξη ειδικών εκθέσεων και μελετών οι οποίες αποτέλεσαν, σε αρκετές περιπτώσεις, τον «οδικό χάρτη» για το σχεδιασμό και την εφαρμογή δράσεων και πολιτικών, προκειμένου να βελτιωθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και να αντιμετωπισθούν αποτελεσματικά τα προβλήματα υγείας των πολιτών. Η προετοιμασία και συγγραφή των εν λόγω εκθέσεων αποτέλεσε έργο εμπειρογνωμόνων οι οποίοι συνέδραμαν το έργο εθνικών κυβερνήσεων και άλλων φορέων, με σκοπό την τεκμηριωμένη καταγραφή και ανάδειξη των προβλημάτων του κάθε συστήματος υγείας και αφετέρου τη διαμόρφωση προτάσεων και κατευθύνσεων για την αναδιοργάνωση και τον εκσυγχρονισμό των λειτουργιών αυτού σε κάθε χώρα (Barona, 2019).

Χαρακτηριστικά παραδείγματα εκθέσεων που επηρέασαν το πεδίο σχεδιασμού και άσκησης της πολιτικής υγείας σε διεθνές επίπεδο, μεταξύ άλλων, θεωρούνται:

- η **έκθεση Flexner** (1910) στις ΗΠΑ, η οποία συνέβαλε στη ριζική αναθεώρηση του συστήματος ιατρικής εκπαίδευσης οδηγώντας, μεταξύ άλλων, στη διακοπή της λειτουργίας ενός μεγάλου αριθμού ιατρικών σχολών που παρήγαγαν χαμηλής ποιότητας ιατρικό δυναμικό (Beck, 2004).
- η **έκθεση Dawson** (1920) στη Μ. Βρετανία, η οποία κατέστησε ως επίκεντρο του υγειονομικού συστήματος την πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα μέσω της ανάπτυξης των κέντρων υγείας, η διοίκηση των οποίων θα γινόταν από ιατρούς

γενικής ιατρικής και τα οποία θα παρείχαν υπηρεσίες θεραπευτικής και προληπτικής ιατρικής υποστηριζόμενα από πανεπιστημιακά νοσοκομεία και άλλες υπηρεσίες (Φιλαλήθης, 2021).

- Η **έκθεση της επιτροπής για το κόστος υγειονομικής φροντίδας** (1932) στις ΗΠΑ, η οποία αποτέλεσε μια ολοκληρωμένη πρόταση για την αντιμετώπιση του ολοένα αυξανόμενου κόστους της ιατρικής και νοσοκομειακής περίθαλψης και τη δημιουργία ενός οικονομικά βιώσιμου και οργανωτικά αποτελεσματικού συστήματος υγείας, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην πρόληψη της ασθένειας και στην ανάγκη κάλυψης του προκαλούμενου κόστους μέσω της ασφάλισης υγείας (Winslow, 1932; Falk, 1973).
- η **έκθεση Beveridge** (1942) στη Μ. Βρετανία, η οποία θεμελίωσε την ανάγκη για ένα ολοκληρωμένο κράτος κοινωνικής πρόνοιας στη βάση της οποίας δημιουργήθηκε η Εθνική Υπηρεσία Υγείας (NHS) το 1948, η οποία παρείχε καθολική και δωρεάν υγειονομική κάλυψη με χρηματοδότηση από τη γενική φορολογία (Musgrove, 2000).

Στην Ελλάδα, η ανάπτυξη του συστήματος υγείας - και συνακόλουθα η εφαρμογή μιας ολοκληρωμένης υγειονομικής πολιτικής - παρουσίασε μια σημαντική χρονική υστέρηση σε σχέση με άλλες χώρες. Η υστέρηση αυτή συνδέθηκε άρρηκτα με τις κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές εξελίξεις που επικρατούσαν στη χώρα, σε τέτοιο βαθμό ώστε, η πορεία ανάπτυξης και οργάνωσης των υγειονομικών υπηρεσιών να μπορεί να χαρακτηριστεί ως «παράλληλη» ή και «ταυτόσημη» με την πορεία ανάπτυξης του ελληνικού κράτους (Θεοδώρου και συν., 2001).

Οι δύο παγκόσμιοι πόλεμοι, η Μικρασιατική καταστροφή, ο εμφύλιος, η δικτατορία, οι οικονομικές συνθήκες άλλοτε της ύφεσης και άλλοτε της ραγδαίας ανόδου και το ασταθές κοινωνικό-πολιτικό περιβάλλον επηρέασαν, μεταξύ άλλων, την πορεία εξέλιξης των υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα την «υπανάπτυξη» του τομέα υγείας και την παγίωση ενός μη συστήματος για πολλές δεκαετίες (Κουρής και συν., 2007).

Παρόλα αυτά, προσεγγίζοντας ιστορικά την πορεία διαμόρφωσης της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα, με ιδιαίτερη εστίαση στην περίοδο 1920-2000, διαπιστώνεται η σύνταξη ενός αξιόλογου αριθμού εκθέσεων και μελετών από εμπειρογνώμονες της υγείας, οι οποίες προϋπήρξαν των εκάστοτε μεταρρυθμιστικών σχεδιασμών και νομοθετικών πρωτοβουλιών και οι οποίες χαρακτηρίζονταν από μια τεκμηριωμένη και συστηματική προσέγγιση σχεδιασμού και ανάλυσης δημόσιας πολιτικής.

Οι εν λόγω εκθέσεις παρείχαν μια έγκυρη – κατά το πλείστον - αποτίμηση της κατάστασης, των προβλημάτων και προοπτικών του ελληνικού συστήματος υγείας - μέσα από τη συγκέντρωση, επεξεργασία και αξιολόγηση επιστημονικών στοιχείων και δεδομένων - και τη διαμόρφωση προτάσεων και κατευθύνσεων πολιτικής για τη μεταρρύθμιση των υγειονομικών υπηρεσιών, κατά τα πρότυπα διαδικασιών σχεδιασμού και λήψης αποφάσεων που ακολουθούνταν σε άλλες χώρες.

1.2. Αντικείμενο και μεθοδολογία της έρευνας

Η παραπάνω διαπίστωση, αποτέλεσε τη βάση, αλλά και το ερέθισμα, για την περαιτέρω διερεύνηση και μελέτη - μέσω της παρούσας διδακτορικής διατριβής –των σημαντικότερων εκθέσεων εμπειρογνωμόνων για την πολιτική υγείας στην Ελλάδα κατά τον 20^{ο} αιώνα, οι οποίες επιλέχθηκαν με βάση τα κριτήρια:

α. της μεθοδολογικής αρτιότητας και της συστηματικής προσέγγισης της έρευνας τους,

β. της πληρότητας της ανάλυσης και της εγκυρότητας των προτάσεων και συμπερασμάτων που κάθε μία απ' αυτές περιλαμβάνει και

γ. του ειδικού ιστορικού χρόνου, μέσα στον οποίο και υπό τις συνθήκες του οποίου κάθε έκθεση συντάχθηκε και δημοσιοποιήθηκε.

Στο πλαίσιο αυτό, οι εκθέσεις που αποτέλεσαν το αντικείμενο έρευνας και ανάλυσης της εν λόγω διατριβής, ανέρχονται συνολικά σε οκτώ (8) και είναι οι εξής:

1. *«Συνεργασία με την ελληνική κυβέρνηση για την υγειονομική αναδιοργάνωση της Ελλάδας»*, η οποία συντάχθηκε από ομάδα εμπειρογνωμόνων της Οργάνωσης Υγείας της Κοινωνίας των Εθνών (ΚτΕ), το 1929.
2. *«Σχέδιο υγειονομικής οργάνωσης της χώρας»*, που συντάχθηκε από τον καθηγητή του Πανεπιστημίου Αθηνών Νικόλαο Λούρο, το 1945.
3. *«Πορίσματα της επιτροπής κοινωνικών ασφαλίσεων: Εισήγησις επί της γενικής περιθάλψεως του πληθυσμού»*, που συντάχθηκε από ειδική επιτροπή εμπειρογνωμόνων, το 1963.
4. *«Έκθεσις επί της Εθνικής Πολιτικής Υγείας»*, η οποία συντάχθηκε από τον Υπουργό Κοινωνικών Υπηρεσιών κατά την περίοδο της στρατιωτικής δικτατορίας, Λουκά Πάτρα, το 1970.
5. *«Πρόγραμμα αναπτύξεως 1976-1980: Υγεία»,* που συντάχθηκε από ομάδα εμπειρογνωμόνων του ΚΕΠΕ, το 1976.
6. *«Μέτρα προστασίας της υγείας»,* που αποτέλεσε το προσχέδιο νόμου που συντάχθηκε από τον υπουργό Κοινωνικών Υπηρεσιών Σπυρίδων Δοξιάδη, το 1981.
7. *«Έκθεση της ειδικής επιτροπής εμπειρογνωμόνων για τις ελληνικές υπηρεσίες υγείας»*, που συντάχθηκε από ειδική επιτροπή ξένων εμπειρογνωμόνων, με επικεφαλής τον καθηγητή Brian Abel Smith για λογαριασμό του υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το 1994.
8. *«Μεσοπρόθεσμος προσανατολισμός της πολιτικής υγείας και οικονομική πολιτική»*, η οποία αποτέλεσε σχέδιο έκθεσης που επεξεργάστηκε ειδική επιτροπή ελλήνων εμπειρογνωμόνων το 1997, στο πλαίσιο της εργασιών επιτροπής για την εξέταση της μακροπρόθεσμης οικονομικής πολιτικής της χώρας, υπό την προεδρία του καθηγητή Ιωάννη Σπράου, η οποία ποτέ δεν δημοσιοποιήθηκε.

Μέσα από την εξέταση και ανάλυση των εν λόγω εκθέσεων προσεγγίζονται θέματα και πτυχές που σχετίζονται τόσο με το ιστορικό, κοινωνικό και πολιτικό πλαίσιο των εκθέσεων εμπειρογνωμόνων όσο και με τα πρόσωπα που συμμετείχαν ή συνέβαλαν στην εκπόνηση τους και άλλα θέματα.

Παράλληλα, επιχειρείται μια αναλυτική επισκόπηση των προβλημάτων και δυσλειτουργιών των υπηρεσιών και του συστήματος υγείας, των προτάσεων μεταρρύθμισης που διατυπώνονταν σε αυτές και των αποτελεσμάτων που οι εκθέσεις παρήγαγαν σε θεσμικό ή πρακτικό επίπεδο, στη βάση των οποίων η έρευνα καταλήγει στην καταγραφή ενός «οδικού χάρτη» προτεραιοτήτων πολιτικής για τη μεταρρύθμιση του ελληνικού συστήματος υγείας.

Σε ότι αφορά το μεθοδολογικό πλαίσιο που ακολουθήθηκε, αυτό βασίστηκε αφενός στη συλλογή, μελέτη και ανάλυση των εκθέσεων εμπειρογνωμόνων για την πολιτική υγείας που συντάχθηκαν κατά την περίοδο 1920-2000, οι οποίες επιλέχθηκαν βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων όπως αναφέρθηκαν παραπάνω, και αφετέρου στη συλλογή και ανασκόπηση αρχειακών πηγών και τεκμηρίων από πρωτογενείς πηγές (κυβερνητικά έγγραφα, επιστολές) αλλά και λοιπού πληροφοριακού υλικού που συλλέχθηκε από δευτερογενείς πηγές (εφημερίδες).

1.3. Σκοπός, στόχοι και συμβολή της διατριβής στην επιστήμη

Ο σκοπός της εν λόγω διδακτορικής διατριβής συνίσταται στη διερεύνηση, καταγραφή και ανάλυση των εκθέσεων εμπειρογνωμόνων που προηγήθηκαν των σημαντικότερων μεταρρυθμιστικών σχεδιασμών για την πολιτική υγείας κατά τον 20^{ο} αιώνα στην Ελλάδα, με περίοδο αναφοράς το χρονικό διάστημα 1920-2000. Αξίζει να σημειωθεί ότι στο πλαίσιο της παρούσας διατριβής, εξετάζεται ως ειδική μελέτης περίπτωσης (case study), η έκθεση που συντάχθηκε από ομάδα εμπειρογνωμόνων της ΚτΕ, το έτος 1929, λαμβάνοντας υπόψη την ειδική βαρύτητα και σημασία που κατέχει η εν λόγω έκθεση στο corpus των εκθέσεων εμπειρογνωμόνων.

Επιμέρους στόχοι της διδακτορικής διατριβής – και συνάμα ερευνητικά ζητούμενα - αποτελούν η εξέταση του βαθμού συμβολής των εκθέσεων στη διαμόρφωση της εθνικής πολιτικής υγείας, η ανάδειξη των προτεραιοτήτων πολιτικής για τη μεταρρύθμιση του υγειονομικού συστήματος και η διερεύνηση του βαθμού συστηματικότητας των εκθέσεων ως προς τη διαδικασία προετοιμασίας και σχεδιασμού υλοποίησης των πορισμάτων και προτάσεων αυτών.

Τέλος και σε ότι αφορά τη συμβολή της παρούσας έρευνας στην επιστήμη και τη βιβλιογραφία γενικότερα, επισημαίνεται ότι αυτή δεν έγκειται μονάχα στην ιστορική αξία των εκθέσεων και τη (μνημειακή) σημασία τους αλλά και στο γεγονός ότι η παρούσα έρευνα προσδοκά στο να συνεισφέρει:

i. στην πολύπλευρη κατανόηση του πλαισίου σχεδιασμού και εφαρμογής των πολιτικών υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα.

ii. στην ανάδειξη της διάρκειας του προβληματισμού σχετικά με τα μείζονα προβλήματα της πολιτικής υγείας στη χώρα μας ταυτόχρονα με την ανάδειξη του κανονιστικού χαρακτήρα των πορισμάτων και των συμπερασμάτων των εκθέσεων για κάθε απόπειρα υγειονομικών μεταρρυθμίσεων στο μέλλον.

iii. στη δημιουργία μιας δεξαμενής ή τράπεζας γνώσεων, πληροφόρησης και έγκυρης κατά το πλείστον αποτίμησης της κατάστασης, των προβλημάτων και των προοπτικών της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα.

iv. στον εμπλουτισμό της ελληνικής επιστημονικής βιβλιογραφίας σχετικά με το σχεδιασμό της εθνικής πολιτικής υγείας και την οργάνωση του υγειονομικού συστήματος, ως ενός φαινομένου δημόσιας πολιτικής το οποίο εξελίσσεται διαχρονικά και με διαφορετικό ρυθμό.

v. στην πληροφόρηση και ενημέρωση των υπευθύνων για το σχεδιασμό και τη λήψη αποφάσεων υγειονομικής πολιτικής, των επαγγελματιών υγείας, των ερευνητών αλλά και των φοιτητών – σπουδαστών ιατρικών, επιστημών υγείας, κοινωνικών και πολιτικών επιστημών.

1.4. Δομή και διάρθρωση της διατριβής

Η διατριβή αποτελείται από επτά κεφάλαια και χωρίζεται σε δύο ενότητες. Η πρώτη ενότητα περιλαμβάνει το θεωρητικό μέρος της έρευνας και αποτελείται από τα κεφάλαια 1 έως και 4, ενώ η δεύτερη ενότητα περιλαμβάνει το ερευνητικό μέρος και αποτελείται από τα κεφάλαια 5 έως και 7. Ειδικότερα:

Στο **πρώτο κεφάλαιο**, το οποίο αποτελεί την εισαγωγή της παρούσας διατριβής, παρουσιάζεται το αντικείμενο, ο σκοπός και οι επιμέρους στόχοι της έρευνας και αναλύεται η δομή των επιμέρους κεφαλαίων της διατριβής.

Στο **δεύτερο κεφάλαιο** αναπτύσσεται το εννοιολογικό-θεωρητικό πλαίσιο κατανόησης του συστήματος υγείας. Στο κεφάλαιο αυτό οριοθετείται η έννοια του συστήματος υγείας, προσδιορίζεται το σύστημα σκοπών, στόχων και λειτουργικών χαρακτηριστικών αυτού και περιγράφεται η δομή και τυπολογία των σύγχρονων συστημάτων υγείας.

Στο **τρίτο κεφάλαιο** περιγράφεται το θεωρητικό πλαίσιο που διέπει τις μεταρρυθμίσεις στην υγεία και αναλύονται τα στοιχεία και οι συνθήκες που τις προσδιορίζουν ή τις επηρεάζουν. Μεταξύ άλλων, προσεγγίζεται εννοιολογικά η έννοια της υγειονομικής μεταρρύθμισης, περιγράφεται η βασική τυπολογία των μεταρρυθμίσεων στην πολιτική υγείας, αναλύονται οι σημαντικότερες προκλήσεις και πιέσεις που υπαγορεύουν την εφαρμογή μεταρρυθμιστικών αλλαγών στα συστήματα υγείας και ακολούθως, καταγράφονται οι κυριότερες τάσεις και εξελίξεις στις μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας στις τελευταίες δεκαετίες.

Στο **τέταρτο κεφάλαιο** εξετάζονται οι διαχρονικές προσπάθειες δημιουργίας ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας στην Ελλάδα, από το 1833 μέχρι σήμερα, μέσα από την περιοδολογική επισκόπηση της ιστορικής εξέλιξης του συστήματος υγείας και των μεταρρυθμιστικών πολιτικών που επιχειρήθηκαν για την αναδιοργάνωση και τον εκσυγχρονισμό των ελληνικών υπηρεσιών υγείας.

Στο **πέμπτο κεφάλαιο** αναλύεται ο ρόλος των εμπειρογνωμόνων και η συμβολή των εκθέσεων στη χάραξη και εφαρμογή της πολιτικής υγείας και τη μεταρρύθμιση των συστημάτων υγείας, περιγράφονται χαρακτηριστικά παραδείγματα εκθέσεων που «σημάδεψαν» την πορεία των συστημάτων υγείας σε διεθνές επίπεδο και τέλος, παρουσιάζονται και αναλύονται οι εκθέσεις εμπειρογνωμόνων που αφορούν την πολιτική υγείας στην Ελλάδα.

Στο **έκτο κεφάλαιο** εξετάζεται και ερευνάται, ως ειδική μελέτη περίπτωσης, η έκθεση της Οργάνωσης Υγείας της Κοινωνίας των Εθνών (1929) για την αναδιοργάνωση των ελληνικών υπηρεσιών υγείας, αναλύεται ο κανονιστικός χαρακτήρας των πορισμάτων και των προτάσεων της έκθεσης και διερευνάται η συμβολή της έκθεσης στην ανάπτυξη του υγειονομικού συστήματος της χώρας.

Τέλος, στο **έβδομο κεφάλαιο** παρουσιάζονται τα συμπεράσματα, οι κατευθύνσεις και οι προτάσεις που αναδεικνύονται από την παρούσα έρευνα. Στο πλαίσιο αυτού, περιλαμβάνεται αφενός, η αξιολόγηση του βαθμού συμβολής των εκθέσεων εμπειρογνωμόνων – που αποτέλεσαν το αντικείμενο μελέτης της παρούσας διατριβής - στη διαμόρφωση της εθνικής πολιτικής υγείας κατά τον 20^{ο} αιώνα και αφετέρου, ο βαθμός συστηματικότητας αυτών σε ότι αφορά τη διαδικασία προετοιμασίας και σχεδιασμού υλοποίησης των πορισμάτων και προτάσεων τους. Επιπλέον, τα αποτελέσματα της έρευνας αναδεικνύουν τις προτεραιότητες πολιτικής που (οφείλουν να) διέπουν την μεταρρυθμιστική πρακτική στο ελληνικό σύστημα υγείας και τις προοπτικές μετεξέλιξης αυτού, στο πλαίσιο μιας μεταρρυθμιστικής στρατηγικής που θα αξιοποιεί τα διδάγματα του παρελθόντος, εντάσσοντας τα στις σημερινές ανάγκες και προκλήσεις του συστήματος υγείας.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Κουρής, Γ., Σουλιώτης, Κ., Φιλαλήθης, Α. (2007), Οι "περιπέτειες" των μεταρρυθμίσεων του ελληνικού συστήματος υγείας: Μία ιστορική επισκόπηση, *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, 1: 35-67.
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. (2001), *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα: Παπαζήση.
- Υφαντόπουλος Ι. (2003), *Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική*, Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Φιλαλήθης, Α. (2021), Ορόσημα στην εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 38(5):675–682.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Barona, J. (2019), *Health policies in interwar Europe. A transnational perspective,* Abingdon: Routledge.
- Beck, A. (2004), The Flexner Report and the standardization of American Medical Education, *Journal of the American Medical Association*, 291(17): 2139–2140.
- Beveridge, W. (1942), *Social insurance and allied services*, London: Her Majesty's Stationery Office. Available at: https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/public-health-and-wellbeing/beveridge-report/
- Department of Health Education and Welfare (1970), *Medical care for the American people: The final report of the Committee on the costs of medical care adopted, Oct.31, 1932*, Washington: U.S. Health Services and Mental Health Administration, Community Health Service.
- Falk, I. S. (1973), Medical Care in the USA: 1932-1972. Problems, Proposals and Programs from the Committee on the Costs of Medical Care to the Committee for National Health Insurance, *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, *51*(1): 1–32.
- Flexner, A. (1910), *Medical education in the United States and Canada: A report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching*, New York: The Carnegie Foundation.
- Ministry of Health - Consultative Council on Medical and Allied Services (1920), *Interim report on the future provision of medical and allied services 1920 (Lord Dawson of Penn)*, London: His Majesty's Stationery Office. Available at: https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/

- Musgrove, P. (2000), Health insurance: the influence of the Beveridge Report, *Bulletin of the World Health Organization*, *78*(6): 845–846.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (1994), *The reform of health care systems: A review of seventeen OECD countries*, Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Saltman, R., Figueras, J. (1997), *European Health Care Reform: Analysis of current strategies*, Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Winslow, C. (1932), The Recommendations of the Committee on the Costs of Medical Care, *The New England Journal of Medicine*, 207:1138-1142.
- World Health Organization (2000), *The World Health Report 2000. Health Systems*: *Improving Performance*, Geneva: World Health Organization. Available at: https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ: ΔΟΜΗ & ΤΥΠΟΛΟΓΙΑ

2.1. Εισαγωγή

Η οργάνωση των συστημάτων υγείας ακολουθεί παράλληλη πορεία με την εξέλιξη της επιστήμης, ιδιαίτερα κατά τους δύο τελευταίους αιώνες. Απώτερος στόχος ήταν ανέκαθεν η εξάλειψη της ασθένειας και η προάσπιση του αγαθού της υγείας. Στα πλαίσια της κοινωνικής συγκρότησης, οι υπηρεσίες υγείας και η ιατρική επιστήμη ακολούθησαν ανοδική πορεία, τόσο σε επιστημονικό, τεχνολογικό όσο και ιατρικό επίπεδο (World Health Organization, 1996).

Η πρώτη επιστημονική προσέγγιση σε θέματα οργάνωσης της ανθρώπινης δραστηριότητας επιχειρήθηκε στις αρχές του 20ού αιώνα στις ΗΠΑ από τον F.W. Taylor. Σύμφωνα με αυτή, ο εργαζόμενος αντιμετωπίστηκε ως άτομο με προκαθορισμένη λειτουργία, που αναλαμβάνει μια επαναλαμβανόμενη δραστηριότητα βασισμένη σε επιστημονική ανάλυση. Η μέθοδος αυτή εστίαζε σε μια αποδοτική παραγωγή κάποιου προϊόντος, με αποκορύφωμα την εφαρμογή της στην αυτοκινητοβιομηχανία της εταιρείας Ford –από όπου και ο όρος «Φορντισμός» (Fordism). Έμφαση δινόταν κυρίως στον έλεγχο της ιεραρχίας, μεταξύ των οργανωτικών επιπέδων λειτουργίας, θέτοντας περιορισμούς (Taylor, 1911).

Σύμφωνα με τη συστημική σκέψη, η οποία αναπτύχθηκε τη δεκαετία του 1950 (systems thinking), οι οργανισμοί αναγνωρίζονται ως συστήματα που αλληλεπιδρούν με το περιβάλλον τους. Σύμφωνα με τη θεωρία των συστημάτων από την άλλη, κάθε σύστημα αποτελείται από επιμέρους υποσυστήματα, ενώ παράλληλα ανήκει σ' ένα μεγαλύτερο (Θεοδώρου και συν., 1997). Ένας ανθρώπινος οργανισμός, μια ομάδα, μια κοινωνική οργάνωση, αποτελούν υποσυστήματα που συγκροτούν πολιτισμικά, πολιτικά, οικονομικά και κοινωνικά συστήματα που και αυτά υπάρχουν διαδοχικά σε ευρύτερα κοινωνικά συστήματα.

Σε κάθε σύστημα εντοπίζονται πέντε βασικά στοιχεία (Αποστολάκης, 2002):

- Οι εισροές (Input),
- Η διαδικασία (Process),
- Οι εκροές (Output),
- Ο έλεγχος (Control),
- Η ανατροφοδότηση (Feedback).

Η μελέτη του συστήματος με βάση αυτή τη λειτουργία ονομάζεται συστημική προσέγγιση (systems approach). Κάθε σύστημα υγείας διαμορφώνεται σε συγκεκριμένο ιστορικό, κοινωνικό, οικονομικό και πολιτισμικό πλαίσιο. Σε βάθος

χρόνου, τα συστήματα υγείας διαμορφώνονται και προσαρμόζονται στις πολιτικές, κοινωνικές και οικονομικές αλλαγές ή ακόμα και στις τεχνολογικές και επιστημονικές εξελίξεις, όντας σε άμεση συσχέτιση και αλληλεπίδραση με το περιβάλλον που αναπτύσσονται και λειτουργούν - και ιδιαίτερα με την οικονομία - με τα συστήματα χρηματοδότησης, εκπαίδευσης καθώς και με τα συστήματα κοινωνικών αξιών και αγαθών.

Τα κύρια οργανωτικά χαρακτηριστικά που προσδιορίζουν τη μορφή κάθε συστήματος υγείας είναι ο βαθμός ισοτιμίας, η έκταση της κάλυψης, το είδος υπηρεσιών, η σχέση δημόσιου-ιδιωτικού τομέα, η ελευθερία επιλογής, η αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα του συστήματος (Λιαρόπουλος, 2007).

Σε κάθε περίπτωση, τα συστήματα υγείας διαδραμάτισαν ένα εξαιρετικά σημαντικό ρόλο στην προστασία της υγείας του πληθυσμού και στην αύξηση της υπολογιζόμενης διάρκειας ζωής των ανθρώπων, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα. Το γεγονός αυτό συνδέθηκε άρρηκτα με τις ραγδαίες εξελίξεις που έλαβαν χώρα όλα τα προηγούμενα χρόνια στους τομείς της ιατρικής επιστήμης και της βιοϊατρικής τεχνολογίας ενώ επηρεάστηκε σε σημαντικό βαθμό από την άνοδο του εισοδήματος και των προσδοκιών των καταναλωτών αλλά και την επάρκεια ή μη των πόρων που δύναται να διατεθούν για την υγεία, με συνέπεια να παρουσιάζονται στο προσκήνιο νέα διλήμματα, στα οποία η παροχή των υπηρεσιών υγείας οφείλει να επιτελείται στα πλαίσια ενός συνειδητά οργανωμένου συστήματος, του συστήματος υγείας.

2.2. Ορίζοντας το σύστημα υγείας

Επιχειρώντας να ορίσουμε το σύστημα υγείας, κρίνεται σκόπιμο όπως λάβουμε υπόψη τι είναι σύστημα γενικά. Σύμφωνα με τον von Bertalanffy (1968) ένα σύστημα μπορεί να κατανοηθεί ως «*ένα σύμπλεγμα στοιχείων που αλληλεπιδρούν και διασυνδέονται μεταξύ τους για την επίτευξη ενός σκοπού»* ενώ κατά τους Hall and Fagen (1956) *«ένα σύστημα είναι μια ομάδα αντικειμένων και οι μεταξύ τους σχέσεις»*. Ακόμη ένας αποδεκτός ορισμός ορίζει το σύστημα ως «*το άθροισμα ανεξάρτητων ή αλληλοεπιδρώμενων τμημάτων, συνδεδεμένων μεταξύ τους με τέτοιο τρόπο που να αποτελούν ένα ενιαίο σύνολο, ικανό να πραγματοποιήσει μια λειτουργία, ένα στόχο ή ένα σκοπό»* (Θεοδώρου και συν., 2001).

Ωστόσο, υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός μελετητών, οι οποίοι υποστηρίζουν ότι δεν είναι δυνατή μια κοινά αποδεκτή εννοιολογική θεώρηση του συστήματος, αν και συμφωνούν στην αποδοχή διαφορετικών μεν αλλά παρεμφερών εννοιολογικών προσδιορισμών της συστημικής θεώρησης (Katz and Kahn, 1966).

Με βάση τα παραπάνω, το σύστημα υγείας μπορεί να οριστεί ως *«το σύνολο των επιμέρους στοιχείων-υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση μεταξύ τους και με το περιβάλλον (του συστήματος), προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός ύπαρξής του, ο οποίος είναι η διατήρησης και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού»* (Θεοδώρου και συν., 2001).

Ένας άλλος δόκιμος ορισμός είναι αυτός που το θεωρεί ως *«το πλέγμα των παρεμβάσεων της πολιτείας με τις οποίες ρυθμίζονται ο τρόπος παροχής υπηρεσιών, οι σχέσεις μεταξύ των φορέων κάλυψης των αναγκών, των γιατρών και των*

νοσοκομείων. Οι διάφορες αυτές ρυθμίσεις καθορίζουν τον τρόπο πραγματοποίησης της προστασίας από τον οποίο εξαρτάται η αποτελεσματικότητα της περίθαλψης και η ικανοποιητική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας» (Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών, 1976).

Σύμφωνα επίσης, με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2000), το σύστημα υγείας ταυτίζεται με *«το σύνολο των δραστηριοτήτων που πρωταρχικό σκοπό έχουν την προαγωγή, αποκατάσταση και διατήρηση της υγείας»*, ενώ κατά τον Roemer (1991) το σύστημα υγείας συνίσταται στο *«συνδυασμό πόρων, οργανωτικών υποσυστημάτων, χρηματοδοτικών σχημάτων και διοικητικών μεθόδων, που αποσκοπούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό»*. Πέραν των παραπάνω, το σύστημα υγείας μπορεί να προσδιοριστεί και ως ένας συγκεκριμένος τρόπος οργάνωσης και διοίκησης - των ανθρώπινων και υλικών - πόρων που χρησιμοποιούνται στον τομέα υγείας με σκοπό την κάλυψη των αναγκών και τη μεγιστοποίηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού (Κυριόπουλος και συν., 1999).

Απ' όλα τα παραπάνω και με βάση τη συστημική θεώρηση, γίνεται σαφές ότι το σύστημα υγείας – το οποίο λειτουργεί μέσα σ' ένα ευρύτερο σύστημα – θεωρείται ως ένα απόλυτα ανοικτό σύστημα που επηρεάζεται και αλληλεπιδρά με το εξωτερικό του περιβάλλον (Διάγραμμα 1), το οποίο επιδρά με τη σειρά του στη δομή και τη λειτουργία του συστήματος υγείας, καθορίζοντας συνακόλουθα και το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Έτσι, οι κοινωνικοοικονομικές, πολιτικές και πολιτισμικές συνθήκες είναι αυτές που επιδρούν σημαντικά στη δομή, στα βασικά χαρακτηριστικά, αλλά και στην πορεία εξέλιξης του υγειονομικού συστήματος κάθε χώρας (Saltman and Figueras, 1997).

Διάγραμμα 1: Το Σύστημα Υγείας και το εξωτερικό περιβάλλον του

Πηγή: Ίδια Επεξεργασία

2.3. Πολιτική και συστήματα υγείας

Η πολιτική υγείας, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), συνιστάται στο *«σύνολο των μέτρων και των αποφάσεων που λαμβάνει κάθε κυβέρνηση για την προώθηση και την ανάπτυξη του τομέα υγείας της χώρας της, με γνώμονα τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, τους διαθέσιμους πόρους και τους υπάρχοντες πολιτικούς περιορισμούς, υποδεικνύοντας ταυτόχρονα τους κυριότερους τρόπους επίτευξης των»* (World Health Organization, 1998).

Η διαμόρφωση της πολιτικής υγείας συνδέεται άμεσα με την οργάνωση και λειτουργία του συστήματος υγείας υπό την έννοια ότι μέσω αυτής επιδιώκεται ο βασικός σκοπός του συστήματος υγείας όπως αυτός αναλύεται παρακάτω. Ταυτόχρονα αξίζει να σημειωθεί ότι η πολιτική για την υγεία δεν συνιστά μία «απομονωμένη» οργανωτική και διοικητική διαδικασία, αλλά αντίθετα, αποτελεί μέρος ευρύτερων δομικών αλλαγών που λαμβάνουν χώρα στο κοινωνικό πεδίο και ως τέτοια επηρεάζεται έντονα από πολιτικούς, ιδεολογικούς, κοινωνικούς, θεσμικούς, ιστορικούς καθώς και οικονομικούς παράγοντες, οι οποίοι πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη από τους αναλυτές και τους εισηγητές πολιτικής όσον αφορά την μέτρηση των αποτελεσμάτων που θα επιφέρουν οι αλλαγές/ μεταρρυθμίσεις στο σύστημα της υγείας (Figueras et al., 1997).

Σε κάθε περίπτωση, ο σχεδιασμός και η χάραξη πολιτικής για την υγεία επηρεάζει άρρηκτα τη λειτουργία του συστήματος υγείας και απαιτεί τη συλλογή αξιόπιστων πληροφοριών και στατιστικών στοιχείων (που δύναται να αφορούν τη δημογραφική σύνθεση, την κοινωνικο-οικονομική υποδομή, την ασφαλιστική κάλυψη, την πρόσβαση ή την κλινική πρακτική). Οι πληροφορίες αυτές αποσαφηνίζουν τις πραγματικές ανάγκες ενός συστήματος υγείας και προσδιορίζουν τους επιμέρους τομείς ή τα υποσυστήματα στα οποία απαιτούνται θεσμικές μεταρρυθμίσεις για την προαγωγή της υγείας και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού αλλά και για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών του συστήματος υγείας (Υφαντόπουλος, 2003).

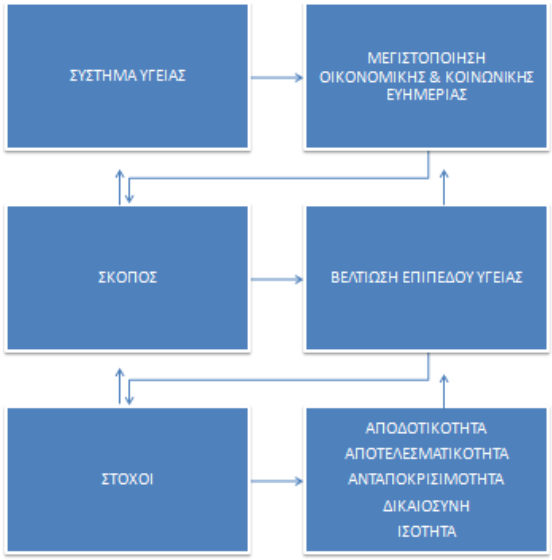
2.4. Σκοπός και στόχοι του συστήματος υγείας

Η ανάγκη ύπαρξης και λειτουργίας κάθε συστήματος καθορίζεται από τη χρησιμότητα των σκοπών του και από την ικανότητα να πετυχαίνει τους επιμέρους στόχους που θέτει. Οι σκοποί και οι στόχοι του συστήματος συστήνουν ένα σύνολο, το οποίο διαφοροποιεί το κάθε σύστημα από το άλλο αλλά και επίσης αξιολογεί αυτό το ίδιο το σύστημα ως προς το όφελος που προσφέρει. Οι σκοποί είναι πάντοτε γενικότεροι των στόχων ενώ διακρίνονται από τα ποιοτικά τους χαρακτηριστικά και δεν έχουν καθορισμένους χρονικούς ορίζοντες. Οι στόχοι, από την άλλη, είναι πιο συγκεκριμένοι, ποσοτικά μετρήσιμοι, και με συγκεκριμένη χρονική διάρκεια ως προς την επίτευξη τους (Stamatis, 1996).

Ο βασικός σκοπός ενός συστήματος υγείας είναι η **βελτίωση του επιπέδου της υγείας του πληθυσμού** (good health) (World Health Organization, 2000). Ο στόχος αυτός έχει διπλή διάσταση. Περιλαμβάνει αφενός τη βελτίωση του μέσου επίπεδου υγείας όλου του πληθυσμού και αφετέρου την ισότιμη διάχυση της καλής υγείας μεταξύ του πληθυσμού (Gakidou et al., 2000).

Σε άμεση συσχέτιση με τον κύριο σκοπό που καλείται να εκπληρώσει ένα σύστημα υγείας βρίσκονται οι στόχοι της ανταποκρισιμότητας και της δίκαιης χρηματοδότησης αυτού, οι οποίοι μπορούν να συνεισφέρουν σημαντικά ώστε το σύστημα να αναπτυχθεί και να λειτουργήσει στο μέγιστο βαθμό, αλλά και προκειμένου να αξιολογηθεί η απόδοση του και να αναδειχθούν ορθολογικά οι προτεραιότητες που θα πρέπει να υιοθετηθούν (Murray και Frenk, 1999; Gakidou et al., 2000) (Διάγραμμα 2).

Διάγραμμα 2: Σκοπός και στόχοι του Συστήματος Υγείας



Πηγή: Ίδια Επεξεργασία

Ειδικότερα :

✓ η **ανταποκρισιμότητα** (responsiveness) αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο το σύστημα υγείας ανταποκρίνεται στις θεμιτές προσδοκίες των πολιτών σε σχέση με όλες τις μη ιατρικές πλευρές της συναλλαγής τους με αυτό. Μεταξύ άλλων περιλαμβάνει το σεβασμό και την αξιοπρεπή αντιμετώπιση των ασθενών από τις υπηρεσίες και τους επαγγελματίες υγείας, το δικαίωμα επιλογής και την ικανοποίηση που αποκομίζουν ως χρήστες των υπηρεσιών αυτών. Ο στόχος αυτός διακρίνεται σε δύο μέρη, το πρώτο είναι η βελτίωση του μέσου επιπέδου ανταποκρισιμότητας του συστήματος και το δεύτερο η προαγωγή της ισότητας στην κατανομή της ανταποκρισιμότητας μεταξύ των πολιτών, ανεξάρτητα από τις κοινωνικοοικονομικές διαφορές τις οποίες ενδεχομένως εμφανίζουν.

✓ η **δικαιοσύνη** αναφέρεται στη δίκαιη κατανομή των βαρών στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας (fairness financing) και στο βαθμό προστασίας των νοικοκυριών έναντι του οικονομικού κινδύνου λόγω έλευσης κάποιας ασθένειας.

Σύμφωνα δε με τον Υφαντόπουλο (2003), όλα τα συστήματα υγείας καλούνται να εκπληρώσουν τρεις βασικούς στόχους που αφορούν:

i. την **αποδοτικότητα** (efficiency) μεταξύ εισροών – εκροών του συστήματος υγείας, δηλαδή την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων μέσω της οικονομικά αποτελεσματικότερης διαχείρισης των πόρων.

ii. την **αποτελεσματικότητα** (effectiveness), η οποία αναφέρεται στην ορθολογική χρήση των πόρων και στην επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες/παρεμβάσεις.

iii. την **ισότητα** (equity) και την **κοινωνική δικαιοσύνη** (social justice).

Τόσο οι σκοποί όσο και οι στόχοι κρίνεται απαραίτητο να προσδιορίζονται με κριτήρια τέτοια ώστε να είναι εφικτή η μέτρηση τους. Είναι σύνηθες να χρησιμοποιούνται δείκτες για την εκτίμηση του επιπέδου υγείας και δείκτες προσφοράς και χρησιμοποίησης για την παραγωγή και διανομή υπηρεσιών και αγαθών υγείας. Ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας για να λειτουργήσει και να αποδώσει τα μέγιστα, χρειάζεται να κάνει αποτίμηση της αποτελεσματικότητας του όσον αφορά την επίτευξη των στόχων του, να τους επανακαθορίζει όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο, να σχεδιάζει και να προγραμματίζει τα μέσα για την επίτευξη τους.

Η δυνατότητα του συστήματος υγείας να προσαρμόζεται, λαμβάνοντας υπόψη τις διαρκείς μεταβολές του περιβάλλοντος, τόσο σε πλαίσιο οργανωτικό και λειτουργικό των υπηρεσιών του και να εκτιμά τα αποτελέσματα, αποτελούν προϋπόθεση για να επιτύχει και να διατηρήσει την αποδοτικότητα, τη λειτουργικότητα και την αποτελεσματικότητα του (Θεοδώρου και συν., 2001).

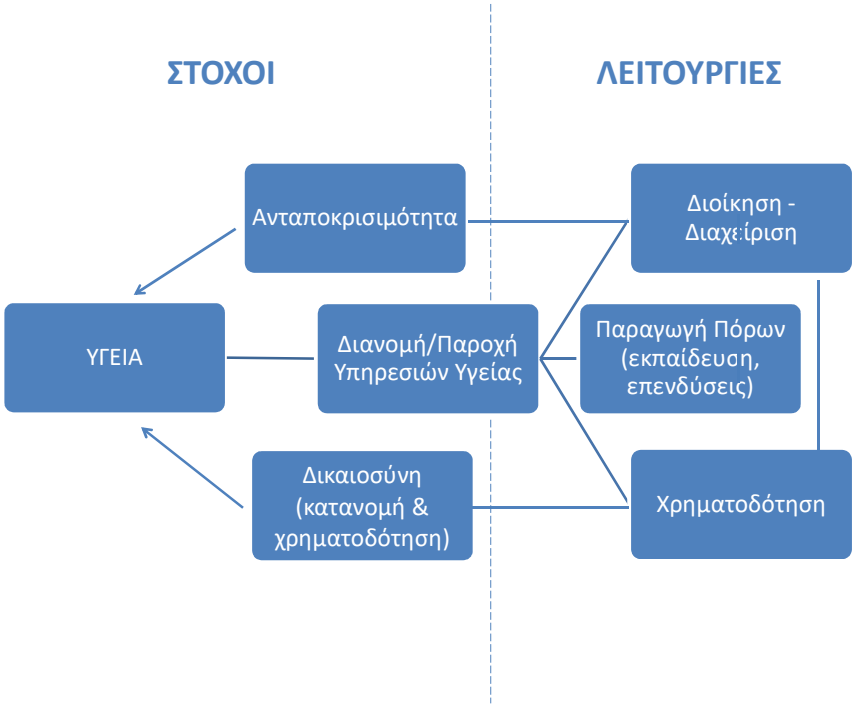
Αξίζει να σημειωθεί ότι στο παρελθόν κυρίως, οι μελετητές εκτιμούσαν το σύστημα υγείας με βάση κυρίως την αποδοτικότητα, λαμβάνοντας υπόψη το κόστος επίτευξης των στόχων σε σχέση με τη βελτιστοποίηση της σχέσης εισροών-εκροών. Άφηναν εκτός με αυτόν τον τρόπο την αποτελεσματικότητα (βελτίωση του επιπέδου υγείας). Η υγειονομική κρίση - και κατ' επέκταση η κρίση των συστημάτων υγείας - ανέδειξε τα τελευταία χρόνια την ανάγκη αξιολόγησης και περαιτέρω μελέτης της σχέσης εκροών-αποτελεσμάτων, μεταξύ στόχων και σκοπών του συστήματος υγείας (Οικονόμου και Τούντας, 2007).

Σκόπιμο είναι να επισημανθεί ότι οι στόχοι του συστήματος υγείας βρίσκονται σε ισχυρή αλληλεξάρτηση με τις λειτουργίες που αυτό επιτελεί. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (2000), οι λειτουργίες αυτές μπορούν να συνοψισθούν: α. στη διοίκηση/διαχείριση, β. στην παροχή υπηρεσιών υγείας, γ. στη παραγωγή πόρων (ανθρώπινων και υλικών) και δ. στη χρηματοδότηση.

Στο Διάγραμμα 3 αποτυπώνεται ο τρόπος με τον οποίο οι λειτουργίες αυτές συσχετίζονται προκειμένου να επιτευχθεί ο θεμελιώδης σκοπός του συστήματος υγείας. Σύμφωνα με αυτό, η διοίκηση/διαχείριση καλείται να αναλάβει ειδικό ρόλο προκειμένου να συγκεντρώσει και να διαθέσει τους απαραίτητους πόρους για να «αγοράσει» εκείνες τις υπηρεσίες υγείας, που θα ικανοποιήσουν τους όρους της ανταποκρισιμότητας, της δικαιοσύνης και εν τέλει της καλής υγείας του πληθυσμού, επενδύοντας στο ανθρώπινο δυναμικό, στις δομές και στον εξοπλισμό.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί πως η επίτευξη της βελτίωσης του επιπέδου της υγείας, που αποτελεί πρωταρχικό σκοπό του συστήματος υγείας, επηρεάζεται σε πολύ μεγάλο βαθμό από κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες, συμπεριφορές υγείας το φυσικό περιβάλλον και τις υπηρεσίες υγείας οι οποίοι συνιστούν τους λεγόμενους «προσδιοριστές υγείας» (Τσούρος και συν, 2022).

Διάγραμμα 3: Σχέση μεταξύ λειτουργιών και στόχων του Συστήματος Υγείας



Πηγή: World Health Organization, 2000.

2.5. Χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας

Το Σύστημα Υγείας – και συνακόλουθα η πολιτική για την υγεία - προσδιορίζεται από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που πηγάζουν από τις κοινωνικές, οικονομικές, ιστορικές και πολιτικές ιδιαιτερότητες κάθε χώρας (Κουρής και συν. 2007). Ωστόσο υπάρχουν κάποια βασικά χαρακτηριστικά που μπορούν να περιγράψουν την οργάνωση ενός συστήματος υγείας και τα οποία είναι τα εξής (Θεοδώρου και συν., 2001):

- **Η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας**. Η διαθεσιμότητα συνίσταται στη δυνατότητα του συστήματος υγείας να παρέχει υπηρεσίες υγείας για 24 ώρες το 24ωρο, για όλο το χρόνο και με ανεμπόδιστη δυνατότητα προσέγγισης και χρησιμοποίησης τους από τον πληθυσμό (Καριώτης, 1992).

- **Η προσπελασιμότητα των υπηρεσιών υγείας.** Η προσπελασιμότητα συνίσταται στη δυνατότητα χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας από όλο τον πληθυσμό, ανεξαρτήτως κοινωνικο–οικονομικής θέσης ή άλλων περιορισμών (π.χ. γεωγραφικών). Αυτό προϋποθέτει την ισότιμη κατανομή των πόρων και των υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού.

- **Η διασφάλιση της συνέχειας στην προσφορά/παροχή των υπηρεσιών υγείας.** Η προσφορά/παροχή υπηρεσιών υγείας δεν πρέπει να αποσκοπεί μόνο στην παρακολούθηση του πληθυσμού μιας περιφέρειας μόνο κατά τα στάδια της ασθένειας αλλά οφείλει να καλύπτει και τα στάδια πριν και μετά την εμφάνιση της νόσου (προληπτική ιατρική).

- **Η ισότητα στη χρήση των υπηρεσιών υγείας.** Η ισότητα στη χρήση των υπηρεσιών υγείας μπορεί να εξεταστεί υπό το πρίσμα δύο εννοιολογικών διαστάσεων

(Λιαρόπουλος, 1997). Ο ένας αφορά την οριζόντια ισότητα (ίση μεταχείριση μεταξύ ίσων) όπου το αποτέλεσμα είναι θεωρητικά η μεγιστοποίηση του οφέλους της κοινωνίας με τους δεδομένους πόρους. Ο δεύτερος αφορά την κάθετη ισότητα (άνιση μεταχείριση μη-ίσων ατόμων), όπου τα άτομα χαρακτηρίζονται από ανομοιογένεια αναγκών. Στη περίπτωση αυτή, το πρόβλημα που προκύπτει αφορά τη μέτρηση και εκτίμηση των ανισοτήτων και την ανάλογη παροχή των απαραιτήτων υπηρεσιών. Τίθεται επίσης σε αμφιβολία η αποδοτικότητα των πόρων ως προς το αποτέλεσμα στη συνολική στάθμη υγείας.

Κατά τον Mooney (1984), υπάρχουν επτά προσδιορισμοί της ισότητας:

- Ισότητα στις δαπάνες κατά κεφαλή.
- Ισότητα στους πόρους κατά κεφαλή.
- Ισότητα στους πόρους για ίσες ανάγκες.
- Ισότητα στην πρόσβαση για ίσες ανάγκες.
- Ισότητα στη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας για ίσες ανάγκες μεταξύ ομάδων πληθυσμού.
- Ισότητα στην οριακή ανάγκη υγείας που αντιμετωπίζονται για κάθε ομάδα πληθυσμού.
- Ισότητα στην κατάσταση της υγείας.

Οι ανάγκες υγείας χαρακτηρίζονται βέβαια από μια πολυπλοκότητα και μια μοναδικότητα, με την έννοια ότι οι ανάγκες διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Επομένως ο συνυπολογισμός των εξατομικευμένων αναγκών των ατόμων αποτελεί προαπαιτούμενο προκειμένου να επιτευχθεί η ισότητα στη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

- **Το οργανωτικό επίκεντρο του συστήματος**. Κάθε σύστημα υγείας δίνει βαρύτητα στην ανάπτυξη ενός συγκεκριμένου τύπου υπηρεσιών υγείας το οποίο λειτουργεί ως επίκεντρο γύρω από το οποίο αναπτύσσεται το σύστημα υγείας. Μερικά συστήματα έχουν ως επίκεντρο την δευτεροβάθμια περίθαλψη (νοσοκομειοκεντρικό σύστημα) και κατ' επέκταση εστιάζουν στην θεραπεία της νόσου ενώ άλλα έχουν ως επίκεντρο την πρωτοβάθμια περίθαλψη και εστιάζουν στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας ή/και στην αποκατάσταση μετά την θεραπεία.

2.6. Η δομή του συστήματος υγείας

Η αποτελεσματική οργάνωση, διοίκηση και λειτουργία ενός συστήματος υγείας συναρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από τη δομή/διάρθρωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης αυτού. Όλα τα συστήματα υγείας διακρίνονται σε δύο μορφές περίθαλψης και σε τρία επίπεδα οργάνωσης.

Οι δύο μορφές περίθαλψης που συναντώνται είναι η εξωνοσοκομειακή ή ανοικτή περίθαλψη και η νοσοκομειακή ή κλειστή. Την εξωνοσοκομειακή (ανοικτή) περίθαλψη συνιστούν οι υπηρεσίες που παρέχονται, κύρια, από τους γενικούς-οικογενειακούς γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας. Οι υπηρεσίες αυτές ανήκουν στο πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης. Από την άλλη, στο δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο εντάσσονται οι υπηρεσίες εκείνες που παρέχονται από ειδικευμένους γιατρούς στα νοσοκομεία (νοσοκομειακή ή κλειστή περίθαλψη).

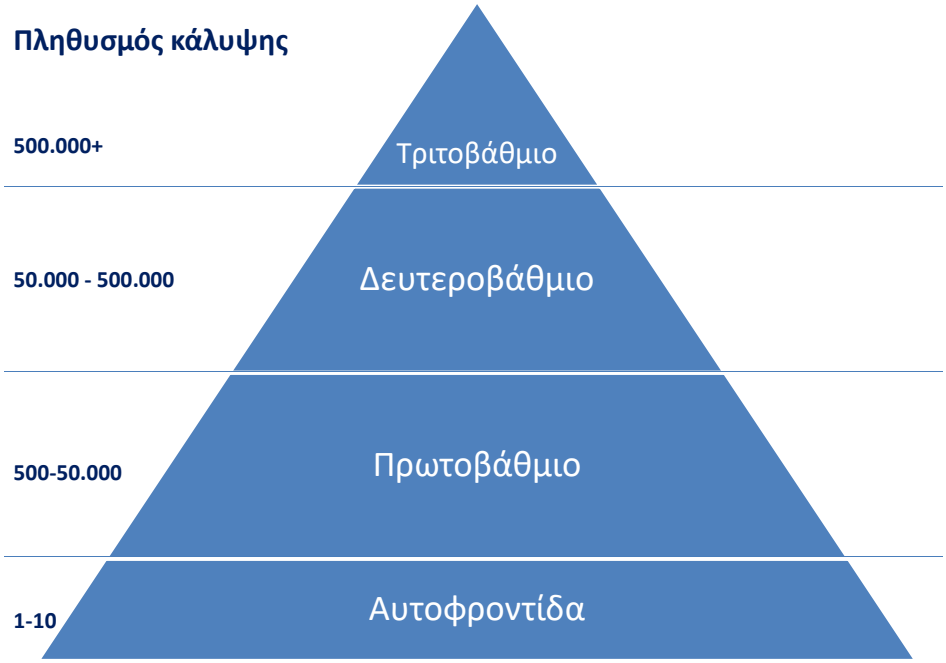
Όσον αφορά το επίπεδο οργάνωσης της περίθαλψης, τα συστήματα υγείας διακρίνονται σε τρία κύρια επίπεδα (Διάγραμμα 4):

α. το πρωτοβάθμιο επίπεδο (εξωνοσοκομειακές κυρίως υπηρεσίες),

β. το δευτεροβάθμιο επίπεδο (νοσοκομειακή περίθαλψη) και

γ. το τριτοβάθμιο επίπεδο (πανεπιστημιακή περίθαλψη).

Διάγραμμα 4: Τα επίπεδα οργάνωσης της περίθαλψης στο Σύστημα Υγείας



Πηγή: Υφαντόπουλος, 1998; ίδια επεξεργασία.

Το κάθε επίπεδο αναφέρεται σ' ένα συγκεκριμένο μέγεθος πληθυσμού και αποβλέπει στην προσφορά υπηρεσιών υγείας οι οποίες καλύπτουν συγκεκριμένες υγειονομικές ανάγκες (Υφαντόπουλος, 1998).

Το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης συνιστά τη πρώτη επαφή του πολίτη με το σύστημα υγείας και αποβλέπει στην προσφορά βασικών υπηρεσιών υγείας καθώς επίσης και άλλων κοινωνικών και προληπτικών υπηρεσιών. Το πρώτο αυτό επίπεδο φροντίδας, αποτελεί τη περισσότερο εύκολα προσβάσιμη υπηρεσία υγείας. Ο τρόπος οργάνωσης, παραγωγής και διανομής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης (κέντρο υγείας, αγροτικό/περιφερειακό ιατρείο, πολυκλινική ή πολυϊατρείο) καθορίζει και το μέγεθος του καλυπτόμενου πληθυσμού και το οποίο μπορεί να κυμαίνεται από 50-50.000 άτομα περίπου.

Το δεύτερο επίπεδο περίθαλψης καλύπτει περισσότερο ειδικευμένες ανάγκες και περιπτώσεις και αναφέρεται στην φροντίδα που προσφέρεται από εξειδικευμένο υγειονομικό και επιστημονικό προσωπικό, όπως χειρουργούς, παιδίατρους, γυναικολόγους και ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Ο πληθυσμός ευθύνης του δευτεροβάθμιου επιπέδου περίθαλψης κυμαίνεται από 50.000-500.000 άτομα περίπου και καλύπτει μια ευρύτερη γεωγραφική περιοχή (π.χ. νομός) απ' ότι το πρωτοβάθμιο επίπεδο φροντίδας.

Το τριτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης αναφέρεται στην αντιμετώπιση σύνθετων ή εξειδικευμένων προβλημάτων υγείας, όπου απαιτείται η χρήση εξελιγμένων μεθόδων και μηχανημάτων υψηλής τεχνολογίας. Η τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από πανεπιστημιακούς γιατρούς και καλύπτει τις ανάγκες μιας μεγάλης περιφέρειας 500.000 - 5.000.000 περίπου ατόμων, τα οποία απαρτίζουν και μια διοικητική και οργανωτική ολότητα, την ονομαζόμενη υγειονομική περιφέρεια.

Πέραν όμως των τριών κύριων επιπέδων οργάνωσης της περίθαλψης, θα μπορούσε να προστεθεί και ένα τέταρτο, στο οποίο η φροντίδα παρέχεται μέσα στο ευρύτερο οικογενειακό, συγγενικό και κοινωνικό περιβάλλον του ασθενή (αυτοφροντίδα). Η αυτοφροντίδα (self care) εκφράζει μια κοινωνική μορφή περίθαλψης και μπορεί να λειτουργήσει ως προθάλαμος της θεσμοθετημένης υγειονομικής περίθαλψης. Η αυτοβοήθεια – σύμφωνα με τον Γερμένη (1994) - περιλαμβάνει *«τις δραστηριότητες υγείας που αναλαμβάνονται από άτομα ή κοινωνικές ομάδες πέρα από τα πλαίσια των υγειονομικών σχηματισμών».*

Η κατηγορία αυτή της φροντίδας χαρακτηρίζεται από ένα ανεπίσημο (άτυπο) τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας. Σύμφωνα με τη Στασινοπούλου (1992) *«η ανεπίσημη φροντίδα είναι η βοήθεια και η στήριξη που προσφέρουν τα λεγόμενα "άτυπα δίκτυα", δηλαδή τα οικογενειακά σχήματα, οι συγγενείς, οι φίλοι, οι γείτονες, οι συνάδελφοι στο χώρο εργασίας»*.

Βασικός φορέας της άτυπης φροντίδας θεωρείται η οικογένεια ενώ όπως προκύπτει από διάφορες έρευνες, τόσο στην Ελλάδα όσο και στις χώρες με διευρυμένα συστήματα κράτους πρόνοιας η οικογένεια θεωρείται το πιο σημαντικό άτυπο κοινωνικό δίκτυο (Στασινοπούλου, 1992) αλλά και η «πρώτη γραμμή» φροντίδας της υγείας (Department of Health, 2000). Η αυτοφροντίδα επομένως θα μπορούσε να θεωρηθεί ως η βάση της διοικητικής πυραμίδας των υπηρεσιών υγείας αλλά και το μεταίχμιο μεταξύ της υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας.

Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι η οργάνωση σε τρία επίπεδα περίθαλψης (πρωτοβάθμιο - δευτεροβάθμιο- τριτοβάθμιο) συναντάται σχεδόν σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες και εκφράζει τη σύγχρονη δομή και λειτουργία των συστημάτων υγείας. Κάθε επίπεδο περίθαλψης βρίσκεται σε ισχυρή αλληλεξάρτηση με το άλλο, αν και ενίοτε παρατηρούνται διαφοροποιήσεις ως προς το επίκεντρο γύρω από το οποίο αναπτύσσεται το όλο σύστημα και οι οποίες έχουν να κάνουν με την διοικητική διάρθρωση των υπηρεσιών αλλά και με την ακολουθούμενη πολιτική υγείας κάθε χώρας.

2.7. Οι βασικοί «μέτοχοι» του συστήματος υγείας

Σε κάθε σύστημα υγείας (συν)υπάρχουν μια σειρά από δρώντες – μέτοχοι (stakeholders), οι οποίοι συμμετέχουν (άμεσα ή έμμεσα) στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, επηρεάζοντας και (συν)διαμορφώνοντας την πολιτική υγείας. Οι βασικοί μέτοχοι («παίκτες») του συστήματος υγείας, είναι (Μπουρσανίδης, 1996):

i. Οι **ασθενείς / ασφαλισμένοι**, το σύνολο δηλαδή του πληθυσμού που άμεσα ή έμμεσα χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες υγείας προκειμένου να ικανοποιήσει τις ανάγκες του.

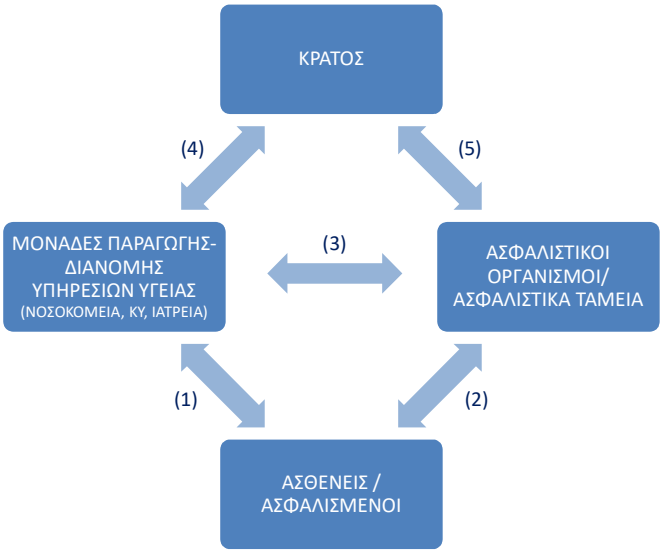
ii. Οι **μονάδες παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας**, οι οποίες καλύπτουν τις ανάγκες των ασθενών παρέχοντας την απαραίτητη υγειονομική φροντίδα.

iii. Οι **ασφαλιστικοί οργανισμοί**, δημόσιοι ή ιδιωτικοί, που καλύπτουν τις δαπάνες υγείας και τις διανέμουν στο σύνολο ενός συγκεκριμένου πληθυσμού.

iv. **Το κράτος**, που είναι υπεύθυνο για την εύρυθμη λειτουργία του συστήματος υγείας στο πλαίσιο της επίτευξης των γενικότερων οικονομικών και κοινωνικών στόχων και του οποίου οι αρμοδιότητες και οι επιλογές υπερβαίνουν τα όρια του υγειονομικού συστήματος.

Για την καλύτερη κατανόηση της δομής και της λειτουργίας του συστήματος υγείας - στο πλαίσιο της συστημικής ανάλυσης - παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 5, η δομή των σχέσεων μεταξύ των βασικών μετόχων ενός συστήματος υγείας, όπου διακρίνονται πέντε πλέγματα σχέσεων και τρία διαφοροποιημένα επίπεδα συντονισμού. Οι σχέσεις μεταξύ των δρώντων-μετόχων μπορούν να χαρακτηριστούν ως σύνθετες και πολύπλοκες στη λειτουργία του συστήματος υγείας, δεδομένου ότι αντανακλούν πολυμερείς συναλλαγές με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά (Σούλης, 1998) .

Διάγραμμα 5: Οι «μέτοχοι» και τα επίπεδα συντονισμού στο Σύστημα Υγείας



(4),(5) : Κάθετο στάδιο πολιτικής – Διαμόρφωση σχέσεων κράτους – ενδιάμεσων φορέων- δομών.
(3): Οριζόντιο πεδίο πολιτικής – Σχέσεις μεταξύ των ενδιάμεσων φορέων – δομών.
(1),(2): Πεδίο πολιτικής μικρο-επιπέδου - Διάπλαση ενδοοργανωτικών σχέσεων

Πηγή**:** Μπουρσανίδης, 1996 (Αναπροσαρμογή)

2.8. Τυπολογία των συστημάτων υγείας

Η ταξινόμηση των υγειονομικών συστημάτων αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία καθώς σε αυτή σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν ένα πλήθος παραγόντων που σχετίζονται με τη μέθοδο χρηματοδότησης του τομέα υγείας, τον τρόπο αποζημίωσης (πληρωμής) των προμηθευτών, το εύρος της κρατικής παρέμβασης στην αγορά των υπηρεσιών υγείας καθώς και τα πρότυπα οργάνωσης, παραγωγής και παροχής των υπηρεσιών υγείας (Freeman and Frisina, 2010; Böhm et al., 2012; 2013). Ταυτόχρονα η διάκριση των συστημάτων υγείας επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό και από το ευρύτερο ιστορικό, οικονομικό, πολιτικό και κοινωνικό υπόβαθρο μιας χώρας (Roemer, 1993).

Στο πλαίσιο του θεωρητικού προβληματισμού για τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας ενός συστήματος υγείας και συνακόλουθα την τυπολογία που ακολουθεί αυτή, μπορούν να διατυπωθούν μια σειρά ερωτημάτων που συμβάλλουν στην καλύτερη κατανόηση των συστημάτων υγείας:

- Υποχρεωτική χρηματοδότηση από το κράτος και την κοινωνική ασφάλιση ή προαιρετική / εθελοντική ασφάλιση από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες;
- Αποζημίωση του ιατρικού προσωπικού άμεσα από τον ασθενή (είτε με δικά του χρήματα είτε από τον φορέα ασφάλισής του) ή έμμεσα, από τον φορέα που τον ασφαλίζει (είτε μέσω των συμβάσεων που κάνει με τους προμηθευτές είτε μέσω ετήσιων προϋπολογισμών και μισθών που εντάσσονται σε ένα ολοκληρωμένο οργανωτικό σχήμα);
- Η ελεύθερη αγορά ή το κράτος πρέπει να είναι ο κυρίαρχος μηχανισμός στην κάλυψη των υγειονομικών αναγκών;
- Το ατομικό ή το συλλογικό πρότυπο θα πρέπει να επικρατούν στην οργάνωση, παραγωγή και διανομή των υπηρεσιών υγείας;

Οι παραπάνω θεωρητικές «αντιπαραθέσεις» μπορεί να υποστηριχθεί ότι προσιδιάζουν στο μοντέλο διχοτομιών που αναπτύχθηκε κατά τον 19^{ο} αιώνα από τους μελετητές της εποχής (Tonnies, Spencer, Durkheim, Marx, Weber) προκειμένου να συλλάβουν την έννοια της κοινωνικής μεταβολής (Πετμεζίδου, 2000). Κάτι ανάλογο διαπιστώνεται και από τη φύση των παραπάνω ερωτημάτων, στην προσπάθεια απεγκλωβισμού των σύγχρονων πολιτικών υγείας από τους κλασικούς ιδεολογικούς εναγκαλισμούς (σοσιαλισμός, φιλελευθερισμός, μαρξισμός) και καθορισμού αποδεκτών μορφών (προτύπων) υγειονομικών συστημάτων.

Με βάση τον ως άνω προβληματισμό και με βάση τη σχετική βιβλιογραφία, θα μπορούσαμε να διακρίνουμε τριών ειδών κύρια μοντέλα (πρότυπα) συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης: το ιδιωτικό σύστημα υγείας (ή φιλελεύθερο), το δημόσιο σύστημα (κρατικό ή εθνικό) και το μικτό σύστημα που αποτελεί μια ενδιάμεση μορφή των δύο (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα, 2007). Επίσης, ιδιαίτερη αναφορά χρήζει το κρατικοποιημένο-σοσιαλιστικό σύστημα υγείας με βάση το μοντέλο Semashko, το οποίο αναπτύχθηκε στη Σοβιετική Ένωση - λίγο μετά τη σοβιετική επανάσταση - από τη δεκαετία του 1920 και επεκτάθηκε σε όλες τις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης με την επικράτηση του κομμουνισμού (Marree and Groenewegen, 1997).

Σήμερα ωστόσο, στην αμιγή του μορφή δεν λειτουργεί κανένα από τα δύο πρώτα μοντέλα - ούτε το μοντέλο τύπου Semashko - αντίθετα υπάρχουν κάποια συστήματα

υγείας που τα προσεγγίζουν, τα δε υπόλοιπα, που αποτελούν και την πλειονότητα, μπορούμε να τα κατατάξουμε σε ενδιάμεσες – μικτές - μορφές (Θεοδώρου και συν., 2001).

Πέρα όμως από τις διαφορές που υπάρχουν μεταξύ των βασικών μοντέλων οργάνωσης, ο κοινός στόχος παραμένει ταυτόσημος και δεν είναι άλλος από τη βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών ικανοποιώντας ταυτόχρονα τις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης, της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας, όπως αναλύθηκαν παραπάνω.

Τα Ιδιωτικά (Φιλελεύθερα) Συστήματα Υγείας

Τα ιδιωτικά ή φιλελεύθερα συστήματα υγείας βασίζονται στην πλήρη ελευθερία γιατρών και ασθενών και στηρίζουν κατά ένα μεγάλο ποσοστό το οργανωτικό πλαίσιο της παροχής των υπηρεσιών υγείας στο σύστημα τιμών, το οποίο και διαμορφώνει την αγορά των υπηρεσιών υγείας (Κυριόπουλος και συν., 1999).

Η παρέμβαση του κράτους είναι περιορισμένη και συνίσταται κυρίως στο να θέτει τα πλαίσια αρχών και τους κανόνες λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας. Κυρίαρχο ρόλο παίζει η ιδιωτική ασφάλιση υγείας, η δε υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού δεν είναι υποχρεωτική και αποτελεί προσωπική και αποκλειστική υπόθεση που απορρέει από την ελευθερία επιλογής του καθενός (Υφαντόπουλος, 2003). Με βάση αυτή την αρχή ο καθένας προσωπικά κρίνει και αποφασίζει εάν πρέπει ή όχι να ασφαλιστεί (Θεοδώρου και συν., 2001).

Πλησιέστερος εκπρόσωπος του μοντέλου αυτού είναι οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ) όπου η κρατική παρέμβαση στο χώρο της Υγείας συνίσταται κυρίως στην καταβολή χρημάτων που καλύπτουν την αγορά υπηρεσιών υγείας για τους φτωχούς (το πρόγραμμα Medicare) και τους ηλικιωμένους (το πρόγραμμα Medicaid). Τα βασικά πλεονεκτήματα του συγκεκριμένου μοντέλου – τα οποία αποτελούν και κύρια χαρακτηριστικά του – αφορούν το δικαίωμα επιλογής ιατρού από τον ασθενή και την ελευθερία εγκατάστασης, οργάνωσης και λειτουργίας που διαθέτει ο ιατρός (Maynard and Dixon, 2002).

Από την άλλη, σοβαρά μειονεκτήματα του συστήματος αποτελούν (Reinhardt, 1995; Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα, 2007; Amelung, 2013):

- οι οξείες υγειονομικές ανισότητες καθώς αυτό βασίζεται στο σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης με αποτέλεσμα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού να παραμένει ανασφάλιστο.
- η εμφάνιση φαινομένων ασύμμετρης πληροφόρησης για τις υπηρεσίες υγείας η οποία έχει ως αποτέλεσμα την ενίσχυση της προκλητής ζήτησης από πλευράς του ιατρικού δυναμικού.
- το υψηλό διοικητικό και διαχειριστικό κόστος του συστήματος υγείας.
- ο προσανατολισμός περισσότερο στη θεραπεία παρά στην πρόληψη.
- οι μεγάλες γεωγραφικές ανισότητες όσον αφορά την περιφερειακή κατανομή των υπηρεσιών υγείας, που προκαλούνται από την απουσία κεντρικού σχεδιασμού και συντονισμού.

Τα Δημόσια (Κρατικά ή Εθνικά) Συστήματα Υγείας

Στα δημόσια συστήματα υγείας, η παραγωγή και διανομή των υπηρεσιών υγείας βρίσκεται υπό τον άμεσο έλεγχο του κράτους και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι ελεύθερη και χωρίς επιβαρύνσεις στο σημείο της χρήσης (free at the point of use) για τους πολίτες (Κυριόπουλος και συν., 1999). Δίδεται ιδιαίτερη σημασία από το κράτος στο δικαίωμα της πρόσβασης (right of access) στις υπηρεσίες υγείας από το σύνολο του πληθυσμού, ανεξάρτητα από φύλο, ηλικία, επάγγελμα και κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, ενώ η παροχή υπηρεσιών υγείας διέπεται από τις αρχές της κοινωνικής πρόνοιας και αλληλεγγύης - γεγονός που συνεπάγεται τη μη επιβολή τιμής από το Κράτος στις υπηρεσίες υγείας – και ως τέτοια λαμβάνει το χαρακτήρα του κοινωνικού αγαθού - δικαιώματος (Υφαντόπουλος, 2003).

Τα συστήματα δημόσιου χαρακτήρα διακρίνονται σε αυτά που βασίζονται σε μια χρηματοδότηση που προέρχεται από τις κοινωνικές εισφορές (μοντέλο Bismark) και σε εκείνα που - κατ' ουσία έχουν την οργάνωση της εθνικής υπηρεσίας υγείας - βασίζονται σε μια χρηματοδότηση εξασφαλισμένη από τη φορολογία (μοντέλο Beveridge) (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2001).

Στην πρώτη περίπτωση το σύστημα κυριαρχείται από την κοινωνική ασφάλιση, που εκπροσωπείται από διάφορα ασφαλιστικά ταμεία (sickness funds), τα οποία χρηματοδοτούν το σύστημα μέσω των εισφορών εργοδοτών και εργαζομένων. Η ύπαρξη πολλών αυτοχρηματοδοτούμενων και αυτόνομων ταμείων που καλύπτουν ομοειδείς επαγγελματικές κατηγορίες εργαζομένων δημιουργεί τις προϋποθέσεις για διαφορετικές ασφαλιστικές καλύψεις από ταμείο σε ταμείο, ενώ η ασφαλιστική επιβάρυνση εξαρτάται από τα ειδικά χαρακτηριστικά της καλυπτόμενης ομάδας, έχει αναλογικό χαρακτήρα και συνιστά μια μορφή κοινωνικοποιημένου μισθού (Κοντιάδης, 1997).

Αντιπροσωπευτικά παραδείγματα αυτού του μοντέλου συναντώνται στη Γερμανία και στη Γαλλία. Η ευρωπαϊκή εμπειρία έχει δείξει ότι τα συστήματα που στηρίζονται στην κοινωνική ασφάλιση παρουσιάζουν ένα υψηλότερο μέγεθος δαπανών σε σχέση με τα συστήματα που χρηματοδοτούνται από το κρατικό προϋπολογισμό, όμως τα συστήματα που χρηματοδοτούνται από τη γενική φορολογία τείνουν να είναι περισσότερο δίκαια από αυτά που χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση (McKee, 2002).

Στη δεύτερη περίπτωση, η χρηματοδότηση προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό (δηλαδή από τη φορολογία) ή από τους προϋπολογισμούς των τοπικών κυβερνήσεων (τοπική φορολογία), οι δε παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν κατά κανόνα στο κράτος (Θεοδώρου και συν., 2001). Το αγαθό της υγείας θεωρείται κοινωνικό αγαθό και εκ αυτού απορρέει η υποχρέωση του κράτους να παρεμβαίνει και να εγγυάται τη λειτουργία ενός εθνικού συστήματος υγείας, ώστε οι υπηρεσίες υγείας να παρέχονται σύμφωνα με τις υγειονομικές ανάγκες και όχι σύμφωνα με την αγοραστική δύναμη του ατόμου, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω. Αντιπροσωπευτικά παραδείγματα αυτού του μοντέλου θεωρούνται εκείνα της Μεγάλης Βρετανίας, της Ιταλίας, της Πορτογαλίας, της Δανίας, της Σουηδίας, της Ιρλανδίας και της Ολλανδίας, το καθένα βέβαια με τα δικά του ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και διαφοροποιήσεις.

Κύρια χαρακτηριστικά του δημόσιου συστήματος υγείας – τα οποία συνιστούν ταυτόχρονα και τα πλεονεκτήματα του – αποτελούν (Υφαντόπουλος, 2003; Donev et al., 2013):

- η καθολική, πλήρης και ισότιμη κάλυψη του πληθυσμού.
- ο ενιαίος σχεδιασμός και προγραμματισμός, εστιασμένος στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού.
- η περιφερειακοποίηση / αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας με σκοπό τη μείωση των περιφερειακών ανισοτήτων.
- η κεντρική και ενιαία χρηματοδότηση, που προέρχεται είτε από τη φορολογία είτε από ασφαλιστικές εισφορές ή και από τις δύο πηγές, οι δε υπηρεσίες υγείας παρέχονται στον πολίτη δωρεάν.
- οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας να είναι προσανατολισμένες στην πρόληψη.

Από την άλλη, στα δημόσια συστήματα υγείας καταγράφονται και μια σειρά από προβληματικά στοιχεία, κύρια σε επίπεδο διαχείρισης, οικονομικής λειτουργίας και κλινικής αποτελεσματικότητας, τα σημαντικότερα εκ των οποίων συνοψίζονται (Υφαντόπουλος, 2003; Donev et al., 2013):

- στην απουσία δυνατότητας επιλογής ιατρού και νοσοκομείου από τον ασθενή.
- στην ύπαρξη μεγάλων λιστών αναμονής για χειρουργικές ή άλλες επεμβάσεις.
- στην έλλειψη αποτελεσματικών μηχανισμών διοίκησης και διαχείρισης με εστίαση στα αποτελέσματα και την ποιότητα.
- στην έντονη γραφειοκρατική λειτουργία, η οποία προκαλεί σημαντική οικονομική επιβάρυνση και διοικητική δυσλειτουργία στο σύστημα υγείας.
- στην υποχρηματοδότηση του συστήματος υγείας από το κράτος.

Τα παραπάνω δυσλειτουργικά χαρακτηριστικά, αποτέλεσαν, τα τελευταία χρόνια, αντικείμενο προβληματισμού και συζήτησης για τις χώρες με δημόσια συστήματα υγείας και εξαιτίας αυτού, υπήρξε σε αρκετές χώρες – συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας - ένας έντονος προσανατολισμός και θεσμικές παρεμβάσεις με επίκεντρο την εισαγωγή στοιχείων οικονομίας της αγοράς, προκειμένου να αρθούν τα μειονεκτήματα αυτά (Institute of Medicine, 1994; Saltman and Figueras, 1997; Κυριόπουλος, 1997; Saltman et al., 1998; Tountas et al., 2002).

Τέλος, ως μια ιδιαίτερη περίπτωση κρατικού συστήματος που αξίζει να αναφερθεί είναι το σύστημα υγείας τύπου Semashko, το οποίο αναπτύχθηκε κατά τη δεκαετία του 1920, αρχικά στη Σοβιετική ένωση και μετά σε όλες τις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, με κύρια χαρακτηριστικά το κρατικό μονοπώλιο στην ιδιοκτησία, στη χρηματοδότηση, στη λειτουργία, στην παροχή, στη ρύθμιση και στον έλεγχο των υπηρεσιών υγείας (Marree and Groenewegen, 1997; Οικονόμου, 2004).

Το εν λόγω σύστημα ήταν απόλυτα συγκεντρωτικό με πλήρη χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό και καθολική κάλυψη του πληθυσμού, βασισμένο στην αρχή της πλήρους πρόσβασης σε ιατρικές υπηρεσίες με ίση κατανομή του χρηματοδοτικού βάρους μέσω της κρατικής χρηματοδότησης και ικανοποιητική γεωγραφική κάλυψη (Souliotis et al., 2005).

Μεταξύ των δεκαετιών 1950-1970, στις χώρες που είχε αναπτυχθεί το μοντέλο, καταγράφηκε σημαντική πτώση στη βρεφική θνησιμότητα και εντυπωσιακά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση ασθενειών και επιδημιών. Από τη δεκαετία του

1980 όμως τα εγγενή του προβλήματα και αδυναμίες – χαμηλή αποδοτικότητα, υψηλές δαπάνες, πολιτικοποιημένες επενδυτικές αποφάσεις και επιλογές που οδήγησαν σε κυριαρχία της πολυδάπανης νοσοκομειακής περίθαλψης έναντι της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της έρευνας και της πρόληψης – κυριάρχησαν και το αποδυνάμωσαν, μέχρι την οριστική εγκατάλειψη του με την κατάρρευση των κομμουνιστικών καθεστώτων (Roemer, 1993; Zarkovic et al., 1994).

Στους πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζεται η διάκριση των συστημάτων υγείας και τα κύρια χαρακτηριστικά αυτών με βάση το μοντέλο χρηματοδότησης (Πίνακας 1) καθώς και τα στοιχεία που διακρίνουν την κοινωνική από την ιδιωτική ασφάλιση (Πίνακας 2).

Πίνακας 1: Χρηματοδοτικά Μοντέλα Συστημάτων Υγείας

	Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας	**Μοντέλο του Bismarck**	**Μοντέλο του Beveridge**
Αρχές λειτουργίας	Υγεία ιδιωτικό αγαθό, προαιρετική ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού	Υγεία δημόσιο αγαθό, καθολική – υποχρεωτική ασφάλιση του πληθυσμού ανά επαγγελματική κατηγορία	Υγεία δημόσιο αγαθό, ενιαία καθολική κάλυψη του πληθυσμού
	Νόμος προσφοράς και ζήτησης, μηχανισμός των τιμών	Μηχανισμός ελέγχου της αγοράς οι συλλογικές διαπραγματεύσεις	Παροχή υπηρεσιών υγείας με βάση την ανάγκη και όχι την ικανότητα πληρωμής
Προσφορά υπηρεσιών υγείας	Κυρίως από ιδιώτες	Δημόσιοι, ιδιωτικοί κερδοσκοπικοί, ιδιωτικοί μη – κερδοσκοπικοί προμηθευτές	Οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν αποκλειστικά στο κράτος
	Το κράτος δεν παρεμβαίνει, αρχή του laissez faire	Κράτος πρωταγωνιστικό ρόλο στη χάραξη προγραμματικού πλαισίου, καθορισμό αμοιβών, περιφερειακοποίηση / αποκέντρωση υποδομών	Το Κράτος διατηρεί τον κεντρικό σχεδιασμό και έλεγχο των υπηρεσιών
Χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας	Ιδιωτική Κερδοσκοπική Ασφάλιση Υγείας	Εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων στα ασφαλιστικά ταμεία	Έμμεση και άμεση φορολογία (προοδευτικός φορολογικός συντελεστής)
	Ασφάλιστρα ανάλογα με κίνδυνο ασθενείας, ατυχήματος + συνεισφορά του ασφαλισμένου στο κόστος	Εισφορές με βάση την ικανότητα πληρωμής (προοδευτικός συντελεστής) + συνεισφορά (αναλογική) του ασφαλισμένου στο κόστος	Αρχή της μηδενικής τιμής

Πηγή: Ίδια επεξεργασία

Πίνακας 2: Διάκριση της Ιδιωτικής Ασφάλισης από την Κοινωνική Ασφάλιση	
Κοινωνική Ασφάλιση	**Ιδιωτική Ασφάλιση**
Οι πόροι της κοινωνικής ασφάλισης προέρχονται από τα νοικοκυριά ή τους εργαζόμενους με τη μεσολάβηση όμως του κράτους που συλλέγει τους φόρους ή τις εισφορές.	Οι πόροι της ιδιωτικής ασφάλισης προέρχονται απευθείας από τα νοικοκυριά ή τους εργαζόμενους χωρίς την μεσολάβηση κάποιου ενδιάμεσου.
Υποχρεωτική ασφάλιση (mandatory coverage)	Εθελοντική ασφάλιση (voluntary coverage)
Εισφορές ανάλογα με το εισόδημα (income based contributions)	Εισφορές ανάλογα με τον κίνδυνο ασθενείας (risk – rated contributions)
	Εισφορές ανεξαρτήτως κινδύνου ή εισοδήματος (community - rated contributions)
Η διαχείριση της κοινωνικής ασφάλισης γίνεται από δημόσιους ή μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς (private non-profit or public / quasi public management)	Η διαχείριση της ιδιωτικής ασφάλισης γίνεται από κερδοσκοπικές εταιρείες (commercial for-profit management)

Πηγή: Sekhri και Savedoff, 2005 (αναπροσαρμογή).

Τα Μικτά Συστήματα Υγείας

Σήμερα, ούτε το ιδιωτικό ούτε το δημόσιο μοντέλο λειτουργούν στην αμιγή τους μορφή σε κάποια χώρα. Ανάμεσα στα δύο μοντέλα υπάρχουν κάποιες ενδιάμεσες μορφές στις οποίες ο δημόσιος τομέας κατέχει κυρίαρχο ρόλο (υποδομές, χρηματοδότηση, εξουσία) δεδομένου ότι αποτελεί αρωγό και συμπληρώνει τα χρηματοδοτικά κενά της κοινωνικής ασφάλισης διασφαλίζοντας σε όλο το πληθυσμό έναν ελάχιστο εγγυημένο «πακέτο» υπηρεσιών υγείας, τα ασφαλιστικά ταμεία διεκδικούν εξίσου σημαντικό ρόλο, ενώ συνεχώς αυξανόμενη είναι και η παρουσία/συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα.

Ωστόσο ο προσδιορισμός των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων των μικτών συστημάτων συνιστά μια δύσκολη εν μέρει καταγραφή , δεδομένου ότι κάτι τέτοιο απαιτεί τη κατά περίσταση μελέτη των συστημάτων αυτών.

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται συνοπτικά οι κύριες διαφορές μεταξύ του ιδιωτικού και του δημόσιου συστήματος υγείας. Οι μεταρρυθμίσεις που λαμβάνουν χώρα τα τελευταία χρόνια στα συστήματα υγείας τείνουν να μειώσουν – σε μεγάλο βαθμό - την απόσταση που χωρίζει τις δύο – ακραίες - μορφές συστημάτων.

Πίνακας 3: Διαφορές Ιδιωτικού και Δημόσιου Συστήματος Υγείας		
Χαρακτηριστικά	**Ιδιωτικό**	**Δημόσιο**
Κεντρικός σχεδιασμός		●
Κεντρική χρηματοδότηση		●
Ιδιωτική δαπάνη	●	
Κεντρικός συντονισμός και έλεγχος		●
Αποκέντρωση / Περιφερειακοποίηση υπηρεσιών		●
Καθολική κάλυψη πολιτών		●
Ισότιμη κάλυψη πολιτών		●
Δημόσια υγεία και πρόληψη		●
Ελεύθερη επιλογή ιατρού	●	
Άσκηση ιδιωτικής ιατρικής	●	
Λειτουργία ιδιωτικών κλινικών	●	
Ελεύθερη εγκατάσταση ιατρών	●	
Ελεύθερη τιμολόγηση υπηρεσιών	●	

Πηγή: Θεοδώρου και συν., 2001

2.9. Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

Η σχέση της οικονομίας με την υγεία είναι πολλαπλά τεκμηριωμένη. Η φτώχεια «γεννά» την αρρώστια, ενώ ο πλούτος προστατεύει και προάγει την υγεία (World Health Organization and World Bank, 2002). Σε παγκόσμιο επίπεδο, υπάρχει σαφής αντιστοιχία ανάμεσα στην οικονομία κάθε χώρας και στην υγεία του πληθυσμού της (Τούντας, 1999). Μέχρι και τα 2/3 των διαφορών που παρουσιάζουν οι δείκτες υγείας από πληθυσμό σε πληθυσμό οφείλονται σε οικονομικούς λόγους (Grosse, 1980). Οι οικονομικές συνθήκες (εισόδημα, απασχόληση/ανεργία) αποτελούν επίσης έναν από τους κύριους προσδιοριστές της υγείας (World Health Organization, 2013; Φιλαλήθης, 2015; Grossman, 2017).

Υπό το πρίσμα αυτό, η έννοια της χρηματοδότησης μπορεί να προσδιοριστεί ως η ανάγκη εύρεσης πόρων και η κατανομή αυτών. Στην περίπτωση των συστημάτων υγείας, η έννοια λαμβάνει ένα σύνθετο περιεχόμενο για να συμπεριλάβει τις πηγές και τους φορείς προέλευσης των πόρων, τις μεθόδους χρηματοδότησης, τους τρόπους διαχείρισης, και τέλος, τα κριτήρια κατανομής τους. Τα τελευταία τριάντα χρόνια, τα συστήματα υγείας και ο έντονος ρυθμός εξέλιξής τους, ώθησε τους οικονομολόγους της υγείας να ασχοληθούν συστηματικότερα με τα ζητήματα της χρηματοδότησης και της εύρεσης (πρόσθετων) πόρων για τη βέλτιστη λειτουργία των συστημάτων υγείας (Σούλης, 1998).

Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας μπορεί να προέρχεται από δημόσιες και από ιδιωτικές πηγές. Οι δημόσιες πηγές είναι ο Κρατικός Προϋπολογισμός, δηλαδή η άμεση και η έμμεση φορολογία και η Κοινωνική Ασφάλιση, δηλαδή τα έσοδα από τις υποχρεωτικές εισφορές εργαζομένων, εργοδοτών και αυτοαπασχολουμένων. Από την άλλη, οι ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης, κύρια, περιλαμβάνουν την Ιδιωτική Ασφάλιση και τις Ιδιωτικές-Άμεσες (out of pocket) Πληρωμές (Δικαίος και Χλέτσος, 1999).

Ο κρατικός προϋπολογισμός καταγράφεται ως η κύρια πηγή χρηματοδότησης σε δημόσια συστήματα υγείας, τύπου Beveridge. Πλεονεκτήματα αυτού του τρόπου χρηματοδότησης είναι ότι οι ιατρικο- νοσηλευτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται δεν λαμβάνουν υπόψη τους το κόστος των ιατρικών πράξεων, παρά μόνο το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα και επίσης δεν αποκλείεται κανείς από τις παροχές υγείας, αφού πρόκειται για την λειτουργία ενός συστήματος που εξυπηρετεί την παραγωγή ενός δημόσιου αγαθού. Από την άλλη, μειονεκτήματα αυτού του συστήματος είναι η έλλειψη οικονομικής υπευθυνότητας, τόσο από την πλευρά του παραγωγού υπηρεσιών υγείας, όσο και από την πλευρά του ασθενή για τη ζήτηση υπηρεσιών και αγαθών υγείας.

Στα συστήματα που χρησιμοποιούν την κοινωνική ασφάλιση (τύπου Bismarck), τα ασφαλιστικά ταμεία χρηματοδοτούν στο μεγαλύτερο ποσοστό – μέσω των εισφορών εργοδοτών, και εργαζομένων - τις υπηρεσίες υγείας. Τα συστήματα αυτά συνήθως χρησιμοποιούν και τον κρατικό προϋπολογισμό, ιδιαίτερα όταν υπάρχει οικονομική κρίση ή/και όταν οι εργοδότες και εργαζόμενοι αδυνατούν να αυξήσουν τις εισφορές λόγω αύξησης του κόστους παραγωγής. Συγκρίνοντας δε, τα δύο αυτά συστήματα, μπορούμε να πούμε ότι τα συστήματα όπου η χρηματοδότηση βασίζεται στη φορολογία προάγουν περισσότερο την κοινωνική δικαιοσύνη και προκαλούν λιγότερες στρεβλώσεις στην οικονομία σε αντίθεση με αυτά των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης (Μπιτσώρη και Μπαλάσκα, 2016).

Τέλος, η ιδιωτική ασφάλιση αποτελεί μία επιπλέον πηγή χρηματοδότησης, όπου το αγαθό της υγείας θεωρείται ως ένα καταναλωτικό αγαθό που διέπεται από τους νόμους της αγοράς και η θεωρία της ανταγωνιστικότητας θέτει και το κόστος του αγαθού (Σούλης, 1998), ενώ οι ιδιωτικές πληρωμές περιλαμβάνουν τις άμεσες (νομίμως καταβαλλόμενες) πληρωμές των χρηστών (κυρίως στον ιδιωτικό τομέα), τις άτυπες πληρωμές και θεσμοθετημένες πληρωμές συμμετοχής στο κόστος φροντίδας και οι οποίες αξίζει να αναφερθεί ότι – τα τελευταία χρόνια – αυξάνονται συνεχώς, ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας, τόσο στην Ελλάδα όσο και σε αρκετές άλλες χώρες του ΟΟΣΑ (Σίσκου και συν., 2008).

Εκτός όμως από τις πηγές χρηματοδότησης ενός συστήματος υγείας, εξαιρετική σημασία έχουν οι επιμέρους χρηματοδοτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης (Θεοδώρου και συν., 2001).

Οι κύριες μέθοδοι χρηματοδότησης σε επίπεδο υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης περιλαμβάνουν: α) το ημερήσιο νοσήλιο, το οποίο περιλαμβάνει το κόστος των υπηρεσιών υγείας που προσφέρει το νοσοκομείο σε κάθε ασθενή-καταναλωτή, β) την πληρωμή κατά πράξη, που εφαρμόζεται κυρίως στα ιδιωτικά νοσοκομεία, γ) τον σφαιρικό προϋπολογισμό, σύμφωνα με τον οποίο το κάθε νοσοκομείο καταρτίζει έναν ετήσιο προϋπολογισμό λαμβάνοντας υπ’ όψιν του τον προϋπολογισμό της προηγούμενης χρονιάς, την αύξηση των τιμών των αγαθών και των εισοδημάτων και τις ιδιαίτερες ανάγκες του νοσοκομείου (Χατζηπουλίδης, 2004). Επίσης άλλη μία μέθοδος χρηματοδότησης είναι οι ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες (DRG’s), οι οποίες αποτελούν ένα αξιόπιστο σύστημα προοπτικής αποζημίωσης των νοσοκομείων, με κύριο χαρακτηριστικό την εκ των προτέρων κοστολόγηση των ιατρικών- νοσηλευτικών-εργαστηριακών πράξεων ανάλογα με τη διαγνωστική κατηγορία στην οποία ανήκει ο ασθενής (Langenbrunner and Wiley, 2002; Μανιαδάκης και συν., 2011; Boachie, 2014).

Τέλος, εξίσου σημαντικές είναι και οι μέθοδοι αμοιβής των προμηθευτών, οι οποίες επηρεάζουν βασικά και ποιοτικά την παροχή των υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα, οι μέθοδοι αμοιβής των ιατρών-προμηθευτών είναι η πληρωμή με μισθό, η πληρωμή κατά πράξη, η πληρωμή κατ' άτομο, η αμοιβή μέσω των οργανισμών προστασίας της υγείας και η αμοιβή μέσω των δικτύων συντονισμένων φροντίδων (Σίσκου, 2007). Καθένας από τους τρόπους αμοιβής των παραγωγών-ιατρών έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που σχετίζονται με τις συμπεριφορές των παραγωγών σχετικά με την ποιότητα, την ποσότητα του παραγόμενου προϊόντος, το χαρακτήρα της φροντίδας και φαινόμενα, όπως η προκλητή ζήτηση και ο ηθικός κίνδυνος (moral hazard).

2.10. Σύνοψη

Στο παρόν κεφάλαιο αναλύθηκε το εννοιολογικό-θεωρητικό πλαίσιο κατανόησης του συστήματος υγείας και περιγράφηκαν οι παράμετροι που το προσδιορίζουν. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην παρουσίαση και ανάλυση της δομής και τυπολογίας των σύγχρονων συστημάτων υγείας στα οποία, ωστόσο, τα τελευταία χρόνια εντοπίζεται μια πρακτική εισαγωγής δομικών και λειτουργικών στοιχείων από ένα τύπο συστήματος υγείας σ' ένα άλλο, διαμορφώνοντας έτσι υβριδικά μοντέλα υγείας τα οποία συνδυάζουν χαρακτηριστικά από διαφορετικά πρότυπα (Rothgang et al., 2005; Shcmid et al., 2010; Böhm, 2013), προκειμένου να ανταποκριθούν στα υφιστάμενα προβλήματα και στις αναδυόμενες προκλήσεις των συστημάτων υγείας με αποτελεσματικότερο και αποδοτικότερο τρόπο σε σχέση με το παρελθόν.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Αποστολάκης, Ι. (2002), *Πληροφοριακά συστήματα υγείας*, Αθήνα: Παπαζήση.
- Γερμένης, Α. (1994), *Μαθήματα Πρώτων Βοηθειών για Επαγγέλματα Υγείας*, γ' έκδοση, Αθήνα: Βήτα.
- Δικαίος, Κ., Χλέτσος Μ. (1999), *Υπηρεσίες Υγείας-Νοσοκομείο, ιδιοτυπίες και προκλήσεις*, τόμος β', Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2001), *Το Μέλλον της Υγειονομικής Περίθαλψης και Μέριμνας για τους Ηλικιωμένους,* Βρυξέλλες, Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Επισήμων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Διαθέσιμο στο: https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2001:0723:FIN:EL:PDF (Ανακτήθηκε: 25/10/2017).
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. (2001), *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα: Παπαζήση.
- Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π. (2007), *Υπηρεσίες Υγείας: Συστήματα, Χρηματοδότηση Αγορά*, Τόμος Α', Αθήνα: Κλειδάριθμος.
- Καριώτης, Π. (1992), *Management Υπηρεσιών Υγείας και Βιοϊατρική Τεχνολογία*, Αθήνα: Euroclinica.
- Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (1976), *Πρόγραμμα οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης 1976 – 1980: Υγεία*, Αθήνα: Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών.
- Κοντιάδης, Ξ. (1997), *Η Κοινωνική Διοίκηση στην Ελλάδα*, Αθήνα – Κομοτηνή: Σάκκουλας.
- Κουρής, Γ., Σουλιώτης, Κ., Φιλαλήθης, Α., (2007), Οι «Περιπέτειες» των Μεταρρυθμίσεων του Ελληνικού Συστήματος Υγείας. Μια Ιστορική Επισκόπηση, *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, 1: 35-67.
- Κυριόπουλος, Γ. (1997), Ισότητα ή ελευθερία στην αγορά υπηρεσιών υγείας: το πραγματικό πολιτικό δίλημμα και ο ενιαίος φορέας υγείας, Στο: Κυριόπουλος, Γ, Σισσούρας, Α. (επιμ.), *Ενιαίος φορέας Υγείας: αναγκαιότητα ή αυταπάτη*, Αθήνα: Θεμέλιο.
- Κυριόπουλος, Γ., Οικονόμου, Χ., Γεωργούση, Ε., Γείτονα, Μ. (1999), *Τα Οικονομικά της Υγείας από το Α ως το Ω*, Αθήνα: Εξάντας.
- Λιαρόπουλος, Λ. (1997), *Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας*, Αθήνα: Πανεπιστημιακές Παραδόσεις-Τμήμα Νοσηλευτικής.
- Λιαρόπουλος, Λ. (2007), *Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας*, Αθήνα: Βήτα.

- Μανιαδάκης, Ν., Μπαρτσώκας, Δ., Γούναρης, Δ., Καρράς, Κ., Βουδούρη, Μ., Κουφάκης, Α., Λαναράς, Α., Καρανίκας, Χ., Πετρίκκος, Γ., Φούσας, Σ., Δερβένης, Χ. (2011), *Πόρισμα – Πρόταση Επιτροπής ΥΥΚΑ για τη Διερεύνηση Εφαρμογής των DRGs στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Μπιτσώρη, Ζ., Μπαλάσκα, Δ. (2016), Υπηρεσίες υγείας και η χρηματοδότηση τους, *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 5(2): 113-124.
- Μπουρσανίδης, Χ. (1996), Ο Ενιαίος Φορέας Υγείας ως Ζήτημα Βέλτιστης Κοινωνικο-πολιτικής Δόμησης του Συστήματος Υγείας, Στο: *Πρακτικά Ημερίδας «Η Υγειονομική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα»,* Θεσσαλονίκη: Ακαδημία Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας: 54-84.
- Οικονόμου, Χ. (2004), *Οι επιπτώσεις της διεύρυνσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον υγειονομικό τομέα των χωρών μελών της: Η περίπτωση της Ελλάδας*, Αθήνα: ΙΣΤΑΜΕ.
- Οικονόμου, Ν., Τούντας, Γ. (2007), Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(1), 7-21.
- Πετμεζίδου, Μ. (2000), *Θεωρίες Κοινωνικής Μεταβολής*. Διδακτικές Σημειώσεις, Κομοτηνή: Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης – Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.
- Σίσκου, Ο. (2007), *Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας*, Αθήνα: Βήτα.
- Σίσκου, Ο., Καϊτελίδου, Δ., Θεοδώρου, Μ., Λιαρόπουλος, Λ. (2008), Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα: Το ελληνικό παράδοξο, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(5): 663–672.
- Σούλης, Σ. (1998), *Οικονομική της Υγείας*, Αθήνα: Παπαζήση.
- Τσούρος, Α., Κυριόπουλος, Κ., Χρούσος, Γ., Βασιλάκου, Ν. Τ., Βατόπουλος, Α., Βοζίκης, Θ., και συν. (2022), *Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία στον 21ο αιώνα*, Ίδρυμα Μποδοσάκη. Διαθέσιμο στο https://rb.gy/1qnys (Ανακτήθηκε: 24/01/2023).
- Υφαντόπουλος, Γ. (1988), *Ο Προγραμματισμός του τομέα Υγείας στην Ελλάδα. Οικονομικές και κοινωνικές Διαστάσεις*, β' έκδοση, Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ).
- Υφαντόπουλος, Γ. (2003), *Τα Οικονομικά της Υγείας. Θεωρία και Πολιτική*, Αθήνα: Τυπωθήτω/Δαρδανός.
- Φιλαλήθης, Α. (2015), *Κοινωνία και Υγεία. Οργάνωση Υπηρεσιών: Οι προσδιοριστές της Υγείας [Έκδοση: 1.0.]*, Ηράκλειο: Πανεπιστήμιο Κρήτης. Διαθέσιμο στο: https://opencourses.uoc.gr/courses/course/view.php?id=360 (Ανακτήθηκε: 24/10/2017).
- Χατζηπουλίδης, Γ. (2004), Η χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας. Ο ρόλος της στη βελτίωση της αποδοτικότητας, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 3(3):130-136.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Amelung, V. (2013), *Healthcare Management. Managed Care Organisations and Instruments*, Heidelberg: Springer.
- Bertalanffy, L.V. (1968), *General system theory: Foundations, development, applications*, New York: G. Braziller.
- Donev, D., Kovacic, L., Laaser, U. (2013), The role and organization of health systems, In: Burazeri G, Kragelj Z. (eds), *Health: Systems-Lifestyle-Policies. A handbook for teachers, researchers and health professionals* (2nd edition), Vol. 1, Lage: Jacobs Verlag. Available at: http://www.seejph.com/public/books/Health-Systems-Lifestyle-Policies.pdf (Accessed: 25/10/2017).
- Boachie, M.K. (2014), Healthcare Provider-Payment Mechanisms: A Review of Literature, *Journal of Behavioural Economics, Finance, Entrepreneurship, Accounting and Transport*, 2(2): 41-46. Available at: http://pubs.sciepub.com/jbe/2/2/2/index.html (Accessed: 23/10/2017).
- Böhm, K., Schmid, A., Götze, R., Landwehr, C., Rothgang, H. (2012), Classifying OECD healthcare systems: A deductive approach, *TranState Working Papers* 165, Bremen: Sfb 597. Available at: https://www.researchgate.net/publication/266483679_Classifying_OECD_Healthcare_Systems_A_Deductive_Approach (Accessed: 23/10/2017).
- Böhm, K., Schmid, A., Götze, R., Landwehr, C., Rothgang, H. (2013), Five types of OECD healthcare systems: empirical results of a deductive classification, *Health Policy,* 113(3): 258–269.
- Department of Health (2000), *The NHS Plan: A plan for investment, a plan for reform*, London: Her Majesty's Stationery Office.
- Figueras, J., Saltman, R., Mossialos, E. (1997), *Challenges in Evaluating Health Sector Reform: An Overview, Discussion Paper No 8*, London: LSE Health.
- Freeman, R. and Frisina, L. (2010), Health Care Systems and the Problem of Classification, *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 12 (1-2): 163-178.
- Gakidou, E., Murray, C., Frenk, J. (2000), *Measuring Preferences on Health System Performance Assessment*, GPE Discussion Paper Series No.20, Geneva: WHO.
- Grosse, Robert N., Harkavy, Oscar (1980, The role of health in development, *Social Science και Medicine*. *Part C: Medical Economics,* 14(2): 165-169.
- Grossman, M. (2017), *Determinants of Health: An Economic Perspective*, Columbia University Press.
- Hall, D.A.,και Fagen, E.R. (1956), Definition of System, *General Systems*, 1: 18-28.
- Institute of Medicine (1994), *Changing the Health Care System: Models from Here and Abroad*. Washington, DC: The National Academies Press, Accessed 26

October 2017, Available at: https://www.nap.edu/catalog/9218/changing-the-health-care-system-models-from-here-and-abroad (Accessed: 24/10/2017).

- Katz, D., και Kahn, R. L. (1966), *The social psychology of organizations*, New York: Wiley.
- Langenbrunner, J. C. and Wiley M.M. (2002), Hospital Payment Mechanisms: Theory and Practice in Transition Countries, in: McKee, M. and Healy, J. (eds.), *Hospitals in a Changing Europe*, Buckingham: Open University Press.
- Marree J. και Groenewegen, P. (1997), *Back to Bismarck: eastern European health care systems in transition*, Aldershot, UK: Avebury.
- McKee, M. (2002), What can Health Services Contribute to the Reduction of Inequalities in Health?, Scand J Public Health 2002; 30: 54-58
- McKee, M. (2002), What can health services contribute to the reduction of inequalities in health?, *Scandinavian Journal Of Public Health*, 30(59_suppl): 54-58.
- Maynard, A. and Dixon, A. (2002), Private health insurance and medical savings accounts: theory and experience, In: Mossialos, Elias and Dixon, Anna and Figueras, Josep and Kutzin, Joe, (eds.), *Funding Health Care: Options for Europe*, Buckingham: Open University Press.
- Mooney, G. (1984), *Equity in Health Care: Confronting the Confusion,* Health Economics Research Unit Aberdeen University, Discussion Paper No. 11/82, Aberdeen: Aberdeen University.
- Murray C., Frenk J., (1999), A *WHO framework for health system performance assessment*, GPE Discussion Paper Series No 6, Geneva: World Health Organization.
- Reinhardt, U. E. (1995), The Health System of the United States: Lessons for Other Countries, in: Dunlop, D. W., Martins, Jo. M. (eds.), *An international assessment of health care financing; lessons for developing countries*, Washington: The World Bank.
- Roemer, M. (1991), *National health systems of the world: Vol. 1. The countries*, New York: Oxford University Press.
- Roemer, M. (1993), National Health Systems throughout the World, *Annual Review of Public Health*, 14: 335-353. Available at: http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.pu.14.050193.002003 (Accessed: 25/10/2017).
- Rothgang, H., Cacace, M., Grimmeisen, S., Wendt, C. (2005), The changing role of the state in healthcare systems, European Review, 13(S1): 187-212. Available at: https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/639B5F3A81F52621CE4593751EA16438/S1062798705000256a.pdf/9-the-changing-role-of-the-state-in-healthcare-systems.pdf (Accessed: 19/12/2018).

- Saltman, R., Figueras, J. (1997), *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Saltman, R., Figueras, J., Sakellarides, C. (1998), *Critical challenges for health care reform in Europe*, Buckingham: Open University Press.
- Sekhri, N., Savedoff, W. (2005), Private Health Insurance: Implications for Developing Countries, *Bulletin for the World Health Organization*, 83(2): 127–134.
- Schmid, A., Cacace, M., Götze, R., και Rothgang, H. (2010). Explaining health care system change: problem pressure and the emergence of "hybrid" health care systems. *Journal of health politics, policy and law*, *35*(4), 455–486.
- Stamatis, D.H. (1996), *Total Quality Management in Healthcare: Implementation Strategies for Optimal Results*, Chicago: Irwin Professional.
- Souliotis, K., Economou, C., Tountas, Y. (2005), Health Care Reforms in the Ex-Socialist South-Eastern European Countries, *Journal of Societal και Social Policy,* 4(1): 63-76.
- Taylor, F.W. (1911), *The principles of scientific management*, New York: Harper and Brothers.
- Tountas, Y., Karnaki, P., Pavi, E. (2002), Reforming the reform: the Greek national health system in transition, *Health Policy*, 62(1): 15-29.
- World Health Organization (1996), *The World Health Report 1996 - Fighting disease, fostering development*, Geneva: World Health Organization. Available at: http://www.who.int/whr/1996/en (Accessed: 19/10/2017).
- World Health Organization (1998), *Health Promotion Glossary*, Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2000), *The World Health Report 2000. Health systems: Improving performance*, Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization and World Bank (2002), *Dying* for *Change*: *Poor People's Experience* of *Health* and *Ill-Health*. Available at: http://www.who.int/hdp/publications/dying_change.pdf?ua=1 (Accessed: 24/10/2017).
- World Health Organization (2013), *The economics of the social determinants of health and health inequalities: a resource book*, Geneva: World Health Organization. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/84213/9789241548625_eng.pdf (Accessed: 29/10/2017).
- Zarkovic, G., Mielck, A., John, J., Beckmann, M. (1994), *Reform of the Health Care Systems in Former Socialist Countries: Problems, Options, Scenarios*, Berlin: MEDIS/GSF.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

3.1. Εισαγωγή

Σε κάθε σύστημα υγείας, η βελτίωση των υγειονομικών υπηρεσιών και ο βαθμός ανταποκρισιμότητας του στις ανάγκες των πολιτών, συνιστούν ζητήματα κρίσιμης σημασίας που απασχολούν σε πολύ μεγάλο βαθμό τόσο την Πολιτεία όσο και την κοινωνία αλλά και κάθε πολίτη ξεχωριστά. Οι άνθρωποι – και κατά συνέπεια οι έχοντες την ευθύνη σχεδιασμού και λειτουργίας των υγειονομικών συστημάτων - ανησυχούν όχι μόνο για την υγεία τους αλλά και για την ποιότητα, την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας, προκειμένου να διασφαλίσουν ότι η υγεία των πολιτών προστατεύεται επαρκώς (Smith et al., 2008).

Υπό αυτό το πρίσμα γίνεται εύκολα αντιληπτό, ότι η δημιουργία «ισχυρών» και «υψηλής ποιότητας» παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας συνιστά ζήτημα κομβικής σημασίας, εφόσον βασικοί στόχοι ενός «συνεκτικού» συστήματος υγείας, αποτελούν η διασφάλιση της υγείας των πολιτών, η κατοχύρωση του αισθήματος ασφάλειας και η παροχή ίσων ευκαιριών για ένα για καθολικά αποδεκτό επίπεδο παρεχόμενης φροντίδας υγείας σ' όλους τους πολίτες (World Health Organization, 2000a, 2000b).

3.2. Ορισμός και είδη μεταρρυθμίσεων

Ο όρος «μεταρρύθμιση» αποτελεί μία έννοια, η οποία έχει εισαχθεί στο λεξικό της πολιτικής υγείας τα τελευταία χρόνια, κύρια για να αντιμετωπίσει τις πολλαπλές «πιέσεις» και προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγείας. Παρά όμως την ευρέως διαδεδομένη χρήση του όρου, ιδιαίτερα σε πολιτικό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο κοινωνικών επιστημών, δεν υπάρχει ένας καθολικά αποδεκτός ορισμός του τι συνιστά μια υγειονομική μεταρρύθμιση (Saltman and Figueras, 1997). Αντίθετα, ποικίλοι ορισμοί έχουν δοθεί από θεσμικούς φορείς (institutional organizations), εισηγητές πολιτικής (policy-makers) και αναλυτές (analysts) προκειμένου να περιγράψουν το περιεχόμενο του συγκεκριμένου όρου.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1997), η υγειονομική μεταρρύθμιση ορίζεται ως μια συστηματική και συνεχιζόμενη διαδικασία η οποία εμπεριέχει δομικές αλλαγές πολιτικής και θεσμικές ρυθμίσεις, καθοδηγούμενες από την κυβέρνηση κάθε χώρας και οι οποίες στοχεύουν στη βελτίωση της λειτουργίας και

της απόδοσης του συστήματος υγείας και εν τέλει του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, ενώ κατά τον Berman (1995), η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας συνιστά μια βιώσιμη, σκόπιμη αλλαγή που έχει στόχο να βελτιώσει την αποδοτικότητα, την ισότητα και την αποτελεσματικότητα του τομέα υγείας.

Ένας εξίσου δόκιμος ορισμός έχει δοθεί από τον Cassels (1995), ο οποίος ορίζει την υγειονομική μεταρρύθμιση ως μια διαδικασία καθορισμού προτεραιοτήτων, βελτίωσης των εφαρμοζόμενων πολιτικών και μετασχηματισμού των θεσμών μέσω των οποίων αυτές οι πολιτικές εφαρμόζονται, ενώ οι Saltman and Figueras (1997) προσδιορίζουν την μεταρρύθμιση στον τομέα της υγείας, ως μια διαδικασία η οποία εμπεριέχει μια αμείωτη και εις βάθος θεσμική και δομική αλλαγή, καθοδηγούμενη από την εκάστοτε εξουσία, με σκοπό την επίτευξη μιας σειράς ρητά καθορισμένων πολιτικών στόχων.

Σε ότι αφορά τα είδη των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων αυτά μπορούν να διακριθούν με βάση τρία – κύρια – κριτήρια: α. τη σπουδαιότητα και το εύρος εφαρμογής τους, β. το ερέθισμα για αλλαγή και γ. το χρόνο υλοποίησης τους (Κουρής και συν., 2006).

Με βάση το πρώτο κριτήριο, οι μεταρρυθμίσεις μπορούν να διακριθούν σε δομικές (structural) ή ριζικές (radical) και σε επαυξητικές (incremental) ή μικρής κλίμακας. Οι μεν δομικές μεταρρυθμίσεις χαρακτηρίζονται από μια υψηλή πολιτική και κοινωνική σημασία και οι επιχειρούμενες αλλαγές επηρεάζουν άμεσα το πυρήνα (core) των δραστηριοτήτων του συστήματος υγείας, επιφέροντας συστατικές μεταβολές στις παρεχόμενες υπηρεσίες και δομές αυτού (Boddy, 2005). Παράδειγμα τέτοιου τύπου μεταρρύθμισης, η οποία εφαρμόστηκε σε αρκετές χώρες του ΟΟΣΑ αλλά και της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, ήταν η αλλαγή του συστήματος και των διαδικασιών χρηματοδότησης των νοσοκομείων (κυρίως) και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας μέσω της υιοθέτησης του μηχανισμού πληρωμής των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων (DRGs). Από την άλλη, οι επαυξητικές μεταρρυθμίσεις χαρακτηρίζονται από μια λιγότερο σημαντική πολιτική και κοινωνική σπουδαιότητα και αφορούν αλλαγές οι οποίες δεν επηρεάζουν το στενό πυρήνα του συστήματος υγείας, αντίθετα εστιάζουν σε επιμέρους λειτουργίες και/ή το υποστηρικτικό πλέγμα των παρεχόμενων υπηρεσιών ή δομών υγείας, δίχως υψηλό πολιτικό, οικονομικό ή κοινωνικό κόστος.

Με κριτήριο το ερέθισμα για αλλαγή, οι μεταρρυθμίσεις μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε αναδραστικές (reactive) και προδραστικές (proactive). Οι αναδραστικές μεταρρυθμίσεις είναι αυτές που πραγματοποιούνται για να «απαντήσουν» εκ των υστέρων σ’ ένα εξωτερικό πρόβλημα, γεγονός ή πίεση (Nadler and Tushman, 1998), όπως για παράδειγμα οι δημογραφικές μεταβολές, οι εξελίξεις στην ιατρική τεχνολογία ή οι χρηματοδοτικές πιέσεις που δέχονται τα συστήματα υγείας (Κουρής, 2004). Χαρακτηρίζονται συνήθως, από ένα μη συστηματικό, αποσπασματικό σχεδιασμό και από βιαστική εφαρμογή, με αμφίβολες πιθανότητες επιτυχίας. Αντιθέτως, οι προδραστικές μεταρρυθμίσεις, πραγματοποιούνται με βάση τις προβλέψεις γι’ αυτά που πρόκειται να συμβούν. Έχουν ένα περισσότερο συστηματικό και βασισμένο στη τεκμηρίωση (evidence based) χαρακτήρα και δύναται να επιφέρουν καλύτερα αποτελέσματα (Κουρής και συν., 2006).

Επιπρόσθετα και με βάση το χρόνο που απαιτείται για την υλοποίηση μιας μεταρρυθμιστικής πολιτικής, αυτή μπορεί να διακριθεί είτε ως ραγδαία (rapid) είτε ως σταδιακή/βαθμιαία (gradual). Στην πρώτη περίπτωση, η μεταρρύθμιση επιδιώκει να επιφέρει γρήγορες – και ενίοτε ριζικού χαρακτήρα - αλλαγές σε σύντομο χρονικό ορίζοντα, ενώ αντίθετα στη δεύτερη περίπτωση οι επιχειρούμενες μεταρρυθμιστικές αλλαγές εντάσσονται σ' ένα μεσο-μακροπρόθεσμο προγραμματισμό, η υλοποίηση του οποίου συνήθως υπερβαίνει τα 4-6 έτη (Υφαντόπουλος, 2003), η δε στρατηγική που διαμορφώνεται σε αυτού του τύπου τις μεταρρυθμίσεις είναι προϊόν συστηματικής επεξεργασίας, σχεδιασμού και συνεργασίας.

Τέλος, μία ακόμα τυπολογία που εντοπίζεται στη βιβλιογραφία (Hank, 1997; Χυτήρης, 2001; Boddy, 2005) και σχετίζεται με τη συχνότητα και την έκταση μιας μεταρρυθμιστικής παρέμβασης, προσδιορίζει τους κάτωθι τύπους μεταρρύθμισης, με προσαρμογή στο σύστημα υγείας:

i. εξελικτική (evolutionary), η οποία είναι σταδιακή, διαλείπουσα και στενά εστιασμένη και αναφέρεται σε συνεχείς, μικρές αλλαγές, οι οποίες διασφαλίζουν ότι η μετάβαση στο νέο πλαίσιο γίνεται με ομαλό τρόπο.

ii. προσαρμογής (adaptational), η οποία περιλαμβάνει μέτρα και αλλαγές μέτριας δυσκολίας και σημαντικότητας, μέσω των οποίων επιδιώκεται η προσαρμογή του συστήματος υγείας σε μία νέα κατάσταση η οποία έχει προκύψει ως αποτέλεσμα άλλων αλλαγών (Meyer et al., 1990).

iii. μετασχηματιστική (transformational), η οποία έχει ως κύριο χαρακτηριστικό την ταχεία υλοποίηση αλλαγών/παρεμβάσεων μεγάλου εύρους που μεταβάλλουν σημαντικά την υφιστάμενη κατάσταση στο σύστημα υγείας και οι οποίες επιβάλλονται συνήθως από το εξωτερικό περιβάλλον.

iv. επαναστατική (revolutionary), η οποία είναι απολύτως εστιασμένη και εμπεριέχει εις βάθος αλλαγές - σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα - οι οποίες προϋποθέτουν τον επαναπροσδιορισμό όλων των δομικών στοιχείων του υγειονομικού συστήματος.

3.3. Προκλήσεις και πιέσεις στα συστήματα υγείας

Οι σύγχρονες αντιλήψεις και προσεγγίσεις για την προστασία της δημόσιας υγείας έχουν σαν σταθερό σημείο αναφοράς τους προσδιοριστές της υγείας, δηλαδή τους παράγοντες εκείνους που επηρεάζουν – σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό – την υγεία και ευεξία του πληθυσμού. Οι προσδιοριστές της υγείας περιλαμβάνουν κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες, συμπεριφορές υγείας, το φυσικό περιβάλλον καθώς και τις υπηρεσίες περίθαλψης (Grossman, 2017; Τσούρος και συν., 2022).

Τα τελευταία 40-50 χρόνια τα συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν σε ολόκληρο τον κόσμο, αυξανόμενες πιέσεις και προκλήσεις (European Commission, 2001), παρ' όλο που ο χαρακτήρας και η κλίμακά τους παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές μεταξύ αναπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών. Οι βασικότερες προκλήσεις με τις οποίες βρίσκονται αντιμέτωπα τα συστήματα υγείας αφορούν (Saltman and Figueras, 1997; Saltman et al., 1998; Κουρής, 2004; European Commission, 2014):

- το αυξανόμενο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης,

- τη γήρανση του πληθυσμού, η οποία σχετίζεται άρρηκτα και με αύξηση των χρόνιων νόσων και της πολυνοσηρότητας,
- την ανάπτυξη νέων τεχνολογιών και θεραπευτικών μεθόδων,
- την ανεπάρκεια και την άνιση κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα υγείας.

Επιπλέον, από το 2008 και μετά, η οικονομική κρίση που εκδηλώθηκε σε παγκόσμιο επίπεδο, οδήγησε σε περιορισμό των διαθέσιμων δημοσιονομικών πόρων και συνεπώς επιδείνωσε τις δυσκολίες των περισσοτέρων κρατών για να διασφαλίσουν τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας τους (McKee et al., 2012; Greer, 2014), θέτοντας ταυτόχρονα σε κίνδυνο την ικανότητα τους να παρέχουν καθολική πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη καλής ποιότητας.

3.3.1. Το δημοσιονομικό κόστος της υγείας

Αποτελεί κοινή διαπίστωση ότι τα τελευταία 30 και πλέον χρόνια οι δαπάνες υγείας καταγράφουν μια συνεχή και κλιμακούμενη αύξηση στα συστήματα υγείας των αναπτυγμένων χωρών, την ίδια στιγμή που οι περισσότερες κυβερνήσεις αναζητούν τρόπους για τη συγκράτηση των δαπανών μέσα από την διερεύνηση εναλλακτικών μέτρων και προτάσεων με σκοπό την υιοθέτηση και διαμόρφωση ορθολογικών πολιτικών υγείας. Σύμφωνα με τον Καραμπλή και συν. (2014) «*η εξέλιξη της δαπάνης υγείας διαχρονικά παρουσίασε αυξητική τάση παρά την ύπαρξη περιόδων ύφεσης*». Ο Μέσος Ετήσιος Ρυθμός Αύξησης της δαπάνης υγείας (χωρίς να συνυπολογίζεται η φαρμακευτική δαπάνη) σε πραγματικές (αποπληθωρισμένες) τιμές στο σύνολο των χωρών-μελών του ΟΟΣΑ το διάστημα 1980−2005 ήταν 4,1%, ενώ ο αντίστοιχος ρυθμός αύξησης μόνο της φαρμακευτικής δαπάνης ανερχόταν στο 5,0% (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2008; Καραμπλή και συν., 2014).

Η αυξητική τάση των δαπανών υγείας διεθνώς, συγκεντρώνει το ενδιαφέρον πολιτικών και ερευνητών, καθώς θεωρείται ότι μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη βιωσιμότητα των δημόσιων οικονομικών (Przywara, 2010). Μάλιστα, αρκετοί ερευνητές συνδέουν την αυξητική αυτή τάση των δαπανών υγείας τόσο με την αυξημένη κατανάλωση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας όσο και με την υποκίνηση του ασθενούς να κάνει χρήση περισσότερων υπηρεσιών υγείας (π.χ. θεραπείες, ιατρικές εξετάσεις) από αυτές που τεκμηριωμένα απαιτούνται στη βάση κλινικών δεδομένων, ακόμα και αν αυτές οι πρόσθετες υπηρεσίες χαρακτηρίζονται ως «αχρείαστες» ή «μη απαραίτητες» (Reinhard, 1989; Γκόλνα, 2006; Folland et al., 2017).

Το κυρίαρχο πρόβλημα αναφορικά με την εξέλιξη της δαπάνης υγείας σε σχέση με το ΑΕΠ και το βασικό επιχείρημα υπέρ των πολιτικών συγκράτησης του κόστους αφορά στις επιπτώσεις της στη βιωσιμότητα (sustainability) των συστημάτων υγείας. Σύμφωνα με τους Thomson et al (2009), η βιωσιμότητα ενός συστήματος υγείας σε οικονομικούς όρους συνδέεται άμεσα με το επίπεδο και το ρυθμό αύξησης της δαπάνης υγείας. Σε περιόδους παράλληλης αύξησης του ΑΕΠ, η ταχύτερη αύξηση των δαπανών υγείας θεωρείται ότι δεν αποτελεί ιδιαίτερο πρόβλημα, εφ' όσον και η κοινωνία θέτει την υγεία ως προτεραιότητα. Ωστόσο, σε περιόδους οικονομικής ύφεσης, η αύξηση των δαπανών υγείας ουσιαστικά δεσμεύει πόρους από άλλες δραστηριότητες.

Το ζήτημα αυτό αποκτά ιδιαίτερη σημασία στο περιβάλλον της τρέχουσας οικονομικής κρίσης. Η δυνατότητα του κράτους να χρηματοδοτήσει την υγειονομική

περίθαλψη συνδέεται με τη βιωσιμότητα των δαπανών σε δημοσιονομικούς όρους, η οποία αφορά στο μερίδιο των δαπανών υγείας που χρηματοδοτείται από δημόσιους πόρους. Η πρόκληση επομένως, κατά την άποψη των υποστηρικτών της αναγκαιότητας συγκράτησης του κόστους του συστήματος υγείας, συνίσταται στη δυνατότητα χρηματοδότησης των συνεχώς αυξανόμενων δαπανών υγείας (Καραμπλή και συν., 2014).

Σε αντίθεση με τη συγκεκριμένη θεώρηση, η αύξηση των δαπανών υγείας έχει υποστηριχθεί ότι μπορεί να λειτουργήσει ενισχυτικά προς την κατεύθυνση της οικονομικής μεγέθυνσης μέσω της βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού και της σταθεροποίησης των υγειονομικών εκροών, της δημιουργίας νέων θέσεων εργασίας, την ενίσχυση της έρευνας και τεχνολογικής καινοτομίας (Figueras et al., 2008; The Tallinn Charter, 2008; World Health Organization, 2009a, 2009b; Busse et al., 2011; Παπαθεοδώρου και Μωϋσίδου, 2011).

3.3.2. Η γήρανση του πληθυσμού

Το φαινόμενο της σταδιακής γήρανσης του πληθυσμού στο σύνολο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά και των χωρών του ΟΟΣΑ, όπως αυτό συνοδεύεται από πτωτική τάση της γεννητικότητας σε σχέση με προηγούμενες δεκαετίες, την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και την ενίσχυση της συχνότητας εμφάνισης και της βαρύτητας των χρόνιων εκφυλιστικών (degenerative) ασθενειών - όπως τα καρδιακά νοσήματα και ο καρκίνος - συνιστά μια πολλαπλή και πολυδιάστατη πρόκληση για τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας (Κουρής, 2004; Γκόλνα και Σουλιώτης, 2006).

Ταυτόχρονα η αύξηση του προσδόκιμου ζωής τα τελευταία 40 χρόνια[1] - ως αποτέλεσμα της βελτίωσης του βιοτικού επιπέδου, της καλύτερης ενημέρωσης των πολιτών για τα θέματα υγείας και πρόληψης και την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης - σε συνδυασμό με τη δημογραφική γήρανση και την αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων στον πληθυσμό, έχει δημιουργήσει μια σημαντική αύξηση της ζήτησης για παροχή υπηρεσιών μακροχρόνιας περίθαλψης και κατά συνέπεια αύξηση των δαπανών για την υγεία και περαιτέρω δημοσιονομική επιβάρυνση των υγειονομικών συστημάτων, όπως έχει τεκμηριωθεί επαρκώς στη σχετική βιβλιογραφία (Butler, 1997; European Commission, 2001; WHO, 2002; Γκόλνα και Σουλιώτης, 2006; Herrmann, 2011; Prohaska et al., 2012; United Nations, 2015).

3.3.3. Η ανάπτυξη νέων τεχνολογιών και θεραπευτικών μεθόδων

Είναι ευρέως παραδεκτό ότι η εξέλιξη των νέων ιατρικών τεχνολογιών – είτε πρόκειται για τη χρήση ρομπότ μικροσκοπικών διαστάσεων στη χειρουργική, για γονιδιακές θεραπείες, για καλλιέργεια οργάνων ή ιστών αντικατάστασης, είτε για νέα φάρμακα - αποτελεί μία σημαντική πίεση και ταυτόχρονα πρόκληση που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγείας, κυρίως όσον αφορά την υγειονομική περίθαλψη (European Commission, 2001).

Η τεχνολογική πρόοδος που έχει επιτευχθεί τις τελευταίες δεκαετίες στον τομέα της υγείας - και η οποία οδήγησε στην ανάπτυξη νέων προϊόντων και θεραπευτικών μεθόδων που ενσωματώνουν σε μεγάλο βαθμό την έρευνα, την ανάπτυξη και την

[1] Από το 1970 το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση αυξήθηκε, σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2001), κατά 5,5 χρόνια για τις γυναίκες και σχεδόν κατά 5 χρόνια για τους άνδρες στην ΕΕ.

καινοτομία – επέφερε σημαντικά οφέλη στη βελτίωση των δεικτών παραγωγικότητας και κλινικής αποτελεσματικότητας των συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας (π.χ. μείωση της διάρκειας νοσηλείας για συγκεκριμένες παθήσεις ή μείωση των κινδύνων σοβαρής παθολογίας χάρη σε προληπτικές θεραπείες) και κατά συνέπεια συνέβαλε σημαντικά στην παροχή καλύτερων υπηρεσιών υγείας και στην βελτιωμένη ποιότητα ζωής των ασθενών-χρηστών των συστημάτων υγείας (Καριώτης, 1992).

Ταυτόχρονα όμως, η τεχνολογική εξέλιξη έχει συνδεθεί - σε πολύ μεγάλο βαθμό - με την αύξηση των δαπανών υγείας, δεδομένου ότι οι ιατρικές τεχνολογίες συνεπάγονται ένα πολύ υψηλό κόστος, που τα συστήματα υγείας είναι υποχρεωμένα να αντιμετωπίσουν (Rettig, 1994; Καϊτελίδου, 2006; Καραμπλή και συν., 2014). Η συσχέτιση αυτή μάλιστα, επιβεβαιώνεται από πλήθος ερευνητικών μελετών (Schwartz, 1987; Aaron, 1991; Schwartz and Mendelson, 1991; Hamilton, 1992; Fuchs, 1993; Oliveira Martins and de la Maisonneuve, 2005; Dybczak and Przywara, 2010; Kaiser Family Foundation, 2012; de la Maisonneuve and Oliveira Martins, 2013; Sorenson et al., 2013; Καραμπλή και συν., 2014), οι οποίες καταδεικνύουν την τεχνολογική αλλαγή ως εκ των κυριότερων προσδιοριστικών παραγόντων που «ευθύνονται» - σε ποσοστό έως και 50% - για την αύξηση της δαπάνης υγείας στις αναπτυγμένες χώρες, τις τελευταίες δεκαετίες.

3.3.4 Η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα υγείας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization, 2006), η αποτελεσματική διαχείριση των ανθρώπινων πόρων που χρησιμοποιούνται για την υλοποίηση των στόχων που τίθενται στην πολιτική υγείας είναι μια από τις σημαντικότερες προκλήσεις που αντιμετωπίζει κάθε σύστημα υγείας. Για τη δημιουργία ενός αποτελεσματικού, αποδοτικού και άρτια οργανωμένου συστήματος υγείας απαιτείται η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού να γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε να διασφαλίζεται η αριθμητική του επάρκεια καθώς και η ποιοτική και ορθολογική κατανομή του ανά κλάδο υγείας και γεωγραφική περιοχή. Αντίστοιχη θέση εκφράζεται από τους Πολύζο και Υφαντόπουλο (2000), οι οποίοι επισημαίνουν ότι *«η παραγωγή ανθρώπινου δυναμικού, ιδιαίτερα στις υπηρεσίες υγείας που είναι εντάσεως εργασίας απαιτεί σχεδιασμό μακράς πνοής, που οφείλει να λαμβάνει υπόψη του την ισότιμη κατανομή ανά κατηγορία και γεωγραφική θέση, παράλληλα με την εσωτερική διαδικασία της παρακίνησης του προσωπικού και της ορθολογικής διαχείρισής του»*.

Στα περισσότερα συστήματα υγείας ανά τον κόσμο καταγράφονται προβλήματα ανισοκατανομής και αποδοτικότητας σχετικά με την παραγωγή και διαθεσιμότητα του υγειονομικού προσωπικού (Dubois et al., 2006; Sermeus and Bruyneel, 2010). Η κατανομή του προσωπικού επηρεάζεται από την εισοδηματική ικανότητα καθεμιάς χώρας. Χώρες με πολυάριθμο δυναμικό υγείας έχουν συνήθως αναπτυγμένες οικονομίες (Γαλλία, Ισπανία), όπως και οι χώρες με οικονομία σε μετάβαση (Πολωνία και πρώην Σοβιετική Ένωση). Το αντίθετο συμβαίνει στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Ταυτόχρονα, σε αρκετά συστήματα υγείας καταγράφεται ένα σημαντικό «κενό» στην παροχή ανθρώπινων πόρων σε κρίσιμες ειδικότητες (Dubois et al., 2006). Χαρακτηριστικό είναι ότι η Ευρωπαϊκή Επιτροπή εκτιμά ότι το 2020 το «κενό» αυτό θα ανέρχεται περίπου στους 1.000.000 επαγγελματίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων

των ιατρών, οδοντιάτρων, φαρμακοποιών, φυσιοθεραπευτών και νοσηλευτών (Braeseke et al., 2013). Μια τέτοια έλλειψη σημαίνει ότι σχεδόν το 15% της ζήτησης για υγειονομική περίθαλψη σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση δεν θα καλύπτεται από το διαθέσιμο εργατικό δυναμικό. Ως εκ τούτου, η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού που απασχολείται στο σύστημα υγείας τίθεται στο επίκεντρο του διαλόγου για την οργανωτική και λειτουργική ευρωστία των συστημάτων υγείας σε ευρωπαϊκό και παγκόσμιο επίπεδο.

Πέραν βέβαια των ανωτέρω, τα συστήματα υγείας βρίσκονται αντιμέτωπα με και άλλες προκλήσεις, όπως οι ανισότητες στην πρόσβαση των υγειονομικών υπηρεσιών λόγω οικονομικών ή άλλων προβλημάτων, οι μειωμένες δαπάνες για τη δημόσια υγεία και οι συχνές υπερβάσεις των διαθέσιμων προϋπολογισμών, η διαφθορά και η παραοικονομία στις υπηρεσίες υγείας, η έλλειψη πληροφόρησης σχετικά με την οικονομική αποδοτικότητα των επενδύσεων στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και μακροχρόνιας φροντίδας (World Health Organization, 2000a; Frenk and Gómez-Dantés, 2002; De Savigny and Adam, 2009).

Τα παραπάνω ζητήματα ώθησαν αρκετά κράτη, τις τελευταίες δεκαετίες, στο να αναλάβουν μεταρρυθμιστικές πρωτοβουλίες για να καταστήσουν τα συστήματα υγείας τους περισσότερο «ανθεκτικά» στις – εξωτερικές και εσωτερικές – πιέσεις και απειλές και να μπορέσουν να προσαρμοστούν αποτελεσματικά στα συνεχώς μεταβαλλόμενα περιβάλλοντα, αντιμετωπίζοντας σημαντικές προκλήσεις με περιορισμένους πόρους.

3.4. Προϋποθέσεις για την επιτυχή εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων στην υγεία

Η προβληματική των μεταρρυθμίσεων στα συστήματα υγείας και οι προϋποθέσεις επιτυχούς εφαρμογής τους έχουν απασχολήσει σε μεγάλο βαθμό τους διεθνείς οργανισμούς υγείας και την επιστημονική κοινότητα (World Health Organization, 1993; Frenk, 1994; Cassels, 1995; Figueras et al., 1997; Saltman and Figueras, 1997).

Κοινή διαπίστωση αποτελεί ότι η επιτυχία ή μη μιας υγειονομικής μεταρρύθμισης εξαρτάται εν πολλοίς, από την ύπαρξη μιας ολοκληρωμένης, συνεκτικής πολιτικής υγείας η οποία λαμβάνει υπόψη της το ευρύτερο οικονομικό, κοινωνικό, πολιτικό και πολιτισμικό περιβάλλον μέσα στο οποίο υλοποιείται (Οικονόμου, 2004). Επιπλέον, και λαμβάνοντας υπόψη το ότι η μεταρρύθμιση συνιστά μια πολιτική διαδικασία που αναλαμβάνεται εκ των άνω - και η οποία στοχεύει αφενός στην αλλαγή των υγειονομικών πολιτικών και θεσμών και αφετέρου στον προσδιορισμό προτεραιοτήτων με απώτερο σκοπό τη βελτίωση των υφιστάμενων ανεπαρκειών και αδυναμιών ικανοποίησης των κριτηρίων της ισότητας, αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας στο σύστημα υγείας - η επιτυχία αυτής συνδέεται άρρηκτα, τόσο με το περιεχόμενο της μεταρρύθμισης, όσο και με τις διαδικασίες που καθιστούν εφικτή της εφαρμογή της (Figueras et al., 1997; Saltman and Figueras, 1997).

Σταθμός στην πορεία ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας που επηρέασε σε πολύ μεγάλο βαθμό τις μεταρρυθμιστικές στρατηγικές σε παγκόσμιο επίπεδο ήταν η διακήρυξη της Alma-Ata (World Health Organization, 1978) για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), που υιοθετήθηκε από το σύνολο των κρατών-μελών του ΠΟΥ και της UNICEF.

Η Διακήρυξη, η οποία παραμένει επίκαιρη έως και σήμερα (Φιλαλήθης, 2008; 2021), διατύπωσε έναν πλήρη ορισμό για την ΠΦΥ, ο οποίος: (α) αναγνώριζε την υγεία ως θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, (β) καταδείκνυε ως πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά μη αποδεκτές τις ανισότητες στο επίπεδο της υγείας, (γ) αξιολογούσε την προαγωγή και την προστασία της υγείας ως βασική προϋπόθεση κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης, (δ) καθιέρωνε το σχεδιασμό και την πραγμάτωση της φροντίδας υγείας ως ατομικό και συλλογικό δικαίωμα και καθήκον, (ε) αναδείκνυε την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως το μέσο για τη βελτίωση της υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο στο πνεύμα της κοινωνικής δικαιοσύνης και (στ) προσδιόριζε την πρωτοβάθμια φροντίδα ως αναπόσπαστο μέρος και ως κεντρική λειτουργία του υγειονομικού συστήματος, και ακόμη ως το πρώτο επίπεδο προσέγγισης του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας σε αυτό. Οι παραπάνω κατευθύνσεις, αποτέλεσαν την πυξίδα για τον επαναπροσανατολισμό των συστημάτων υγείας πολλών χωρών, εντάσσοντας στο μεταρρυθμιστικό σχεδιασμό αρκετών χωρών τα ζητήματα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Γιανασμίδης και Τσιαούση, 2012). Η Διακήρυξη της Άλμα-Άτα επικαιροποιήθηκε και ανανεώθηκε με τη Διακήρυξη της Αστάνα (Φιλαλήθης, 2021).

Επίσης, η χάρτα της Λιουμπλιάνα για τη μεταρρύθμιση της Υγειονομικής Περίθαλψης (World Health Organization, 1996) - που υιοθετήθηκε το 1996 από τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης που συμμετείχαν στον ΠΟΥ – διαμόρφωσε ένα καταστατικό πλαίσιο για τις υγειονομικές μεταρρυθμίσεις. Σύμφωνα με αυτό, κάθε σχεδιαζόμενη μεταρρύθμιση στο υγειονομικό σύστημα μιας χώρας θα πρέπει να ενσωματώνει πολιτικές και δράσεις οι οποίες:

- διέπονται από τις αρχές της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, της ισότητας, της αλληλεγγύης και της επαγγελματικής ηθικής.
- αποσκοπούν στην προαγωγή και στην προστασία της υγιούς διαβίωσης.
- ικανοποιούν τις ανάγκες και προσδοκίες των πολιτών.
- στοχεύουν στην ποιότητα και στην αποτελεσματικότητα ως προς το κόστος της υγειονομικής φροντίδας.
- διασφαλίζουν τη βιώσιμη χρηματοδότηση για την επίτευξη ισότιμης και καθολικής κάλυψης και πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.
- είναι προσανατολισμένες στην ΠΦΥ.

Παράλληλα, στη Χάρτα γινόταν ρητή αναφορά στις προϋποθέσεις για την αποτελεσματική διαχείριση των επιχειρούμενων μεταρρυθμιστικών αλλαγών, οι οποίες αφορούσαν :

- ✓ την ανάπτυξη συνεκτικής/ολοκληρωμένης πολιτικής υγείας.
- ✓ την ενεργή συμμετοχή των πολιτών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.
- ✓ τον ανασχεδιασμό και αποκέντρωση της οργάνωσης και παροχής υπηρεσιών υγείας.
- ✓ τον αποτελεσματική διαχείριση και εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού της υγείας.
- ✓ την ανάπτυξη και εφαρμογή σύγχρονων εργαλείων και μεθόδων μάνατζμεντ στην υγεία.
- ✓ την αξιοποίηση της γνώσης από τη διεθνή εμπειρία των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων.

Πριν από λίγα χρόνια, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2014), προκειμένου να υποστηρίξει αποτελεσματικά την μεταρρυθμιστική διαδικασία στα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας, προσδιόρισε – στη βάση της αποκτηθείσας εμπειρίας από τις μεταρρυθμίσεις που έλαβαν χώρα τις τελευταίες δεκαετίες σε ευρωπαϊκό επίπεδο – μια δέσμη κατευθυντηρίων πολιτικών, η υλοποίηση των οποίων δύναται να ενισχύσει την ανθεκτικότητα των υγειονομικών συστημάτων και να "εγγυηθεί" την προσβασιμότητα και αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης για τον πληθυσμό ευθύνης τους (Διάγραμμα 6).

Διάγραμμα 6: Παράγοντες που συμβάλλουν στην ανθεκτικότητα των υγειονομικών συστημάτων

Πηγή: European Commission, 2014

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2014), τα Κράτη θα πρέπει να εφαρμόζουν πολιτικές που να διασφαλίζουν ότι το σύστημα υγείας θα διαθέτει τα εξής χαρακτηριστικά/στοιχεία:

I. Σταθεροί χρηματοδοτικοί μηχανισμοί. Η σταθερή χρηματοδότηση επιτρέπει τον αποτελεσματικό σχεδιασμό των επενδύσεων και την ομαλή συνέχεια των υπηρεσιών στην οργάνωση και τη διαχείριση της παροχής περίθαλψης. Τα συστήματα υγείας των οποίων η χρηματοδότηση βασίζεται σε λιγότερο σταθερές πηγές εσόδων είναι πιο ευάλωτα σε εξωτερικά πλήγματα: π.χ. τα συστήματα που στηρίζονται περισσότερο σε συνεισφορές βάσει της απασχόλησης για τη χρηματοδότηση είναι περισσότερο εκτεθειμένα στις συνέπειες ανόδου της ανεργίας. Τα αποθεματικά ή άλλοι αντικυκλικοί τύποι για τη μεταφορά κρατικών πιστώσεων μπορεί να συμβάλλουν στην εξασφάλιση της σταθερότητας κεφαλαίων.

II. Ορθοί μέθοδοι προσαρμογής του κινδύνου. Ένα συνεκτικό σύστημα προσαρμογής και επιμερισμού του κινδύνου είναι βασικό εργαλείο που εξασφαλίζει ότι οι πόροι δαπανώνται σύμφωνα με τις ανάγκες. Για παράδειγμα, όταν αρκετές επιχειρήσεις κοινωνικής ασφάλισης υγείας συγκεντρώνουν κοινωνικές εισφορές ή

ασφάλιστρα, χρησιμοποιείται ένας μηχανισμός προσαρμογής κινδύνου/εξίσωσης κινδύνου για τη συνεκτίμηση του μεγέθους, της δομής ηλικίας-φύλου και μια υποκατάστατη μεταβλητή των μοντέλων νοσηρότητας των ασφαλισμένων κάθε ταμείου. Αυτό γίνεται για να αποφεύγεται η επιλογή ασθενών και οι διακρίσεις, καθώς και για να διασφαλίζεται ότι η χρηματοδότηση προσαρμόζεται στις ανάγκες.

III. Χρηστή διακυβέρνηση. Η διακυβέρνηση έγκειται σε καλά καθορισμένες αρμοδιότητες για τη διοίκηση του συστήματος υγείας και των κύριων συστατικών του, μαζί με ισχυρή ηγεσία, υγιείς μηχανισμούς λογοδοσίας και σαφή οργανωτική δομή. Αυτό επιτρέπει στα συστήματα να προσαρμόζονται γρήγορα σε νέους στόχους και προτεραιότητες και ενισχύει τη δυνατότητά τους να ανταποκρίνονται σε μείζονες προκλήσεις, εντοπίζοντας και εφαρμόζοντας τα αναγκαία μέτρα για την υποστήριξη έξυπνων επενδυτικών αποφάσεων.

IV. Ροές πληροφοριών στο σύστημα. Η καλή γνώση των πλεονεκτημάτων και των αδυναμιών και η ικανότητα παρακολούθησης των πληροφοριών, μεταξύ άλλων και στο επίπεδο των μεμονωμένων ασθενών ή των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, επιτρέπουν στους διαχειριστές των συστημάτων υγείας να λαμβάνουν προσαρμοσμένες και τεκμηριωμένες αποφάσεις σε συγκεκριμένους υποτομείς. Τα συστήματα πληροφοριών που βασίζονται στην ηλεκτρονική υγεία διευκολύνουν και υποστηρίζουν την ενίσχυση των γνωσιακών συστημάτων πληροφόρησης. Επιπλέον, η ηλεκτρονική υγεία μπορεί να προσφέρει περισσότερο εξατομικευμένη υγειονομική περίθαλψη, η οποία είναι περισσότερο στοχευμένη, αποτελεσματική και αποδοτική και συμβάλλει στη μείωση των σφαλμάτων και την ελαχιστοποίηση της διάρκειας των νοσηλειών.

V. Επαρκής κοστολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Είναι ουσιώδης για την κατανόηση του σύνθετου χαρακτήρα των διαδικασιών που οδηγούν από τις δαπάνες στα αποτελέσματα πώς οι δαπάνες αντιστοιχούν σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους, πώς οι πόροι συμβάλλουν σε δραστηριότητες (όπως χειρουργικές επεμβάσεις, διαγνωστικές εξετάσεις), πώς οι δραστηριότητες ομαδοποιούνται σε παρεμβάσεις περίθαλψης και τελικά πώς οι παρεμβάσεις περίθαλψης επηρεάζουν την υγεία. Η αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας αποτελεί βασικό μέσο για την εξασφάλιση μιας κοινής μεθόδου για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων και την ορθή κοστολόγηση των υπηρεσιών και, ως εκ τούτου, την παροχή δυνατότητας στους ιθύνοντες να κατανέμουν τους πόρους κατά τον πλέον αποτελεσματικό τρόπο. Η ικανότητα ακριβούς κοστολόγησης των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης δεν είναι μόνο απαραίτητη για τον έλεγχο των δαπανών, αλλά και προαπαιτούμενο για αποτελεσματικές αποφάσεις όσον αφορά τις επενδύσεις και τον καθορισμό προτεραιοτήτων.

VI. Ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας με επαρκή δυναμικότητα και με τις κατάλληλες δεξιότητες. Ένα εξαιρετικά ειδικευμένο και καλά εκπαιδευμένο ανθρώπινο δυναμικό του τομέα της υγείας με επαρκή δυναμικότητα και με τις κατάλληλες δεξιότητες είναι ουσιώδες για την εξεύρεση καινοτόμων λύσεων μέσω οργανωτικών και τεχνολογικών αλλαγών. Η αποτελεσματική δομή κινήτρων είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση των επιδόσεων των επαγγελματιών του τομέα της υγείας και την εξασφάλιση της εστίασης στην άμεση παροχή υγειονομικής περίθαλψης.

Οι παραπάνω κατευθυντήριες πολιτικές, συνιστούν σε θεωρητικό επίπεδο, μια βασική δέσμη εργαλείων για το σχεδιασμό μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων στα συστήματα υγείας, με απώτερο στόχο την επίτευξη μεγαλύτερης αποτελεσματικότητας, προσβασιμότητας και ανθεκτικότητας σε αυτά (Πίνακας 4). Δεδομένο ωστόσο αποτελεί ότι η αποτελεσματική προσαρμογή και ενσωμάτωση αυτών σε κάθε σύστημα υγείας, οφείλει να λαμβάνει υπόψη της το ευρύτερο πολιτικό, κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον που υπάρχει σε κάθε χώρα και το οποίο επηρεάζει άμεσα τη μεταρρυθμιστική διαδικασία στον τομέα της υγείας.

Πίνακας 4: Ατζέντα της ΕΕ για αποτελεσματικά, προσβάσιμα και ανθεκτικά συστήματα υγείας

Ενίσχυση της αποτελεσματικότητας	Αύξηση της προσβασιμότητας	Βελτίωση της ανθεκτικότητας
Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας	Προγραμματισμός των αναγκών εργατικού δυναμικού στην ΕΕ στον τομέα της υγείας	Αξιολόγηση των τεχνολογιών της υγείας
Ασφάλεια ασθενών και ποιότητα περίθαλψης	Οικονομικά αποδοτική χρήση των φαρμάκων	Σύστημα πληροφόρησης στον τομέα της υγείας
Ενοποίηση της περίθαλψης	Βέλτιστη εφαρμογή οδηγίας 2011/24 περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης	Ηλεκτρονική Υγεία (e-Health)

Πηγή: European Commission, 2014

3.5. Εξελίξεις και τάσεις των μεταρρυθμίσεων στα συστήματα υγείας

Τα συστήματα υγείας, όπως αναλύθηκαν σε προηγούμενο κεφάλαιο, ομαδοποιούνται με κριτήριο τον τρόπο οργάνωσης, χρηματοδότησης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας, σε τρεις βασικούς τύπους:

(α) στα **Εθνικά ή Κρατικά Συστήματα Υγείας**, με χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό και με καθολικές παροχές για το σύνολο του πληθυσμού με βάση την ιδιότητα του πολίτη (μοντέλο «Beveridge» για τα εθνικά συστήματα υγείας και μοντέλο Semashko για τα κρατικοποιημένα συστήματα στα σοσιαλιστικά καθεστώτα). Τα συστήματα αυτού του τύπου εντοπίζονται στο Ηνωμένο Βασίλειο και στις σκανδιναβικές χώρες κατά τα μέσα του 20^{ού} αιώνα και κατά τα τέλη της δεκαετίας του 1970 ενώ στις αρχές της δεκαετίας του 1980 εισήχθησαν, με υβριδικές μορφές, και στις χώρες της νότιας Ευρώπης (Ισπανία, Ιταλία, Πορτογαλία και Ελλάδα),

(β) στα **Συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης ή αλλιώς συστήματα τύπου «Bismarck»**, τα οποία στηρίζονται στην ύπαρξη διαφορετικών ασφαλιστικών ταμείων τα οποία χρηματοδοτούν το σύστημα υγείας μέσω εισφορών των εργοδοτών και εργαζόμενων και τα οποία αναπτύχθηκαν κυρίως στις χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης (Γερμανία, Αυστρία, Γαλλία, Βέλγιο και Ολλανδία), και

(γ) στα **Ιδιωτικά Συστήματα ή Συστήματα Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας**, στα οποία κυριαρχούν οι ιδιωτικές δαπάνες και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται κατά βάση από τον ιδιωτικό τομέα, με χαρακτηριστικότερο εκφραστή αυτών τις ΗΠΑ (Wendt, 2009; Rothgang et al., 2008; Schmidt et al., 2010).

Από τα μέσα της δεκαετίας του 1970 και μετά, οι κυβερνήσεις των περισσότερων αναπτυγμένων χωρών προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις ολοένα και εντεινόμενες προκλήσεις και πιέσεις με τις οποίες βρίσκονταν αντιμέτωπα τα συστήματα υγείας, προσέδωσαν στις πολιτικές υγείας ένα στόχο διαφορετικό από εκείνο που μέχρι τότε ακολουθούσαν. Σημείο αναφοράς της περιόδου εκείνης αποτελεί, σε ιδεολογικο-πολιτικό επίπεδο, η σαφής αμφισβήτηση του κράτους πρόνοιας – που είχε γνωρίσει ευρεία αποδοχή τις προηγούμενες δεκαετίες - και η άνοδος του νεοφιλελευθερισμού στην υγεία, η οποία εκφράστηκε την περίοδο 1975 – 1985, με αντιπροσωπευτικότερα παραδείγματα τις πολιτικές υγείας των κυβερνήσεων της M. Thatcher στο Ηνωμένο Βασίλειο και του R. Reagan στις ΗΠΑ. Επιδίωξη των μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων κατά τη δεκαετία του 1980 ήταν η επίτευξη της αποτελεσματικότητας, της μακρο-αποδοτικότητας και της συγκράτησης των δαπανών υγείας ενώ η μικρο-αποδοτικότητα, η ποιότητα και η ενδυνάμωση της δυνατότητας επιλογής από πλευράς των ασθενών αποτέλεσαν τους στόχους κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990.

Η περίοδος από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 έως τα μέσα της δεκαετίας του 1990 χαρακτηρίστηκε από την τάση εισαγωγής στοιχείων ανταγωνισμού και μηχανισμών αγοράς στα δημόσια/κρατικά συστήματα υγείας, υπέρμαχος της οποίας υπήρξε ο αμερικάνος οικονομολόγος A. Enthoven ο οποίος είχε προτείνει, μεταξύ άλλων, την εισαγωγή και λειτουργία ενός καθεστώτος ελεγχόμενου ανταγωνισμού στον τομέα της υγείας, ο οποίος θα έχει ως κύρια χαρακτηριστικά του την συνεχή προσπάθεια για έλεγχο της αύξησης των δαπανών υγείας, μέσα από την εισαγωγή κινήτρων και ανταγωνισμού (Enthoven, 1985,1993, 1997).

Κεντρική ιδέα του ελεγχόμενου ανταγωνισμού αποτέλεσε η σύζευξη του ανταγωνισμού και του μηχανισμού των τιμών με τον κεντρικό σχεδιασμό από την μεριά του κράτους. Σύμφωνα με τους Preker et al (2000) *«ο ελεγχόμενος ανταγωνισμός είναι η έκθεση των δημόσιων συστημάτων στις δυνάμεις της αγοράς, με απώτερο σκοπό το σταδιακό περιορισμό του δημόσιου φορέα και τη σταδιακά αυξανόμενη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στην παροχή υπηρεσιών υγείας, δεδομένου ότι οι εισροές ενός συστήματος υγείας, πλην του ανθρώπινου δυναμικού και της γνώσης, μπορούν με αποδοτικό τρόπο να παραχθούν από τον ιδιωτικό τομέα και εν συνεχεία να αγοραστούν από αυτόν»*.

Το βασικό χαρακτηριστικό γνώρισμα αυτής της στρατηγικής ήταν η διάκριση μεταξύ αγοραστών και προμηθευτών και ο ανταγωνισμός μεταξύ των προμηθευτών για την προσέλκυση κεφαλαίων μέσω συμβάσεων. Οι συμβάσεις θεωρήθηκαν τα μέσα για την επίτευξη καλύτερης απόδοσης των προμηθευτών, διοικητικής και διαχειριστικής αποκέντρωσης, καλύτερου προγραμματισμού της ανάπτυξης της υγειονομικής περίθαλψης και περιφερειακής αποκέντρωσης της κατανομής των πόρων (Οικονόμου, 2004). Μεταξύ των χωρών που υιοθέτησαν σχετικά μέτρα πολιτικής, ήταν το Ηνωμένο Βασίλειο, η Φινλανδία η Ιταλία και η Σουηδία. Για παράδειγμα, στο Ηνωμένο Βασίλειο, στη Φινλανδία και στην Ιταλία όπου εισήχθηκε ο θεσμός των «οιονεί αγορών» με τη διάκριση ανάμεσα σε αγοραστές και προμηθευτές – παρόχους υπηρεσιών υγείας, οι πάροχοι στη δευτεροβάθμια περίθαλψη (δηλαδή τα νοσοκομεία) σταμάτησαν να υπόκεινται σε μια συγκεντρωτική, ιεραρχική διοίκηση και απέκτησαν θεσμική αυτονομία ώστε να ανταγωνίζονται για την προσέλκυση συμβάσεων από τους χρηματοδοτικούς φορείς (δηλαδή τους αγοραστές). Σε άλλες χώρες, όπως στη Σουηδία, το μέτρο αυτό δεν εφαρμόστηκε σε μεγάλο εύρος αλλά περιορίστηκε σε ορισμένους τομείς, ενώ στην Ισπανία η διείσδυση της

μεταρρυθμιστικής αυτής τάσης είχε διαφορετική κλιμάκωση μεταξύ των περιφερειών (Πετμεζίδου και συν., 2015).

Για τη συγκράτηση και περιστολή των δαπανών υγείας, αρκετές χώρες υιοθέτησαν επίσης παρεμβάσεις που εστίαζαν τόσο στην πλευρά της ζήτησης όσο και στην πλευρά της προσφοράς. Τα μέτρα στην πλευρά της ζήτησης περιλάμβαναν την εφαρμογή συστημάτων ποιοτικού ελέγχου με αυστηρές ποινές για τους παραβάτες και την εφαρμογή πολιτικών που είχαν ως στόχο την αύξηση της ευθύνης και της ιδίας συμμετοχής (cost-sharing) των ασθενών στη χρηματοδότηση των δαπανών υγείας, με τη μορφή εκπιπτουσών δαπανών, συν-πληρωμών, συνασφάλισης, παροχής κινήτρων για περιορισμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας και εφαρμογής μέτρων περιορισμού και "προτεραιοποίησης" στην πρόσβαση συγκεκριμένων θεραπειών και υπηρεσιών (Οικονόμου 2004; Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών, 2014).

Το γεγονός αυτό, δηλαδή η μετατόπιση μέρους του κόστους από το συλλογικό στο ατομικό επίπεδο, είχε – μεταξύ άλλων - ως αποτέλεσμα την αύξηση της ζήτησης για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας και τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Μεταξύ των χωρών που υιοθέτησαν σχετικά μέτρα πολιτικής συγκαταλέγονται η Αυστραλία, το Βέλγιο, ο Καναδάς, η Γαλλία, η Γερμανία, η Ιρλανδία, το Ισραήλ, η Ολλανδία, η Ελβετία και οι ΗΠΑ (Saltman and Figueras, 1997; Docteur and Oxley, 2003).

Από την άλλη, οι παρεμβάσεις στην πλευρά της προσφοράς περιλάμβαναν από πολλές χώρες, μέτρα όπως η εισαγωγή προοπτικών μεθόδων πληρωμής στο σύστημα υγείας (π.χ. οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί και οι ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες (DRGs) για τα νοσοκομεία) ο έλεγχος της ιατρικής δημογραφίας και των αμοιβών του ανθρώπινου δυναμικού, ο περιορισμός των κλινών, η προσπάθεια μείωσης της μέσης διάρκειας νοσηλείας, η αξιοποίηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας, ο έλεγχος της χρήσης των πόρων που διαχειρίζονται οι γιατροί μέσω συστημάτων πληρωμής που βασίζονται στην απόδοση, όπως π.χ. η θέσπιση συστημάτων παραπομπής (Mossialos and Le Grand, 1999).

Ιδιαίτερη αναφορά αξίζει να γίνει στο μέτρο των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων (Diagnostic Related Groups − DRGs) που αποτέλεσε ένα από τα εργαλεία πολιτικών μεταρρύθμισης, η εφαρμογή του οποίου, αφενός διεύρυνε το φάσμα των μέτρων ελέγχου και ρύθμισης των υγειονομικών συστημάτων και αφετέρου ανέδειξε την τάση σύγκλισης μεταξύ των τριών κύριων συστημάτων υγείας, με επίκεντρο την ανάπτυξη ενός μείγματος αγοραίας λογικής (και ανταγωνισμού) με μηχανισμούς ιεραρχικής, διοικητικής ρύθμισης (Kimberley et al., 2008; Goldfield, 2010).

Οι ομοειδείς διαγνωστικές ομάδες αποτελούν ένα μεθοδολογικό εργαλείο ταξινόμησης των ασθενών, σύμφωνα με το «μείγμα περίπτωσης» (case mix) όπως αυτό προσδιορίζεται από τη διάγνωση και τη θεραπευτική αγωγή, με βάση ένα ομοιογενές κόστος θεραπείας. Οι εν λόγω διαγνωστικές ομάδες καθορίζουν το «παραγόμενο προϊόν» των μονάδων υγείας και αποτελούν το εργαλείο καθορισμού της χρηματοδότησής τους (Busse et al., 2011; Goldfield, 2010). Συνιστούν έτσι, ένα τεχνικό μέσο κατηγοριοποίησης των ασθενών ανάλογα με το κόστος και την ομάδα ασθένειας-θεραπείας, με ευρύ φάσμα εφαρμογής (ως μέσο για την απλή τεκμηρίωση των περιστατικών μέχρι την εφαρμογή σύνθετων μεθόδων για την αποτελεσματική διαχείριση της κλινικής φροντίδας) (Πετμεζίδου και συν., 2015).

Η μέθοδος των DRGs εφαρμόστηκε πρώτα στις ΗΠΑ το 1983, στο πλαίσιο του προγράμματος Medicare και γρήγορα επεκτάθηκε στο σύνολο των νοσοκομειακών

μονάδων της χώρας. Η πρώτη χώρα που εφάρμοσε τα DRGs στην Ευρώπη ήταν η Γαλλία - το 1986 – ως συμπληρωματικό εργαλείο του σφαιρικού προϋπολογισμού ενώ ακολούθησαν και άλλες χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Γερμανία, το Βέλγιο, η Ιρλανδία, η Ισπανία και η Ιταλία. Βεβαίως τα κίνητρα για την εφαρμογή των DRGs ανάλογα με τους τύπους συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης διαφέρουν από χώρα σε χώρα.

Έτσι για παράδειγμα, στην περίπτωση του Ηνωμένου Βασιλείου, τα DRGs χρησίμευσαν για να ενισχύσουν τη διαφάνεια του κόστους στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, ανοίγοντας το δρόμο για τον ανταγωνισμό όπως προβλέπεται από το διαχωρισμό ανάμεσα σε αγοραστές και προμηθευτές, στις σκανδιναβικές χώρες. Σε άλλες περιπτώσεις, όπως στην Ιταλία και στην Ισπανία, τα DRGs εφαρμόστηκαν για την βέλτιστη κατανομή των περιφερειακών προϋπολογισμών για την παροχή φροντίδας υγείας, ενώ στην Ιρλανδία και στο Βέλγιο η εισαγωγή τους είχε ως στόχο την παροχή κινήτρων για τη μείωση της διάρκειας νοσηλείας, όπως επίσης και στη Γερμανία, όπου παράλληλα με τον παραπάνω στόχο, η εισαγωγή των DRGs απέβλεπε στη διαφάνεια των δαπανών καθώς και στην ενίσχυση του ανταγωνισμού, ώστε να επιτυγχάνεται αποτελεσματική κατανομή των πόρων μεταξύ και εντός των νοσοκομείων (Πετμεζίδου και συν., 2015).

Πέραν των παραπάνω, μια σημαντική τάση που καταγράφηκε στο μεταρρυθμιστικό πεδίο τις προηγούμενες δεκαετίες, αφορούσε την προσπάθεια αποκέντρωσης του συστήματος οργάνωσης, διοίκησης και χρηματοδότησης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, αρκετές χώρες εφάρμοσαν πολιτικές για την αποκέντρωση των αρμοδιοτήτων σε θέματα υγείας σε περιφερειακό επίπεδο - είτε αυτές αφορούσαν τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας (Γερμανία) είτε τη διοίκηση τους (Γαλλία, Ιταλία, Ισπανία, Ην. Βασίλειο, Ελλάδα) - αλλά και σε τοπικό επίπεδο, ιδιαίτερα σε χώρες όπου ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στην οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας ήταν παραδοσιακά ισχυρός (Σουηδία, Καναδάς) (Τούντας, 2003).

Η παραπάνω μεταρρυθμιστική τάση συνοδεύτηκε επίσης από τη μετατόπιση του κέντρου βάρους των συστημάτων υγείας προς την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) (Σουλιώτης, 2014α). Στο πλαίσιο αυτό – και υπό το πρίσμα της Διακήρυξης της Alma Ata - αρκετές χώρες (Ισπανία, Ιταλία, Ην. Βασίλειο, Ολλανδία, Σουηδία, Καναδάς) έθεσαν στο επίκεντρο των πολιτικών τους την ΠΦΥ, δίνοντας έμφαση στις υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της υγείας και καθιερώνοντας το θεσμό του γενικού γιατρού, με διαφοροποιήσεις ωστόσο ως προς το θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας του. Έτσι σε αρκετές περιπτώσεις, οι γενικοί γιατροί παρέχουν τις υπηρεσίες τους όντας ενταγμένοι στο εθνικό σύστημα υγείας (Ισπανία, Ην. Βασίλειο, Σουηδία), ενώ σε άλλες είναι ιδιώτες γιατροί, που είτε συμβάλλονται με το εθνικό σύστημα υγείας (Ιταλία, Ολλανδία, Καναδάς) είτε παρέχουν τις υπηρεσίες τους αμιγώς ιδιωτικά (ΗΠΑ, Γερμανία, Γαλλία, Ελλάδα).

Σημαντικός επίσης υπήρξε ο θεσμός των κέντρων υγείας που αναπτύχθηκε σε διάφορες χώρες για την παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας όπως για παράδειγμα στην Ισπανία, τον Καναδά, στη Σουηδία και στην Ελλάδα. Τα κέντρα υγείας – όπως κι οι γενικοί γιατροί – ασκούν σε αρκετές χώρες (Ισπανία, Ιταλία, Καναδάς, Ην. Βασίλειο, Ολλανδία) έλεγχο στην κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας (gate-keeping), ενώ σε άλλες υπάρχει ελεύθερη πρόσβαση των πολιτών σε εξειδικευμένες ή νοσοκομειακές ιατρικές υπηρεσίες (Σουηδία, Γαλλία, Γερμανία,

Ελλάδα) (Τούντας, 2003). Επιπλέον, τα τελευταία χρόνια, παρατηρούνται σημαντικές αλλαγές στην ανάπτυξη νέων εξωνοσοκομειακών μορφών περίθαλψης (όπως οι κλινικές και τα χειρουργεία ημέρας, η νοσηλεία κατ' οίκον, η τηλεϊατρική, τα κέντρα αποκατάστασης, οι ξενώνες χρόνιας νοσηλείας και οι μονάδες γηριατρικής), με γνώμονα την ανάγκη αντιμετώπισης των προκλήσεων που σχετίζονται με τη δημογραφική γήρανση, τις ανάγκες μακροχρόνιας φροντίδας και των χρονίων νοσημάτων.

Τέλος, κατά τις τελευταίες δεκαετίες, εντοπίζεται μια τάση των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων να αναπτύξουν πολιτικές που έχουν στο επίκεντρο τους την ενδυνάμωση του ρόλου των ασθενών στη διαχείριση της υγείας τους και την υιοθέτηση ενός περισσότερο ασθενοκεντρικού μοντέλου παροχής υπηρεσιών υγείας που θα διασφαλίζει την πρόσβαση των ασθενών στις αναγκαίες πληροφορίες, την ενημέρωσή τους σε θέματα υγείας και την προαγωγή της υγείας τους, υπηρετώντας ταυτόχρονα τις ιατρικές ανάγκες αυτών, με παράλληλο σεβασμό στην αυτονομία των ιατρών και στο ρόλο που έχουν στην παροχή φροντίδας υγείας (Saltman, 1994; Dent, 2006; Σουλιώτης, 2014β).

3.6. Σύνοψη

Στο πλαίσιο της ανάλυσης που περιλαμβάνεται στο παρόν κεφάλαιο αποτυπώθηκε το θεωρητικό πλαίσιο που διέπει τις μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγεία και καταγράφηκαν τα στοιχεία και οι συνθήκες που τις προσδιορίζουν ή/και τις επηρεάζουν. Μεταξύ άλλων, προσδιορίστηκαν οι σημαντικότερες προκλήσεις και πιέσεις που υπαγορεύουν την εφαρμογή μεταρρυθμιστικών αλλαγών στα συστήματα υγείας όπως επίσης οι κυριότερες τάσεις και εξελίξεις που εντοπίζονται στις μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Από τα όσα παρατέθηκαν παραπάνω γίνεται σαφές πως οι μεταρρυθμιστικές πρωτοβουλίες που υιοθετήθηκαν στον τομέα της υγείας, ιδιαίτερα από το 1970 και μετά, επέφεραν σημαντικές αλλαγές σε ότι αφορά το ρόλο του κράτους στα τρία κύρια μοντέλα συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης.

Οι αλλαγές αυτές, οι οποίες εντάθηκαν από τη δεκαετία του 1990 και μετέπειτα, διαμόρφωσαν ένα νέο τοπίο στην οργάνωση, λειτουργία και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, αναδεικνύοντας παράλληλα τάσεις σύγκλισης μεταξύ των υγειονομικών συστημάτων δίνοντας, μεταξύ άλλων, έμφαση: (α) στον περιορισμό των διαφορών μεταξύ των υγειονομικών συστημάτων ως προς την κρατική χρηματοδότηση και συνακόλουθα στην ανάδειξη υβριδικών μορφών υγειονομικών συστημάτων, (β) στην υποχώρηση του κράτους ως άμεσου παρόχου υπηρεσιών υγείας παράλληλα με τη στροφή από τη νοσοκομειακή στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, (γ) στη ρύθμιση των σχέσεων μεταξύ των τριών κύριων φορέων στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης – το κράτος, τα ταμεία υγείας ή τις ενώσεις παρόχων υπηρεσιών υγείας, και τους ιδιώτες γιατρούς - που συμμετέχουν στην «αγορά» του συστήματος της υγείας, (δ) στη διασφάλιση της πρόσβασης των ασθενών σ' ένα ελάχιστο εγγυημένο επίπεδο παροχής ιατρικής κάλυψης και φροντίδας και όχι στην ισότιμη πρόσβαση του πληθυσμού σε πλήρη κάλυψη των αναγκών υγείας και (ε) στην ενίσχυση του ρόλου των ασθενών και στον (ανα)προσανατολισμό των υγειονομικών υπηρεσιών προς τον χρήστη/ασθενή (Rothgang et al., 2005, 2008; Schmidt et al., 2010).

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Γιανασμίδης, Α., Τσιαούση, Μ. (2012), Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980-2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(1): 106-115. Διαθέσιμο στο: https://www.mednet.gr/archives/2012-1/pdf/106.pdf (Ανακτήθηκε: 19/12/2021).
- Γκόλνα, Χ. (2006), Ιδιαιτερότητες της αγοράς υπηρεσιών υγείας, στο: Σουλιώτης, Κ. (επιμ.), *Πολιτική και οικονομία της υγείας. Στρατηγικός σχεδιασμός – Οργάνωση και Διοίκηση – Οικονομική λειτουργία – Τομεακές πολιτικές*, Αθήνα: Παπαζήση.
- Γκόλνα, Χ. και Σουλιώτης, Κ. (2006), Δημογραφική γήρανση και πολιτική υγείας, στο: Σουλιώτης Κ. (επιμ.), *Πολιτική και οικονομία της υγείας. Στρατηγικός σχεδιασμός – Οργάνωση και Διοίκηση – Οικονομική λειτουργία – Τομεακές πολιτικές*, Αθήνα: Παπαζήση.
- Καϊτελίδου, Δ. (2006), Διαχείριση τεχνολογίας στον τομέα της υγείας, στο: Σουλιώτης Κ. (επιμ.), *Πολιτική και οικονομία της υγείας. Στρατηγικός σχεδιασμός – Οργάνωση και Διοίκηση – Οικονομική λειτουργία – Τομεακές πολιτικές*, Αθήνα: Παπαζήση.
- Καραμπλή Ε., Χατζάκη Α., Πολύζος Ν., Σουλιώτης Κ., Κυριόπουλος Γ. (2014), Η επίδραση της τεχνολογικής αλλαγής στη διαχρονική εξέλιξη της δαπάνης υγείας, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(1): 77-84. Διαθέσιμο στο: https://www.mednet.gr/archives/2014-1/pdf/77.pdf (Ανακτήθηκε: 19/12/2021).
- Καριώτης, Π. (1992), *Management υπηρεσιών υγείας και βιοϊατρική τεχνολογία*, Αθήνα: Euroclinica.
- Κουρής, Γ. (2004), Προκλήσεις για τα Συστήματα Υγείας, *Επιθεώρηση Υγείας*, (15)86: 12-14.
- Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (2014), *Μελλοντικές Τάσεις και Προκλήσεις στο χώρο της Υγείας*, Αθήνα. Διαθέσιμο στο: https://www.insurancedaily.gr/wp-content/uploads/2014/12/pdf001.pdf (Ανακτήθηκε: 14/12/2021).
- Κουρής, Γ., Σουλιώτης, Κ., Φιλαλήθης, Α. (2006), Οι υγειονομικές μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα. Παράγοντες αποτυχίας και κανόνες ορθού μεταρρυθμιστικού σχεδιασμού, *Διοικητική Ενημέρωση*, 39: 82-90.
- Οικονόμου, Χ. (2004), *Οι επιπτώσεις της διεύρυνσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον υγειονομικό τομέα των χωρών μελών της: Η περίπτωση της Ελλάδας*, Αθήνα: ΙΣΤΑΜΕ.
- Παπαθεοδώρου, Χ., Μωυσίδου, Α. (2011), *Υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα. Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας*, Αθήνα: ΙΝΕ-ΓΣΕΕ.

Διαθέσιμο στο: https://ineobservatory.gr/wp-content/uploads/2014/08/study-16.pdf (Ανακτήθηκε: 16/12/2021).

- Πετμεζίδου, Μ., Παπαναστασίου, Σ., Πεμπετζόγλου, Μ., Παπαθεοδώρου, Χ. και Πολυζωίδης, Π. (*2015), Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα*, Αθήνα: ΙΝΕ-ΓΣΕΕ. Διαθέσιμο στο: https://ineobservatory.gr/publication/igia-ke-makrochronia-frontida-stin-ellada (Ανακτήθηκε: 15/12/2021).
- Πολύζος, Ν., Υφαντόπουλος, Ι. (2000), Η Ανάπτυξη του Ανθρώπινου Δυναμικού στην Υγεία και η Στελέχωση των Υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 17(6): 627-639. Διαθέσιμο στο: https://www.mednet.gr/archives/2000-6/pdf/627.pdf (Ανακτήθηκε: 12/12/2021).
- Σουλιώτης, Κ. (2014α), Η *ενδυνάμωση* και η *διεύρυνση* της *πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας* ως τεκμηριωμένη επιλογή δημόσιας υγείας *σε* συνθήκες περιορισμένων πόρων*: Η* περίπτωση *της* εξάρτησης *από* οπιοειδή*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής,* 31(Συμπλήρ. 1):7-12. *Διαθέσιμο στο:* https://www.mednet.gr/archives/2014-sup/pdf/7.pdf (Ανακτήθηκε: 13/12/2021).
- Σουλιώτης, Κ. (2014β), *Δημοκρατία, Πολίτες και Πολιτική Υγείας. Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, ομάδες πίεσης και συμφερόντων, σύλλογοι ασθενών*, Αθήνα: Παπαζήση.
- Τούντας, Ι. *(*2003), Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, *20*(*1*): *76-87. Διαθέσιμο στο:* http://www.mednet.gr/archives/2003-1/pdf/76.pdf (Ανακτήθηκε: 15/12/2021).
- Τσούρος, Α., Κυριόπουλος, Κ., Χρούσος, Γ., Βασιλάκου, Ν. Τ., Βατόπουλος, Α., Βοζίκης, Θ., και συν. (2022), *Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία στον 21ο αιώνα*, Ίδρυμα Μποδοσάκη. Διαθέσιμο στο https://rb.gy/1qnys (Ανακτήθηκε: 24/01/2023).
- Υφαντόπουλος, Γ. (2003), *Τα Οικονομικά της Υγείας. Θεωρία και Πολιτική*, Αθήνα: Τυπωθήτω/Δαρδανός.
- Φιλαλήθης Α. (2008), 30 χρόνια μετά την Άλμα-Άτα: Ένα νέο ξεκίνημα για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας; *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 20(3):108−110.
- Φιλαλήθης, Α. (2021), Ορόσημα στην εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 38:675-682. Διαθέσιμο στο: https://www.mednet.gr/archives/2021-5/pdf/675.pdf (Ανακτήθηκε: 24/03/2022).
- Χυτήρης, Λ. (2001), *Οργανωσιακή συμπεριφορά. Η ανθρώπινη συμπεριφορά σε οργανισμούς και επιχειρήσεις*, Αθήνα: Interbooks.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Aaron, H. J. (1991), *Serious and unstable condition: Financing America's health care*, Washington DC: Brookings Institution.
- Boddy, D. (2005), Management: An Introduction, 3rd ed., Harlow, Essex: Prentice Hall.

- Braeseke, G., Hernández, J., Dreher, B., et al. (2013), *Final Report on the Project: Development and Coordination of a Network of Nurse Educators and Regulators (SANCO/1/2009) to the European Commission*, *DG SANCO*, Bochum, Germany: Contec GmbH. Available at: https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/pilot_netw_nurse_educators_fin_rep_def_en_0.pdf (Accessed: 18/12/2021).
- Busse, R., Ginneken, V. E., Normand, C. (2011), Re-examining the cost pressures on health system, In: Figueras, J., McKee, M. (eds), *Health systems, health, wealth and societal well-being: Assessing the case for investing in health systems*, 1st ed., Berkshire: Open University Press.
- Butler R.N. (1997), Population aging and health, *British Medical Journal*, 315(7115): 1082-1084.
- Cassels, A. (1995), *Health Sector Reform: Key Issues in Less Developed Countries, Forum on Health Sector Reform- Discussion Paper No 1*, Geneva: World Health Organization. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/59762/1/WHO_SHS_NHP_95.4.pdf (Accessed: 14/12/2021).
- De La Maisonneuve, C., Oliveira Martins, J. (2013), Public Spending on Health and Long-term Care: A new set of projections, *OECD Economic Policy Papers, No. 6*, Paris: OECD Publishing.
- De Savigny, D., Adam, T. (2009), *Systems thinking for health systems strengthening*, Geneva: World Health Organization.
- Dent, M. (2006), Patient choice and medicine in health care, *Public Management Review, 8(3)*: 449-462.
- Docteur, E., Oxley, H. (2003), *Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience*, *OECD Economics Department Working Papers*, *No. 374*, Paris: OECD Publishing.
- Dubois, C., McKee, M., Nolte, E., (2006), *Human resources for health in Europe*, Berkshire: Open University Press.
- Dybczak, K., Przywara, B. (2010), *The role of technology in health care expenditure in the EU*, Brussels: European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs. Available at: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2010/pdf/ecp400_en.pdf (Accessed: 20/12/2021).
- Enthoven, A. (1985), *Reflections on the management of the National Health Service*, London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Enthoven, A. (1993), Why managed care has failed to contain health costs, *Health Affairs*, 12(3): 27-43.
- Enthoven, A. (1997), Perspective: Markets And Collective Action In Regulating Managed Care, *Health Affairs*, 16(6): 26-32.
- European Commission (2001), *The future of health care and care for the elderly: guaranteeing accessibility, quality and financial viability*. *Communication from the Commission to the council, the European parliament, the economic and social committee and the committee of the regions,* Brussels: EC (COM (2001)

723 final/5 Dec 2001). Available at: http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52001DC0723καιfrom=el (Accessed: 20/12/2021).

- European Commission (2014), *Communication from the Commission on effective, accessible and resilient health systems,* Brussels: EC (COM (2014)215 final/4 Apr 2014). Available at: https://ec.europa.eu/health//sites/health/files/healthcare/docs/com2014_215_final_en.pdf (Accessed: 20/12/2021).
- Figueras, J., McKee, M., Lessof, S., Duran, A., Menabde, N. (2008), *Health Systems, Health and Wealth: Assessing the Case for Investing in Health Systems*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Folland, S., Goodman, A., Stano, M. (2017), *The Economics of Health and Health Care,* New York: Routledge.
- Frenk, J., Gómez-Dantés, O. (2002), Globalization and the Challenges to Health Systems, *Health Affairs,* 21(3): 160-165.
- Fuchs V.R. (1993), *The Future of Health Care Policy*, Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Goldfield, N. (2010), The evolution of Diagnosis-Related Groups (DRGs): From its beginnings in case-mix and resource use theory, to its implementation for payment and now for its current utilization for quality within and outside the hospital, *Quality Management in Health Care*, 19(1): 3-16.
- Greer, S. (2014), The three faces of European Union Health Policy: Policy, markets, and austerity, *Policy and Society*, *33*(1): 13-24. Available at: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1449403514000022 (Accessed: 12/12/2021).
- Grossman, M. (2017), *Determinants of Health: An Economic Perspective*, Columbia University Press.
- Hamilton, D. (1992), *Economic implications of rising health care costs,* Washington, D.C.: Congress of the U.S., Congressional Budget Office.
- Hank, S. (1997), A networking model of change for middle managers, *Leadership and Organization Development Journal*, 18 (1): 41-49.
- Hermann, M. (2011), Population Aging and Economic Development: Anxieties and Policy Responses, *Journal of Population Ageing*, 5(1): 23-46.
- Kaiser Family Foundation (2012), *Health Care Costs: Key Information on Health Care Costs and Their Impact*, Research Report No. 7670-03. Available at: https://www.kff.org/wp-content/uploads/2013/01/7670-03.pdf (Accessed: 16/12/2021).
- Kimberley, J.R., de Pouvourville, G., D'Aunno, T. (2008), *The Globalization of Managerial Innovation in Health Care*, Cambridge: Cambridge University Press.
- McKee, M., Karanikolos, M., Belcher, P., Stuckler, D. (2012), Austerity: a failed experiment on the people of Europe, *Clinical Medicine*, 12(4): 346-350. Available at: http://www.clinmed.rcpjournal.org/content/12/4/346.long (Accessed: 15/12/2021).

- Mossialos, E. and Le Grand, J. (1999), Cost-containment in the EU: an overview, στο Mossialos, E. and Le Grand, J. (eds), *Health care and cost- containment in the European Union,* Aldershot, UK: Ashgate.
- Nadler, D., Tushman, M. (1998), *Competing by Design: The Power of Organizational Architecture,* New York: Oxford University Press.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2008), *Pharmaceutical pricing policies in a global market,* Paris: OECD Publishing. Available at: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/pharmaceutical-pricing-policies-in-a-global-market_9789264044159-en#page29 (Accessed: 18/12/2021).
- Oliveira Martins, J., De La Maisonneuve, C. (2005), Projecting OECD Health and Longterm Care Expenditures: What are the Main Drivers?, *OECD Economics Department Working Paper, No. 477*.
- Preker, A., Harding, A., Travis, P. (2000), "Make or buy" decisions in the production of health care goods and services: new insights from institutional economics and organizational theory, *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6): 779-790.
- Prohaska, T., Anderson, L., Binstock, R. (2012), *Public health for an aging society*, Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Przywara, B. (2010), *Projecting future health care expenditure at European level: drivers, methodology and main results* (No. 417), Directorate General Economic and Monetary Affairs (DG ECFIN), European Commission. Available at:http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2010/pdf/ecp417_en.pdf (Accessed: 15/12/2021).
- Reinhardt, U.E (1989), Economists in Health Care: Saviors, or Elephants in a Porcelain Shop*?, American Economic Review,* 79(2): 337-342.
- Rettig, R. A. (1994), Medical Innovation Duels Cost Containment, *Health Affairs,* 13(3): 7–27. Available at: https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.13.3.7 (Accessed: 16/12/2021).
- Rothgang, H., Cacace, M., Grimmeise, S., Wendt, C. (2005), The changing role of the state in health care systems, in Leibfried, S., Zürn, M. (eds), *Transformations of the State?,* Cambridge: Cambridge University Press.
- Rothgang, H., Cacace, M., Frisina, L., Schmidt, A. (2008), The changing public private mix in OECD health-care systems, in Seeleib-Kaiser, M. (eds.), *Welfare State Transformations*, Houndmills, Basingstoke: Palgrave.
- Saltman, R. (1994), Patient Choice and Patient Empowerment in Northern European Health Systems: A Conceptual Framework, *International Journal of Health Services,* 24(2): 201-229.
- Saltman, R., Figueras, J. (1997), *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Saltman, R., Figueras, J., Sakellarides, C. (1998), *Critical challenges for health care reform in Europe*, Buckingham: Open University Press.

- Schmidt, A., Cacace, M., Götze, R., Rothgang, H. (2010), Explaining health care system change: Problem pressure and emergence of 'hybrid' health care systems, *Journal of health Politics, Policy and Law*, 35(4): 454-485.
- Schwartz, W. (1987), The inevitable failure of current cost-containment strategies. Why they can provide only temporary relief, *JAMA*, 257(2): 220-224.
- Schwartz, W., Mendelson, D. (1991), Hospital Cost Containment in the 1980s, *New England Journal of Medicine*, 324(15): 1037-1042.
- Sermeus, W., Bruyneel, L. (2010), *Investing in Europe's health workforce of tomorrow: Scope for innovation and collaboration*, European Observatory on Health systems and policies, accessed September 14, 2018, Available at: https://www.enpam.it/wp-content/uploads/Report-PD-Leuven-FINAL.pdf (Accessed: 11/12/2021).
- Smith, P., Mossialos, E., Papanicolas, I. (2008), *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*, Copenhagen: World Health Organization, Available at: http://www.who.int/management/district/performance/PerformanceMeasurementHealthSystemImprovement2.pdf (Accessed: 11/12/2021).
- Sorenson, C., Drummond, M., Bhuiyan-Khan, B. (2013), Medical technology as a key driver of rising health expenditure: disentangling the relationship, *ClinicoEconomics and Outcomes Research*, 5: 223-234. Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3686328/ (Accessed: 27/12/2021).
- Stamati, F., Baeten, R. (2015), *Health Care Reforms and the Crisis*, Report 134, Brussels: ETUI.
- The Tallinn Charter (2008), *Health Systems for Health and Wealth*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- United Nations (2015), *World Population Ageing 2015*, New York: United Nations. Available at: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf (Accessed: 27/12/2021).
- Wendt, C. (2009), Mapping European healthcare systems: A comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare, *Journal of European Social Policy*, 19(5): 432-445.
- World Health Organization (1978), *Declaration of Alma Ata*, International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6-12 September 1978.
- World Health Organization (1996), *The Ljubljana Charter on Reforming Health Care*, EUR/ICP/CARE 94 01/CN01 Rev.1, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (1997), *The World Health Report 1997: Conquering Suffering, Enriching Humanity*, Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2000a), *The World Health Report 2000. Health systems: Improving performance*, Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2000b), Active Ageing: a policy framework, World Health Organization. Available at:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1 (Accessed: 22/12/2021).

- World Health Organization (2006), *The World Health Report 2006: Working together for health*, Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2009a), *The European Health Report 2009: Health and Health Systems,* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (2009b), *European Ministerial Conference on Health Systems "Health Systems, Health and Wealth"*, Report, Tallinn, Estonia, 25-27 June 2008, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΟΙ «ΠΕΡΙΠΕΤΕΙΕΣ» ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

4.1. Εισαγωγή

Η πορεία ανάπτυξης και οργάνωσης των υγειονομικών υπηρεσιών είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τις κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές εξελίξεις που επικρατούν σε μια χώρα. Ειδικότερα για την Ελλάδα, η πορεία αυτή μπορεί να χαρακτηριστεί και ως παράλληλη με την πορεία ανάπτυξης του Ελληνικού κράτους. Οι δύο παγκόσμιοι πόλεμοι, η Μικρασιατική καταστροφή, ο εμφύλιος, η δικτατορία, οι οικονομικές συνθήκες άλλοτε της ύφεσης και άλλοτε της ραγδαίας ανόδου και το ασταθές κοινωνικό-πολιτικό περιβάλλον επηρέασαν και καθόρισαν σημαντικά την πορεία ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας.

Τα περισσότερα από αυτά τα γεγονότα σημάδεψαν αρνητικά αυτή την πορεία, με αποτέλεσμα την «υπανάπτυξη» του τομέα υγείας και την παγίωση ενός «μη συστήματος», σε αντίθεση με τις χώρες της Ευρώπης όπου τα συστήματα υγείας γνώρισαν ταχεία ανάπτυξη και ωρίμανση πολύ νωρίτερα απ' ότι στην Ελλάδα.

Η Ελλάδα έως το 1974 παρουσιάζεται, όχι μόνο, απούσα όσον αφορά την υγειονομική ανάπτυξη αλλά και απρόθυμη στο να συμβάλλει και να υιοθετήσει μια πολιτική εδραίωσης της υγείας ανάλογη με αυτή των ευρωπαϊκών κρατών. Μετά το 1974 και την πτώση της δικτατορίας γίνεται συνειδητή η ανάγκη για τομές στο χώρο της υγείας και για ριζική παρέμβαση στον τρόπο παραγωγής, χρηματοδότησης και διανομής των υπηρεσιών υγείας με συνέπεια να πραγματοποιηθούν σημαντικά βήματα προόδου και μεταρρυθμιστικής δραστηριότητας. Αξιοσημείωτες προσπάθειες αυτής της περιόδου αποτέλεσαν η έκθεση του Κέντρου Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (ΚΕΠΕ) για την υγεία καθώς και το ρηξικέλευθο, για εκείνη την εποχή και τα πολιτικά πράγματα που επικρατούσαν, «σχέδιο Δοξιάδη».

Στις αρχές της δεκαετίας του 1980 αρχίζει να εμφανίζεται ένας έντονος προβληματισμός για την ανάγκη μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Ο προβληματισμός αυτός αποτέλεσε την απαρχή για τη δημιουργία ενός συγκροτημένου Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), που έλαβε χώρα με τη ψήφιση του νόμου 1397 το 1983, συνιστώντας στην ουσία την πρώτη καλά οργανωμένη προσπάθεια εφαρμογής ενός συστήματος υγείας που θα βασιζόταν στις αρχές της ισότητας και στην καθολική κάλυψη του πληθυσμού, εξασφαλίζοντας παράλληλα υψηλής ποιότητας φροντίδα.

Η δεκαετία του 1990 και του 2000, που ακολουθεί, χαρακτηρίζεται από πολλαπλές μεταλλάξεις τόσο στο ιδεολογικό όσο και στο νομοθετικό πλαίσιο των «κανόνων» που συνθέτουν το σύστημα υγείας στη χώρα μας (Υφαντόπουλος, 2003). Η έλευση της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, από το 2008 και μετά, δημιούργησε ένα περιβάλλον έντονης δημοσιονομικής κρίσης που κατέστησε αναγκαία την προώθηση διαρθρωτικών αλλαγών και προσαρμογών στο σύστημα υγείας με κύριο σκοπό τη βελτίωση της αποδοτικότητας και τη μείωση της σπατάλης.

Στο παρόν κεφάλαιο, εξετάζονται οι διαχρονικές προσπάθειες δημιουργίας ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Προκειμένου να ανιχνευθούν καλύτερα τα δομικά στοιχεία και οι παράμετροι αυτών των προσπαθειών, η παρούσα ανάλυση διακρίνει την πορεία εξέλιξης του Ελληνικού συστήματος υγείας σε πέντε υποπεριόδους. Η πρώτη περίοδος τοποθετείται χρονικά από το 1833 έως το 1918, η δεύτερη στο διάστημα από το 1918 έως το 1945, η τρίτη αναφέρεται στην περίοδο από το 1945 έως το 1981, η τέταρτη αφορά το διάστημα 1981 έως και το 2009 ενώ η τελευταία περίοδος καλύπτει την περίοδο από το 2009 έως και τις μέρες, εντός της οποίας εκδηλώθηκε η οικονομική κρίση στη χώρα μας η οποία επηρέασε σε πολύ μεγάλο βαθμό το σχεδιασμό και την άσκηση των πολιτικών υγείας στην Ελλάδα.

4.2. Υγειονομικές πολιτικές στην περίοδο από τη συγκρότηση του Ελληνικού κράτους έως τον Α' Παγκόσμιο Πόλεμο (1833-1918)

Το πολιτικό και κοινωνικό πλαίσιο

Το ελληνικό κράτος προέκυψε από το σχηματισμό του έθνους ως αποτέλεσμα της νίκης του αγώνα ενάντια στην Οθωμανική Αυτοκρατορία. Οι βασικές δομές του εισήχθησαν από τους ξένους μονάρχες, οι οποίοι ήταν η Γαλλία, η Ρωσία και η Μεγάλη Βρετανία, και δεδομένου ότι η οικονομία της χώρας βρισκόταν σε δεινή θέση, το κράτος ανέλαβε έναν ρόλο έντονα παρεμβατικό. Συνέπειες αυτής της εξέλιξης ήταν: πρώτον η υιοθέτηση από το κράτος ενός ρόλου εργοδότη και δεύτερον, η ανάπτυξη πελατειακών σχέσεων, γεγονός που επέτρεπε σε οικογένειες να «αποκτούν» αγαθά μέσω της πρόσβασης στον κρατικό μηχανισμό, δημιουργώντας έτσι ένα κλίμα δυσπιστίας και εχθρότητας προς τις κρατικές αρχές (Katrougalos, 1996).

Αυτό ήταν και το πρώτο στάδιο ανασυγκρότησης του νέου κράτους, στο οποίο η σύγκρουση μεταξύ δύο διαφορετικών πολιτισμών κατέστη εμφανής. Οι παλαιότερες ρίζες από τη βαλκανικό-οθωμανική κληρονομιά οι οποίες επηρεάζονταν βαθιά από την ορθόδοξη εκκλησία, χαρακτηρίζονταν από εσωστρέφεια και από έναν στατικό προσανατολισμό που αμφιταλαντευόταν προς τον καπιταλισμό και την ταξική ισότητα. Ταυτόχρονα, καταγράφονταν μια προτίμηση για τη διατήρηση των υφιστάμενων πελατειακών πρακτικών. Ταυτόχρονα και εν αντιθέσει με αυτές τις εξελίξεις, ένα δεύτερο πολιτιστικό ρεύμα είχε τη διανοητική προέλευσή του στο Διαφωτισμό και στην παράδοση του φιλελευθερισμού. Το ρεύμα αυτό ευνοούσε τις διεθνείς διασυνδέσεις, προήγαγε το συνταγματισμό και χαρακτηριζόταν από μια δέσμευση προς τη δημοκρατία (Mossialos and Davaki, 2002).

Ο συγκεκριμένος τρόπος που το σύγχρονο κράτος ιδρύθηκε, η «μαζική» εισαγωγή δυτικών φιλελεύθερων θεσμών και η ανταγωνιστική σχέση μεταξύ κράτους και κοινωνίας, ενίσχυσε τη σύγκρουση μεταξύ των δύο αυτών πολιτισμών.

Εξελίξεις στις υγειονομικές οργανωτικές πολιτικές

Η περίοδος αυτή χαρακτηριζόταν από έλλειψη επαρκών οικονομικών πόρων, με αποτέλεσμα οι διάφορες κυβερνήσεις να ακολουθήσουν περιοριστικές οικονομικές πολιτικές. Σαφής υγειονομική πολιτική δεν υπήρχε, ενώ τα πρώτα υγειονομικά μέτρα, με τη δημιουργία της «Υγειονομικής Αστυνομίας» το 1833, η οποία υπαγόταν στη Γραμματεία του Υπουργείου Εσωτερικών, σκόπευαν στην επείγουσα αντιμετώπιση των θανατηφόρων λοιμών (χολέρας το 1828, πανώλης το 1837, ξανά χολέρας το 1854). Το ίδιο έτος (1833) εισήχθη και ο θεσμός του νομιάτρου, ο οποίος ήταν υπεύθυνος για τα θέματα υγείας σε κάθε νομό (Ζηλίδης, 1998; Υφαντόπουλος, 2003) ενώ το 1845 υιοθετήθηκε και ο πρώτος Υγειονομικός Κανονισμός (Φιλαλήθης και συν., 2020).

Δημιουργήθηκε έτσι ένα υγειονομικό πλαίσιο με χαρακτήρα αποτροπής και πρόληψης που δεν απομακρυνόταν από το γενικότερο πνεύμα της εποχής, το οποίο δεν προέβλεπε για το κράτος καθήκοντα περίθαλψης. Η αδυναμία πραγματοποίησης αυτού του πλαισίου οφειλόταν στην έλλειψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Από το 1864 έως τους Βαλκανικούς πολέμους παρατηρείται μια ουσιαστική παράλυση της υγειονομικής νομοθεσίας, αφού οι πιστώσεις προς τη δημόσια υγεία περικόπτονταν σταθερά και τα νοσηλευτικά ιδρύματα έκλειναν προκειμένου να εξασφαλισθεί η ισοσκέλιση των προϋπολογισμών. Αναφέρεται πως ενώ ο προϋπολογισμός από το 1859 έως το 1908 είχε επταπλασιαστεί (από 19,4 σε 134 εκ. δρχ.), οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία είχαν μειωθεί από τις 400.000 στις 326.000 δραχμές (Λιάκος, 1993).

Η έκταση της νοσηρότητας του πληθυσμού που αποκαλύφθηκε μέσα από τις γενικές επιστρατεύσεις, καθώς και οι υγειονομικές ανάγκες της πολεμικής περιόδου 1912-1922, οδήγησαν στην ψήφιση του νόμου «Περί επιβλέψεως της Δημόσιας Υγείας» το 1914, ο οποίος όμως ουδέποτε εφαρμόστηκε. Το 1916 συστήνεται η Ανώτατη Διεύθυνση Περιθάλψεως Οικογενειών Επιστράτων και Προσφύγων, η οποία αποτέλεσε, στην ουσία, το θεμέλιο λίθο της ανάπτυξης του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (Υφαντόπουλος, 2003).

Το επόμενο έτος (1917), ιδρύθηκε το Υπουργείο Περιθάλψεως, το οποίο είχε ως αρμοδιότητα την περίθαλψη των προσφύγων. Χρειάστηκε προσωπική παρέμβαση του πρωθυπουργού Ελευθέριου Βενιζέλου για να γίνει κατανοητό πως οι αρμοδιότητές του μπορούσαν να επεκταθούν και στο γηγενή πληθυσμό (Λιάκος, 1993).

Την περίοδο που εξετάζουμε, στο τομέα της κοινωνικής ασφάλισης και της ασφάλισης υγείας, παρατηρείται μια απουσία ενός κρατικά οργανωμένου συστήματος. Η εξέλιξη της κοινωνικής ασφάλισης παρουσιάζεται αποσπασματική και στηρίζεται κυρίως στη δύναμη και διαπραγματευτική ικανότητα των εργαζομένων σε συνδυασμό με τη συνειδητοποίηση των κινδύνων της εργασίας, της ασθένειας και των προβλημάτων του γήρατος για όλα τα κοινωνικοοικονομικά στρώματα.

Το πρώτο κοινωνικο-ασφαλιστικό σχήμα που δημιουργήθηκε ήταν το Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο (ΝΑΤ) το 1836, το οποίο στην πραγματικότητα λειτούργησε το 1861 – με το νόμο ΧΛΘ - στηριζόμενο στην τριμερή χρηματοδότηση εργαζομένων, εργοδοτών και κράτους και με σκοπό την περίθαλψη των αναπήρων ναυτεργατών και τη φροντίδα προς τις χήρες και τα ορφανά. Το ίδιο έτος, με το νόμο «Περί μεταλλείων» επιβάλλεται μια φορολογία 1% στο καθαρό προϊόν των μεταλλείων

προκειμένου να σχηματισθεί αποθεματικό κεφάλαιο για την περίθαλψη των εργατών και των οικογενειών τους σε περίπτωση ατυχημάτων. Ωστόσο, έως το 1882, χρονιά που ιδρύθηκε ουσιαστικά το Ταμείο Μεταλλευτών, το κεφάλαιο αυτό δεν είχε διατεθεί, γιατί δεν υπήρξε φροντίδα να εκδοθεί το σχετικό διάταγμα. Το 1861 ιδρύθηκε επίσης το ταμείο συντάξεως δημοσίων υπαλλήλων και το 1867 το ταμείο συντάξεως των υπαλλήλων της Εθνικής Τράπεζας (Mossialos and Davaki, 2002).

Η απουσία βιομηχανικής ανάπτυξης πριν από το τέλος του 19^{ου} αιώνα δεν προήγαγε την εργασία σε μια ευρεία κλίμακα και κατά συνέπεια την ανάπτυξη μηχανισμών κοινωνικής ασφάλισης. Η αναδιανομή του εισοδήματος πραγματοποιούνταν από την οικογένεια, από την αποδημία και από τις πελατειακές σχέσεις (Mossialos and Davaki, 2002). Σύμφωνα δε με την απογραφή του 1861 μόνο το 7-8% του οικονομικά ενεργού πληθυσμού απολάμβανε ασφαλιστικής κάλυψης από κάποιον φορέα κατά την περίοδο εκείνη (Θεοδώρου και συν., 2001).

4.3. Υγειονομικές εξελίξεις στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου και του Β' Παγκοσμίου Πολέμου (1918-1944)

Το πολιτικό και κοινωνικό πλαίσιο

Η έναρξη αυτής της περιόδου, βρίσκει το ελληνικό κράτος σε δεινή οικονομική θέση, με υψηλή ανεργία και υψηλό πληθωρισμό. Σε αυτή την κατάσταση, ήλθε να προστεθεί και η Μικρασιατική Καταστροφή, με την εισροή ενάμισι εκατομμυρίου Ελλήνων προσφύγων, οι οποίοι στερούνταν των βασικών στην προσπάθεια τους για επιβίωση (τροφή, νερό, κατοικία) και επιπλέον αντιμετώπιζαν ιδιαίτερα άθλιες και ανθυγιεινές συνθήκες διαβίωσης (Βενιέρης, 1997).

Πρωτοβουλίες για την ανασυγκρότηση του συστήματος υγείας

Υπό αυτές τις συνθήκες, ιδρύθηκε το Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας, με το νόμο 2882/1922, προκειμένου να αντιμετωπιστεί η δημιουργηθείσα «πληγή». Παρά αυτή τη σημαντική οργανωτική προσπάθεια, η κατάσταση ελάχιστα βελτιώθηκε, τα μέτρα που ελήφθησαν είχαν κυρίως αποσπασματικό και περιστασιακό χαρακτήρα, ενώ μελετητές της περιόδου επισήμαναν τη σαφή επιδείνωση της υγείας του ελληνικού λαού εξαιτίας του προσφυγικού ζητήματος (Λιάκος, 1993).

Το επόμενο έτος (1923), με το Ν.Δ. *«Περί οργανώσεως της περιφερειακής υγειονομικής υπηρεσίας»* η χώρα διαιρέθηκε σε πέντε υγειονομικές περιφέρειες ενώ σε κάθε νομό προβλέφθηκε η σύσταση νομαρχιακού υγειονομικού συμβουλίου και ο διορισμός ενός νομίατρου καθώς και ο διορισμός δημοτικών και κοινοτικών γιατρών για τις ανάγκες ιατρικής περίθαλψης των απόρων. Τα περιορισμένα οικονομικά του κράτους την περίοδο εκείνη δεν επέτρεψαν την υλοποίηση καμίας πρόβλεψης του νομοθετήματος αυτού (Θεοδώρου και συν., 2001).

Σημαντική πρωτοβουλία που έλαβε χώρα κατά την εν λόγω περίοδο – και πιο συγκεκριμένα το έτος 1929 - αποτέλεσε το σχέδιο αναδιοργάνωσης των υπηρεσιών υγείας και εκπαίδευσης του υγειονομικού προσωπικού που εκπόνησε ομάδα εμπειρογνωμόνων από την Οργάνωση Υγείας της Κοινωνίας των Εθνών, με επικεφαλής τον Δρ. L. Rajchman, μετά από σχετικό αίτημα της ελληνικής κυβέρνησης (Λιάκος, 1993; Βενιέρης, 1997). Η τελική έκθεση που συντάχθηκε από τους ξένους εμπειρογνώμονες, υπό το τίτλο «Συνεργασία με την Ελληνική Κυβέρνηση για την

Υγειονομική Αναδιοργάνωση της Ελλάδας» (LNHO, 1929), εμπεριείχε μια σειρά από διαπιστώσεις αναφορικά με τα προβλήματα και τις αδυναμίες του υγειονομικού συστήματος της χώρας καθώς και συγκεκριμένες μεταρρυθμιστικές προτάσεις για την αναδιοργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών και την ενίσχυση της δημόσιας υγείας (Υπουργείο Προεδρίας, 1932). Η εν λόγω έκθεση αναλύεται ως ειδική μελέτη περίπτωσης, στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας, στο κεφάλαιο 6.

Τελευταία σημαντική υγειονομική οργανωτική προσπάθεια της περιόδου αυτής, αποτέλεσε η ψήφιση του αναγκαστικού νόμου 965/1937, με την οποία επιχειρήθηκε να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις για τη σύσταση κρατικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων που θα λειτουργούν με σύγχρονο και ομοιόμορφο τρόπο και ενιαία οικονομική και διοικητική οργάνωση (Νιάκας, 1995). Από τη Στατιστική Επετηρίδα της εποχής εκείνης, φαίνεται ότι το 1934 λειτουργούσαν στην Ελλάδα 111 νοσοκομεία με περίπου 13.000 κλίνες, ενώ το 1939 ο αριθμός των νοσοκομείων ανήλθε σε 117 και οι διαθέσιμες κλίνες σε 16.000 (Θεοδώρου και συν., 2001).

Η Κοινωνική Ασφάλιση στο επίκεντρο: Η ίδρυση του ΙΚΑ

Από τις αρχές του αιώνα, είχε υπάρξει μια πρώιμη ανάπτυξη της ασφάλισης υγείας σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες (Venieris, 1997). Στην Ελλάδα το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης επιχειρείται να οργανωθεί κατά τρόπο που προσομοιάζει στο γερμανικό πρότυπο. Η πρώτη συγκροτημένη ανάπτυξη του κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος επιχειρείται μετά τη μικρασιατική καταστροφή και τη δημιουργία σοβαρών κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων, λόγω της προσφυγικής εισροής (Κοντιάδης, 1997).

Με το νόμο 2868/1922 θεμελιώθηκε η πολυδιάσπαση και ο κατακερματισμός των ασφαλιστικών φορέων, καθώς προβλεπόταν η ίδρυση ειδικών Ταμείων ακόμα και για επιχειρήσεις άνω των εβδομήντα ατόμων. Ταυτόχρονα εισήχθη η αρχή της υποχρεωτικής ασφάλισης των μισθωτών λόγω γήρατος, θανάτου, ανικανότητας και ασθένειας και η αρχή της ίσης εισφοράς εργοδοτών και ασφαλισμένων.

Ως αποτέλεσμα των ορατών κινδύνων από την πολυδιάσπαση των ασφαλιστικών φορέων και την άναρχη ανάπτυξη του συστήματος προτάθηκε από τον Πρωθυπουργό Ελ. Βενιζέλο η δημιουργία ενός εθνικού συστήματος ασφαλιστικής προστασίας, η οποία μετατράπηκε σε πράξη με το νόμο 5733 τον Οκτώβριο του 1932, όπου μεταξύ άλλων προβλεπόταν η παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και επιδομάτων ασθενείας στους εργαζόμενους των αστικών περιοχών. Στο νομοσχέδιο προβλεπόταν επίσης η ίδρυση ενός κεντρικά αυτόνομου ασφαλιστικού οργανισμού, του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), που θα ασφάλιζε όλους τους μισθωτούς (εκτός από τους αγρότες και ορισμένες άλλες, μικρές κατηγορίες εργαζομένων) κατά των κινδύνων της ασθένειας, της αναπηρίας, του γήρατος και του θανάτου. Η εφαρμογή του νόμου και η ίδρυση του ΙΚΑ, προβλεπόταν να αρχίσει πέντε μήνες αργότερα (Venieris, 1997; Mossialos and Davaki, 2002).

Η κυβερνητική μεταβολή που ακολούθησε την περίοδο αυτή, με την πτώση της κυβέρνησης Βενιζέλου και την ανάδειξη στην εξουσία της συντηρητικής κυβέρνησης των Λαϊκών, ακύρωσε την εφαρμογή του νόμου, ο οποίος τελικά ψηφίστηκε στις 10 Οκτωβρίου 1934 (Νόμος 6298), σοβαρά τροποποιημένος. Η τυπική έναρξη λειτουργίας του νέου θεσμού πραγματοποιήθηκε το Δεκέμβριο του 1937 εξ' αιτίας σοβαρών οικονομικών προβλημάτων. Η ασφάλιση ήταν σταδιακή: αρχικά περιέλαβε

τους εργαζόμενους στις τρεις μεγάλες πόλεις (Αθήνα, Πειραιά, Θεσσαλονίκη) και στις μεγαλύτερες επιχειρήσεις, στη συνέχεια, ως το 1940, επεκτάθηκε σε μικρότερες πόλεις και σε εργαζόμενους σε μικρές επιχειρήσεις και εργαστήρια.

Ωστόσο, το γεγονός ότι η πλειοψηφία των εργαζομένων παρέμεναν χωρίς ασφάλιση, ενώ το ύψος των συντάξεων ήταν χαμηλό, οδήγησε στην επέκταση της πρακτικής της δημιουργίας ταμείων από επιμέρους επαγγελματικές ομάδες, καθώς και οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης (Κοντιάδης, 1997). Συνέπεια των παραπάνω ήταν η υπονόμευση του κύρους του ΙΚΑ και η μετατροπή του σε ασφαλιστικό φορέα "δεύτερης διαλογής" (Λιάκος, 1993).

4.4. Οι πολιτικές υγείας στη μεταπολεμική Ελλάδα (1945-1981)

Το πολιτικό και κοινωνικό πλαίσιο

Η Ελλάδα την περίοδο αυτή, προερχόμενη από τη Γερμανική κατοχή και το βαθύ διχασμό του εμφυλίου πολέμου (1946-1949), προσπαθεί να *«ξαναγεννηθεί από τις στάχτες της».* Φτώχεια, ανθρώπινες απώλειες, πόνος, άθλιες συνθήκες ζωής, τεράστιες υλικές καταστροφές και δραματικές ελλείψεις σε υποδομές και εξοπλισμό, συνθέτουν την «κληρονομιά» της χώρας.

Κύρια κατεύθυνση του κράτους ήταν η εξασφάλιση των βασικών απαιτήσεων της δημόσιας υγείας και η στοιχειώδης φροντίδα των πλέον εξαθλιωμένων. Το επίπεδο όμως των παροχών, ήταν αρκετά χαμηλό (απουσία οργανωμένου τρόπου παροχής των υγειονομικών υπηρεσιών, έλλειψη κλινών και ιατρικού προσωπικού) και οι δυνατότητες βελτίωσης της παρεχόμενης υγειονομικής προστασίας πολύ περιορισμένες. Η νομοθετική κάλυψη του κενού αυτού επιχειρήθηκε με το νομοθετικό διάταγμα 2592 του 1953 *«Περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως»* από την κυβέρνηση Παπάγου. Η προσπάθεια αυτή αποτέλεσε την πρώτη συνολική και κεντρικά οργανωμένη απόπειρα οργάνωσης και παροχής ιατρο-νοσηλευτικών υπηρεσιών σε περιφερειακό επίπεδο (Νιάκας, 1993).

Πολιτικές για την αναδιοργάνωση του τομέα υγείας

Κατά την περίοδο αυτή αναλήφθηκαν – τόσο σε επίπεδο σχεδιασμού όσο και σε νομοθετικό επίπεδο - μια σειρά από σημαντικές πρωτοβουλίες για την θεσμική ανασυγκρότηση του υγειονομικού συστήματος και της ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα.

Οι βασικότερες εξ' αυτών ήταν:

- **Το Ν.Δ. 2592/1953 «περί Οργανώσεως της Ιατρικής Αντιλήψεως».**

Με το εν λόγω νομοθέτημα επιχειρήθηκε η περιφερειακή οργάνωση και αποκεντρωμένη λειτουργία του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Οι βασικές αρχές του Ν.Δ., μεταξύ άλλων, προέβλεπαν:

1. την αποκέντρωση και περιφερειακή οργάνωση των δημόσιων νοσοκομειακών ιδρυμάτων σε συνδυασμό με τη συμμετοχή των κοινωνικών φορέων στο σχεδιασμό και τη λήψη αποφάσεων.

2. τη βαθμιαία συγκέντρωση όλων των οικονομικών πόρων και την επιχορήγηση των ιδρυμάτων κατά τέτοιο τρόπο ώστε να είναι εφικτή η παροχή των υπηρεσιών σε απομακρυσμένες περιοχές.
3. τον προγραμματισμό των υπηρεσιών του δημοσίου με βάση τις υγειονομικές ανάγκες.
4. τη διοικητική οργάνωση των νοσοκομείων με βάση ένα ενιαίο πλαίσιο και η υποχρεωτική τοποθέτηση διοικητικών διευθυντών με μεταπτυχιακή εκπαίδευση σε θέματα διοίκησης νοσοκομείων.
5. τη θέσπιση οικονομικών κινήτρων για την προσέλκυση ιατρικού προσωπικού σε απομακρυσμένες περιοχές.
6. την ίδρυση υγειονομικών σταθμών στην ύπαιθρο για την κάλυψη των αναγκών του αγροτικού πληθυσμού.

Η φιλοσοφία και οι ρυθμίσεις του νόμου αυτού ήταν για την εποχή αρκετά ριζοσπαστικές και έτυχαν ομόφωνης αποδοχής από όλες τις πολιτικές πτέρυγες. Οι βασικές του ρυθμίσεις κάλυπταν όλο το πλέγμα του υγειονομικού τομέα. Από την οργάνωση και τη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας έως τη χρηματοδότηση, τον προγραμματισμό, την περιφερειακοποίηση και τη δια αντιπροσώπων θεσμοθέτηση της συμμετοχής των κοινωνικών φορέων στο σχεδιασμό και τη λήψη αποφάσεων σε όλα τα επίπεδα του υγειονομικού τομέα (Νιάκας, 1973).

Αξίζει να επισημανθεί ότι το εν λόγω νομοθέτημα περιέγραφε με αρκετά μεγάλη σαφήνεια τους επιδιωκόμενους στόχους - με κυρίαρχο την αποκέντρωση των υπηρεσιών – και ταυτόχρονα προέβλεπε και τα μέσα υλοποίησης της προτεινόμενης πολιτικής. Ωστόσο, παρά τη πρωτοποριακή του σύλληψη και την πολιτική αποδοχή που είχε από τις πολιτικές δυνάμεις της εποχής δεν τέθηκε ποτέ σε εφαρμογή, ως αποτέλεσμα της απουσίας μιας γενικότερης περιφερειακής πολιτικής και της αυξανόμενης τάσης για αστικοποίηση που συνόδευε την ανασυγκρότηση του κράτους εκείνη την εποχή (Athanasiadis et al., 2018; Philalithis, 2021).

- **Η ίδρυση του ΟΓΑ (1961) και η αναδιοργάνωση των θεσμών κοινωνικής ασφάλισης**

"Ορόσημο" της εξεταζόμενης περιόδου αποτέλεσε η ψήφιση του νόμου 4169/1961 με τον οποίο δημιουργήθηκε ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) για να καλύψει τον αγροτικό πληθυσμό, που την περίοδο αυτή αποτελούσε το 51% περίπου του συνολικού πληθυσμού. Ο νόμος αυτός αποτελεί, μαζί με εκείνον για την ίδρυση του ΙΚΑ, τους δύο σημαντικότερους σταθμούς στην ιστορία της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα. Ο ΟΓΑ παρά τις πολλές προσδοκίες για την εξασφάλιση ενός ελάχιστου επιπέδου προστασίας για ένα μεγάλο μέρος του ελληνικού πληθυσμού, δεν κατάφερε να ανταποκριθεί με απόλυτη επιτυχία στις αυξημένες απαιτήσεις και ανάγκες της αγροτικής κοινωνίας. Οι παροχές του, είχαν περισσότερο προνοιακό χαρακτήρα και ποτέ - έως και τις μέρες μας - δεν πλησίασαν τα επίπεδα των αντίστοιχων ασφαλιστικών καλύψεων των εργαζομένων στους άλλους κλάδους. Ουσιαστικά η ίδρυσή του αποτέλεσε μια μικρή πρόοδο σ' ένα μεγάλο πρόβλημα (Venieris, 1997). Στις δεκαετίες που ακολούθησαν και ειδικότερα του '60 και του '70 η ελληνική οικονομία παρουσίασε μια αλματώδη ανάπτυξη μέσα από την οποία δημιουργήθηκαν μια σειρά επιχειρήσεων και τραπεζών που δημιούργησαν τους δικούς τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Η χρηματοδότησή τους βασιζόταν κυρίως

στις εισφορές των εργοδοτών και παρείχαν πλήρη και υψηλής ποιότητας ασφαλιστική κάλυψη. Πάντως το ποσοστό του πληθυσμού που είχε κάλυψη από αυτά τα προνομιούχα «ευγενή» ταμεία, δεν υπερέβαινε το 3% (ΥΥΠΚΑ, 1994).

Αξίζει να σημειωθεί ότι της ίδρυσης του ΟΓΑ είχαν προηγηθεί νομοθετικές παρεμβάσεις για την αναδιοργάνωση και εκσυγχρονισμού της λειτουργίας και τπου πλαισίου παροχών των ήδη λειτουργούντων οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης, μεταξύ αυτών του ΙΚΑ (νόμος 1846/1951) και του ταμείου των δημοσίων υπαλλήλων (νόμος 1811/1951) (Philalithis, 2021).

- **Το σχέδιο για την «Εθνική Πολιτικής Υγείας» (1970)**

Η περίοδος της δικτατορίας που ακολούθησε, ήρθε να περιορίσει αυτή την αναπτυξιακή προσπάθεια και να διογκώσει τα υπάρχοντα προβλήματα στο χώρο της υγείας. Παρ' όλα αυτά, τυγχάνει αξιοσημείωτης προσοχής το σχέδιο επί της εθνικής πολιτικής υγείας (Πάτρας, 1970α) που συντάχθηκε από τον τότε υπουργό Κοινωνικών Υπηρεσιών, Λουκά Πάτρα και το οποίο προέβλεπε, μεταξύ άλλων, την ανάληψη της ευθύνης προστασίας της υγείας των πολιτών από το κράτος και την κατάρτιση ενός ολοκληρωμένου προγράμματος αναδιοργάνωσης του συστήματος παροχής ιατρικής φροντίδας (Πάτρας, 1970β).

Για το εν λόγω σχέδιο, το οποίο έθετε ως βασικό στόχο τη μείωση των περιφερειακών ανισοτήτων στην παροχή και χρήση των υπηρεσιών υγείας μέσα από την ενίσχυση του δημόσιου τομέα της υγείας, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (Tragakes and Polyzos, 1998; Mossialos and Davaki, 2002), ακολουθεί εκτενής ανάλυση στο κεφάλαιο 5 της παρούσας.

- **Η έκθεση του ΚΕΠΕ για την υγεία (1976)**

Αμέσως μετά την πτώση της δικτατορίας και την αποκατάσταση της δημοκρατίας, καταγράφηκε μια έντονη κινητικότητα στο χώρο της υγείας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα υγειονομικού σχεδιασμού που ξεχωρίζει κατά την εν λόγω περίοδο υπήρξε η έκθεση του ΚΕΠΕ για την υγεία (ΚΕΠΕ, 1976), οι προτάσεις της οποίας έθεσαν στο επίκεντρο του δημόσιου και επιστημονικού διαλόγου την ανάγκη εκσυγχρονισμού του υγειονομικού συστήματος στη βάση του επιστημονικού προγραμματισμού. Στο πλαίσιο της εν λόγω έκθεσης, το περιεχόμενο και οι προτάσεις της οποίας αναλύονται λεπτομερώς στο κεφάλαιο 5 της παρούσας διατριβής, επιχειρήθηκε να καταγραφούν οι νέες προτεραιότητες της εθνικής πολιτικής υγείας καθώς και το μοντέλο οργάνωσης, διοίκησης και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας μέσα από ένα πλαίσιο ενίσχυσης του ρόλου και της παρέμβασης του κράτους στις υγειονομικές πολιτικές (Υφαντόπουλος, 2003; Σισσούρας, 2012).

- **Το σχέδιο Δοξιάδη για τα «μέτρα προστασίας της υγείας» (1981)**

Τέλος, κατά την εν λόγω περίοδο ξεχωρίζει το νομοσχέδιο «Μέτρα Προστασίας της Υγείας» (Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, 1981) που συνέταξε ο καθηγητής Σπύρος Δοξιάδης ως Υπουργός Κοινωνικών Υπηρεσιών και το οποίο αποτέλεσε μια συγκροτημένη πρόταση για ένα καλά οργανωμένο σύστημα (Οικονόμου, 2004), με θεσμούς και προοδευτικές ρυθμίσεις που ήταν σύμφωνες με τις τότε αντιλήψεις και παραδοχές για την κοινωνική οργάνωση των μηχανισμών παραγωγής και παροχής υπηρεσιών υγείας (Σισσούρας, 2012), δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην εξασφάλιση της αποκέντρωσης της παροχής υπηρεσιών υγείας, στην ενίσχυση της πρωτοβάθμιας

φροντίδας υγείας και στην εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού. Για το περιεχόμενο και τις προτάσεις αυτού, ακολουθεί λεπτομερής ανάλυση στο κεφάλαιο 5 της παρούσας.

4.5. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας: Από τη «γέννηση» έως την «ενήλικη» περίοδο λειτουργίας του (1981-σήμερα)

Το πολιτικό και κοινωνικό πλαίσιο της εποχής

Στις αρχές της δεκαετίας του '80 επικρατούσε στην Ελλάδα μια έντονη δυσαρέσκεια για το σύστημα κοινωνικής προστασίας και την πληθώρα των προβλημάτων που αυτό αντιμετώπιζε, γεγονός που καθιστούσε την εισαγωγή κοινωνικών μεταρρυθμίσεων επιτακτική. Η δυσαρέσκεια αυτή είχε γίνει αντιληπτή από μια νέα πολιτική δύναμη, το ΠΑΣΟΚ, το οποίο και ανταποκρίθηκε στο λαϊκό αίτημα με την εξαγγελία ενός ριζοσπαστικού προγράμματος κοινωνικών μεταρρυθμίσεων που σκόπευε στην αναδιανομή του εισοδήματος τόσο σε χρήμα όσο και σε είδος και το οποίο τοποθετήθηκε κάτω από το σύνθημα «εδώ και τώρα αλλαγή».

Οι γενικοί στόχοι αυτής της «αλλαγής» προσδιορίστηκαν από τον ίδιο τον ιδρυτή και πρόεδρο του ΠΑΣΟΚ, τον Ανδρέα Παπανδρέου και αφορούσαν:

- Εθνική ανεξαρτησία.
- Κοινωνική δικαιοσύνη.
- Καταπολέμηση της ανεργίας.
- Αποκέντρωση.
- Λαϊκή συμμετοχή.
- Προστασία του εισοδήματος του πληθυσμού.
- Ενεργή ανάμειξη του Κράτους στην οικονομία.

Αυτοί οι ιδεολογικοί στόχοι αποτέλεσαν αντικείμενο εκτεταμένης νομοθετικής επεξεργασίας, μετά από τη νίκη του ΠΑΣΟΚ στις εκλογές του 1981. Ήταν η πρώτη φορά που ένα σοσιαλιστικό κόμμα αναλάμβανε τη διακυβέρνηση της χώρας, χωρίς το γεγονός αυτό να δημιουργήσει εξω-θεσμικές και «διχαστικές» αντιδράσεις εκ μέρους των συντηρητικών κύκλων.

Η ομαλή αυτή διαδοχή αποτελεί επαρκή ένδειξη της παγίωσης του Κράτους Δικαίου, καθώς και της ενίσχυσης των κοινοβουλευτικών θεσμών στην Ελλάδα, αφού για πρώτη φορά μετά τη πτώση του δικτατορικού καθεστώτος αναλαμβάνει τη διακυβέρνηση της χώρας ένα πολιτικό κόμμα το οποίο υποστήριζε ότι εκπροσωπεί εκείνο το τμήμα των Ελλήνων πολιτών που είχε αποκλεισθεί από το μετεμφυλιακό πολιτικό σύστημα (Βενιέρης, 1997).

Η θεσμοθέτηση του ΕΣΥ

Την περίοδο αυτή, η ριζική μεταρρύθμιση στην υγειονομική περίθαλψη, και ιδιαίτερα η δημιουργία ενός **Εθνικού Συστήματος Υγείας** (ΕΣΥ) κατείχε υψηλή θέση στη πολιτική ατζέντα του νεοεκλεγέντος κόμματος.

Το πρώτο νομοθέτημα (Ν. 1278/1982) με το οποίο εκφράστηκε η πολιτική βούληση για «αλλαγή» στο σύστημα υγείας αφορούσε τη σύσταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ). Το ΚΕΣΥ θα το συγκροτούσαν εκπρόσωποι των επαγγελμάτων υγείας, των συνδικαλιστικών οργανώσεων των εργαζομένων, των φορέων κοινωνικής ασφάλισης, της Κεντρικής Ένωσης Δήμων και Κοινοτήτων και της πολιτείας, και θα ήταν επιφορτισμένο με ένα επιτελικό, στρατηγικό χαρακτήρα με γνωμοδοτική αρμοδιότητα προς τον υπουργό Υγείας για θέματα σχεδιασμού, οργάνωσης, προγραμματισμού, ελέγχου και συντονισμού των υπηρεσιών υγείας σε τοπικό και εθνικό επίπεδο.

Το ΚΕΣΥ αρχικά, προβλεπόταν να είναι ένα όργανο συμμετοχής των πολιτών, προκειμένου να διαδραματίσει έναν υπεύθυνο ρόλο κοινωνικού ελέγχου, ένα «λαϊκό όργανο ελέγχου», με σκοπό αφενός τη διαμόρφωση εθνικής στρατηγικής στην πολιτική για την υγεία και αφετέρου τη λήψη αποφάσεων. Ωστόσο, με τη πάροδο του χρόνου, το ΚΕΣΥ αποδυναμώθηκε πλήρως και το όργανο προσέφερε ελάχιστα από όσα ο σχετικός νόμος προέβλεπε.

Οι κύριοι λόγοι που συνέτειναν στην υποβάθμισή του συνοψίζονται στο ότι (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2001):

- τα μέλη του, ουσιαστικά, διορίζονταν από τον εκάστοτε υπουργό, καθώς οι φορείς, κωλυσιεργώντας, δεν ανταποκρίνονταν έγκαιρα στην πρόσκληση του υπουργείου ή έμμεσα αρνιόντουσαν και δεν υπεδείκνυαν μέλη,
- καταργήθηκαν σταδιακά όλες οι αποφασιστικές αρμοδιότητες του, δεδομένου ότι τουλάχιστον για ορισμένα σημαντικά θέματα δεν απαιτείται πλέον σύμφωνη γνώμη του ΚΕΣΥ, αλλά απλή γνώμη (στην πράξη αυτό σήμαινε παροχή πλήρους ελευθερίας στον υπουργό),
- το ΚΕΣΥ δεν μπόρεσε να ανταποκριθεί στις επιστημονικές προκλήσεις που αφορούν τον τομέα της υγείας κατά το τελευταίο τέταρτο του 20ού αιώνα.

Έναν χρόνο αργότερα, και συγκεκριμένα στις 7 Οκτωβρίου 1983, ψηφίστηκε ο νόμος 1397 για το *«Εθνικό Σύστημα Υγείας»*. Οι κύριες αρχές του ιδρυτικού νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας στηρίζονταν στη θεώρηση της υγείας ως κοινωνικού αγαθού και συνοψίζονταν στο άρθρο 1 αυτού:

«1. Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών».
«2. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας».

Οι βασικοί άξονες του ΕΣΥ προέβλεπαν (Σισσούρας, 2012):

- ✓ **Αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας** μέσα από τη διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες και τη συμμετοχή της κοινότητας στις αποφάσεις με τη σύσταση και λειτουργία των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας και την εκχώρηση γνωμοδοτικών και εποπτικών αρμοδιοτήτων στα Νομαρχιακά Συμβούλια.
- ✓ **Ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας υπηρεσιών υγείας**. Την κεντρική ευθύνη για το σχεδιασμό και την εφαρμογή των προγραμμάτων υγείας θα είχε

το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και το οποίο θα έθετε υπό την άμεση εποπτεία του όλα τα νοσοκομεία που χρηματοδοτούνταν κατ' οποιονδήποτε τρόπο από το δημόσιο (εξαιρούνται τα νοσοκομεία των ΑΕΙ και των Ενόπλων Δυνάμεων), προκειμένου να εξαλειφθούν οι σπατάλες, οι αντινομίες και οι επικαλύψεις.

- ✓ **Θεσμοθέτηση γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης στο ΕΣΥ**. Εισαγόταν στο σύστημα υγείας ένα νέο πρότυπο ιατρού, δηλαδή του ιατρού του ΕΣΥ που χαρακτηριζόταν από μονιμότητα στο θεσμό, πλήρη και αποκλειστική απασχόληση στο ΕΣΥ, απαγόρευση της άσκησης ιδιωτικής πρακτικής, καθώς και από δυνατότητα διαρκούς εκπαίδευσης και βαθμολογικής εξέλιξης με βάση τα επιστημονικά του προσόντα και την απόδοση.
- ✓ **Ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης**. Προβλεπόταν η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου δικτύου Κέντρων Υγείας, που θα κάλυπτε όλο τον Ελλαδικό χώρο, ηπειρωτικό και νησιωτικό και θα στηριζόταν στους οικογενειακούς γιατρούς.

Η εφαρμογή του νέου νόμου ξεκίνησε σχεδόν άμεσα. Η περίοδος που ακολούθησε τη ψήφιση του (1983-1989), επέφερε σημαντικές αλλαγές σε όλα τα επίπεδα του τομέα υγείας. Τα αποτελέσματα της πολιτικής αυτής συνοψίζονται ως ακολούθως (Κουρής και συν., 2007):

- **Αύξηση των δημόσιων δαπανών υγείας**. Οι δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ ανέρχονταν το 1980 σε 3,86% ενώ το 1989 άγγιζαν το 4,77%. Αν συνυπολογιστούν και οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, οι οποίες αντιστοιχούσαν σε 2,79% για το 1989, το συνολικό ποσοστό των δαπανών υγείας ανερχόταν σε 7,53% του ΑΕΠ, που θεωρείται συγκρίσιμο με το αντίστοιχο των άλλων αναπτυγμένων κρατών. Το σημαντικότερο μέρος της αύξησης, ιδιαίτερα στα πρώτα χρόνια, απορρόφησαν οι δαπάνες για επενδύσεις σε κτίρια και εξοπλισμό, αλλά και σε μισθούς προσωπικού.

- **Σημαντική αύξηση στους μισθούς των γιατρών**. Με την καθιέρωση του θεσμού της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, οι μισθοί των γιατρών υπερδιπλασιάστηκαν, αλλά στη συνέχεια δεν είχαν την αναμενόμενη εξέλιξη με αποτέλεσμα ένα από τα κύρια αιτήματα των γιατρών να εξακολουθούν να είναι οι μισθολογικές αυξήσεις.

- **Αξιοσημείωτη πρόοδος στο τομέα των υποδομών**. Προς το τέλος του 1988 είχαν ολοκληρωθεί τρία νέα νοσοκομεία τριτοβάθμιας περίθαλψης (Ηράκλειο, Ιωάννινα, Πάτρα) καθώς και 156 κέντρα υγείας στις αγροτικές περιοχές. Κάλλιστα θα μπορούσε να ειπωθεί ότι την οκταετία 1981-1989 επικράτησε ένας «οικοδομικός οργασμός» στο χώρο της υγείας, ο οποίος όμως δεν συνοδεύτηκε και από την ανάλογη μέριμνα για τη επαρκή στελέχωση (ποσοτική και ποιοτική) με ανθρώπινο δυναμικό.

- **Υπερδιόγκωση του διαγνωστικού ιδιωτικού τομέα υγείας**. Η απαγόρευση της δημιουργίας νέων ιδιωτικών κλινικών με το νόμο 1397/1983, οδήγησε την ιδιωτική επενδυτική δραστηριότητα προς την παροχή διαγνωστικών υπηρεσιών. Συνέπεια αυτού, ήταν η δημιουργία ενός μεγάλου αριθμού διαγνωστικών κέντρων, με αμφίβολη καταλληλότητα και ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών. Σύμφωνα με μελέτη

της ICAP, το 1997 τα διαγνωστικά κέντρα στην Ελλάδα υπολογίζονταν στα 413, εκ των οποίων τα 269 (66,75%) λειτουργούσαν στην περιοχή των Αθηνών (Σουλιώτης, 2000).

- **Απουσία αξιόπιστου χρηματοδοτικού μηχανισμού και εκτεταμένη παραοικονομία**. Ο ιδρυτικός νόμος για το ΕΣΥ, προέβλεπε, στο άρθρο 16, την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων και τη δημιουργία ενός ενιαίου φορέα υγείας, ο οποίος θα συνέλεγε, θα διαχειριζόταν και θα κατένειμε τους πόρους στα κέντρα υγείας και στα νοσοκομεία. Η συγκεκριμένη πρόβλεψη του νόμου προκάλεσε πλήθος αντιδράσεων και ως εκ τούτου δεν υλοποιήθηκε, με συνέπεια να παραμείνουν έντονες οι ανισότητες, τόσο στη πλευρά της χρηματοδότησης λόγω διαφορών στις εισφορές των ασφαλιστικών ταμείων όσο και στην πλευρά των παροχών (Σουλιώτης και Κυριόπουλος, 2001). Εξαιτίας αυτού του συστήματος, τα δημόσια νοσοκομεία οδηγούνταν σε συνεχώς μεγαλύτερα ελλείμματα, εξαρτώμενα από την κυβερνητική επιχορήγηση, ενώ στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, τη διαφορά μεταξύ πραγματικών τιμών και αμοιβών που κατέβαλαν τα ταμεία την κάλυπταν οι ιδιωτικές πληρωμές και η εκτεταμένη παραοικονομία, δημιουργώντας σημαντικά ηθικά και οικονομικά προβλήματα στους πολίτες και στο σύστημα υγείας (Ρομπόλης, 1997).

- **Αδυναμία εφαρμογής περιφερειακού προγραμματισμού υγείας**. Η επιδιωκόμενη - από το νόμο - αποκέντρωση του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας παρέμεινε μόνο στα χαρτιά. Το ΚΕΣΥ αν και δημιουργήθηκε, δεν απέκτησε ποτέ τις προβλεπόμενες αρμοδιότητες σχεδιασμού και προγραμματισμού ενώ και η σύσταση των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας δεν πραγματοποιήθηκε (Σισσούρας, 2012). Η οργάνωση και η διοίκηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα παρέμεινε έντονα συγκεντρωτική και γραφειοκρατική, υπό την κύρια ευθύνη του Υπουργείου Υγείας (Athanasiadis et al., 2015).

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Φιλαλήθης (2013) *«η έλλειψη κατανόησης της συμβολής του Τομέα Υγείας στην οικονομία είναι αυτή που εμπόδισε την (αρχικά σχεδιασμένη) μετεξέλιξη του ΚΕΣΥ στο Ελληνικό αντίστοιχο των «National Boards of Health» των Σκανδιναβικών χωρών ή στο αντίστοιχο του ΚΕΠΕ (Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών) στον υγειονομικό χώρο. Βέβαια, αυτή η έλλειψη κατανόησης εξυπηρέτησε και ενίσχυσε την επικράτηση των λογής - λογής συνδικαλιστών και άλλων ερασιτεχνιζόντων «ειδικών» που διαμόρφωναν την πολιτική υγείας παρεισφρέοντας στους μηχανισμούς λήψης αποφάσεων ή εκτελώντας χρέη «ειδικού συμβούλου» στα γραφεία των εκάστοτε Υπουργών (και Υφυπουργών) Υγείας…».*

Σε κάθε των περιπτώσεων, η δημιουργία του ΕΣΥ αποτέλεσε μια μεγάλη τομή στα υγειονομικά πράγματα της χώρας, τη μεγαλύτερη και σημαντικότερη έως και σήμερα. Ωστόσο οι (μεγάλες) προσδοκίες που είχαν καλλιεργηθεί με τη ψήφιση του σχετικού νόμου – ο οποίος θεωρήθηκε σύμβολο της «αλλαγής» - γρήγορα εγκαταλείφθηκαν καθώς η υλοποίηση των μέτρων που προέβλεπε, βρήκε απέναντι τα πολλά και μεγάλα διαμορφωμένα συμφέροντα στο χώρο της υγείας, τα οποία επηρέασαν τον πολιτικό φορέα που το επαγγέλθηκε με αποτέλεσμα να το απαρνηθεί (Αυγερινός, 2013).

Όπως μάλιστα αναφέρει ο υπουργός Υγείας την περιόδου 1981-1984 και εκ των πρωτεργατών του ΕΣΥ, Παρασκευάς Αυγερινός (2013) *«οι αντιδράσεις στη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας προβάλλονταν - όπως και στην προσπάθεια Δοξιάδη - από τους λειτουργούς του συστήματος και κυρίως από τον ιατρικό κόσμο, με*

τα συνηθισμένα επιχειρήματα, ότι παραβιάζεται η αρχή της ισότητας και υποβαθμίζεται η ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς και από το οικονομικό-ασφαλιστικό σύμπλεγμα, το οποίο υποστήριζε ότι παραβιάζεται το ελεύθερο της παροχής υπηρεσιών των ασφαλιστικών οργανισμών. Οι αντιδράσεις στον θεσμικό τομέα αναφέρονταν: α) στον κοινωνικό έλεγχο, β) στο θεσμό του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, γ) στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και δ) στον ενιαίο φορέα υγείας. Στο λειτουργικό μέρος έλεγαν τα ίδια στερεότυπα, πού θα βρείτε τα λεφτά, είναι νωρίς για τέτοια ανοίγματα, θα φύγουν οι καλοί γιατροί, θα υποβαθμιστεί η ιατρική κ.ά.».

Η «πολεμική» αυτή σε συνδυασμό με τη χαμηλή στήριξη του όλου εγχειρήματος από πλευράς της ίδιας της κυβέρνησης του ΠΑΣΟΚ οδήγησε, τα επόμενα χρόνια, σε στασιμότητα την πολιτική ανάπτυξης του ΕΣΥ - στη βάση του αρχικού σχεδιασμού του - και στην αλλαγή της φιλοσοφίας αυτού (Philalithis, 2021).

Η φιλελεύθερη υγειονομική μεταρρύθμιση της περιόδου 1990-1993

Στις αρχές της δεκαετίας του 1990 την διακυβέρνηση της χώρας αναλαμβάνει το κόμμα της Νέας Δημοκρατίας, μετά από μια περίοδο έντονης πολιτικής αστάθειας και δύο κυβερνήσεων συνασπισμού. Δύο χρόνια αργότερα, με μια νέα νομοθετική παρέμβαση (Ν. 2071/1992) «νεοφιλελεύθερης προοπτικής» επιχειρήθηκε η αλλαγή φιλοσοφίας του ΕΣΥ (Κουρής και συν., 2007).

Με το Νόμο 2071/1992 επαναπροσδιορίστηκε ο ρόλος της ιδιωτικής περίθαλψης και καταργήθηκαν οι υφιστάμενοι περιορισμοί όσον αφορά τη δραστηριότητα του ιδιωτικού τομέα. Ο θεσμός της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης του ιατρού που απασχολείτο στο ΕΣΥ αντικαταστάθηκε από τη μερική απασχόληση και την εισαγωγή των ιατρών-συμβούλων. Η χρηματοδότηση των κέντρων υγείας έπαψε να πραγματοποιείται μέσω των προϋπολογισμών των νοσοκομείων με τα οποία ήταν συνδεδεμένα αλλά μέσω της νομαρχίας. Με τον τρόπο αυτό αναγνωρίστηκε το κέντρο υγείας ως αυτόνομη οικονομική και διοικητική μονάδα.

Επιπροσθέτως, δημιουργήθηκε το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ), το οποίο ανέλαβε ως αποκλειστικό σκοπό τη συστηματική αντιμετώπιση, τη παρακολούθηση, το συντονισμό και την υποβοήθηση των ενεργειών για την πρόληψη της εξάπλωσης των ειδικών μεταδοτικών νοσημάτων και τη θεραπευτική αντιμετώπιση τους, ενώ ιδρύεται και το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) με σκοπό τη παροχή υπηρεσιών επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας.

Τέλος, η σημαντικότερη αλλαγή που επέφερε το συγκεκριμένο νομοσχέδιο στο ΕΣΥ, αφορούσε τη φιλοσοφία του συστήματος. Στο άρθρο 1 αναφερόταν ότι:

> *«1. Το κράτος μεριμνά για την ίδρυση, λειτουργία, οργάνωση και εποπτεία των κατάλληλων φορέων προς εξασφάλιση της υγείας όλων των πολιτών»*
> *«2. Το κράτος εξασφαλίζει το δικαίωμα και τη δυνατότητα στον πολίτη να επιλύσει προληπτικά ή θεραπευτικά το πρόβλημα της υγείας του, μέσα από διαδικασίες που θα του διασφαλίζουν στο ακέραιο την ελεύθερη επιλογή και το σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας».*

Κατά τον τρόπο αυτό, η αποκλειστική ευθύνη του κράτους στην παροχή και χρηματοδότηση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, που προβλεπόταν στον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ «αλλοιώθηκε», μεταθέτοντας την ευθύνη της υγείας των πολιτών στα

ίδια τα άτομα, με μοναδική υποχρέωση του κράτους τη μέριμνα για την ύπαρξη, οργάνωση, λειτουργία και εποπτεία ιδιωτικών ή δημόσιων οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας.

Ο προσανατολισμός αυτής της περιόδου διαπνεόταν από την αντίληψη της αγοράς στις υπηρεσίες υγείας (Ρομπόλης, 1997), ενώ ο κύριος στόχος του (νέου) συστήματος συνίστατο στην ελευθερία επιλογής του προμηθευτή-ιατρού ή του ιδρύματος-οργανισμού (δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας περίθαλψης).

Η «αποκατάσταση» του ΕΣΥ

Τον Οκτώβριο του 1993 επανεκλέγεται στον κυβερνητικό θώκο το ΠΑΣΟΚ, του οποίου πρωταρχική επιδίωξη στον τομέα της υγείας αποτέλεσε η αναβίωση του οράματος του ΕΣΥ. Ο Νόμος 2194/1994 υπό τον τίτλο *«Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις (ΕΣΥ)»* επανέφερε τις αρχές και τους στόχους που είχαν διατυπωθεί με το Νόμο 1397/1983 για δωρεάν και καθολικές δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

Με το συγκεκριμένο νομοθέτημα τα Κέντρα Υγείας επανήλθαν σε διοικητική και οικονομική διασύνδεση με τα νοσοκομεία, καταργήθηκε το καθεστώς μερικής απασχόλησης των γιατρών του ΕΣΥ, ενώ κατέστη υποχρεωτική, επί μονίμου βάσεως, η μετεκπαίδευση, με απόσπαση των ιατρών και των οδοντιάτρων του ΕΣΥ, των φαρμακοποιών, καθώς και των λειτουργών των άλλων επαγγελμάτων υγείας από τα Κέντρα Υγείας προς τα νομαρχιακά νοσοκομεία και από τα νομαρχιακά νοσοκομεία προς τα αντίστοιχα περιφερειακά (Κουρής και συν., 2007).

Η έκθεση της ειδικής επιτροπής ξένων εμπειρογνωμόνων (1994)

Στις αρχές του 1994 το Υπουργείο Υγείας συγκρότησε δύο επιτροπές, μια από έλληνες και μία από ξένους εμπειρογνώμονες, με σκοπό να προτείνουν μέτρα για την αναμόρφωση του ελληνικού συστήματος υγείας. Τα συμπεράσματα και οι κρίσιμες κατευθύνσεις για την αναμόρφωση του ΕΣΥ, στις οποίες κατέληξε η πρώτη επιτροπή, αφορούσαν: α. την οργάνωση της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, β. την εισαγωγή ενός αποκεντρωμένου μοντέλου οργάνωσης και διοίκησης στο σύστημα υγείας, γ. την αναθεώρηση των όρων απασχόλησης του ιατρικού και λοιπού προσωπικού και δ. την εισαγωγή του θεσμού του γενικού-οικογενειακού γιατρού (Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 1994α).

Την ίδια περίοδο, παράλληλα με την ελληνική επιτροπή, κατέθεσε την έκθεση της και η επιτροπή των ξένων ειδικών που είχαν κληθεί από το Υπουργείο Υγείας να συνδράμουν με τις γνώσεις και την εμπειρία τους το έργο της μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας (Νιάκας, 1995). Το πόρισμα της εν λόγω επιτροπής, επικεφαλής της οποίας ήταν ο διακεκριμένος καθηγητής Brian Abel-Smith, κατέγραψε τις ατέλειες του υγειονομικού συστήματος, επισήμανε το σχήμα των μακροπρόθεσμων ρυθμίσεων που θα βελτίωναν την υπάρχουσα κατάσταση αυτού και διατύπωσε μια σειρά από άμεσα μέτρα και προτάσεις για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας (Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 1994β). Αυτά καθώς και άλλες λεπτομέρειες που αφορούσαν το πλαίσιο εκπόνησης και τα αποτελέσματα της εν λόγω μεταρρυθμιστικής πρότασης - η οποία χαρακτηριζόταν από νεωτεριστικές προσεγγίσεις και αντλούσε παραδείγματα από τη μεταρρυθμιστική εμπειρία άλλων

χωρών, αποτελούν αντικείμενο περαιτέρω ανάλυσης στο κεφάλαιο 5 της παρούσας έρευνας.

Ο νόμος 2519/1997 για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ

Στα χρόνια που ακολούθησαν, οι συζητήσεις για την ανασυγκρότηση του συστήματος υγείας στη Ελλάδα εντάθηκαν και έθεσαν στο επίκεντρο των αναλύσεων το ζήτημα της αναγκαιότητας δημιουργίας του Ενιαίου Φορέα Υγείας (ΕΦΥ), ως μηχανισμού μέσω του οποίου θα μπορούσε να επιτευχθεί η ενιαία οργάνωση της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας (Κυριόπουλος και Σισσούρας, 1997).

Προς την κατεύθυνση αυτή έδειχνε να κινείται και η πολιτική της κυβέρνησης του ΠΑΣΟΚ, η οποία τον Αύγουστο του 1997 ψηφίζει το νόμο 2519 για την *«Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Οργάνωση των Υγειονομικών Υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το Φάρμακο και άλλες διατάξεις»*.

Οι κυριότερες διατάξεις αυτού αφορούσαν:

- τη σύνδεση του Εθνικού Συστήματος Υγείας με την κοινωνία και τον πολίτη (δικαιώματα του ασθενή και προστασία αυτών).
- τον επανακαθορισμό του ρόλου των υπηρεσιών δημόσιας υγείας καθώς και την αναβάθμιση, αναδιοργάνωση και ολοκληρωμένη ανάπτυξη τους σε αποκεντρωμένη βάση παράλληλα με τη σύσταση και νέων φορέων και ειδικών υπηρεσιών (Φιλαλήθης και συν., 2020).
- τη σύσταση Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας. Σκοπός της μονάδας αυτής ήταν η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, ο έλεγχος διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, η χορήγηση πιστοποιητικών και βεβαιώσεων διασφάλισης της ποιότητας για τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας, η συνεργασία με διεθνείς οργανισμούς και η σύνταξη και υποβολή εκθέσεων για τις ιατρικές υπηρεσίες.
- το συντονισμό της παροχής υπηρεσιών υγείας στο πλαίσιο συμφωνημένης ενιαίας δράσης μεταξύ ΕΣΥ και ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων, με τη σύσταση Συμβουλίου Συντονισμένης Ενιαίας Δράσης Υπηρεσιών Υγείας.
- την οργάνωση με επιστημονικές μεθόδους των οικονομικών υπηρεσιών υγείας και την ορθολογικότερη διαχείριση των διατιθέμενων πόρων. Προς την κατεύθυνση αυτή προσδιορίζονταν οι πηγές χρηματοδότησης και τα έσοδα των νοσοκομείων και εισήχθη η έννοια του κλειστού προϋπολογισμού.
- τη δυνατότητα συνεργασίας και σύμπραξης ασφαλιστικών φορέων, προκειμένου να μπορούν από κοινού να διαπραγματεύονται τους όρους και τις προϋποθέσεις για την αγορά υπηρεσιών υγείας υπέρ των ασφαλισμένων τους.
- την αναβάθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας στις αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές. Προς αυτή τη κατεύθυνση προβλεπόταν η οργάνωση Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και η ανάπτυξη του θεσμού του οικογενειακού γιατρού (Γεωργούση και Κυριόπουλος, 2000).

Οι ρυθμίσεις του νόμου 2519/1997 εισήγαγαν μια πρωτόγνωρη για την ελληνική διοίκηση προοπτική, βασισμένη σε νεωτεριστικούς διοικητικούς και χρηματοδοτικούς

μηχανισμούς και πολιτικές ελέγχου του κόστους και συγκράτησης των δαπανών υγείας, στα πλαίσια μιας «εσωτερικής αγοράς» διευθυνόμενου ανταγωνισμού (Μωραΐτης, 2000).

Ωστόσο, η νομοθετική αυτή παρέμβαση χαρακτηρίστηκε από τους πολιτικούς επικριτές της αλλά και από αρκετούς ειδικούς επιστήμονες που ασχολούνται με τις υπηρεσίες υγείας, ως άτολμη και ανεδαφική. Κατηγορήθηκε ότι η επιλογή της λύσης των δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας, είχε την αφετηρία της στην αδυναμία ενεργοποίησης των διαδικασιών και στην πολιτική ατολμία για την εφαρμογή του Ενιαίου Φορέα Υγείας, ενώ κριτική υπήρξε και για το γεγονός ότι παρέμεινε ασαφές το θέμα των αμοιβών και των εργασιακών σχέσεων του ιατρικού προσωπικού (Μωραΐτης, 2000).

Επιπλέον, η διασφάλιση των αναγκαίων οικονομικών πόρων για την υποστήριξη των προτεινόμενων μέτρων δεν επιτεύχθηκε ποτέ σε κυβερνητικό επίπεδο, αντίθετα μπορεί να ειπωθεί πως οι προτάσεις του νομοσχεδίου έγιναν «θυσία» στο «βωμό» του εθνικού στόχου για ένταξη της χώρας, ως πλήρες μέλος, στην Οικονομική και Νομισματική Ένωση (ΟΝΕ) και των συνακόλουθων δημοσιονομικών περιορισμών που αυτή η πορεία συνεπαγόταν (Σισσούρας, 2012).

Έτσι, παρά την αρχική αισιοδοξία για την υλοποίηση αυτής της καινοτόμου πρότασης, διοικητικές και τεχνικές δυσχέρειες καθώς επίσης πολιτικές ενστάσεις και οικονομικές συνθήκες δεν επέτρεψαν την εφαρμογή των ρυθμίσεων, με συνέπεια και αυτή η προσπάθεια να καταλήξει στη μη άσκηση πολιτικής (Κουρής και συν., 2007).

Η μεταρρύθμιση «Υγεία για τον Πολίτη» (2001-2004)

Η «χαραυγή» του νέου αιώνα βρίσκει εκ νέου στην εξουσία την κυβέρνηση του ΠΑΣΟΚ, το οποίο εμφανιζόταν αποφασισμένο να προωθήσει δραστικές αλλαγές και μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας. Κατά την περίοδο αυτή, η δυσαρέσκεια των πολιτών για τις υπηρεσίες υγείας ήταν αρκετά μεγάλη, γεγονός που δημιουργούσε τις προϋποθέσεις για μια - ευρείας κλίμακας – μεταρρύθμιση στο ΕΣΥ.

Το σχέδιο μεταρρύθμισης με τίτλο «Υγεία για τον πολίτη» αποτέλεσε την έκφραση των προγραμματικών δηλώσεων της σοσιαλιστικής κυβέρνησης για τον μετασχηματισμό του συστήματος υγείας. Το συγκεκριμένο σχέδιο έθετε ως σκοπό τη μετεξέλιξη του ΕΣΥ σ’ ένα σύγχρονο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας που θα ανταποκρινόταν στις πραγματικές ανάγκες και προσδοκίες του Έλληνα πολίτη για αξιοπρεπείς και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες πρόληψης, φροντίδας και περίθαλψης.

Ειδικότεροι στόχοι που έθεταν οι ρυθμίσεις αυτού ήταν (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2000):

- Η άσκηση εθνικής πολιτικής με έμφαση στην πρόληψη και στην προαγωγή της υγείας του πληθυσμού.
- Η κατοχύρωση ισότιμης πρόσβασης στο σύστημα υγείας και αξιοπρεπούς αντιμετώπισης των Ελλήνων πολιτών.
- Η διασφάλιση του δημόσιου χαρακτήρα του ΕΣΥ.
- Η διοικητική αποκέντρωση του ΕΣΥ και η συγκρότηση ολοκληρωμένων συστημάτων υγείας στο επίπεδο της Περιφέρειας.

- Η αναδιοργάνωση της διοίκησης και λειτουργίας των νοσοκομείων.
- Η ανάδειξη της δημόσιας υγείας και της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε βασικούς πυλώνες του νέου συστήματος.
- Η επιστημονική και οικονομική αναβάθμιση των εργαζομένων στην υγεία.
- Η ορθολογική κατανομή και αποτελεσματική διαχείριση των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων του συστήματος.
- Η εισαγωγή μηχανισμών ελέγχου στη παροχή των δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.
- Η έμφαση στις πολιτικές που ενισχύουν την τεκμηριωμένη άσκηση της ιατρικής.

Η νομοθετική εξειδίκευση του ως άνω μεταρρυθμιστικού σχεδιασμού ξεκίνησε τον Μάρτιο του 2021 με τη ψήφιση του νόμου 2889. Στο πλαίσιο αυτού προβλέφθηκε η περιφερειακή οργάνωση και διοίκηση του συστήματος υγείας, μέσω της διαίρεσης της χώρας σε 17 υγειονομικές περιφέρειες και της ίδρυσης Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠΕΣΥ), τα οποία θα αναλάμβαναν το συντονισμό και την εφαρμογή της εθνικής πολιτικής υγείας σε περιφερειακό επίπεδο, έχοντας στην ευθύνη τους και την εποπτεία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων του ΕΣΥ. Ταυτόχρονα, με το νέο θεσμικό πλαίσιο, το Υπουργείο Υγείας θα αποκτούσε έναν ενισχυμένο επιτελικό και συντονιστικό ρόλο στα θέματα χάραξης και σχεδιασμού της εθνικής υγειονομικής πολιτικής. Σημειώνεται ότι αυτή είναι η πρώτη φορά που εφαρμόστηκε σε πρακτικό επίπεδο η περιφερειακή οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, παρότι στη συνέχεια οι αρμοδιότητες των περιφερειακών διοικήσεων περιορίστηκαν σημαντικά (Athanasiadis et al., 2018).

Επιπλέον των παραπάνω, ο νόμος 2889/2001 εισήγαγε μία σειρά από αλλαγές στον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των νοσοκομειακών μονάδων, με σκοπό τη συγκράτηση του κόστους περίθαλψης και τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Μεταξύ των βασικότερων αλλαγών περιλαμβάνονταν:

- η καθιέρωση νέων οργάνων διοίκησης (διοικητές, συμβούλιο διοίκησης).
- η εφαρμογή της ολοήμερης λειτουργίας των Νοσοκομείων.
- η θέσπιση κλειστών προϋπολογισμών ανά τμήμα.
- η δημιουργία νοσοκομειακού συνταγολογίου.
- η αυτόνομη λειτουργία των ΤΕΠ.
- η εισαγωγή νέων ρυθμίσεων για θέματα αξιολόγησης του ιατρικού προσωπικού.

Σε συνέχεια των ρυθμίσεων του νόμου 2889 ακολούθησε, εντός του 2001, η ψήφιση των νόμων για τις προμήθειες των νοσοκομείων και των λοιπών μονάδων του ΕΣΥ (Νόμος 2955/2001) και τη σύσταση ειδικού ελεγκτικού μηχανισμού στον τομέα υγείας και πρόνοιας, του γνωστού Σώματος Επιθεωρητών Υγείας και Πρόνοιας (Νόμος 2920/2001), αποστολή του οποίου θα ήταν η διασφάλιση των αρχών της νομιμότητας και η κατοχύρωση της διαφάνειας στο σύστημα υγείας όπως επίσης ο εντοπισμός και η καταστολή φαινομένων κακοδιοίκησης, κακοδιαχείρισης και διαφθοράς στους φορείς υγείας και πρόνοιας. Προς ολοκλήρωση της διοικητικής παρέμβασης στο πεδίο

της πολιτικής υγείας και πρόνοιας, προωθήθηκε ο νόμος 3106/2003 σχετικά με την αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας, στο πλαίσιο του οποίου προβλέφθηκε η ένταξη των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και πρόνοιας στα ΠΕΣΥ.

Πέραν των παραπάνω, κατά την τρέχουσα περίοδο ξεχωρίζει η ψήφιση του νόμου 3172/2003, με τον οποίο επιχειρήθηκε η κάλυψη ενός σημαντικού κενού που αφορούσε στη θεσμική θωράκιση της χώρας ως προς τις δομές της δημόσιας υγείας. Η κρισιμότητα της συγκεκριμένης παρέμβασης θεωρήθηκε υψηλή, λόγω της συγκυρίας της εκδήλωσης του Σοβαρού Οξέως Αναπνευστικού Συνδρόμου (SARS) αλλά και εν όψει της διοργάνωσης των Ολυμπιακών Αγώνων του 2004 (Κοντιάδης και Σουλιώτης, 2005).

Στο ίδιο πνεύμα, εντάσσονταν και η ψήφιση του Νόμου 3235/2004 για την αναδιοργάνωση του συστήματος της ΠΦΥ, οι ρυθμίσεις του οποίου επαναπροσδιόριζαν το περιεχόμενο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και τις δεσμεύσεις της πολιτείας ως προς την εξασφάλιση μιας επαρκούς δέσμης υπηρεσιών ΠΦΥ σε όλους τους κατοίκους, με στόχο την βελτίωση των όρων πρόσβασης, της επάρκειας και της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών ΠΦΥ.

Μεταξύ των προωθούμενων μέτρων περιλαμβάνονταν η τομεοποίηση του συστήματος ΠΦΥ με γεωγραφικούς όρους, η συμπληρωματικότητα των δομών ΠΦΥ, ο οικογενειακός και ο προσωπικός γιατρός, ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος, η κάρτα υγείας και η πιστοποίηση των δομών που λειτουργούν υπό την ευθύνη του ΕΣΥ και των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης. Ωστόσο, ο συγκεκριμένος νόμος - αν και χαρακτηριζόταν από μια περισσότερο ρεαλιστική προσέγγιση σε σχέση με παρόμοιες νομοθετικές απόπειρες του παρελθόντος, δεν τέθηκε ποτέ σε εφαρμογή λόγω της προκήρυξης πρόωρων εθνικών εκλογών.

Η πολιτική υγείας της περιόδου 2004-2009

Μετά τις εθνικές εκλογές της 7^{ης} Μαρτίου 2004, την διακυβέρνηση της χώρας ανέλαβε το κόμμα της Νέας Δημοκρατίας. Μεταξύ των τομέων πολιτικής που έλαβαν υψηλή θέση στη μεταρρυθμιστική ατζέντα της νέας κυβέρνησης ήταν και ο τομέας της υγείας. Στο πλαίσιο της εξαγγελθείσας «επανίδρυσης του κράτους» (Μακρυδημήτρης, 2013), η κυβέρνηση έθεσε ως βασικό ζητούμενο την αναδιοργάνωση του ΕΣΥ και την εξασφάλιση παροχής υπηρεσιών υγείας υψηλού επιπέδου σε όλους τους Έλληνες, μέσα από *«[…] την κατοχύρωση του δικαιώματος της ελεύθερης επιλογής γιατρού, τη διασφάλιση ίδιων δυνατοτήτων εύκολης πρόσβασης για όλους τους πολίτες σε όλες τις βαθμίδες και λειτουργίες του συστήματος και την αξιοποίηση ολόκληρου του ιατρικού δυναμικού»* (Νέα Δημοκρατία, 2003).

Ένα από τα πρώτα ζητήματα που προώθησε η νέα κυβέρνηση αφορούσε την τροποποίηση υφιστάμενων οργανωτικών και διοικητικών ρυθμίσεων του συστήματος υγείας και κοινωνικής φροντίδας, όπως είχαν διαμορφωθεί κατά την προηγούμενη περίοδο. Έτσι, με το νόμο 3252/2004 αποφασίστηκε η άμεση παύση όλων των μονομελών οργάνων διοίκησης του συστήματος υγείας (Προέδρων ΠΕΣΥΠ, Γενικών Διευθυντών ΠΕΣΥ, Διοικητών και Αναπληρωτών Διοικητών νοσοκομείων ΕΣΥ), η κατάργηση των οργανικών θέσεων των Αναπληρωτών Γενικών Διευθυντών των ΠΕΣΥ και ο επανακαθορισμός της διαδικασίας αξιολόγησης και επιλογής ιατρών του ΕΣΥ.

Επίσης, με το νόμο 3329/2005 η χώρα (ξανά)διαιρέθηκε σε υγειονομικές περιφέρειες και τα 17 ήδη λειτουργούντα (με το νόμο 2889/2001) ΠΕΣΥ αντικαταστάθηκαν από τις Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας (ΔΥΠΕ). Επιπροσθέτως, με τον ίδιο νόμο τα νοσοκομεία και οι μονάδες κοινωνικής φροντίδας της χώρας μετατράπηκαν σε ΝΠΔΔ, με αυτόνομο προϋπολογισμό και νέα όργανα διοίκησης.

Σε αδρές γραμμές, κατά την περίοδο 2004-2009, εκπονήθηκε ένα πυκνό νομοθετικό έργο στους τομείς της υγείας και της κοινωνικής αλληλεγγύης, με τον αριθμό των νομοσχεδίων που ψηφίστηκαν συνολικά να ανέρχεται στα 16, συνοπτικές πληροφορίες για τα οποία παρουσιάζονται στον Πίνακα 5, μέσω των οποίων έλαβε χώρα η νομοθετική εξειδίκευση των προεκλογικών δεσμεύσεων του κυβερνώντος κόμματος για την υγεία και προωθήθηκαν αλλαγές σε διάφορους τομείς και λειτουργίες του συστήματος υγείας.

Πίνακας 5: Νομοσχέδια Υπουργείου Υγείας κατά την περίοδο 2004-2009

α/α	Νόμος	Τίτλος	Βασικές διατάξεις
1	Ν. 3252/2004	Σύσταση Ένωσης Νοσηλευτών - Νοσηλευτριών Ελλάδος (ΕΝΕ) και άλλες διατάξεις	▪ Δημιουργία Ένωσης Νοσηλευτών-Νοσηλευτριών Ελλάδος (ΕΝΕ) ως ΝΠΔΔ. ▪ Λοιπές ρυθμίσεις για θέματα διοίκησης και ανθρώπινου δυναμικού ΕΣΥ.
2	Ν. 3293/2004	Πολυκλινική Ολυμπιακού Χωριού, Συνήγορος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις	▪ Σύσταση «Ανώνυμης Εταιρίας Μονάδων Υγείας ΑΕ» ως ΝΠΙΔ με αντικείμενο τη διαχείριση Μονάδων Υγείας και ρύθμιση ζητημάτων συγκρότησης και λειτουργίας του. ▪ Καθιέρωση θεσμού Συνηγόρου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. ▪ Ρύθμιση θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας.
3	Ν. 3305/2005	Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής	▪ Θεσμοθέτηση νέου ρυθμιστικού πλαισίου για την Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή.
4	Ν. 3329/2005	Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις	▪ Ρυθμίσεις για την περιφερειακή συγκρότηση του συστήματος υγείας (σύσταση και λειτουργία των ΔΥΠΕ). ▪ Ρύθμιση θεμάτων αναφορικά με τη διοίκηση και λειτουργία των νοσοκομείων. ▪ Μετατροπή των ΜΚΦ σε ΝΠΔΔ, με αυτόνομο προϋπολογισμό και νέα όργανα διοίκησης.

5	Ν. 3370/2005	Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις	▪ Οργανωτικές ρυθμίσεις για το σύστημα δημόσιας υγείας - Ίδρυση Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας. ▪ Συγκρότηση Ανεξάρτητης Αρχής για τη Δημόσια Υγεία. ▪ Δημιουργία επιστημονικού μηχανισμού για τον έλεγχο και την πρόληψη των νοσημάτων - ΚΕΕΛΠΝΟ.
6	Ν. 3402/2005	Αναδιοργάνωση του συστήματος αιμοδοσίας και λοιπές διατάξεις	▪ Επανίδρυση Εθνικού Κέντρου Αιμοδοσίας. ▪ Λοιπές ρυθμίσεις για τον εξορθολογισμό του συστήματος συλλογής, ελέγχου και διαχείρισης του ανθρώπινου αίματος και των συστατικών του.
7	Ν. 3418/2005	Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας	▪ Θεσμοθέτηση Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας. ▪ Διατύπωση κανόνων που ρυθμίζουν την καθημερινή ιατρική πράξη, τις σχέσεις των γιατρών μεταξύ τους και τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματά τους κατά την άσκηση του έργου τους.
8	Ν. 3454/2006	Ενίσχυση της οικογένειας και λοιπές διατάξεις	▪ Ρυθμίσεις για την ενίσχυση και προστασία του θεσμού της οικογένειας.
9	Ν. 3457/2006	Μεταρρύθμιση του Συστήματος Φαρμακευτικής Περίθαλψης	▪ Εισαγωγή νέου κανονιστικού πλαισίου στον τομέα της φαρμακευτικής περίθαλψης. ▪ Καθιέρωση νέου συστήματος προσδιορισμού της τιμής των φαρμάκων. ▪ Κατάργηση καταλόγου συνταγογραφούμενων φαρμάκων. ▪ Θέσπιση νέων κριτηρίων για την ίδρυση και λειτουργία φαρμακείων.
10	Ν. 3459/2006	Κώδικας Νόμων για τα ναρκωτικά (Κ.Ν.Ν.)	▪ Κωδικοποίηση διατάξεων που ισχύουν για τα ναρκωτικά.
11	Ν. 3527/2007	Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις	▪ Κυρώσεις συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. ▪ Μείωση του αριθμού των υγειονομικών περιφερειών από 17 σε 7. ▪ Ρύθμιση λοιπών θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

12	Ν. 3580/2007	Προμήθειες Φορέων εποπτευομένων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις	▪ Σύσταση Επιτροπής Προμηθειών Υγείας. ▪ Κατάρτιση Ενιαίου Προγράμματος Προμηθειών Υγείας για όλους τους εποπτευόμενους φορείς του Υπ. Υγείας. ▪ Δημιουργία και τήρηση Μητρώου Εγκεκριμένων Προϊόντων, Υπηρεσιών, Προμηθευτών και Παρόχων.
13	Ν. 3599/2007	Σύσταση Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών και άλλες διατάξεις	▪ Σύσταση και οργάνωση Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών. ▪ Ρύθμιση λοιπών θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
14	Ν.3627/2007	Κύρωση α) Σύμβασης Δωρεάς του Σωματείου «ΕΛΠΙΔΑ - Σύλλογος Φίλων Παιδιών με Καρκίνο» υπέρ του Ελληνικού Δημοσίου και του Ν.Π.Δ.Δ. «Νοσοκομείο Παίδων - Η Αγία Σοφία», β) Σύμβασης μεταξύ του Σωματείου «Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός» και του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις	▪ Κυρώσεις συμβάσεων υπέρ του Ελληνικού Δημοσίου και του Ν.Π.Δ.Δ. «Νοσοκομείο Παίδων και του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. ▪ Ρύθμιση λοιπών θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
15	Ν.3730/2008	Προστασία ανηλίκων από τον καπνό και τα αλκοολούχα ποτά και άλλες διατάξεις	▪ Θέσπιση νομοθετικού πλαισίου για την προστασία των ανηλίκων από τη χρήση προϊόντων καπνού και την κατανάλωση αλκοόλ. ▪ Ρύθμιση λοιπών θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
16	Ν. 3754/2009	Ρύθμιση όρων απασχόλησης των νοσοκομειακών ιατρών του ΕΣΥ, σύμφωνα με το Π.Δ. 76/2005 και άλλες διατάξεις	▪ Ρύθμιση θεμάτων σχετικά με τους όρους απασχόλησης και το μισθολόγιο των νοσοκομειακών ιατρών του ΕΣΥ. ▪ Προσδιορισμός διαδικασίας για την πρόσληψη νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία και τις λοιπές νοσηλευτικές μονάδες του ΕΣΥ.

Πηγή: Ίδια Επεξεργασία

Η κύρια κριτική που ασκήθηκε στην πολιτική υγείας αυτής της περιόδου, αφορούσε το γεγονός ότι αυτή δεν εντάσσονταν σ' έναν ολοκληρωμένο και μακροπρόθεσμο μεταρρυθμιστικό σχεδιασμό, αλλά αντίθετα εστίαζε στην εφαρμογή μέτρων και παρεμβάσεων στο σύστημα υγείας που υπαγορεύονταν περισσότερο από τις προεκλογικές εξαγγελίες και δεσμεύσεις του κυβερνώντος κόμματος και λιγότερο βάσει των πραγματικών αναγκών υγείας του πληθυσμού και των υπηρεσιών υγείας.

Τα δε νομοθετικά μέτρα που ψηφίστηκαν κατά την περίοδο 2004-2009, αν και προσδιορίζονταν από έναν ποσοτικό πληθωρισμό, χαρακτηρίζονταν από μια αποσπασματική προσέγγιση και ελλιπή επιστημονική τεκμηρίωση σε ότι αφορά τη σκοπιμότητα, την αποτελεσματικότητα αλλά και τη μεθοδολογία του σχεδιασμού πολιτικής, γεγονός που λειτούργησε ανασταλτικά στην προσπάθεια βελτίωσης της λειτουργικής-διοικητικής ικανότητας και ανταποκρισιμότητας του συστήματος υγείας (Κουρής και συν., 2009; Μπουρσανίδης, 2020).

Τέλος, η δυσχερής κατάσταση με την οποία βρέθηκε αντιμέτωπη η ελληνική οικονομία κατά την περίοδο 2007-2009, λόγω της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, έθεσε σε αναστολή το όλο μεταρρυθμιστικό εγχείρημα του τομέα της υγείας, ο οποίος – αναπόφευκτα – είχε βρεθεί ήδη από τα τέλη του 2007 στη «μέγγενη» των δημοσιονομικών περιορισμών, με συνέπεια η χώρα να οδηγηθεί στη διενέργεια πρόωρων εκλογών τον Οκτώβριο του 2009.

Οι πολιτικές υγείας κατά την περίοδο των μνημονίων (2009-2020)

Αμέσως μετά τις εθνικές εκλογές του 2009, η Ελλάδα εισήλθε σε μια έντονη και παρατεταμένη περίοδο δημοσιονομικής κρίσης και αστάθειας λόγω της προβληματικής κατάστασης της ελληνικής οικονομίας και της δραματικής επιδείνωσης, κατά τα προηγούμενα χρόνια, βασικών οικονομικών δεικτών της, όπως το δημοσιονομικό έλλειμμα, το δημόσιο χρέος και το εξωτερικό έλλειμμα (Hardouvelis et al., 2018).

Το γεγονός αυτό οδήγησε τη χώρα στα πρόθυρα της χρεοκοπίας, καθώς οι συνεχείς υποβαθμίσεις της ελληνικής οικονομίας από τους διεθνείς οίκους αξιολόγησης είχαν ως συνέπεια την αδυναμία δανεισμού από τις διεθνείς αγορές. Τα διαρθρωτικά προβλήματα που αντιμετώπιζε η ελληνική οικονομία, η αναποτελεσματική λειτουργία του δημόσιου τομέα σε συνδυασμό με τις υψηλές δαπάνες αυτού αλλά και οι υποχρεώσεις της Ελλάδας ως μέλος της ευρωζώνης, οδήγησαν στην «επιβολή» ενός σκληρού προγράμματος δημοσιονομικής προσαρμογής και λιτότητας προκειμένου το χρέος της χώρας να έχει προοπτικές βιωσιμότητας. Ως αντιστάθμισμα η Ελλάδα θα λάμβανε χρηματοδοτική στήριξη μέσω του Ευρωπαϊκού Μηχανισμού Σταθερότητας (Ευρωπαϊκή Ένωση / Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα / Διεθνές Νομισματικό Ταμείο) με σκοπό την αναχρηματοδότηση του δημόσιου χρέους της (Featherstone, 2015; Karamouzis and Anastasatos, 2019).

Σε αυτές τις συνθήκες, ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης βρέθηκε, κατά την περίοδο 2009-2019, στο επίκεντρο εκτενών διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων προσανατολισμένων κυρίως στην αποδοτικότητα, πολλές από τις οποίες εντάσσονταν στο πλαίσιο των προγραμμάτων δημοσιονομικής προσαρμογής που εφαρμόσθηκαν στη χώρα και οι οποίες στόχευαν στην αλλαγή της δομής του συστήματος υγείας και

στο δημοσιονομικό εκσυγχρονισμό του (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

Στο πλαίσιο των μέτρων περιστολής των δαπανών υγείας, ελήφθησαν εκ μέρους των κυβερνήσεων οριζόντια μέτρα που, μεταξύ άλλων, περιλάμβαναν μειώσεις στις αποδοχές των εργαζομένων στο δημόσιο τομέα και – ως εκ τούτου και - στις υπηρεσίες υγείας, περικοπές στους προϋπολογισμούς των δημόσιων υγειονομικών δομών, αναστολή κάθε είδους προσλήψεων και μη αντικατάσταση του αποχωρούντος προσωπικού ώστε να μειωθεί το εργασιακό κόστος και ηλεκτρονική συλλογή στοιχείων για την δραστηριότητα και τις δαπάνες των νοσοκομείων σε μηνιαία βάση (esy - net) (Σαραντοπούλου, 2015).

Επιπλέον, με σειρά νομοθετικών ρυθμίσεων προωθήθηκαν αλλαγές στη λειτουργία των δημόσιων δομών υγείας. Μεταξύ αυτών περιλαμβανόταν: η καθιέρωση της ολοήμερης λειτουργίας των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας, η λειτουργική και οργανωτική συνένωση νοσοκομείων του ΕΣΥ, η μηχανοργάνωση των νοσοκομείων με την αναβάθμιση του συστήματος σύνταξης προϋπολογισμών, συμπεριλαμβανομένων διοικητικών και λογιστικών μεταρρυθμίσεων όπως η εισαγωγή διπλογραφικού λογιστικού συστήματος στα νοσοκομεία, η επέκταση του ωραρίου των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων καθώς και η διενέργεια διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων πέραν του τακτικού ωραρίου, με στόχο την αύξηση της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας.

Μια από τις πλέον σημαντικές μεταρρυθμίσεις που υλοποιήθηκε κατά την εν λόγω περίοδο, ήταν η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ (με το νόμο 3918/2011) ως ενιαίου ασφαλιστικού φορέα και αγοραστή, μέσω της συγχώνευσης των κλάδων υγείας των κύριων (βάσει επαγγέλματος) ταμείων κοινωνικής ασφάλισης, γεγονός που κατέστησε το νέο οργανισμό ως τον κύριο αγοραστή υπηρεσιών υγείας (Economou et al., 2017). Βασικός σκοπός του ΕΟΠΥΥ ήταν η συγκέντρωση όλων των πόρων του υγειονομικού τομέα, προκειμένου να αυξηθεί η διαπραγματευτική δύναμη έναντι των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας (Ξένος και συν., 2014).

Ακολούθησε η ένταξη των υγειονομικών υπηρεσιών του ΙΚΑ στο ΕΣΥ με το νόμο 4238/2014 που δημιούργησε το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) ενώ με τους νόμους 4461/2017 και 4486/2017 δημιουργήθηκαν οι τοπικές μονάδες υγείας (ΤΟΜΥ), στελεχωμένες με ιατρούς Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής, καθώς και με τα άλλα επαγγέλματα υγείας και οι μονάδες του ΠΕΔΥ, δηλαδή τα τέως πολυϊατρεία του ΙΚΑ, μετονομάστηκαν σε (αστικά) κέντρα υγείας (Φιλαλήθης, 2021; Philalithis, 2021).

Σημαντική μεταρρυθμιστική παρέμβαση που έλαβε χώρα στο πεδίο ελέγχου των δαπανών υγείας κατά την εν λόγω περίοδο, ήταν επίσης η καθιέρωση των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ) ως νέου μηχανισμού αποζημίωσης των δημόσιων νοσοκομείων κατά το πρότυπο των «Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων» (Diagnosis Related Groups - DRGs) (Polyzos et al., 2013).

Η εισαγωγή των ΚΕΝ ως συστήματος αποζημίωσης, αποσκοπούσε στην ενίσχυση της νοσοκομειακής αποδοτικότητας, μέσω της ακριβέστερης τιμολόγησης της νοσηλείας των ασθενών ενώ για τη δόμηση του ελληνικού μηχανισμού αποζημίωσης των ΚΕΝ αξιοποιήθηκε η εμπειρία από άλλες χώρες κατά τη διάρκεια των αντίστοιχων προσπαθειών υιοθέτησης του εν λόγω μηχανισμού (Μανιαδάκης και συν., 2011).

Επιπλέον των παραπάνω, τέθηκαν σε εφαρμογή εκτενή μέτρα στον φαρμακευτικό τομέα, για την τροποποίηση των μεθόδων και των κατευθυντήριων γραμμών που αφορούν την αγορά, την τιμολόγηση και την αποζημίωση των εξόδων, καθώς και τη συνταγογράφηση.

Μεταξύ των μέτρων που εισήχθησαν ήταν η θεσμοθέτηση μηχανισμού αυτόματης επιστροφής χρηματικού ποσού (claw back) από τις φαρμακευτικές εταιρείες προς το δημόσιο βάσει της υπέρβασης που προκύπτει ετησίως από το προκαταβολικά προκαθορισμένο όριο του προϋπολογισμού της φαρμακευτικής δαπάνης του ΕΟΠΥΥ και της νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης και η καθιέρωση ποσού επιστροφής (rebate) από τις φαρμακευτικές εταιρείες ή τους κατόχους άδειας κυκλοφορίας φαρμακευτικών προϊόντων υπέρ των φορέων κοινωνικής ασφάλισης, του ΕΟΠΥΥ και των νοσοκομείων του ΕΣΥ. Επίσης, η εισαγωγή συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης για την έκδοση, έλεγχο και εκκαθάριση συνταγών φαρμάκων και παραπεμπτικών ιατρικών πράξεων και επισκέψεων, η εφαρμογή νέου συστήματος τιμολόγησης για πρωτότυπα και γενόσημα φάρμακα και η αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας και των συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

Σε γενικές γραμμές, κατά την περίοδο από την ένταξη της Ελλάδας στα προγράμματα δημοσιονομικής προσαρμογής (2010) έως και σήμερα καταγράφονται σημαντικές νομοθετικές αλλαγές στο σύστημα υγείας οι οποίες είχαν ως στόχο στην αλλαγή της δομής του, αλλά και τον δημοσιονομικό εξορθολογισμό του. Οι σημαντικότερες νομοθετικές παρεμβάσεις που ψηφίστηκαν κατά την εν λόγω περίοδο και οι κύριες διαρθρωτικές αλλαγές που επήλθαν στο σύστημα υγείας, κύρια από τη σκοπιά της οργάνωσης, διοίκησης και οικονομικής λειτουργίας αυτού, παρουσιάζονται κωδικοποιημένα στον Πίνακα 6.

Πίνακας 6: Νομοθετικές παρεμβάσεις και διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας, στο πλαίσιο των προγραμμάτων δημοσιονομικής προσαρμογής της χώρας			
α/α	**Νόμος / Υπουργική Απόφαση**	**Τίτλος**	**Βασικές αλλαγές που επήλθαν στο σύστημα υγείας**
1ο Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Προσαρμογής (Νόμος 3845/2010)			
1	Νόμος 3863/2010	Νέο Ασφαλιστικό Σύστημα και συναφείς διατάξεις, ρυθμίσεις στις εργασιακές σχέσεις	Διαχωρισμός των κεφαλαίων υγείας από τη διαχείριση του τομέα των συντάξεων, με σκοπό το κατακερματισμένο σύστημα να λειτουργήσει με το καλύτερο δυνατό τρόπο, συγκεντρώνοντας όλες τις υπηρεσίες που σχετίζονται με τον τομέα της υγείας υπό την επίβλεψη του Υπουργείου Υγείας.
2	Νόμος 3868/2010	Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης	Καθιέρωση της ολοήμερης λειτουργίας των νοσοκομείων του ΕΣΥ με την επέκταση των εξωτερικών ιατρείων και τη διενέργεια διαγνωστικών, θεραπευτικών και επεμβατικών πράξεων πέραν του τακτικού ωραρίου. Παροχή κινήτρων στους ιατρούς του ΕΣΥ για την κάλυψη των θέσεων σε απομακρυσμένες και νησιωτικές περιοχές καθώς και σε άγονες και προβληματικές περιοχές. Σύσταση «Γραφείου Υποστήριξης Πολίτη» το οποίο είναι αρμόδιο για την υποδοχή, ενημέρωση, παρακολούθηση διακίνησης, διοικητική υποστήριξη, συλλογή και διεκπεραίωση καταγγελιών και παραπόνων και την εν γένει προάσπιση των δικαιωμάτων των χρηστών υπηρεσιών υγείας.
3	Νόμος 3892/2010	Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων.	Καθιέρωση συστήματος Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης φαρμάκων στο πλαίσιο της οποίας εισάγεται υποχρέωση ηλεκτρονικής καταχώριση συνταγών και παραπεμπτικών από τους θεράποντες ιατρούς, την εκτέλεσή τους από τους φαρμακοποιούς και τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας και την εκκαθάρισή τους από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης.

4	Νόμος 3918/2011	Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις	Σύσταση του ΕΟΠΥΥ ως ενιαίου ασφαλιστικού φορέα και αγοραστή, μέσω της συγχώνευσης των κλάδων υγείας των κύριων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Θέσπιση νέου συστήματος προμηθειών των φορέων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης που υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και, ιδίως, των νοσοκομείων του ΕΣΥ. Καθιέρωση υποχρέωσης: α. των ιδιωτικών φαρμακείων να επιστρέφουν κλιμακούμενο ποσοστό επί των οφειλών των κλάδων Υγείας των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης προς αυτά (rebate) και β. των φαρμακευτικών εταιρειών να αποδίδουν ποσό έκπτωσης (claw back) προς τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης και τα νοσοκομεία του ΕΣΥ.
5	Κοινή Υπουργική Απόφαση Υ4α/οικ. 85649	Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ	Εφαρμογή νέας τιμολόγησης Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (Κ.Ε.Ν.) και του Ημερήσιου Νοσηλίου για τους νοσηλευόμενους ασθενείς στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ.
6	Νόμος 4025/2011	Ανασυγκρότηση Φορέων Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρα Αποκατάστασης, Αναδιάρθρωση ΕΣΥ και άλλες διατάξεις.	Συγχώνευση δημόσιων φορέων πρόνοιας (Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας). Καθορισμός συμμετοχής των ασφαλισμένων-δικαιούχων περίθαλψης στις δαπάνες εξωνοσοκομειακής φαρμακευτικής περίθαλψης. Καθορισμός εφάπαξ εισφοράς ως τέλος εισόδου για την ένταξη κάθε φαρμακευτικού ιδιοσκευάσματος στο θετικό κατάλογο συνταγογραφούμενων φαρμάκων.
2ο Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Προσαρμογής (Νόμος 4046/2012)			
7	Υπουργικές Αποφάσεις: - Υ4α/οικ.123895/2012 - Υ4α/οικ.123908/2012 - Υ4α/οικ.123879/2012 - Υ4α/οικ.123893/2012 - Υ4α/οικ.123892/2012 - Υ4α/οικ.123913/2012 - Υ4α/οικ. 123881/2012	Ενοποιημένος Οργανισμός Νοσοκομείων	Λειτουργική συνένωση νοσοκομείων του ΕΣΥ με ενιαία διοίκηση, χωρίς αλλαγή του νομικού καθεστώτος τους.

			Δημιουργία Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), το οποίο λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.) της χώρας.
8	Νόμος 4238/2014	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις.	Καθιέρωση θεσμού του Προσωπικού Ιατρού για την παροχή των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) στο πλαίσιο των Τοπικών Δικτύων Υπηρεσιών ΠΦΥ. Επανακαθορισμός του σκοπού λειτουργίας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και της διοικητικής οργάνωσης του προκειμένου να λειτουργεί μόνο ως αγοραστής υπηρεσιών υγείας τόσο από το δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα.
9	Κοινή Υπουργική Απόφαση Υ9/οικ.70521/2014	Βραχυπρόθεσμα και Μακροπρόθεσμα Μέτρα Ελέγχου της Συνταγογράφησης και Εκτέλεσης Εργαστηριακών Εξετάσεων	Εισαγωγή ορίων/«πλαφόν» στη συνταγογράφηση ιατρικών πράξεων και στην εκτέλεση διαγνωστικών και εργαστηριακών εξετάσεων ανά περιφέρεια και ανά πάροχο.
3ο Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Προσαρμογής (Νόμος 4336/2015)			
10	Νόμος 4486/2017	Μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις.	Επανακαθορισμός του συστήματος και των δομών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ - Σύσταση Τοπικών Μονάδων Υγείας (Το.Μ.Υ.), οι οποίες ασκούν υπηρεσίες οικογενειακής ιατρικής, με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης, υπαγόμενες στα Κέντρα Υγείας. Εφαρμογή συστήματος κωδικοποίησης ιατρικών πράξεων και διαγνώσεων - «Σύστημα Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών» στα νοσοκομεία του ΕΣΥ και καθορισμός έναρξης πιλοτικής εφαρμογής του. Καθιέρωση Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας για όλους τους ασφαλισμένους.
11	Νόμος 4600/2019	Εκσυγχρονισμός και Αναμόρφωση Θεσμικού Πλαισίου Ιδιωτικών Κλινικών, Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας, Σύσταση Εθνικού Ινστιτούτου Νεοπλασιών και λοιπές διατάξεις.	Επανακαθορισμός και κωδικοποίηση του νομοθετικού πλαισίου σχετικά με τα θέματα άδειας ίδρυσης και λειτουργίας των ιδιωτικών κλινικών.

12	Νόμος 4633/2019	Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ), ρυθμίσεις για τα προϊόντα καπνού, άλλα ζητήματα του Υπουργείου Υγείας και λοιπές διατάξεις.	Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) ως ΝΠΙΔ.

Πηγή: Ίδια Επεξεργασία

4.6. Σύνοψη

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάστηκε η «ιστορία» του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα, από τη σκοπιά της θεσμικής του εξέλιξης. Στην ανάλυση που πραγματοποιήθηκε καταγράφηκαν ιστορικές, κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές συνθήκες και συνισταμένες που επηρέασαν τη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας στη χώρα μας και οι οποίες συνέβαλαν στην οργανωτικο-διοικητική «παθογένεια» του ελληνικού συστήματος υγείας, η οποία δεν έχει καταφέρει – έως και σήμερα - να «θεραπευτεί», παρά το πλήθος των μεταρρυθμιστικών σχεδιασμών και πρωτοβουλιών που αναλήφθηκαν όλα αυτά τα χρόνια και κυρίως από το 1980 και μετέπειτα.

Αυτό ωστόσο που χρήζει αναφοράς, ίσως ως το πιο σημαντικό από τα προβλήματα που αφορούν την πολιτική υγείας στην Ελλάδα, είναι η απόκλιση που εντοπίζεται μεταξύ των δεδηλωμένων στόχων, της θέσπισης και της εφαρμογής της σχετικής νομοθεσίας (Economou, 2010). Δεν είναι άλλωστε τυχαίο ότι μια σειρά από υγειονομικές μεταρρυθμίσεις που επιχειρήθηκαν, από το 1974 έως και σήμερα, εφαρμόστηκαν είτε μερικώς είτε και καθόλου, ενώ άλλες είχαν βραχύβια διάρκεια λόγω των συνεχών κυβερνητικών αλλαγών, οι οποίες ανέκοπταν τη διαδικασία εφαρμογής τους (Κουρής και συν., 2006; Κουρής και Φιλαλήθης, 2009; Economou, 2010).

Η εξάρτηση από πελατειακές σχέσεις, η πολιτική σκοπιμότητα, η (στείρα) σύγκρουση μεταξύ πολιτικών κομμάτων και οικονομικών συμφερόντων, η αντίσταση από ομάδες πίεσης και συντεχνιακά συμφέροντα, η ανεπάρκεια προγραμματισμού και η απουσία κοινωνικής συναίνεσης, η χαμηλή διοικητική ικανότητα και η έλλειψη θεσμικής «μνήμης» εντός του συστήματος υγείας και η «ασθενής» κοινωνία των πολιτών δύναται να ερμηνεύσουν, εν πολλοίς, την αδυναμία υλοποίησης των πολυπόθητων - και συνάμα αναγκαίων μεταρρυθμιστικών αλλαγών - στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Αυγερινός, Π. (2013), *Η αλλαγή τελείωσε νωρίς: Τρεις ιστορίες από την πολιτική μου ζωή*, Αθήνα: Βιβλιοπωλείον της Εστίας.
- Βενιέρης, Δ. (1997), Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: Η ιστορία της μεταρρύθμισης, Στο: Κυριόπουλος, Γ., Σισσούρας, Α. (επιμ.), *Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη*, Αθήνα: Θεμέλιο.
- Γεωργούση, Ε., Κυριόπουλος, Γ. (2000), Τα Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας για την Υγεία: Συγκλίσεις προς μια Ενιαία Υγειονομική Αγορά, Στο: Γεωργούση, Ε., Κυριόπουλος, Γ., Μπεαζόγλου, Τ. (επιμ.), *Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία*, Αθήνα: Θεμέλιο.
- Δοξιάδης, Σ. (1981), *Μέτρα προστασίας για την υγεία*, Αθήνα: Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών.
- Εθνική Τράπεζα της Ελλάδος/Επιτροπή για την εξέταση της μακροπρόθεσμης οικονομικής πολιτικής (1998), *Ποιότητα στη Δημόσια Διοίκηση*, Αθήνα: Εθνική Τράπεζα της Ελλάδος, Διαθέσιμο στο: http://utopia.duth.gr/mpetmes/txts_files/PublicAdmQuality_1998.pdf (Ανακτήθηκε: 27/02/2019).
- Ζηλίδης, Χ. (1998), *Αξιολόγηση των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας του Αγροτικού Πληθυσμού*, Αθήνα: Αγροτική Τράπεζα της Ελλάδος.
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. (2001), *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα: Παπαζήση.
- Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (1976), *Πρόγραμμα οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης 1976 – 1980: Υγεία*, Αθήνα: Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών.
- Κοντιάδης, Ξ. (1997), *Η Κοινωνική Διοίκηση στην Ελλάδα*, Αθήνα – Κομοτηνή: Σάκκουλα.
- Κοντιάδης, Ξ., Σουλιώτης, Κ. (2005), *Σύγχρονες Προκλήσεις στην Πολιτική Υγείας: Τέσσερις Κρίσιμες Νομοθετικές Παρεμβάσεις*, Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλας.
- Κουρής, Γ., Σουλιώτης, Κ., Φιλαλήθης, Α. (2006), Οι υγειονομικές μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα. Παράγοντες αποτυχίας και κανόνες ορθού μεταρρυθμιστικού σχεδιασμού, *Διοικητική Ενημέρωση*, 39: 82-90.
- Κουρής, Γ., Σουλιώτης, Κ., Φιλαλήθης, Α., (2007), Οι «Περιπέτειες» των Μεταρρυθμίσεων του Ελληνικού Συστήματος Υγείας. Μια Ιστορική Επισκόπηση, *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, 1: 35-67.
- Κουρής, Γ., Φιλαλήθης, Α. (2009), Αξιολόγηση της πολιτικής για την υγεία στην Ελλάδα (2000-2006): Ασυνέχεια πολιτικής και μετάθεση στόχων, Στο: Δικαίος, Κ.,

Πεμπετζόγλου, Μ., Πετμεζίδου, Μ. (επιμ.), *Κοινωνική Πολιτική, Κοινωνική Διοίκηση, Κοινωνική Εργασία και Κοινωνική Παρέμβαση: Παρούσα κατάσταση και μελλοντικές τάσεις και προοπτικές*, Αθήνα: Κριτική.

- Κυριόπουλος, Γ., Σισσούρας, Α. (επιμ.) (1997), *Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη*, Αθήνα: Θεμέλιο.
- Λιάκος, Α. (1993), *Εργασία και Πολιτική στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου*, Αθήνα: Ίδρυμα Έρευνας και Παιδείας της Εμπορικής Τράπεζας της Ελλάδος.
- Μακρυδημήτρης, Α., Μιχαλόπουλος, Ν. (2000), *Εκθέσεις Εμπειρογνωμόνων για τη Δημόσια Διοίκηση 1950-1998*, Αθήνα: Παπαζήση.
- *Μακρυδημήτρης, Α. (2013), Υφαίνοντας τον ιστό της Πηνελόπης*. Διοίκηση και Δημοκρατία στην Ελλάδα της Μεταπολίτευσης, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.
- Μανιαδάκης, Ν., Μπαρτσώκας, Δ., Γούναρης, Δ., Καρράς, Κ., Βουδούρη, Μ., Κουφάκης, Α., Λαναράς, Α., Καρανίκας, Χ., Πετρίκκος, Γ., Φούσας, Σ., Δερβένης, Χ. (2011), *Πόρισμα – Πρόταση Επιτροπής ΥΥΚΑ για τη Διερεύνηση Εφαρμογής των DRGs στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Μπουρσανίδης, Χ. (2020), *Συστήματα Υγείας και Συγκριτική Πολιτική Υγείας. Διδακτικό υλικό,* Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης.
- Μωραΐτης, Ε. (2000), Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Εφικτή λύση ή Ουτοπία; Στο: Γεωργούση, Ε., Κυριόπουλος, Γ., Μπεαζόγλου, Τ. (επιμ.), *Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία*, Αθήνα: Θεμέλιο.
- Νέα Δημοκρατία (2003), *Το Κυβερνητικό Πρόγραμμα για την Υγεία*, Αθήνα.
- Νιάκας, Δ. (1993), *Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη-Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα,* Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας.
- Νιάκας, Δ. (1995), Η Πρόταση των Ξένων Εμπειρογνωμόνων: Είναι Εφικτή η Εφαρμογή της; Στο: Κυριόπουλος, Γ. (επιμ.), *Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: Στο Σταυροδρόμι των Επιλογών,* Αθήνα: Θεμέλιο.
- Ξένος, Π., Νεκτάριος, Μ., Πολύζος, Ν., Υφαντόπουλος Ι. (2014), Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(2), 172-185.
- Οικονόμου Χ., (2004), *Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές κοινωνίες*, Αθήνα: Διόνικος.
- Πάτρας, Λ. (1970α), *Εισήγησις επί της Εθνικής Πολιτικής Υγείας,* Αθήνα: Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών.
- Πάτρας, Λ. (1970β), *Σχεδιασμός κοινωνικής πολιτικής*, Αθήνα: Ελληνικός Εκδοτικός Οργανισμός.
- Ρομπόλης, Σ. (1997), Ενιαίος Φορέας Υγείας: Από τον κρατικό έλεγχο της προσφοράς στον κρατικό έλεγχο της ζήτησης Υπηρεσιών Υγείας, Στο:

Κυριόπουλος, Γ. και Σισσούρας, Α. (επιμ.), *Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη*, Αθήνα: Θεμέλιο.

- Σαραντοπούλου, Ζ. (2015), Οι μεταρρυθμίσεις, υπό το πρίσμα της συμβολής τους στη μείωση των δαπανών υγείας, *Επιστημονικά Χρονικά*, 20(3): 256 – 262.
- Σισσούρας, Α. (2012), *Τα μετέωρα βήματα του ΕΣΥ : Τριάντα χρόνια Εθνικού Συστήματος Υγείας: Ανάλυση της υλοποίησης και μαθήματα πολιτικής υγείας*, Αθήνα: Μεταίχμιο.
- Σουλιώτης Κ. (2000), *Ο Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*, Αθήνα: Παπαζήση.
- Σουλιώτης, Κ. (2004), Η Ανάληψη Κυβερνητικών Καθηκόντων ως Παράγοντας Αλλοίωσης των Προγραμμάτων των Κομμάτων στην Ελλάδα: Η Περίπτωση των Προγραμμάτων Υγείας, Στο: Κοντογιώργης, Γ., Λάβδας, Κ., Μενδρινού, Μ., Χρυσοχόου, Δ. (επιμ.), *Τριάντα Χρόνια Δημοκρατία – Το Πολιτικό Σύστημα της Τρίτης Ελληνικής Δημοκρατίας 1974 – 2004, τόμος Β΄*, Αθήνα: Κριτική και Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης Πανεπιστημίου Κρήτης.
- Σουλιώτης, Κ., Κυριόπουλος, Γ. (2001), Η Πολιτική Διαμόρφωσης των τιμών και οι επιπτώσεις στις υπηρεσίες υγείας, Στο: Κυριόπουλος, Γ., Λιαρόπουλος, Λ., Μπουρσανίδης, Χ., Οικονόμου Χ. (επιμ.), *Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα: Θεμέλιο.
- Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών (1981), *Το νομοσχέδιο «Μέτρα προστασίας της υγείας*, Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών.
- Υπουργείο Προεδρίας (1932), *Το Έργον της κυβερνήσεως του Βενιζέλου κατά την τετραετίαν 1928-1932: Τι υπεσχέθη προεκλογικώς και τι επραγματοποίησε*, Αθήνα: Πυρσός.
- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (2000), *Σχέδιο μεταρρύθμισης «Υγεία για τον Πολίτη»*, Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.
- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (2001), *Επιχειρησιακό Σχέδιο για την ανάπτυξη της πληροφορικής στην Υγειά – Πρόνοια*, Αθήνα: Ε.Π. Κ.τ.Π., Γ' ΚΠΣ.
- Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (1994), *Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος*, Αθήνα: Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
- Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (1994), *Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνωμόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας*, Αθήνα: Φαρμέτρικα.
- Υφαντόπουλος, Γ. (2003), Τα *οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική*, Αθήνα: Τυπωθήτω/Δαρδανός.
- Φιλαλήθης, Α. (2013), *Τα μετέωρα βήματα του ΕΣΥ*. Διαθέσιμο στο https://www.metarithmisi.gr/content/ta-meteora-bimata-tou-esy-27514 (Ανακτήθηκε: 16/04/2020).
- Φιλαλήθης, Α., Φωτόπουλος, Α., Τρομπούκης, Κ. (2020), Δημόσια Υγεία – Κοινωνική Ιατρική. Η ιστορία και η σημειολογία του όρου, *Αρχεία Ελληνικής*

Ιατρικής, 37(3): 395–405. Διαθέσιμο στο: https://www.mednet.gr/archives/2020-3/pdf/395.pdf (Ανακτήθηκε: 22/04/2022).

- Φιλαλήθης, Α. (2021), Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα: Χαμένη στον λαβύρινθο, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 38(4):548-556. Διαθέσιμο στο: https://www.mednet.gr/archives/2021-4/pdf/548.pdf (Ανακτήθηκε: 23/04/2022).

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Athanasiadis, A., Kostopoulou, S., and Philalithis, A. (2015), Regional Decentralisation in the Greek Health Care System: Rhetoric and Reality, *Global journal of health science*, *7*(6): 55–67.
- Athanasiadis, A., Ratsika, N., Trompoukis, C. and Philalithis, A. (2018), The health decentralization process in Greece: the insiders' perspective, *International Journal of Health Governance*, 23(4): 316-329.
- Economou, C. (2010), Greece: Health system review. *Health Systems in Transition*, 12(7): 1–180. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330329/HiT-12-7-2010-eng.pdf?sequence=5καιisAllowed=y (Accessed: 01/04/2020).
- Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., Maresso, A. (2017), Greece: Health system review. *Health Systems in Transition*, 19(5): 1–192. Available at: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/373695/hit-greece-eng.pdf (Accessed: 05/04/2020).
- Featherstone, K. (2015), External conditionality and the debt crisis: the 'Troika' and public administration reform in Greece, *Journal of European Public Policy*, 22(3): 295-314.
- Figueras, J., Saltman, R., Mossialos, E. (1997), *Challenges in Evaluating Health Sector Reform: An Overview, Discussion Paper No 8*, London: LSE Health.
- Hardouvelis, G., Karalas, G., Karanastasis, D., Samartzis, P. (2018), Economic policy uncertainty, political uncertainty and the Greek economic crisis, *SSRN Electronic Journal*. Available at: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3155172 (Accessed: 02/04/2020).
- Katrougalos, G. (1996), The South European Welfare Model: The Greek Welfare State, in Search of an Identity, *Journal of European Social Policy*, 6(1): 39-60.
- Karamouzis, N. and Anastasatos, T. (2019), Lessons from the Greek Crisis, *Economy and Markets (Eurobank Research)*, XIV (1): 1-37. Available at: https://www.eurobank.gr/-/media/eurobank/omilos/oikonomikesanaluseis/oikonomiki-epitheorisi/2019/lessons-from-the-greek-crisis.pdf (Accessed: 03/04/2020).

- League of Nations-Health Organization (1929), *Collaboration with the Greek Government in the Sanitary Reorganisation of Greece*, Geneva [C.162.M.63.1929.III].
- Mossialos, E. και Davaki, D. (2002), *Health Care Developments in Greece: Looking Back to See Forward?*, London: LSE Health and Social Care.
- OECD (1993), *The Reform of Health Care. A Comparative Analysis of Seven OECD Countries, Health Policy Studies No 2*, Paris: OECD.
- OECD (1994), *The Reform of Health Care Systems. A Review of Seventeen Countries, Health Policy Studies No 5*, Paris: OECD.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019*, Paris: OECD Publishing. Available at: https://read.oecd.org/10.1787/9552c910-el (Accessed: 05/04/2020).
- Philalithis, A. (2021), The Trials and Tribulations of the National Health System (ESY) in Greece: A Chronicle of Unfulfilled Promises, *The Historical Review/La Revue Historique*, *17*: 115–160.
- Polyzos, N., Karanikas, H., Thireos, E., Kastanioti, C., Kontodimopoulos, N. (2013), Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: Implementation of a DRG system, *Health Policy*, 109(1): 14–22.
- Souliotis, K., Kyriopoulos J. (2003), Health Expenditures in Greece: Measurement Problems and Policy Issues, *Applied Health Economics and Health Policy*, 2(3): 128-134.
- 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*, 13: 107-130.
- Venieris, D. (1997), *The History of Health Insurance in Greece: The Nettle Governments Failed to Grasp*, *Discussion Paper No. 9*, London: LSE Health, The London School of Economics and Political Science.
- World Health Organization (1998), *Health Promotion Glossary*, Geneva: World Health Organization.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΟΙ ΕΚΘΕΣΕΙΣ ΕΜΠΕΙΡΟΓΝΩΜΟΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

5.1. Εισαγωγή

Έχει επισημανθεί αρκετές φορές - τόσο στη διεθνή όσο και στην ελληνική βιβλιογραφία - ότι για τη χάραξη μιας αποτελεσματικής πολιτικής για την υγεία απαιτείται έρευνα, συστηματική ανάλυση και τεκμηρίωση, στη βάση αξιόπιστων πληροφοριών και στατιστικών στοιχείων σχετικά με τις ανάγκες για τις υπηρεσίες υγείας αλλά και με τη χρήση των υπηρεσιών αυτών (Maynard, 1975; Σισσούρας και Υφαντόπουλος, 1994; Figueras et al., 1997; Saltman and Figueras, 1997; Υφαντόπουλος, 2003; Brownson, 2009).

Στη βάση αυτής της παραδοχής, αρκετά ευρωπαϊκά κράτη (με κυριότερο εκφραστή τη Μ. Βρετανία) αλλά και οι ΗΠΑ, προέταξαν – ήδη από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα – την ανάγκη και τη σημασία της συστηματικής επεξεργασίας και της εμπεριστατωμένης ανάλυσης κατά το σχεδιασμό και την άσκηση των πολιτικών υγείας.

Η «τάση» αυτή εκφράστηκε ιδιαίτερα, μέσα από τη σύνταξη ειδικών εκθέσεων οι οποίες αποτέλεσαν, σε ουκ ολίγες περιπτώσεις, τον «οδικό χάρτη» για την τεκμηρίωση και ανάληψη δράσεων και πολιτικών προκειμένου να βελτιωθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και να αντιμετωπισθούν αποτελεσματικά τα προβλήματα υγείας των πολιτών τους (Corning, 1969; Murray, 1971; Matsaganis and Glennerster, 1993; Brown, 1996; Webster, 1998a, 1998b; Ross, 2002; Thomasson, 2003; Dawd, 2004; Υφαντόπουλος και συν., 2005; Gorsky, 2008).

Η μελέτη και σύνταξη των εν λόγω εκθέσεων αποτέλεσε έργο εμπειρογνωμόνων ή ομάδων εμπειρογνωμόνων που «επιστρατεύθηκαν» κατά περίπτωση από κυβερνήσεις, ερευνητικά Ινστιτούτα ή άλλους φορείς και το οποίο περιλάμβανε αφενός την καταγραφή και ανάδειξη των προβλημάτων του συστήματος υγείας ή/και των υποτομέων αυτού και αφετέρου την υποβολή τεκμηριωμένων προτάσεων και πολιτικών για τη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας της χώρας αναφοράς.

5.2. Εκθέσεις εμπειρογνωμόνων που «σημάδεψαν» την ανάπτυξη των συστημάτων υγείας

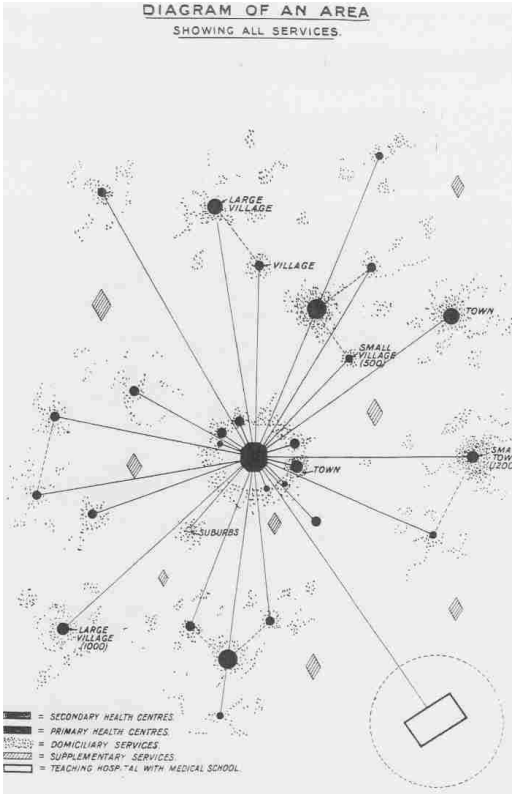
Όπως αναφέρθηκε και εισαγωγικά, η τεκμηριωμένη διαμόρφωση πολιτικών υγείας αποτέλεσε ζητούμενο για αρκετές χώρες, ήδη από τις αρχές του 20ου αιώνα (WHO, 1999). Μεταξύ των χωρών που έγκαιρα αντιλήφθησαν αυτή την ανάγκη για τη διαμόρφωση ειδικών μελετών και εκθέσεων που θα παρείχαν ερμηνευτική, διαγνωστική και προγραμματική προετοιμασία επί των αναγκαίων αλλαγών και μεταρρυθμίσεων που είχε ανάγκη το υγειονομικό σύστημα, ήταν η Μ. Βρετανία και οι ΗΠΑ (Wasley, 1993; Fielding, 1999; Sheard, 2011; Doyle, 2016).

5.2.1. Το παράδειγμα της Μ. Βρετανίας

Στη Μ. Βρετανία, δύο από τις πλέον σημαντικές εκθέσεις που έθεσαν το «θεμέλιο λίθο» σχετικά με τη συστηματική ανάλυση στον τομέα της δημόσιας υγείας και διαμόρφωσαν το υγειονομικό πλαίσιο της χώρας, ήταν η **έκθεση Dawson** (1920) και η **έκθεση Beveridge** (1942).

- **Η έκθεση Dawson (1920)**

Η έκθεση Dawson συντάχθηκε από εικοσαμελή επιτροπή εμπειρογνωμόνων - η οποία είχε διοριστεί από το Βρετανικό Υπουργείο Υγείας το έτος 1919 - με πρόεδρο αυτής το Λόρδο Bertrand Dawson - με αρμοδιότητα να καταγράψει τα προβλήματα του συστήματος υγείας και να καταθέσει προτάσεις για τη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγείας στη Μ. Βρετανία.



Εικόνα 1: Προτεινόμενη οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στη Μ. Βρετανία σύμφωνα με την έκθεση Dawson
Πηγή: MoH - Consultative Council on Medical and Allied Services (1920)

Η εν λόγω έκθεση – η οποία έγινε ευρύτερα γνωστή με το όνομα του πρόεδρου της Επιτροπής που τη συνέταξε - είχε ως γενικό τίτλο *«Έκθεση για τη μελλοντική παροχή ιατρικών και άλλων υπηρεσιών (Report on the Future Provision of Medical and Allied Services)»* και δημοσιεύθηκε από το Υπουργείο Υγείας το 1920 (Ministry of Health-Consultative Council on Medical and Allied Services, 1920). Στο πλαίσιο της έκθεσης - η οποία διαρθρωνόταν σε έξι κεφάλαια – γινόταν αναφορά σε μια σειρά από αδυναμίες του υγειονομικού συστήματος το οποίο – σύμφωνα με την Επιτροπή – χαρακτηριζόταν από "ανεπάρκεια στην οργάνωση των ιατρικών υπηρεσιών" και από "αδυναμία να αφομοιώσει την πρόοδο και τις εξελίξεις στην ιατρική επιστήμη και γνώση προς όφελος των πολιτών" (Anonymous, 1920).

Παράλληλα, προτείνονταν μέτρα και παρεμβάσεις για την αναδιοργάνωση του υγειονομικού συστήματος προκειμένου αυτό να αντιμετωπίσει τις ιατρικές και τεχνολογικές εξελίξεις στον τομέα της υγείας.

Στο επίκεντρο των προτεινομένων αλλαγών της Επιτροπής βρισκόταν η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Υφαντόπουλος και συν., 2005) μέσω της ανάπτυξης - σε κάθε διοικητική περιοχή (district) - πρωτοβάθμιων κέντρων υγείας (Primary Health Centres) τα οποία θα παρείχαν υπηρεσίες θεραπευτικής και προληπτικής ιατρικής και τα οποία θα διευθύνονταν από ιατρούς γενικής ιατρικής (Imison et al., 2008). Εξειδικευμένα περιστατικά που απαιτούσαν ειδική φροντίδα θα παραπέμπονταν στα δευτεροβάθμια κέντρα υγείας (Secondary Health Centres), ενώ τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία (Teaching Hospitals) με τις ιατρικές σχολές θα διαχειρίζονταν τις δυσκολότερες ασθένειες και θα παρείχαν ιατρική εκπαίδευση, στην οποία η έκθεση απέδιδε ιδιαίτερη σημασία (MoH - Consultative Council on Medical and Allied Services, 1920) (Εικόνα 1) .

Η φιλοσοφία από την οποία διαπνεόταν η έκθεση Dawson στο σύνολο της και οι προτάσεις που περιλαμβάνονταν σε αυτήν, οι οποίες έδιναν έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, στην πρόληψη της υγείας, στην αποκεντρωμένη οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και στην ιατρική εκπαίδευση – παρόλο που δεν εφαρμόστηκαν άμεσα - επηρέασαν σε πολύ μεγάλο βαθμό και καθόρισαν τη μετέπειτα ανάπτυξη, οργάνωση και λειτουργία του συστήματος και των υπηρεσιών υγείας στη Μ. Βρετανία, καθιστώντας αυτή ως προπομπό και «πατέρα» της Βρετανικής Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας που έμελλε να δημιουργηθεί μερικά χρόνια αργότερα (Anonymous, 1980).

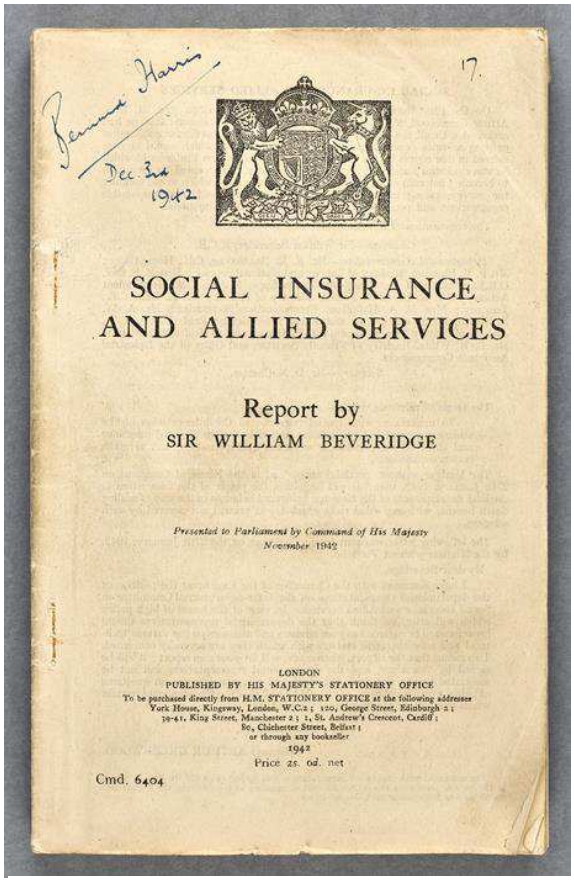
- **Η έκθεση Beveridge (1942)**

Η έκθεση Beveridge συντάχθηκε από δωδεκαμελή διεπιστημονική επιτροπή ειδικών, η οποία είχε οριστεί τον Ιούνιο του 1941 από τη Βρετανική κυβέρνηση, με πρόεδρο αυτής τον Sir William Beveridge και με αντικείμενο την εξέταση των υφιστάμενων εθνικών πολιτικών κοινωνικής ασφάλισης, συμπεριλαμβανομένης της ασφάλισης υγείας, και την υποβολή σχετικών προτάσεων για την ενίσχυση αυτών (Beveridge, 1942).

Η έκθεση, που είχε τίτλο «*Κοινωνική ασφάλιση και συναφείς υπηρεσίες»* ("Social insurance and Allied Services"), ολοκληρώθηκε το Νοέμβριο του 1942 και στα έξι κεφάλαια αυτής περιλαμβάνονταν μια σειρά από καινοτόμες - για την εποχή – προτάσεις. Οι σημαντικότερες εξ αυτών περιλάμβαναν τη δημιουργία ενός εθνικού συστήματος υγείας για την παροχή ιατρικής φροντίδας και υπηρεσιών αποκατάστασης σε όλους τους πολίτες με χρηματοδότηση από τη γενική φορολογία (Esping-Andersen, 2006; Gough, 2008), την ενοποίηση όλων των ασφαλιστικών οργανισμών σ' έναν δημόσιο οργανισμό, την προώθηση ενός συστήματος οικογενειακών επιδομάτων ως απαραίτητο συμπλήρωμα στα επιδόματα ανεργίας καθώς και την υλοποίηση μιας οικονομικής πολιτική με στόχο την επίτευξη της πλήρους απασχόλησης (Beveridge, 1942).

Επιπλέον, η έκθεση έθετε ως προτεραιότητα την εξασφάλιση ενός ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος για όλους και την πλήρη και καθολική πρόσβαση του πληθυσμού στις κοινωνικές υπηρεσίες, ώστε να ηττηθούν οι «πέντε γίγαντες» που καταπιέζουν το σύγχρονο άνθρωπο, δηλαδή η ανάγκη, η οκνηρία, η άγνοια, η ασθένεια και η εξαθλίωση (Βενιέρης, 2015).

Οι προτάσεις που περιλαμβάνονταν σε αυτήν έτυχαν ιδιαίτερης αποδοχής από την τότε κυβέρνηση συνασπισμού με Πρωθυπουργό τον – εκ του Συντηρητικού κόμματος - Sir Winston Churchill και Αντιπρόεδρο τον – ηγέτη του Εργατικού κόμματος - Clement Attlee (μετέπειτα πρωθυπουργού επί του οποίου ιδρύθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας - NHS) ενώ το κλίμα ευρείας συναίνεσης και συνεργασίας που χαρακτήριζε τη μεταπολεμική βρετανική πολιτική καθιστούσε ευνοϊκή την προώθηση των προτεινόμενων μέτρων (The National Archives Website, n.d.). Ενδεικτικό της ευρείας αποδοχής που έτυχε η έκθεση - και κατά συνέπεια τα μέτρα αυτής - ήταν οι αναφορές εφημερίδων της εποχής που τη χαρακτήριζαν ως *«ένα εξαιρετικό σχέδιο»* (Anonymous, 2011) και ως *«Βρετανική επανάσταση»* (Anonymous, 1942).


17.

Dec 3rd 1942

SOCIAL INSURANCE AND ALLIED SERVICES

Report by
SIR WILLIAM BEVERIDGE

Presented to Parliament by Command of His Majesty
November 1942

LONDON
PUBLISHED BY HIS MAJESTY'S STATIONERY OFFICE
To be purchased directly from H.M. STATIONERY OFFICE at the following addresses
York House, Kingsway, London, W.C.2; 120, George Street, Edinburgh 2;
39-41, King Street, Manchester 2; 1, St. Andrew's Crescent, Cardiff;
80, Chichester Street, Belfast;
or through any bookseller
1942
Price 2s. 0d. net

Cmd. 6404

Εικόνα 2: Το εξώφυλλο της έκθεσης Beveridge με τίτλο: «Κοινωνική ασφάλιση και συναφείς υπηρεσίες»
Πηγή: Parliamentary Archives, BBK/D/495

Η έκθεση Beveridge, η οποία διαπνεόταν από τις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης, θεωρείται, έως και σήμερα, ορόσημο για την εδραίωση του σύγχρονου κράτους πρόνοιας, όχι μόνο στη Μ. Βρετανία αλλά και σε ολόκληρο τον κόσμο (Λέβετ, 1993).

Ταυτόχρονα, θεωρείται ως το επιστημονικό κείμενο που επηρέασε όσο κανένα άλλο τη θεμελίωση του Βρετανικού Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS), το οποίο έγινε πράξη το 1948 από την κυβέρνηση Attlee – και αφού είχε προηγηθεί το 1946 η ψήφιση του σχετικού νόμου - παρέχοντας καθολική και δωρεάν υγειονομική κάλυψη στο σύνολο του πληθυσμού, με χρηματοδότηση από τη γενική φορολογία (Musgrove, 2000).

Πέραν ωστόσο των ανωτέρω εκθέσεων, που «σημάδεψαν» την ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας στη Μ. Βρετανία, καταγράφονται και άλλες αξιόλογες εκθέσεις ειδικών, όπου με τις προτάσεις τους συνέβαλαν στην οργανωτική εξέλιξη και στον εκσυγχρονισμό του Βρετανικού Συστήματος Υγείας. Μεταξύ αυτών ξεχωρίζουν:

- η **έκθεση Bradbeer** (1954), η οποία εστίαζε στην ενίσχυση της εσωτερικής λειτουργίας και διοίκησης των νοσοκομειακών οργανισμών,
- η **έκθεση Zuckerman** (1968), στη βάση της οποίας προτάθηκε η δημιουργία Επιστημονικών Συμβουλίων στα νομαρχιακά νοσοκομεία,
- η **έκθεση Merrison** (1979)**,** η οποία περιλάμβανε προτάσεις για την αποδοτικότερη διοίκηση και διαχείριση των οικονομικών και ανθρώπινων πόρων του Βρετανικού Συστήματος Υγείας,
- η **έκθεση Black** (1980), η οποία αποτέλεσε την πρώτη έκθεση που εξέταζε τις ανισότητες στην παρεχόμενη υγειονομική περίθαλψη και συσχέτιζε τη κοινωνικό-οικονομική θέση με το επίπεδο υγείας, προτείνοντας μια ευρεία στρατηγική μέτρων κοινωνικής πολιτικής για την καταπολέμηση των ανισοτήτων στην υγεία (Gray, 1982; Townsend and Davidson, 1982),
- η **έκθεση Griffiths** (1983), στη βάση της οποίας προωθήθηκε η αποτελεσματική χρησιμοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού του ΕΣΥ, με εισαγωγή επιστημονικής διοίκησης στις περιφερειακές διευθύνσεις αυτού, χρήση δεικτών απόδοσης, επιλεκτική κατανομή των πόρων με βάση την απόδοση και άλλες ρυθμίσεις (Day and Klein, 1983; Leathard, 2001).

5.2.2. Το παράδειγμα των ΗΠΑ

Αντίστοιχα στις ΗΠΑ, εντοπίζονται πλήθος εκθέσεων που συνέδραμαν της πολιτικής υγείας και των προσπαθειών διαμόρφωσης ενός καθολικού εθνικού συστήματος ασφάλισης υγείας, στα πρότυπα του Γερμανικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης που είχε εγκαθιδρύσει ο Καγκελάριος Bismarck, το 1883 (Ross, 2002). Ιδιαίτερης αναφοράς αξίζουν ωστόσο, δύο εκθέσεις που συντάχθηκαν στις αρχές του 20^{ου} αιώνα και οι οποίες σηματοδότησαν σημαντικές αλλαγές στην ιατρική εκπαίδευση και στην παραγωγή και παροχή των υπηρεσιών υγείας στον αμερικάνικο πληθυσμό: (α) η **έκθεση Flexner** και (β) η **έκθεση της επιτροπής για το κόστος της υγειονομικής φροντίδας**.

- **Η έκθεση Flexner (1910)**

Η έκθεση Flexner - η οποία έλαβε το όνομα της από τον συντάκτη αυτής τον Abraham Flexner, αμερικανό εκπαιδευτικό και ερευνητή – αποτέλεσε μια από τις σημαντικότερες εκθέσεις που επηρέασαν, σε πολύ μεγάλο βαθμό, την ανάπτυξη του συστήματος ιατρικής εκπαίδευσης στις ΗΠΑ και στον Καναδά.

Η έκθεση, η οποία αποτελείτο από δύο μέρη και δεκατέσσερα κεφάλαια, δημοσιεύθηκε το 1910 - υπό την αιγίδα του ιδρύματος Carnegie. Στις 364 σελίδες αυτής περιλαμβανόταν μια ενδελεχής καταγραφή, ανάλυση και αξιολόγηση του συστήματος ιατρικής εκπαίδευσης, στη βάση συγκεκριμένων κριτηρίων που σχετίζονταν τόσο με την επάρκεια και την ποιότητα της εκπαιδευτικής διαδικασίας στις ιατρικές σχολές όσο και με επιμέρους οργανωτικά και λειτουργικά ζητήματα, όπως π.χ. οι προϋποθέσεις εισαγωγής των φοιτητών στις σχολές, το μέγεθος, η στελέχωση και οι πόροι των ιατρικών σχολών, η επάρκεια και η ποιότητα των εργαστηριακών υποδομών και ο βαθμός διασύνδεσης μεταξύ νοσηλευτηρίων και ιατρικών σχολών (Beck 2004).

Ταυτόχρονα, εμπεριέχονταν προτάσεις για την καλύτερη και αποτελεσματικότερη οργάνωση και λειτουργία της ιατρικής εκπαίδευσης, σε όλα τα στάδια αυτής, ενώ περιλαμβάνονταν και ειδικές προτάσεις πολιτικής για την ιατρική εκπαίδευση των γυναικών και των αφρο-Αμερικανών (Flexner, 1910).

Κύρια διαπίστωση της έκθεσης – και αφού είχαν προηγηθεί επιτόπιες επισκέψεις και αυτοψίες από τον Flexner στις 155 σχολές που παρείχαν προπτυχιακή εκπαίδευση και στις 12 σχολές που παρείχαν μεταπτυχιακή εκπαίδευση στη Βόρεια Αμερική και στον Καναδά - υπήρξε η **ανεπαρκής λειτουργία του συστήματος ιατρικής εκπαίδευσης** σε μεγάλο αριθμό ιατρικών σχολών και συνακόλουθα **το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης του ιατρικού δυναμικού** στις δύο χώρες, γεγονός που είχε άμεσο αντίκτυπο στην παρεχόμενη φροντίδα των ασθενών (Beck 2004; Cooke et al., 2006).

Σε ότι αφορά τα αναγκαία μέτρα και τις πολιτικές που – σύμφωνα με την έκθεση – θα συνέβαλαν στην αναβάθμιση της ιατρικής εκπαίδευσης προβλεπόταν, μεταξύ άλλων, η **διακοπή λειτουργίας ενός μεγάλου αριθμού ιατρικών σχολών** που παρήγαγαν χαμηλής ποιότητας ιατρικό δυναμικό, η **καθιέρωση προτύπων λειτουργίας** και η **αναβάθμιση των προγραμμάτων σπουδών και του εργαστηριακού έργου των ιατρικών σχολών** καθώς και η άμεση διασύνδεση τους με τα πανεπιστημιακά ιδρύματα (Hudson, 1972; Duffy, 2011).

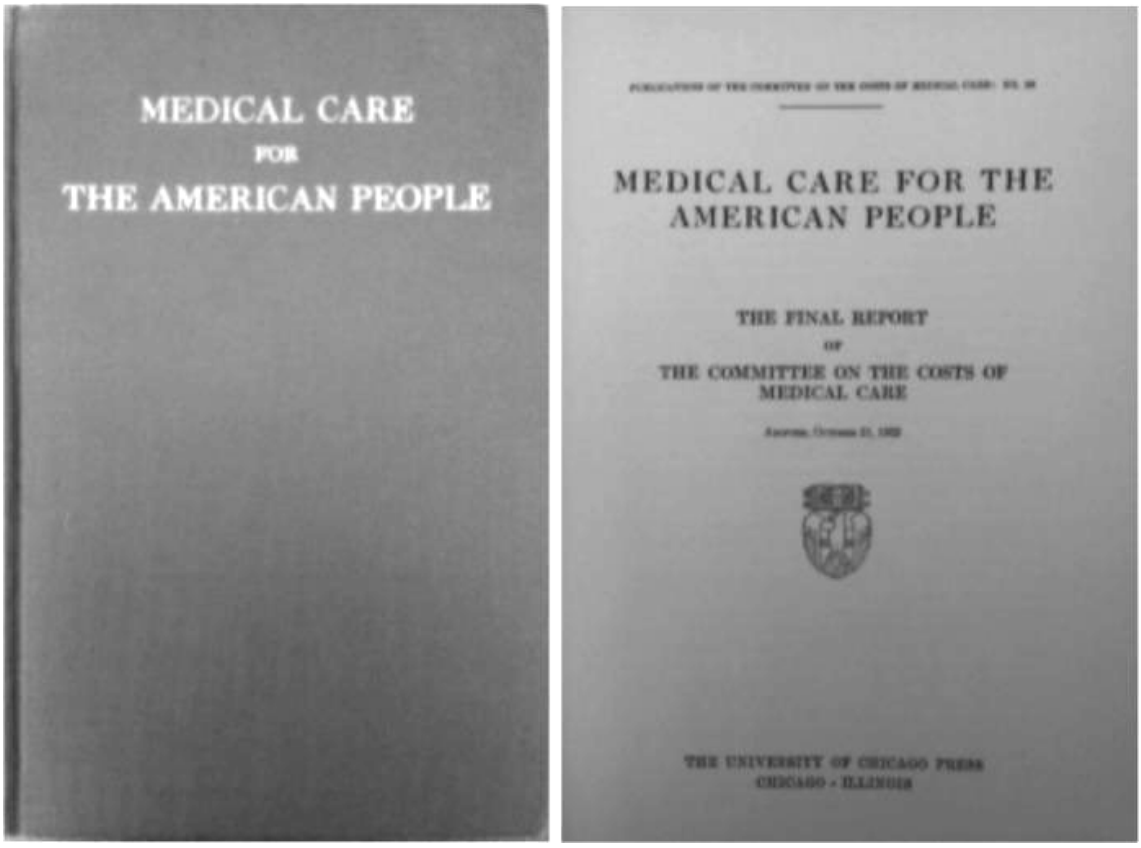
Οι προτάσεις της έκθεσης Flexner, οι οποίες διαπνέονταν από έναν αρκετά ριζοσπαστικό χαρακτήρα για τα δεδομένα της εποχής, επένδυαν στην αναβάθμιση της επιστημονικής γνώσης και της ποιότητας της ιατρικής εκπαίδευσης και έτυχαν ιδιαίτερα θετικής αποδοχής από μεγάλη μερίδα του ιατρικού αλλά και πολιτικού κόσμου των ΗΠΑ (Beck 2004; Markel, 2010). Η επίδραση αυτής ήταν ιδιαιτέρως σημαντική με αποτέλεσμα τα επόμενα χρόνια να ακολουθήσουν μια σειρά από αλλαγές και μεταρρυθμίσεις στο πλαίσιο οργάνωσης, λειτουργίας και εκπαίδευσης των ιατρικών σχολών, «μεταμορφώνοντας» έτσι τη φύση και τη διαδικασία της ιατρικής εκπαίδευσης και καθιερώνοντας το βιοϊατρικο μοντέλο ως το «χρυσό» πρότυπο της ιατρικής εκπαίδευσης στην Αμερική έως και σήμερα (Duffy, 2011).

- **Η έκθεση της επιτροπής για το κόστος υγειονομικής φροντίδας (Committee on the Costs of Medical Care) (1932)**

Η εν λόγω έκθεση συντάχθηκε από ειδική επιτροπή που απαρτιζόταν από σαράντα οκτώ εμπειρογνώμονες από διάφορους κλάδους της ιατρικής και άλλων επιστημών, με επικεφαλής τον καθηγητή Ray Lyman Wilbur (μετέπειτα πρόεδρο του Πανεπιστημίου του Stanford) με την υποστήριξη οκτώ ιδρυμάτων που ανέλαβαν να χρηματοδοτήσουν τις μελέτες αυτής, μεταξύ των οποίων του Ιδρύματος Carnegie και του Milbank Memorial Fund (Gore, 2013).

Κύριο έργο της επιτροπής – η οποία ξεκίνησε τις εργασίες της το έτος 1926 – ήταν η κατάθεση προτάσεων για την αντιμετώπιση του ολοένα αυξανόμενου κόστους της ιατρικής και νοσοκομειακής περίθαλψης και τη δημιουργία ενός οικονομικά βιώσιμου και οργανωτικά αποτελεσματικού συστήματος υγείας. Η επιτροπή κατά τη διάρκεια των εργασιών της – που διήρκεσαν πέντε χρόνια συνολικά - συνέταξε και δημοσίευσε εικοσιπέντε κύριες εκθέσεις και δεκαπέντε συμπληρωματικές μελέτες που κάλυπταν όλο το φάσμα των υπηρεσιών υγείας, συμπεριλαμβανομένης της ιατρικής οργάνωσης και της οικονομικής λειτουργίας (Falk, 1958).

Η τελική έκθεση της επιτροπής δημοσιοποιήθηκε το Νοέμβριο του 1932 και στις προτάσεις αυτής περιλαμβανόταν, μεταξύ άλλων, η παροχή ιατρικών υπηρεσιών από ομάδες ιατρών (physician groups), η μεγαλύτερη εστίαση από τα ασφαλιστικά ταμεία και τις υπηρεσίες υγείας στην πρόληψη της ασθένειας, η δημιουργία ενός ασφαλιστικού προγράμματος κάλυψης του κόστους της ασθένειας και ο συντονισμός των υπηρεσιών υγείας από τις τοπικές υγειονομικές δομές (Winslow, 1932; Falk, 1958; Ross, 2002). Ιδιαίτερη αναφορά γινόταν επίσης στην ανάγκη επέκτασης των βασικών υπηρεσιών δημόσιας υγείας στο σύνολο του πληθυσμού - γεγονός που απαιτούσε, κατά την επιτροπή, αυξημένη οικονομική στήριξη από πλευράς Κυβέρνησης και εκπαιδευμένους υγειονομικούς υπαλλήλους πλήρους απασχόλησης (The Committee, 1933), ενώ βαρύνουσα σημασία δινόταν και στην αναβάθμιση του συστήματος επαγγελματικής εκπαίδευσης για το σύνολο του ανθρώπινου δυναμικού της υγείας (Falk, 1958).



Εικόνα 3: Το εξώφυλλο της τελικής έκθεσης της επιτροπής για τις δαπάνες υγειονομικής φροντίδας με τίτλο: «Ιατρική φροντίδα για τον πληθυσμό της Αμερικής».
Πηγή: Gore (2013).

Ιστορικά, η προσπάθεια της εν λόγω επιτροπής εμπειρογνωμόνων για την αναδιοργάνωση του υγειονομικού συστήματος των ΗΠΑ, μπορεί να χαρακτηριστεί ως μια πρώιμη προσπάθεια εξορθολογισμού του υγειονομικού συστήματος με όρους οικονομικής αποδοτικότητας (Perkins, 1998) και ταυτόχρονα ως μια απόπειρα εισαγωγής ενός συστήματος γραφειοκρατικής οργάνωσης για την διεύρυνση της πρόσβασης του πληθυσμού στην ιατρική περίθαλψη και την ενίσχυση της επαγγελματικής ισχύς (professional power) (Starr, 1982; Falk, 1983).

Σε κάθε περίπτωση, οι προτάσεις που κατατέθηκαν από τους εμπειρογνώμονες, αν και διακρίνονταν από επιστημονική επάρκεια και τεκμηρίωση, απευθύνονταν σε μια κοινωνία η οποία δεν ήταν έτοιμη να αποδεχτεί αλλαγές στο σύστημα υπηρεσιών υγείας, βασισμένες σε κριτήρια κόστους και αποδοτικότητας, με συνέπεια αυτές να μην εφαρμοστούν (Ross, 2002). Η συγκεκριμένη έκθεση αποτέλεσε, παρ' όλα αυτά, τον προπομπό εξελίξεων που οδήγησαν εν τέλει στην εφαρμογή ενός οργανωμένου προγράμματος ασφάλισης υγείας για επιμέρους ομάδες του αμερικάνικου πληθυσμού (Medicare που αφορά τους ηλικιωμένους και Medicaid που αφορά τους άπορους.

5.3. Εκθέσεις εμπειρογνωμόνων και ελληνική πραγματικότητα

Σε σχέση με την υπόλοιπη Ευρώπη και την Αμερική, στην Ελλάδα υπήρξε μια σημαντική χρονική υστέρηση στην υιοθέτηση ενός ολοκληρωμένου προγραμματισμού υγειονομικής ανάπτυξης και κοινωνικής προστασίας (Πετμεζίδου-Τσουλουβή, 1992; Υφαντόπουλος, 2003; Petmesidou, 2006). Η υστέρηση αυτή συνδέεται, σε πολύ μεγάλο βαθμό, με τις κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές εξελίξεις που επικρατούσαν στη χώρα – και οι οποίες αναλύθηκαν σε προηγούμενο κεφάλαιο - σε τέτοιο βαθμό ώστε, η πορεία ανάπτυξης και οργάνωσης των υγειονομικών και κοινωνικών υπηρεσιών να μπορεί να χαρακτηριστεί «παράλληλη» ή και «ταυτόσημη» με την πορεία ανάπτυξης του ελληνικού κράτους (Θεοδώρου και συν., 2001; Κουρής και συν., 2007).

Ο 20^{ος} αιώνας αποτέλεσε - σε κάθε περίπτωση - για την Ελλάδα την περίοδο εκείνη όπου τα ζητήματα της δημόσιας υγείας και κοινωνικής ασφάλισης βρέθηκαν στο επίκεντρο των δημόσιων πολιτικών, με τις πρώτες οργανωμένες προσπάθειες διαμόρφωσης μιας τεκμηριωμένης πολιτικής εδραίωσης της υγείας να εντοπίζονται κατά την περίοδο του Μεσοπολέμου.

Από τότε έως και τις μέρες μας, καταγράφεται ένα πλήθος μεταρρυθμιστικών σχεδιασμών και πολιτικών - οι οποίες έλαβαν έναν περισσότερο συστηματικό χαρακτήρα από το 1970 και μετά και - που διαμόρφωσαν, εν πολλοίς, το υφιστάμενο μοντέλο οργάνωσης και λειτουργίας του υγειονομικού συστήματος της χώρας.

Σε όλη αυτή την πορεία ανάπτυξης του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα, εντοπίζεται μια αξιοσημείωτη προσπάθεια διαμόρφωσης τεκμηριωμένων και βασισμένων σε στοιχεία πολιτικών, μέσω της εκπόνησης ειδικών μελετών και εκθέσεων (reports) για την ολοκλήρωση των οποίων «επιστρατεύτηκαν», από κυβερνήσεις και επιστημονικούς φορείς, ειδικοί επιστήμονες και εμπειρογνώμονες του τομέα της υγείας.

Οι εκθέσεις αυτές έθεταν ως στόχο τη συγκέντρωση αξιόπιστης πληροφόρησης για την κατάσταση και τα προβλήματα του ελληνικού συστήματος υγείας και τη διαμόρφωση προτάσεων και μέτρων πολιτικής που θα συνέβαλαν στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και στην αποτελεσματικότερη οργάνωση του υγειονομικού συστήματος της χώρας.

Στο πλαίσιο αυτό και εξετάζοντας ενδελεχώς την ελληνική βιβλιογραφία και τις διαθέσιμες αρχειακές πηγές, μπορούμε να ξεχωρίσουμε οκτώ (8) εκθέσεις – μελέτες εμπειρογνωμόνων, οι οποίες επηρέασαν και - εν πολλοίς - καθόρισαν την πορεία εξέλιξης της πολιτική υγείας στην Ελλάδα κατά την περίοδο 1920-2000 και οι οποίες

επιλέχθηκαν με κριτήρια: **(α)** τη μεθοδολογική αρτιότητα και τη συστηματική προσέγγιση της έρευνας τους, **(β)** την πληρότητα της ανάλυσης και την εγκυρότητα των προτάσεων και συμπερασμάτων που κάθε μία απ' αυτές περιλαμβάνει και **(γ)** τον ειδικό ιστορικό χρόνο, μέσα στον οποίο και υπό τις συνθήκες του οποίου κάθε έκθεση διαμορφώθηκε και κατατέθηκε.

Οι εκθέσεις αυτές είναι οι κάτωθι:

1. **«Συνεργασία με την Ελληνική Κυβέρνηση για την υγειονομική αναδιοργάνωση της Ελλάδας»** («Collaboration with the Greek Government in the Sanitary Reorganisation of Greece»), η οποία συντάχθηκε από ομάδα εμπειρογνωμόνων της Οργάνωσης Υγείας της Κοινωνίας των Εθνών, το 1929.
2. **«Σχέδιο Υγειονομικής Οργάνωσης της Χώρας»**, που συντάχθηκε από τον καθηγητή του Πανεπιστημίου Αθηνών Νικόλαο Λούρο, το 1945.
3. **«Πορίσματα της Επιτροπής Κοινωνικών Ασφαλίσεων: Εισήγησις επί της γενικής περιθάλψεως του πληθυσμού»**, που συντάχθηκε από ειδική επιτροπή εμπειρογνωμόνων, το 1963.
4. **«Έκθεσις επί της Εθνικής Πολιτικής Υγείας»,** το οποίο συντάχθηκε από τον Υπουργό Κοινωνικών Υπηρεσιών κατά την περίοδο της στρατιωτικής δικτατορίας, Λουκά Πάτρα, το 1970.
5. **«Πρόγραμμα Αναπτύξεως 1976-1980: Υγεία»,** που συντάχθηκε από ομάδα εμπειρογνωμόνων του ΚΕΠΕ, το 1976.
6. **«Μέτρα Προστασίας της Υγείας»,** που αποτέλεσε το προσχέδιο νόμου που συντάχθηκε από τον υπουργό Κοινωνικών Υπηρεσιών Σπυρίδων Δοξιάδη, το 1981.
7. **«Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνωμόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας»**, που συντάχθηκε από ειδική επιτροπή ξένων εμπειρογνωμόνων, με επικεφαλής τον καθηγητή Briab Abel Smith για λογαριασμό του υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το 1994.
8. **«Μεσοπρόθεσμος προσανατολισμός της πολιτικής υγείας και οικονομική πολιτική»**, η οποία αποτέλεσε σχέδιο έκθεσης που επεξεργάστηκε ειδική επιτροπή ελλήνων εμπειρογνωμόνων το 1997, στο πλαίσιο των εργασιών επιτροπής για την εξέταση της μακροπρόθεσμης οικονομικής πολιτικής της χώρας, υπό την προεδρία του καθηγητή Ιωάννη Σπράου, η οποία ποτέ δεν δημοσιοποιήθηκε.

Για κάθε μία απ' αυτές, θα ακολουθήσει λεπτομερής ανάλυση με ιδιαίτερες αναφορές: **(α)** στο κοινωνικο-πολιτικό πλαίσιο και περιβάλλον εντός του οποίου συντάχθηκε, **(β)** στα πρόσωπα ή στα μέλη που συνέταξαν την κάθε έκθεση, **(γ)** στο περίγραμμα των διαπιστώσεων κάθε έκθεσης για τα προβλήματα του συστήματος υγείας, **(δ)** στο περίγραμμα των προτάσεων που διατυπώνονταν σε αυτές και **(ε)** στα αποτελέσματα κάθε έκθεσης και στην επίδραση αυτών στην οργάνωση και λειτουργία του συστήματος υγείας.

5.3.1. Η έκθεση της Οργάνωσης Υγείας της Κοινωνίας των Εθνών για την υγειονομική αναδιοργάνωση της Ελλάδας (1929)

Η έκθεση με τίτλο *«Συνεργασία με την Ελληνική Κυβέρνηση για την υγειονομική αναδιοργάνωση της Ελλάδας»* (Collaboration with the Greek Government in the Sanitary Reorganisation of Greece), συντάχθηκε το έτος 1929 από ομάδα εμπειρογνωμόνων της Οργάνωσης Υγείας της Κοινωνίας των Εθνών (ΚτΕ) (LNHO, 1929). Αποτελεί μία από τις πιο σημαντικές εκθέσεις – αν όχι τη σημαντικότερη - που έθεσε τις επιστημονικές βάσεις για την υγειονομική αναδιοργάνωση της χώρας μετά το Μεσοπόλεμο, επηρεάζοντας σε μεγάλο βαθμό το μετέπειτα μοντέλο οργάνωσης και λειτουργίας του ελληνικού συστήματος υγείας. Η έκθεση αυτή θα αναλυθεί ως **ειδική μελέτη περίπτωσης**, στο επόμενο κεφάλαιο της παρούσας διατριβής.

5.3.2. Η έκθεση Λούρου για την υγειονομική οργάνωση της χώρας (1945)

Αμέσως μετά τη λήξη της ταραγμένης ιστορικής περιόδου του Μεσοπολέμου και της κατοχής, η οποία δημιούργησε στην Ελλάδα ειδικές συνθήκες σε κάθε έκφανση της πολιτικής, κοινωνικής και οικονομικής ζωής, επηρεάζοντας, μεταξύ άλλων, και τις εξελίξεις στον τομέα της δημόσιας υγείας (Κοπανάρης, 1947), ο ιατρός και καθηγητής μαιευτικής και γυναικολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, **Νικόλαος Λούρος** έθεσε με τρόπο σαφή και εμπεριστατωμένο την ανάγκη βελτίωσης της υγειονομικής οργάνωσης της χώρας.

Η μελέτη-έκθεση του με τίτλο ***«Η υγειονομική οργάνωση της Χώρας: Ένα σχέδιο»*** δημοσιεύτηκε το έτος 1945 και αποτέλεσε τη δεύτερη – κατά χρονολογική σειρά – συγκροτημένη προσπάθεια για τη μελέτη του Ελληνικού υγειονομικού συστήματος και τη διαμόρφωση ενός πλαισίου πολιτικών για τη βελτίωση της οργάνωσης και λειτουργίας των υγειονομικών υπηρεσιών στον 20^{ο} αιώνα. Η εκπόνηση αυτής πραγματοποιήθηκε με την *«πολύτιμη επικουρία αρμοδίων τεχνικών και οικονομικών συνεργατών»,* όπως, αρκετά χρόνια αργότερα, ανέφερε ο ίδιος ο συγγραφέας, σε εισήγηση του σε επιστημονικό συνέδριο (Λούρος, 1978).

Στο προλογικό σημείωμα της έκθεσης – η οποία είχε το χαρακτήρα πολιτικο-επιστημονικού δοκιμίου και η οποία εκπονήθηκε με πρωτοβουλία του ιδίου του συντάκτη, ορμώμενου από το προσωπικό ενδιαφέρον που είχε για την αναμόρφωση της υγειονομικής οργάνωσης της χώρας - ο Λούρος ανάφερε τα εξής (Λούρος, 1945):

«Παρακολουθώντας, εδώ και δέκα πέντε χρόνια, από κοντά τη λειτουργία της Υγειονομικής μας Υπηρεσίας, διαπίστωσα, τις πολυάριθμες ανωμαλίες και ασυναρτησίες που παρουσιάζει και σχημάτισα ορισμένες εντυπώσεις, που καταστάλαξαν σιγά σιγά σε κάποιες συστηματικότερες ταξινομημένες γνώμες και σε κάποια συμπεράσματα αναφερόμενα τόσο στη λύση των πολύμορφων ειδικών προβλημάτων, όσο και στην ολοκληρωτική αντιμετώπιση του ζητήματος, την οργάνωση δηλάδη της Υγειονομικής μας Υπηρεσίας με τρόπον ώστε να κατορθωθεί ν' ανταποκρίνεται στον αληθινό της προορισμό».

Σύμφωνα με τον Λούρο, η εν λόγω έκθεση ετίθετο «*στην κρίση του Κράτους και του ιατρικού και πολιτικού κόσμου»* (…) «*με τη φιλοδοξία να αποτελέσει μια βάση για συζήτηση, με την ελπίδα, πως είτε ολόκληρη, είτε ορισμένα της αποσπάσματα, είτε και οι αντιρρήσεις που θα τύχει να προκαλέσει, θα σταθούν ωφέλιμες στην υγειονομική οργάνωση του τόπου»* (Λούρος, 1945).

Η έκθεση αποτελείτο από **τέσσερα κύρια μέρη**, καθένα από τα οποία περιλάμβανε προτάσεις αναδιοργάνωσης συγκεκριμένων τομέων του υγειονομικού συστήματος. Το πρώτο μέρος επικεντρωνόταν στην **οργανωτική δομή και στις αρμοδιότητες της Κεντρικής Υγειονομικής Υπηρεσίας**, το δεύτερο μέρος εστίαζε στις **νέες περιφερειακές υγειονομικές υπηρεσίες**, το τρίτο μέρος αφορούσε την **ιατρική, υγειονομική και νοσηλευτική εκπαίδευση**, ενώ στο τέταρτο και τελευταίο μέρος περιλαμβανόταν εκτενής ανάλυση για τους **οικονομικούς πόρους** που θα απαιτούνταν για την κλιμάκωση της εφαρμογής του προτεινόμενου σχεδίου.

Επιπλέον, στην έκθεση υπήρχε ειδική ενότητα στην οποία γινόταν αναφορά στις **προϋποθέσεις** που έπρεπε να εκπληρωθούν για να διασφαλιστεί η επιτυχής εφαρμογή των προτεινόμενων οργανωτικών μέτρων.

Σε ότι αφορά τις βασικές συνιστώσες του «υγειονομικού προβλήματος» - όπως αυτές προσδιορίζονταν μέσα στο κείμενο της έκθεσης, με άμεσο ή έμμεσο τρόπο - κατά τον Λούρο, ήταν οι ακόλουθες (Λούρος, 1945):

1. η ανεπαρκής οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών.
2. η χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, εξαιτίας της απουσίας επιστημονικά καταρτισμένου και με ειδικά προσόντα υγειονομικού προσωπικού.
3. η έλλειψη ενός συστηματικά τεκμηριωμένου και ορθολογικά καταρτισμένου διοικητικού και οικονομικού προγράμματος για την υγειονομική αναδιοργάνωση της χώρας και η αποσπασματικότητα στη λήψη των κυβερνητικών αποφάσεών για τον τομέα της υγείας. Όπως χαρακτηριστικά ανέφερε ο Λούρος *«κάθε μέτρο επήγαζε από σπασμωδικές κυβερνητικές ή καλύτερα αμελέτητες και εμπειρικές υπουργικές αποφάσεις».*
4. η χαμηλή κρατική μισθοδοσία των δημοσίων λειτουργών της υγείας, η οποία λειτουργούσε ως αντικίνητρο για την προσέλκυση ικανών υγειονομικών υπαλλήλων στην Υγειονομική Υπηρεσία του Κράτους.
5. οι ακατάλληλες υγειονομικές εγκαταστάσεις και υποδομές, πολλές εκ των οποίων δεν πληρούσαν ούτε καν τους στοιχειώδεις όρους καθαριότητας και υγιεινής.

Στα παραπάνω, θα πρέπει να επισημανθεί ότι κατά την περίοδο που προηγήθηκε της σύνταξης της έκθεσης υπήρξε μια σοβαρή έξαρση των λοιμωδών και κοινωνικών νοσημάτων στην Ελλάδα (Βαλαώρας, 1945; Κοπανάρης, 1947; Promitzer et al., 2011), στοιχείο που ο Λούρος αναγνώριζε, ενσωματώνοντας στο σχεδιασμό των προτάσεων του. Υπό το πρίσμα αυτό και προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι προβληματικές καταστάσεις στην οργάνωση του υγειονομικού τομέα, ο Λούρος πρότεινε τη λήψη δέσμης μέτρων, ορισμένα εκ των οποίων προέβλεπαν αλλαγές δομικού χαρακτήρα στο σύστημα υγείας. Οι σημαντικότερες εξ αυτών αφορούσαν:

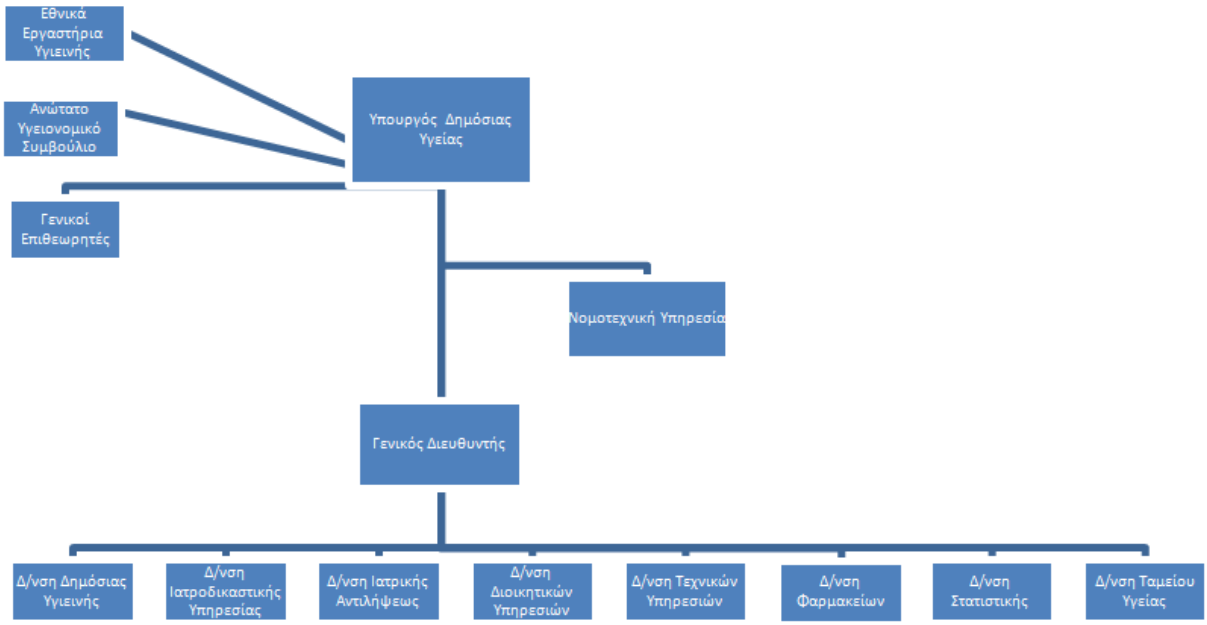
i. Το διαχωρισμό των υγειονομικών υπηρεσιών από τις υπηρεσίες του «Υπουργείου Πρόνοιας». Στο πλαίσιο αυτό, προτεινόταν η ίδρυση και λειτουργία αυτοτελούς Υπουργείου Δημόσιας Υγείας, το οποίο θα είχε ως αποστολή την προάσπιση της υγείας των πολιτών της χώρας και τη βελτίωση των προσφερόμενων

υπηρεσιών υγείας, θα διαρθρωνόταν δε τόσο σε κεντρικό όσο και σε περιφερειακό επίπεδο**.**

ii. Τη δημιουργία μιας σύγχρονης οργανωτικής δομής για την κεντρική υγειονομική υπηρεσία. Στο πλαίσιο αυτό προτεινόταν η διαμόρφωση ενός στιβαρού οργανωτικού σχήματος, στο οποίο θα προΐστατο ο Υπουργός Δημόσιας Υγείας, και το οποίο θα αποτελούνταν από οκτώ (8) Διευθύνσεις και δεκατρία (13) Τμήματα (Διάγραμμα 7).

iii. Την ίδρυση νέων - συμβουλευτικών και γνωμοδοτικών - επιστημονικών οργάνων τα οποία θα επικουρούσαν τον εκάστοτε Υπουργό στα θέματα της δημόσιας υγείας. Μεταξύ των υπηρεσιών αυτών ιδιαίτερη θέση κατείχαν: α) το **Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο**, το οποίο θα είχε γνωμοδοτικό – συμβουλευτικό χαρακτήρα και το οποίο θα ήταν «ο ανώτατος επιστημονικός πραγματογνώμονας για όλα τα ζητήματα και τους νόμους που σχετίζονται με την επιστημονική οργάνωση της υγειονομικής υπηρεσίας» και **β**) τα **Εθνικά Εργαστήρια Υγιεινής**, τα οποία θα είχαν ως αρμοδιότητα των έλεγχο των φαρμακευτικών και βιολογικών προϊόντων και ιδιοσκευασμάτων καθώς και των τροφίμων.

Διάγραμμα 7: Προτεινόμενη οργανωτική δομή της κεντρικής υγειονομικής υπηρεσίας σύμφωνα με την έκθεση Λούρου



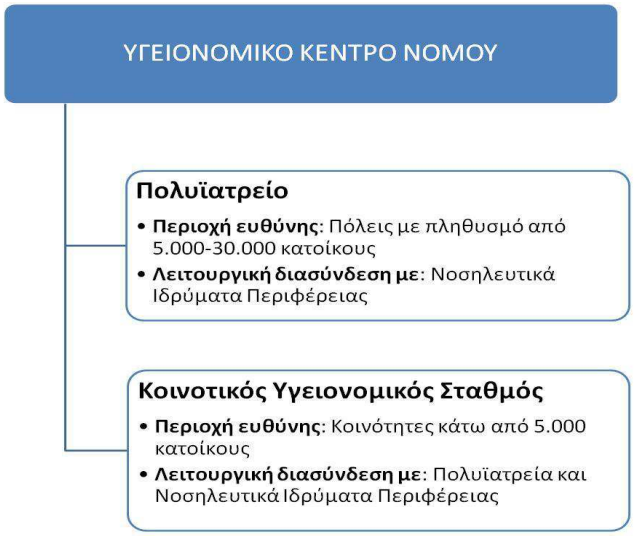
Πηγή: Λούρος, 1945; Ίδια επεξεργασία

iv. Την αποκεντρωμένη οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών υγείας σε νομαρχιακό και κοινοτικό επίπεδο, με την ανάπτυξη νέων υγειονομικών δομών για την κάλυψη ολόκληρου του πληθυσμού, με οργανωτικό επίκεντρο το Νομαρχιακό Υγειονομικό Κέντρο με εκτελεστικά παρακλάδια αυτού τα Πολυϊατρεία και τους Κοινοτικούς Υγειονομικούς Σταθμούς.

Σε ότι αφορά το **Υγειονομικό Κέντρο**, αυτό θα λειτουργούσε σε κάθε Νομό ως πολυδύναμο εκτελεστικό όργανο της Κεντρικής Υπηρεσίας και θα αποτελούσε το σημείο επαφής του κοινού με την Κρατική Υγειονομική Αρχή, διαθέτοντας όλη την αρμοδιότητα να διεκπεραιώνει κάθε σχετική υπόθεση των πολιτών. Ενδεικτικό του αναβαθμισμένου ρόλου που θα κατείχε η εν λόγω υπηρεσία στο υγειονομικό σύστημα είναι η αναφορά του Λούρου (1945) ότι *«το Υγειονομικό Κέντρο θα σημαίνει για το Νομό ότι και το Υπουργείο για το Κράτος»*.

Από την άλλη τα **Πολυϊατρεία** και οι **Κοινοτικοί Υγειονομικοί Σταθμοί** θα παρείχαν στον πληθυσμό ευθύνης τους υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής και πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αλλά και υπηρεσίες διάγνωσης και θεραπείας παράλληλα με τα νοσηλευτικά ιδρύματα της κάθε Περιφέρειας (Διάγραμμα 8).

Διάγραμμα 8: Προτεινόμενη οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών σε περιφερειακό επίπεδο σύμφωνα με την έκθεση Λούρου



Πηγή: Λούρος,1945; Ίδια επεξεργασία

v. Τη χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος μέσω της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας όλων των πολιτών. Στο πλαίσιο αυτό προτεινόταν και η δημιουργία ενός **ενιαίου Ταμείου Υγείας**, που θα συγκέντρωνε όλους τους οικονομικούς πόρους του υγειονομικού τομέα και θα διασφάλιζε την απρόσκοπτη χρηματοδότηση των υγειονομικών αναγκών. Στο ταμείο αυτό, προτεινόταν όπως συγχωνευτούν τα ασφαλιστικά ταμεία των διαφόρων οργανώσεων που φρόντιζαν για την υγεία των μελών τους καθώς και τα κληροδοτήματα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

vi. Την καθιέρωση του θεσμού του υπαλλήλου γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, ο οποίος θα παρείχε τις υπηρεσίες του στο Ταμείο Υγείας προκειμένου *«να προστατεύεται η ατομική επιστημονική αξία του γιατρού (…) και να εξασφαλίζεται η ελεύθερη εκλογή του γιατρού, σύμφωνα με την εμπιστοσύνη του αρρώστου»*.

vii. Την αναδιοργάνωση της υγειονομικής εκπαίδευσης με την υπαγωγή των Ιατρικών Σχολών στο Υπουργείο Δημόσιας Υγείας, το οποίο θα είχε την συνολική ευθύνη για την άρτια οργάνωση και λειτουργία του συστήματος εκπαίδευσης του ιατρικού, νοσηλευτικού και υγειονομικού προσωπικού καθώς και την ίδρυση Ανώτατης Υγειονομικής Σχολής, η οποία θα είχε ως αποστολή *«να προετοιμάζει σ' όλες τις ειδικότητες υγιεινολόγους γιατρούς, υγειονομικούς υπαλλήλους και νοσηλευτικό προσωπικό»*.

viii. Τη μονοπωλιακή παραγωγή και διάθεση φαρμάκων και βιολογικών παρασκευασμάτων από το Κράτος.

Άξιο αναφοράς είναι επίσης το γεγονός ότι οι προτάσεις που περιλαμβάνονταν στην έκθεση, εξειδικεύονταν με δέσμη συγκεκριμένων μέτρων που παρουσιάζονταν σε μεγαλύτερο βάθος και με περισσότερες τεχνικές λεπτομέρειες, όπου αυτό κρινόταν ιδιαίτερα σημαντικό ή/και τεχνικά εφικτό από τον συντάκτη.

Σε ότι αφορά τις **βασικές προϋποθέσεις** που ο Λούρος έθετε ώστε να μπορέσει να υλοποιηθεί απρόσκοπτα το προτεινόμενο σχέδιο υγειονομικής αναδιοργάνωσης της Χώρας, σ' αυτές περιλαμβάνονταν:

- **η ίδρυση αυτοτελούς Αρχής Δημόσιας Υγείας**, ούτως ώστε να υπάρξει πλήρης διαχωρισμός των υγειονομικών υπηρεσιών από τις υπηρεσίες του Υπουργείου Πρόνοιας.
- **η μακροχρόνια δέσμευση όλων των εμπλεκομένων μερών για την εφαρμογή των προτεινόμενων μέτρων αναδιοργάνωσης των υγειονομικών υπηρεσιών**. Χαρακτηριστικά ο Λούρος επισήμαινε πως απαιτείται *«πίστωση χρόνου»* προσθέτοντας πως *«για την εκτέλεση του προγράμματος (…) θα χρειαστεί μια πολύχρονη κλιμάκωση που δεν μπορεί να διαρκέσει λιγότερο από 18 χρόνια ώσπου να ολοκληρωθεί».*
- **η διαμόρφωση υπερκομματικής συνεννόησης και συνεννόησης για την αποδοχή του σχεδίου αναδιοργάνωσης των υγειονομικών υπηρεσιών**, συνθήκη την οποία μάλιστα ο Λούρος χαρακτήριζε ως *«εθνικό έργο».* Όπως χαρακτηριστικά αναφερόταν στην έκθεση *«για να πραγματοποιηθούν και να ζήσουν όλ' αυτά τα μέτρα, είναι φανερό πως δε θα χρειαστούν μονάχα κυβερνητικές αποφάσεις σε μεγάλη έκταση, παρά και μιά πλατιά κοινοβουλευτική έγκριση, ικανή να εξασφαλίσει την αναγκαία πίστωση χρόνου για την πραγματοποίηση τους».*
- **η αύξηση του ύψους των αποδοχών του υγειονομικού προσωπικού**, ώστε η κρατική υγειονομική υπηρεσία να μπορέσει να προσελκύσει νέα και καταρτισμένα επιστημονικά στελέχη και παράλληλα να «καταπολεμηθεί» το φαινόμενο της πολυμισθίας και της πολυθεσίας που χαρακτήριζε έως τότε το δημοσιο-υπαλληλικό προσωπικό.
- **η βελτίωση της οικονομικής κατάστασης στη χώρα**. Η τελευταία αυτή συνθήκη προϋπόθετε ότι η αναδιοργάνωση του υγειονομικού τομέα θα καταστεί εφικτή μόνο αν μπορέσει να επιτευχθεί μια συνολικότερη άνθηση της εθνικής οικονομίας, καθώς αφενός οι επενδύσεις που το σχέδιο Λούρου, απαιτούσε, ήταν αρκετά μεγάλες για τα δεδομένα της εποχής και αφετέρου ο

συντάκτης της έκθεσης θεωρούσε ότι «*δεν θα ήταν κατορθωτό να ευδοκιμήσει η απόδοση της υγειονομικής υπηρεσίας δίχως ανάλογη ανύψωση της στάθμης όλων των άλλων κρατικών υπηρεσιών*».

Τέλος, ιδιαίτερη μνεία αξίζει να γίνει στο γεγονός ότι η εν λόγω έκθεση εμπεριείχε μια αρκετά εμπεριστατωμένη εκτίμηση και ανάλυση των οικονομικών πόρων που θα απαιτούνταν για την εφαρμογή των προτεινόμενων μέτρων – τα οποία είχαν έναν ορίζοντα υλοποίησης 18ετίας - βασιζόμενη στα οικονομικά στοιχεία του κρατικού προϋπολογισμού του έτους 1939, του απολογισμού του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) για το ίδιο έτος και σε στοιχεία διαφόρων νοσηλευτικών και άλλων ιδρυμάτων.

Σύμφωνα με την έκθεση, η πλήρης κλιμάκωση του σχεδίου υγειονομικής αναδιοργάνωσης της Χώρας θα απαιτούσε την υλοποίηση επενδύσεων για την κάλυψη των κτιριακών αναγκών υγιεινής, συνολικού προϋπολογισμού 18 δισ. δραχμών (εικόνα 4) την ίδια στιγμή που η ετήσια λειτουργική και μισθολογική δαπάνη για την κάλυψη των αναγκών των υπηρεσιών υγιεινής προϋπολογιζόταν στα 7 δισ. δραχμές (εικόνα 5).

Συνοψίζοντας, μπορεί να ειπωθεί πως η έκθεση Λούρου αποτέλεσε μία καλά μελετημένη – για τα δεδομένα της εποχής - πρόταση μεταρρύθμισης, η οποία είχε ως στόχο να συνεισφέρει *«στη διαμόρφωση ενός συγκεκριμένου και προσγειωμένου επιτελικού σχεδίου υγειονομικής πολιτικής»* με επίκεντρο την οργανωτική ανασύνταξη του τομέα υγείας (Λούρος, 1958).

ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΠΡΟ·Υ·ΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ
ΚΤΙΡΙΑΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΥΓΙΕΙΝΗΣ Σ' ΟΛΗ ΤΗ ΧΩΡΑ

Κρεββάτια ἢ Κτίριο	Ποσὰ	Τιμὴ μονάδας	Δαπάνη χωρισὴ	Δαπάνη ὁλικὴ
I. Κρεββάτια:	65.000			
1) Γεν. καὶ Εἰδ. Νοσοκομ.	17.500	280.000	4.900.000.000	
2) Γεν. καὶ Εἰδ. Νοσοκομ. ἔπιπλα καὶ σκεύη	17.500	40.000	700.000 000	
3) Σανατορίων	17.500	220.000	3.850.000.000	
4) Σανατορ. ἔπιλα, σκεύη	17.500	30.000	525.000.000	
5) Ἀσύλων	5.000	180.000	900.000.000	
6) Ἀσύλων ἔπιπλα, σκεύη	5.000	20.000	100.000.000	
7) Προφυλακτηρίων	10.000	180.000	1.800.000.000	
8) Προφυλακτηρίων ἔπιπλα, σκεύη	10.000	20.000	200.000.000	
9) Ἐπισκευὲς Νοσοκομ.	15.000	50.000	750.000.000	13.725.000 000
II. Κτίρια προληπτικῆς ὑγιεινῆς κλπ.				
1) Ὑγειονομικὰ κέντρα μὲ ἔπιπλα, σκεύη κλπ.	40	3.500.000	140.000.000	
2) Πολυϊατρεῖα μὲ ἔπιπλα, σκεύη κλπ.	50	4.000.000	200.000.000	
3) Κοινοτ. Ὑγειονομικοὶ Σταθμοὶ Α' μὲ ἔπιπλα, σκεύη κλπ.	300	2.000.000	600.000.000	
4) Κοινοτικοὶ Ὑγειονομικοὶ Σταθμοὶ Β' κλπ.	400	1.500.000	600.000.000	
5) Ἀγροτικὰ Ἰατρεῖα μὲ ἔπιπλα, σκεύη κλπ.	2000	300.000	600.000 000	
6) Ἀπολυμαντήρια	40	3.500.000	140.000.000	
7) Ὑγειονομ. Κτίρια Λιμένων	8	2.000.000	16.000.000	
8) Λοιμοκαθαρτήρια (Συμπλήρωση καὶ κασκευὴ νεων)	3		32.000.000	2.328.000.000
III. Γενικὰ Κτίρια Ὑγιεινῆς:				
1) Ὑγειονομ. Ἀποθῆκες Κέντρου	2	15.000.000	30.000.000	
2) Ὑγειονομικὲς Ἀποθῆκες Περιφέρειας	6	2.000.000	12.000.000	
3) Ἐθνικὰ Ἐργαστήρια Ὑγιεινῆς			200.000.000	
4) Ὑπουργεῖο Ὑγιεινῆς Μέγαρο			20.000.000	262.000.000
5) Προσωρινὲς Ὑγειονομικὲς Ἐγκαταστάσεις			16.315.000.000	16.315.000.000
			1.185 000 000	1.185.000.000
			17.500.000.000	17.500.000.000
Ἀπρόβλεπτα			500.000.000	500.000.000
		ΣΥΝΟΛΟΝ	18.000.000.000	18.000.000.000

Εικόνα 4: Συνολικός προϋπολογισμός κτιριακών αναγκών υγιεινής σ' όλη τη Χώρα σύμφωνα με την έκθεση Λούρου
Πηγή: Λούρος (1945).

ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΤΗΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΟΛΗΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ

α. α.	Σκοπὸς Δαπάνης	Μερική Δαπάνη	Ὁλική Δαπάνη	Στοιχεῖα Ὑπολογισμοῦ
1	Κρεββάτια Γενικῶν καὶ Εἰδικῶν Νοσοκομείων	1.460 000.000		20.000 κρεββάτια μὲ 200 δραχ. τὸ καθένα τὴν ἡμέρα
2	Κρεββάτια Σανατορίων	1.095.000.000		20.000 » » 150 » » » » »
3	» Προφυλακτηρίων καὶ Ἀσύλων	547.000.000	3.102.000.000	15.000 » » 100 » » » » »
4	Μισθοὶ διοικ. καὶ κατωτ. ὑγειον. ὑπαλλήλων Ὑγειονομικῶν Κέντρων	67.200.000		40 Ὑγειον. Κέντρα μὲ 20 ὑπαλ. Μισθὸς κατὰ μ. ὅρο 7.000 τὸ μήνα ὁ καθένας
5	Συντήρηση Ὑγειον. Κέντρων	48.000.000	115.200.000	40 » » » 100.000 ἔξοδα τὸ μήνα τὸ καθένα.
6	Μισθοὶ διοικ. καὶ κατωτ. ὑγειον. ὑπαλλήλων Πολυϊατρείων	100.800.000		50 Πολυϊατρεῖα μὲ 28 ὑπαλ. Μισθὸς καθενὸς κατὰ μέσο ὅρο, 6.000 τὸ μήνα
7	Συντήρηση Πολυϊατρείων	60.000.000	160.000.000	50 » » 100.000 ἔξοδα τὸ μήνα τὸ καθένα
8	Μισθοὶ διοικ. καὶ κατωτ. ὑγειον. ὑπαλλήλων Κ. Ὑγειον. Σταθμῶν Α'	180.000.000		300 Ὑγειον. Σταθμοὶ μὲ 10 ὑπαλ. Μισθὸς καθενὸς κατὰ μ. ὅρο 5.000 τὸ μήνα
9	Συντήρηση Κοιν. Ὑγειον. Σταθμῶν Α'	180.000.000	360.000 000	300 » » » 50.000 ἔξοδα τὸ μήνα ὁ καθένας
10	Μισθοὶ διοικ. καὶ κατωτ. ὑγειον. ὑπαλλήλων Κ. Ὑγειον. Σταθμῶν Β'	192.000.000		400 Ὑγειον. Σταθμοὶ Β' μὲ 8 ὑπαλ. Μισθὸς καθενὸς κατὰ μ. ὅρο 5000 τὸ μήνα
11	Συντήρηση Κοιν. Ὑγειον. Σταθμῶν Β'	192.000.000	384.000.000	400 » » » » 40.000 ἔξοδα τὸ μήνα ὁ καθένας
12	Μισθοὶ διοικ. καὶ κατωτ. ὑγειον. ὑπαλλήλων Ἀγροτικῶν Ἰατρείων	108.000.000		2.000 Ἀγροτ. Ἰατρεῖα μὲ 1 μόνιμο ὑγειον. καὶ διοικ. ὑπάλ. Μισθὸς 4.500 τὸ μήνα
13	Συντήρηση Ἀγροτικῶν Ἰατρείων	144.000 000	252.000.000	2.000 » » » 6.000 ἔξοδα τὸ μήνα τὸ καθένα
14	Δημόσια Ἀπολυμαντήρια	72.000.000		40 Δημόσια Ἀπολυμαντήρια μὲ γενικὰ ἔξοδα 150.000 τὸ μήνα τὸ καθένα
15	Ὑγειονομεῖα Λιμένων	20.000.000		8 Ὑγειονομεῖα μὲ ἔξοδα τὸ καθένα ὅσα ἕνα ὑγ. Κ. (2.500.000 τὸ χρόνο περίπου)
16	Λοιμοκαθαρτήρια	20.000.000	112.000.000	3 Λοιμοκαθαρτήρια γιὰ ὅλα τὰ ἔξοδα καὶ τῶν τριῶν 20.000.000 τὸ χρόνο
17	Μισθοδοσία διοικ. ὑπαλ. Ὑπουργείου	54.000 000	54.000.000	500 Ὑπάλληλοι μὲ 9.000 κατὰ μέσο ὅρο μισθὸ τὸ μῆνα
18	Γενικὰ ἔξοδα ὑγιεινῆς	500.000.000	500.000 000	Γεν. ἔξοδα ὑγιεινῆς (Ὑπουργεῖο, ὑποτροφίες, λαϊκὴ διαφώτιση, ὑγ. ἀγῶνες, ἐπιστημον. ἔρευνες κ.λ.π)
19	Μισθοδοσία γιατρῶν ἐν γένει	1.518.000.000	1.518 000.000	7.000 Γιατροὶ κατανεμημένοι σὲ ὁλόκληρη τὴν ὑγειον. ὑπηρ. τοῦ Κράτους. Μισθὸς 15.000 κατὰ μέσο ὅρο
20	Ὑπάλληλοι Ταμείου Ὑγείας	108.000.000	108.000.000	1.000 Ὑπάλληλοι πρὸς 9.000 κατὰ μέσο ὅρο
21	Συντήρηση κτιρίων	200.000.000	200.000.000	Κατ' ἀποκοπὴν συντήρηση.
		6.860.000.000	6 860.000.000	
	Ἀπρόβλεπτα	134.000.000	134.000.000	
		7.000.000.000	7 000.000.000	

Εικόνα 5: Προϋπολογισμός για τις ετήσιες δαπάνες υγιεινής όλης της Χώρας, σύμφωνα με την έκθεση Λούρου
Πηγή: Λούρος, 1945

Σύμφωνα με τον ίδιο το συντάκτη *«η πρωτοτυπία αυτής έγκειται στο ότι για πρώτη φορά επιχειρούσε, πριν από το αγγλικό (σύστημα), να διαγράψει ένα ολοκληρωμένο σύστημα γενικής ασφαλίσεως της υγείας του πληθυσμού»* (Λούρος, 1964). Η προοδευτική αυτή αντίληψη αποτυπώνεται άλλωστε και στις προτάσεις που περιλαμβάνονταν στην έκθεση, οι οποίες αντλούσαν επίδραση τόσο από τις υγειονομικές εξελίξεις που λάμβαναν χώρα στην υπόλοιπη Ευρώπη όσο και από τα ευρύτερα κοινωνικοπολιτικά ρεύματα του Μεσοπολέμου (Ρόζος, 1986).

Παρά ωστόσο το σημαντικό ιστορικό, επιστημονικό και αξιακό φορτίο αυτής, η έκθεση χαρακτηριζόταν και από ορισμένες αδυναμίες. Αυτές αφορούσαν κυρίως:

(α) τον εμπειρικό χαρακτήρα ορισμένων προτάσεων οι οποίες απηχούσαν περισσότερο προσωπικές θέσεις του συντάκτη, δίχως να συνοδεύονται από την αναγκαία επιστημονική τεκμηρίωση, πιθανότατα λόγω της ανεπάρκειας διαθέσιμων στοιχείων,

(β) τη μη εξειδίκευση μέτρων και πολιτικών για κρίσιμα ζητήματα ανάπτυξης και λειτουργίας του υγειονομικού συστήματος, όπως π.χ. για την οργάνωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και του συστήματος κοινωνικών ασφαλίσεων και

(γ) το υπέρογκο κόστος υλοποίησης των προτεινόμενων μέτρων το οποίο, με δεδομένες τις οικονομικές συνθήκες της χώρας, καθιστούσε την εφαρμογή του προτεινόμενου σχεδιασμού, ανεδαφική.

Σε κάθε περίπτωση, η έκθεση του Λούρου αποτελεί **ένα κείμενο πολιτικής ειδικού ενδιαφέροντος με ιδιαίτερη σημασιολογική – αλλά και πρακτική - αξία** καθώς οι επισημάνσεις και προτάσεις που περιλαμβάνονταν σε αυτήν, ανέδειξαν την οργανωτική διάσταση των προβλημάτων της υγειονομικής πολιτικής, τοποθετώντας στο επίκεντρο της κοινωνικής και πολιτικής προβληματικής, ζητήματα – που έως τότε αποτελούσαν «ταμπού» - όπως η αποκεντρωμένη οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας των πολιτών, η ελεύθερη επιλογή ιατρού και η ιατρική εκπαίδευση. Ταυτόχρονα, μέσω αυτής υπερτονιζόταν η ανάγκη για **υπερκομματική μεθοδολογία και φιλοσοφία**, η οποία θα έπρεπε να «πρυτανεύει» στο πρόγραμμα αναδιοργάνωσης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, συνθήκη η οποία αποτελεί ζητούμενο, εν πολλοίς, έως και σήμερα.

5.3.3. Η έκθεση της Επιτροπής Κοινωνικών Ασφαλίσεων για τη γενική περίθαλψη του πληθυσμού (1963)

Ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα που βρέθηκε στο επίκεντρο των κοινωνικών και πολιτικών εξελίξεων στην Ελλάδα, από την περίοδο του μεσοπόλεμου και μετέπειτα, ήταν αυτό της οργάνωσης των κοινωνικών ασφαλίσεων (Λιάκος, 1993; Petmetsidou, 2006; Νικολαίδης και Σακελλαρόπουλος, 2008; Τσαλίκης, 2008).

Η ίδρυση του ΙΚΑ (Ν. 6296/1934) και η λειτουργία αυτού στα μεγάλα αστικά κέντρα αποτέλεσε την απαρχή της κρατικής πρωτοβουλίας για τη δημιουργία ενός ενιαίου ταμείου για την ασφάλιση των μισθωτών και των εργαζομένων στον ιδιωτικό τομέα, χωρίς ωστόσο αυτή η προσπάθεια να λάβει, έως και τα μέσα της δεκαετίας του 1950, έναν περισσότερο καθολικό χαρακτήρα, καθώς απ' αυτήν εξαιρούνταν ένα πολύ μεγάλο τμήμα του πληθυσμού που διέμενε στην ύπαιθρο (Λιάκος, 1993).

Από το 1950 και μετά, οπότε και εντάθηκε το φαινόμενο της αστυφιλίας και της εγκατάλειψης της υπαίθρου, το ζήτημα της κοινωνικής ασφάλισης και της επαρκούς περίθαλψης του πληθυσμού – και ιδιαίτερα του αγροτικού – απασχόλησε έντονα το ελληνικό κράτος, το οποίο «επιστράτευσε», κατά την περίοδο 1955-1963, ομάδες ειδικών προκειμένου να μελετήσουν ενδελεχώς το κοινωνικο-ασφαλιστικό πρόβλημα και να προτείνουν τις αναγκαίες λύσεις για την αναδιοργάνωση του ασφαλιστικού συστήματος και τη βελτίωση του επιπέδου της γενικής περίθαλψης του πληθυσμού (Λούρος και Τσουκάτος, 1963).

Υπό το πρίσμα αυτό και προκειμένου να συνδράμει στη διαμόρφωση μιας ολοκληρωμένης κοινωνικο-ασφαλιστικής πολιτικής που θα απαντούσε στα αιτήματα των καιρών και θα αντιμετώπιζε τις παθογένειες του ασφαλιστικού συστήματος, συστήθηκε το 1958, με απόφαση του τότε Πρωθυπουργού Κωνσταντίνου Καραμανλή, η **Επιτροπή Κοινωνικών Ασφαλίσεων**. Σε αυτή συμμετείχαν οι εξής εμπειρογνώμονες:

- **Νικόλαος Λούρος**, καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών ως Πρόεδρος.
- **Ευάγγελος Τσουκάτος**, τ. υποδιοικητής του ΙΚΑ.
- **Γεώργιος Πλυτάς**, ασφαλιστής (μετέπειτα Δήμαρχος Αθηναίων, 1964-1967).
- **Λουκάς Πάτρας**, διδάκτωρ Νομικής.

- **Παναγιώτης Πανάρετος**, Τμηματάρχης Υπουργείου Εργασίας.
- **Ιωάννης Καποδίστριας**, νομικός-διοικητής του ΙΚΑ (συμμετείχε στην Επιτροπή από το έτος 1959).

Στην έκθεση της, η ανωτέρω επιτροπή, αφού εξέτασε την κατάσταση που επικρατούσε στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης, επιδίωξε, μέσα από μια αναλυτική έκθεση, να προσδιορίσει τους συγκεκριμένους θεμελιώδεις αντικειμενικούς σκοπούς του - κατά την άποψη της - ορθού προγραμματισμού για την αντιμετώπιση του όλου θέματος. Παράλληλα, επιχείρησε να διατυπώσει συγκεκριμένες αλλά αδρές προτάσεις πολιτικής οι οποίες θα κάλυπταν το μεταβατικό στάδιο από την κατάσταση που υπήρχε έως την ολοκλήρωση του προτεινόμενου απ' αυτήν σχεδίου και οι οποίες θα ανταποκρίνονταν στην ανάγκη εξυγίανσης της κρατούσας κατάστασης της κοινωνικής ασφάλισης και της υγειονομικής οργάνωσης της Χώρας (Λούρος και Τσουκάτος, 1963). Στο σημείο αυτό, αξίζει να επισημανθεί πως η επιτροπή στηρίχθηκε, σε πολύ μεγάλο βαθμό, στα «διαγνωστικά» αποτελέσματα προγενέστερης μελέτης που είχε εκπονηθεί στο πλαίσιο του έργου της Επιτροπής Ερεύνης και Οικονομικού Προγραμματισμού.

Η συγκεκριμένη επιτροπή λειτούργησε κατά τα έτη 1957-1959 και ανέδειξε μια σειρά από αδυναμίες και προβλήματα που ταλάνιζαν το ασφαλιστικό σύστημα και το σύστημα περίθαλψης με σημαντικότερα την ελλειμματική οικονομική λειτουργία των Ταμείων και κύρια του ΙΚΑ, την πανσπερμία ασφαλιστικών φορέων και παροχών, την ανισοκατανομή των ασφαλιστικών πόρων κατά κλάδους και φορείς, κ.α. (Επιτροπής Ερεύνης και Οικονομικού Προγραμματισμού, 1959; Τήνιος, 2001).

Σύμφωνα με τα μέλη της επιτροπής, η κατάσταση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα εμφάνιζε σε επίπεδο οργάνωσης και λειτουργίας, ορισμένες σοβαρές λειτουργικές αδυναμίες, συνέπεια των οποίων ήταν *«η μη ικανοποιητική υγειονομική περίθαλψις του ασφαλισμένου πληθυσμού, η άνισος συσχέτισις προυποθέσεων και παροχών εις τον κλάδον συντάξεων και ο κλονισμός του ασφαλιστικού ισοζυγίου πλείστων όσων ασφαλιστικών φορέων»* (Λούρος και Τσουκάτος, 1963).

Το ζήτημα ωστόσο δεν αφορούσε μόνο τον ασφαλισμένο πληθυσμό, αλλά κυρίως το τμήμα εκείνο του πληθυσμού – όπως οι αγρότες και οι ανασφάλιστοι - που λάμβανε υποτυπώδεις ή ανύπαρκτες υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης (Τσουδερού – Παπαδάτου, 1963). Είναι χαρακτηριστικό πως με βάσει υπολογισμούς της επιτροπής, ο παραπάνω πληθυσμός ανερχόταν σε 6,5 εκατομμύρια κατοίκους ή στο 70% του πληθυσμού της χώρας, γεγονός που καθιστούσε ως απολύτως αναγκαία τη λήψη μέτρων από πλευράς κράτους για την αντιμετώπιση του ασφαλιστικού προβλήματος αλλά και τη γενίκευση της παρεχόμενης ιατρικής περίθαλψης ώστε να καλύψει το σύνολο της χώρας.

Στο πλαίσιο αυτό, τα μέλη της επιτροπής προχώρησαν επισταμένα και αυτοτελώς στη μελέτη οργάνωσης ενός συστήματος γενικής περίθαλψης που θα κάλυπτε σταδιακά όλες τις περιοχές της χώρας, διατυπώνοντας μέσα από μία πολυσέλιδη εισηγητική έκθεση τις προτάσεις τους για την επίτευξη του ανωτέρω στόχου, συμπεριλαμβάνοντας ειδικές αναφορές για βασικούς τομείς του υγειονομικού συστήματος, όπως για την ανοικτή και κλειστή περίθαλψη, την προστασία της μητρότητας και τη φαρμακευτική περίθαλψη (Λούρος και Τσουκάτος, 1963).

Ειδικότερα, στην έκθεση για τη γενική περίθαλψη του πληθυσμού, η οποία ολοκληρώθηκε και υποβλήθηκε προς τον Πρωθυπουργό τον Δεκέμβριο του 1959 – δημοσιεύτηκε ωστόσο τέσσερα χρόνια μετά, το έτος 1963 - τα μέλη της επιτροπής Κοινωνικών Ασφαλίσεων, πρότειναν, μεταξύ άλλων, την εφαρμογή μιας σειράς μέτρων και πολιτικών που περιλάμβαναν:

1. Τον επαναπροσδιορισμό του περιεχομένου της γενικής περίθαλψης με την παροχή ενός ελάχιστου επιπέδου παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών από το κράτος. Στο πλαίσιο αυτό, η παροχή των υπηρεσιών περίθαλψης του πληθυσμού, η οποία διακρινόταν σε ανοικτού και κλειστού τύπου, θα περιλάμβανε κατ' ελάχιστον υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας, παροχής φαρμάκων, μαιευτικής αντίληψης και νοσοκομειακής και σανατοριακής περίθαλψης.

2. Την καθιέρωση του θεσμού του γενικού ιατρού, ως βασικού πυλώνα του συστήματος ανοιχτής περίθαλψης.

3. Τον επανακαθορισμό του μοντέλου οργάνωσης, λειτουργίας και χρηματοδότησης της ανοιχτής περίθαλψης. Στο πλαίσιο αυτό, η επιτροπή πρότεινε όπως οι ιατρικές υπηρεσίες γενικής ιατρικής και παιδιάτρου να παρέχονται στις πόλεις έναντι κατ' αποκοπή αμοιβής, δηλ. ο κάθε ιατρός να αμειβόταν από τον ασφαλιστικό φορέα με συγκεκριμένο ποσό κατ' έτος ανά δικαιούχο περίθαλψης, ο δε μέγιστος αριθμό εγγεγραμμένων δικαιούχων δεν θα μπορούσε να ξεπερνά τους 3.000 πολίτες. Ο κάθε πολίτης, σύμφωνα με το σχέδιο της Επιτροπής, θα ήταν ελεύθερος να επιλέξει – τόσο για τον ίδιο όσο και για τα μέλη της οικογένειας του – τον ιατρό της επιλογής του ενώ ο ωφελούμενος θα είχε τη δυνατότητα να λαμβάνει ιατρική φροντίδα τόσο στο ιδιωτικό ιατρείο όσο και κατ' οίκον.

Σε ότι αφορά τους μικρούς οικισμούς της χώρας – και με δεδομένη τη μη επάρκεια και την ανισοκατανομή του ιατρικού δυναμικού – προβλεπόταν ένα διαφορετικό σύστημα αποζημίωσης των ιατρών γενικής ιατρικής, οι οποίοι θα αμείβονταν με πάγιο μισθό ανά μήνα, ενώ ταυτόχρονα προτεινόταν να εξεταστεί για τους ιατρούς της υπαίθρου η συνδυαστική αποζημίωση, τόσο με βασικό μισθό όσο και κατά κεφαλήν, προκειμένου με αυτόν τον τρόπο να δοθούν οικονομικά κίνητρα στο ιατρικό προσωπικό για να εγκατασταθούν στην ύπαιθρο. Επιπλέον, πρόταση της επιτροπής ήταν οι ιατρικές υπηρεσίες ειδικοτήτων να παρέχονται στις μεγάλες πόλεις μέσω των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, μετά από παραπομπή του οικογενειακού ιατρού ενώ για τις περιπτώσεις όπου τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων δεν θα επαρκούσαν για την εξυπηρέτηση του πληθυσμού, θα λειτουργούσαν παράλληλα και πολυϊατρεία που θα παρείχαν τις παραπάνω εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες.

4. **Την αναδιοργάνωση του συστήματος κλειστής περίθαλψης.** Σύμφωνα με το σχέδιο της επιτροπής, η κλειστή περίθαλψη θα γινόταν μέσω των κρατικών νοσοκομείων ή των επιχορηγούμενων από το κράτος ΝΠΙΔ, ενώ οι ιδιωτικές κλινικές θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν στο νέο σύστημα, εφόσον πληρούσαν συγκεκριμένες προϋποθέσεις από άποψη επάρκειας αριθμού κλινών, στελέχωσης και υποδομών, ώστε να εξασφαλίζεται η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών περίθαλψης, αντίστοιχη με αυτή που θα παρείχαν τα κρατικά νοσοκομεία.

5. Την ίδρυση και λειτουργία 6-8 νέων νοσοκομείων - εκτός των περιοχών της Αθήνας, Πειραιά και Θεσσαλονίκης - πλήρως εξοπλισμένων και στελεχωμένων, προκειμένου να υπάρξει ενίσχυση των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών, ιδιαίτερα στην επαρχία. Τα εν λόγω νοσοκομεία, προορίζονταν να καλύψουν, κατ' ουσία, το κενό που υπήρχε στην εξειδικευμένη περίθαλψη στην περιφέρεια, και γι' αυτό το λόγο η Επιτροπή πρότεινε όπως οι διευθυντές των κλινικών των ανωτέρω νοσοκομείων, να εκλέγονται μεταξύ των υφηγητών Πανεπιστημίων, ενώ σε αυτά θα γινόταν και η πρακτική άσκηση των τελειόφοιτων της ιατρικής. Για τα λοιπά επαρχιακά νοσοκομεία, άποψη της Επιτροπής ήταν πως θα έπρεπε να *«μετατραπούν σε απλά ελαφρώς εξοπλισμένα νοσηλευτικά κέντρα, συνδεόμενα κατά οργανικόν τρόπον προς τα βασικά νοσοκομειακά συγκροτήματα».*

6. Τη διάθεση ποσοστού των κλινών των κρατικών νοσοκομείων για την νοσηλεία της ιδιωτικής πελατείας των ιατρών επί πληρωμή. Με το μέτρο αυτό εκτιμούνταν πως υπάρξει αφενός μείωση του μέσου κόστους της κρατικής νοσοκομειακής περίθαλψης και αφετέρου ανακοπή της «διαρροής» ασθενών από τα κρατικά νοσοκομεία προς τα ιδιωτικά. Επίσης, στους ασθενείς που θα νοσηλεύονταν στα κρατικά νοσοκομεία, θα παρεχόταν – σύμφωνα με την Επιτροπή - η δυνατότητα νοσηλείας σε αναβαθμισμένη θέση, καταβάλλοντας στο νοσοκομείο την αντίστοιχη οικονομική διαφορά.

7. Τη λήψη ειδικών μέτρων για την προστασία της μητρότητας. Στη βάση της αντίληψης ότι το κράτος οφείλει να λαμβάνει όλα τα απαραίτητα μέτρα για να προστατεύσει το σύνολο των μελλουσών μητέρων - ανεξάρτητα από τις οικονομικές, κοινωνικές και λοιπές συνθήκες που μπορεί να βιώνουν - και να διασφαλίσει τη σωματική και ψυχική υγεία των ιδίων και των παιδιών τους (Σταθόπουλος, 1996), τα μέλη της Επιτροπής επεξεργάστηκαν μια σειρά από προτάσεις, οι οποίες, μεταξύ άλλων, αφορούσαν:

- τη λειτουργία πρότυπων μαιευτικών - γυναικολογικών κέντρων ανά τη Χώρα για την προστασία της μητρότητας όσο και την υγείας των γυναικών εν γένει, μέτρο το οποίο είχε ωστόσο ένα υψηλό κόστος υλοποίησης,
- την εφαρμογή του συστήματος των κινητών ιατρείων - ιδιαίτερα στην ύπαιθρο – τα οποία θα στελεχώνονταν από ιατρό και επισκέπτρια υγείας και θα είχαν ως αποστολή την εξέταση των γυναικών κάθε ηλικίας και την παρακολούθηση των όρων υγιεινής και διαβίωσης τους,
- τη συμπλήρωση-επέκταση των κοινοτικών υγειονομικών σταθμών ανά τη χώρα προκειμένου να καλυφθεί η εκτέλεση των τοκετών των πρωτοτόκων τέκνων και
- την ανέγερση πρότυπου μαιευτηρίου στη Θεσσαλονίκη, δυναμικότητας 200 περίπου κλινών, εντός του οποίου θα λειτουργούσε και σχολή μαιών. Σε κάθε περίπτωση, κοινή θέση της Επιτροπής ήταν ότι *«η προστασία της μητρότητος δέον ν' αποτελέση αντικείμενον ιδιαιτέρας μερίμνης εντός του προγράμματος γενικής περιθάλψεως»*.

8. Τον εξορθολογισμό του συστήματος φαρμακευτικής περίθαλψης. Σύμφωνα με το σχέδιο της επιτροπής, η φαρμακευτική περίθαλψη θα παρέχονταν μέσω των λειτουργούντων φαρμακείων, τα οποία και θα εκτελούσαν τις συνταγές των ιατρών.

Στους μικρούς οικισμούς όπου δεν υπήρχαν φαρμακεία, θα ήταν δυνατή η χορήγηση βασικών φαρμάκων απευθείας από τον ιατρό στους ασθενείς. Επιπλέον και με δεδομένο το υψηλό κόστος της φαρμακευτικής περίθαλψης αλλά και την ανάγκη για έλεγχο της κατανάλωσης των φαρμάκων, τα μέλη της Επιτροπής εισηγούνταν τη λήψη μέτρων, όπως:

- την καθιέρωση οικονομικού συνταγολογίου για τα φάρμακα,
- τη συμμετοχή των δικαιούχων περίθαλψης στο κόστος της φαρμακευτικής αγωγής,
- την εισαγωγή – και διάθεση μέσω των φαρμακείων ή των ιατρών – φαρμακευτικών σκευασμάτων μεγάλης κατανάλωσης από τον αρμόδιο φορέας της γενικής περίθαλψης και
- την ανάπτυξη από το Κράτος, εγχώριας παραγωγής φαρμακευτικών σκευασμάτων ευρείας κατανάλωσης για την υποκατάσταση των εισαγωγών.

9. Την ανάθεση της συνολικής ευθύνης **οργάνωσης, συντονισμού και παρακολούθησης του έργου της γενικής περίθαλψης του πληθυσμού στο ΙΚΑ,** το οποίο θα αποτελούσε τον κεντρικό φορέα του νέου συστήματος, ο οποίος θα τελούσε υπό την άμεση εποπτεία του Υπουργείου Κοινωνικής Πρόνοιας και Εργασίας.

Παράλληλα, τα μέλη της επιτροπής προχώρησαν και σε μια αδρή εκτίμηση του κόστους που θα απαιτούνταν για την υλοποίηση του προτεινόμενου σχεδίου, το οποίο για το πρώτο έτος της πλήρους εφαρμογής του υπολογιζόταν σε **1,9 δισ. δραχμές** (Πίνακας 7), εκ των οποίων τα 550 εκατομμύρια δραχμές θα αποτελούσαν πρόσθετη δαπάνη που θα το Κράτος θα καλείτο να καταβάλλει σε σχέση με τους ήδη διατιθέμενους πόρους στον τομέα της περίθαλψης.

Πίνακας 7: Κόστος εφαρμογής προτάσεων Επιτροπής Κοινωνικών Ασφαλίσεων για τη γενική περίθαλψη του πληθυσμού

Είδος δαπάνης	**Ετήσια Δαπάνη** (σε δραχμές)
Δαπάνες ιατρικής περίθαλψης *(μισθοδοσία ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, λειτουργία αστικών πολϋιατρείων, κ.α.)*	778.250.000
Δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης	668.250.000
Δαπάνες φαρμακευτικής περίθαλψης	353.000.000
Υπηρεσία κινητών ιατρείων και ασθενοφόρων	10.000.000
Δαπάνες διοίκησης	90.000.000
ΣΥΝΟΛΟ	**1.899.500.000**

Πηγή: Λούρος και Τσουκάτος, 1963

Ωστόσο, στο κείμενο της έκθεσης γινόταν σαφής μνεία πως στο προϋπολογισθέν ποσό δεν περιλαμβάνονταν οι δαπάνες για επενδύσεις σε υγειονομικές εγκαταστάσεις και υποδομές, ενώ βασική παραδοχή που συνόδευε την προσπάθεια υπολογισμού του κόστους των προτεινόμενων μέτρων, ήταν ότι στο νέο σύστημα θα

χρησιμοποιούνταν το σύνολο του ιατρικού δυναμικού της χώρας και ο υπάρχον υγειονομικός εξοπλισμός και πως η εφαρμογή αυτού θα λάμβανε χώρα σταδιακά δεδομένου ότι απαιτούνταν *«σοβαρά οργανωτική προετοιμασία δια την πλήρη εφαρμογή τούτου»* (Λούρος και Τσουκάτος, 1963).

Συμπερασματικά, μπορεί να ειπωθεί πως η έκθεση της Επιτροπής Κοινωνικών Ασφαλίσεων αποτέλεσε **μια συστηματική και οργανωμένη προσπάθεια καταγραφής και τεκμηρίωσης των αναγκαίων πολιτικών που είχε η χώρα για τη βελτίωση του ασφαλιστικού και υγειονομικού συστήματος**, σε μία περίοδο όπου το αίτημα για καθολική ασφαλιστική και υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού αποτελούσε κοινωνική αναγκαιότητα και πολιτική επιταγή. Άλλωστε, ο ίδιος ο Πρωθυπουργός Κωνσταντίνος Καραμανλής ήταν αυτός που κατά τη διάρκεια των προγραμματικών του δηλώσεων στις 10 Ιουνίου 1958, είχε θέσει ως προτεραιότητα την ολοκλήρωση του θεσμού της αγροτικής ασφάλισης και τη βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης του αγροτικού πληθυσμού (Αναστασίου, 2015).

Υπό το πρίσμα αυτό, τα πορίσματα και οι προτάσεις της Επιτροπής, έγιναν κατ' αρχήν ασμένως δεκτές από την κυβέρνηση Καραμανλή, παρέχοντας το αναγκαίο επιστημονικό και μεθοδολογικό πλαίσιο για την υποστήριξη και προώθηση των μεταρρυθμιστικών πολιτικών που η Ελληνική κυβέρνηση είχε εξαγγείλει για την περίοδο 1960-1964 (Υπουργείο Συντονισμού, 1960).

Στη βάση αυτών, κατατέθηκε στη Βουλή των Ελλήνων, στις 18 Νοεμβρίου 1960, το νομοσχέδιο με τίτλο *«Περί Γεωργικών Κοινωνικών Ασφαλίσεων»* - το οποίο έγινε νόμος του Κράτους στις 18 Μαΐου 1961 (Νόμος 4169/1961, ΦΕΚ 81/τχ. Α'/18.5.61). Με τον εν λόγω Νόμο, θεσμοθετήθηκε η καθ' ολοκληρίαν ασφαλιστική κάλυψη του αγροτικού πληθυσμού (περίθαλψη, συνταξιοδότηση, ασφάλιση παραγωγής έναντι ζημιών από θεομηνίες), η ολοκλήρωση του δικτύου των αγροτικών ιατρείων και νοσοκομειακών σταθμών και η ίδρυση του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), ο οποίος θα αναλάμβανε τη διαχείριση της τριπλής ασφάλισης περισσότερων από 4,3 εκατομμύρια αγροτών, γεγονός που χαρακτηρίστηκε ως σημείο αναφοράς και σταθμός – μαζί με την ίδρυση του ΙΚΑ - για την εξέλιξη του θεσμού των κοινωνικών ασφαλίσεων στην Ελλάδα (Αναστασίου, 2015; Σιούφας, 2016).

Στα χρόνια που μεσολάβησαν έως τα τέλη της δεκαετίας του 1960, θεσμοθετήθηκαν – στη βάση των υποδείξεων της Επιτροπής Κοινωνικών Ασφαλίσεων – μια σειρά από μέτρα ενίσχυσης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης τα οποία είχαν ωστόσο έναν μεμονωμένο και αποσπασματικό χαρακτήρα. Ενδεικτικά αναφέρεται η καθιέρωση της δωδεκάμηνης υποχρεωτικής υπηρεσίας υπαίθρου για όλους τους απόφοιτους των ιατρικών σχολών, η δωρεάν νοσοκομειακή περίθαλψη των αγροτών και η ίδρυση κινητών υγειονομικών μονάδων για την κάλυψη των ιατρικών αναγκών προβληματικών περιοχών (Ζηλίδης, 1989).

Δυστυχώς, τα μέτρα και οι αλλαγές διαρθρωτικού χαρακτήρα που πρότεινε η Επιτροπή Κοινωνικών Ασφαλίσεων, όπως η ανάληψη από πλευράς του ΙΚΑ της ευθύνης συντονισμού του συστήματος γενικής περίθαλψης και η δημιουργία νέων υγειονομικών υποδομών, παρέμειναν «κενό γράμμα», κύρια λόγω των μείζονων πολιτικο-κοινωνικών γεγονότων που ακολούθησαν ("Ιουλιανά", δικτατορία των Συνταγματαρχών) και τα οποία έθεσαν σε «αναστολή» το όλο εγχείρημα της αναδιάρθρωσης του ασφαλιστικού και υγειονομικού μηχανισμού της χώρας.

5.3.4. Η έκθεση Πάτρα για την Εθνική Πολιτική Υγείας (1970)

Στις αρχές του 1970 - και ενώ είχε μεσολαβήσει το στρατιωτικό πραξικόπημα της 21ης Απριλίου 1967 το οποίο οδήγησε στην κατάλυση του δημοκρατικού πολιτεύματος και στην επιβολή της δικτατορίας - ο Λουκάς Πάτρας, υπουργός κοινωνικών υπηρεσιών και καθηγητής του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, προέβη στην κατάρτιση ενός λεπτομερούς και αναλυτικού σχεδίου μεταρρύθμισης των υπηρεσιών υγείας, υπό τον τίτλο *«Έκθεσις επί της Εθνικής Πολιτικής Υγείας»* (Πάτρας, 1970α).

Η εκπόνηση του αποτέλεσε προϊόν μακράς προεργασίας που διήρκησε πλέον των δύο ετών και στο πλαίσιο αυτού αξιοποιήθηκαν προηγούμενες μελέτες, σχέδια και υπομνήματα επί θεμάτων υγείας καθώς και οι απόψεις και προτάσεις των εμπλεκομένων μερών (stakeholders), μεταξύ των οποίων των ιατρικών σχολών Αθηνών και Θεσσαλονίκης, του πανελλήνιου ιατρικού συλλόγου και του ιατρικού συλλόγου Αθηνών (Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, 1970).

Η έκθεση, η οποία υποβλήθηκε το Μάιο του 1970 στον πρωθυπουργό του δικτατορικού καθεστώτος Γ. Παπαδόπουλο από τον Λ. Πάτρα, προσδιόριζε ως ζητούμενο την εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου σχεδίου αναδιοργάνωσης του συστήματος παροχής ιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα, στη βάση των αρχών της πρόληψης και της βελτίωσης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Σύμφωνα με τον Πάτρα (1970α), η κατάρτιση του σχεδίου Εθνικής Πολιτικής Υγείας θα αποτελούσε *«τὸ ὄργανον, δια τοῦ ὁποίου θὰ ἦτο δυνατὸν νὰ διαπιστωθοῦν αἱ ἀνάγκαι, νὰ κλιμακωθῇ ἐν χρόνῳ ἡ ἱκανοποίησις τούτων καὶ νὰ ἐπιδιωχθῇ δια τῶν διαθέσιμων μέσων κατὰ τὴν φάσιν οἰκονομικῆς καὶ κοινωνικῆς ἀναπτύξεως [...] ἡ ἐπίτευξη τοῦ μέγιστου κοινωνικοῦ ὀφέλους»*.

Στο πλαίσιο της έκθεσης, γινόταν παραδεκτό ότι το σύστημα περίθαλψης της χώρας χαρακτηριζόταν από σοβαρά λειτουργικά προβλήματα, οργανωτικές αδυναμίες καθώς και από χαμηλή ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών. Μεταξύ των πλέον σημαντικών προβλημάτων συγκαταλέγονταν:

(α) η ελλιπής οργάνωση και διοίκηση του υγειονομικού συστήματος και η απουσία εθνικού προγραμματισμού για την υγεία,

(β) ο κατακερματισμός των ασφαλιστικών οργανισμών και η αναποτελεσματικότητα του συστήματος χρηματοδότησης και παραγωγής ιατρικών υπηρεσιών σε συνδυασμό με την ύπαρξη ανισοτήτων στην παροχή και χρήση αυτών,

(γ) η απουσία οργανωμένου συστήματος προληπτικής ιατρικής, παροχής πρώτων βοηθειών και πρωτοβάθμιας περίθαλψης,

(δ) οι ελλείψεις στη νοσοκομειακή υποδομή,

ε) η υποστελέχωση και ανισοκατανομή του υγειονομικού προσωπικού, τόσο γεωγραφικά όσο και ανά ειδικότητα,

(στ) η ελλιπής εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και

(ζ) ο ασθενής έλεγχος της φαρμακευτικής δαπάνης.

Σύμφωνα με τον Πάτρα, οι αιτίες για αυτή την προβληματική κατάσταση του υγειονομικού συστήματος εντοπίζονταν στην *«κατά το παρελθόν έλλειψη οργάνωσης και προγραμματισμού της πολιτικής υγείας […] συνέπεια της οποίας υπήρξε η απουσία, επί κυβερνητικού επιπέδου, ορθής κατανομής των ευθυνών ελέγχου της ασκούμενης πολιτικής, η οποία και ελάμβανε χώρα κατά τρόπον αποσπασματικό, εμπειρικό και τυχαίο υπό την πίεση ομάδων άσκησης πιέσης και συμφερόντων μικρών κοινωνικών ομάδων»* (Μακεδονία, 1970).

Προκειμένου να βελτιωθεί η κατάσταση, η έκθεση προέκρινε ως μείζονα προτεραιότητα την ανάληψη από το κράτος της κύριας ευθύνης για την προστασία της υγείας των πολιτών μέσα από την παροχή ενός ολοκληρωμένου πλέγματος δημόσιων υπηρεσιών ιατρικής, νοσοκομειακής και φαρμακευτικής περίθαλψης στη βάση μιας ενιαίας εθνικής πολιτικής υγείας (Πάτρας, 1970α). Ως βασικοί στόχοι προς επίτευξη της νέας εθνικής πολιτικής υγείας αναφέρονταν η ορθή χωροταξική κατανομή των ιατρών και των νοσοκομειακών κλινών, η βελτίωση της παρεχομένης ιατρικής περιθάλψεως από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, ο συνεχής εκσυγχρονισμός των νοσοκομείων, η συνεχής μετεκπαίδευση των ιατρών, η επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού, οι εφημερίες νοσοκομείων και κλινικών, η παροχή πρώτων βοηθειών, ο έλεγχος των κυκλοφορούντων φαρμάκων, η πρόληψη της μόλυνσης του περιβάλλοντος, η αναδιοργάνωση της υγειονομικής σχολής, η ίδρυση σχολών βοηθητικών υγειονομικών επαγγελμάτων, κ.α. (Πάτρας, 1970β).

Σε αυτό το πλαίσιο, η έκθεση επί της Εθνικής Πολιτικής Υγείας περιέλαβε σειρά μέτρων και ρυθμίσεων για τη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του υγειονομικού συστήματος που, μεταξύ άλλων, αφορούσαν:

1. την ίδρυση ενιαίου φορέα υγείας, ο οποίος θα αναλάμβανε την πλήρη ευθύνη για την οργάνωση και λειτουργία του συστήματος περίθαλψης και την κατανομή των πόρων στις υπηρεσίες υγείας. Δεδομένης, ωστόσο, της συνθετότητας και δυσκολίας εφαρμογής του παραπάνω εγχειρήματος - την οποία η έκθεση αναγνώριζε – προτεινόταν, ως μεταβατική λύση, η σύσταση μιας συντονιστικής αρχής, του Εθνικού Συντονιστικού Συμβουλίου Υγείας (Ε.Σ.Σ.Υ.), η οποία θα ήταν αρμόδια για το συντονισμό του έργου των κλάδων ασθενείας και τον έλεγχο του συνόλου του υγειονομικού δυναμικού των υφιστάμενων φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας (οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης και δημοσίου), με στόχο την αποτελεσματική και ενιαία παροχή υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης (Πάτρας, 1972).

2. την ελεύθερη επιλογή προσωπικού/οικογενειακού γιατρού από τους πολίτες στις αστικές και ημιαστικές περιοχές. Οι προσωπικοί/οικογενειακοί γιατροί θα αμείβονταν κατά κεφαλήν, ανάλογα με τον αριθμό των εγγεγραμμένων ασφαλισμένων (capitation) – ο ελάχιστος αριθμός των οποίων ανερχόταν σε 500 και ο μέγιστος σε 2.500 – και θα αντικαθιστούσαν τους υπάρχοντες ειδικευμένους γιατρούς στον τομέα της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης.

3. την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών περίθαλψης στις αγροτικές περιοχές μέσα από την αναβάθμιση του δικτύου αγροτικών ιατρείων και τη δημιουργία δικτύου κινητών ιατρείων υπαίθρου.

4. τη διαίρεση της χώρας σε μείζονες υγειονομικές περιφέρειες - στη βάση γεωοικονομικών, πληθυσμιακών, συγκοινωνιακών και αναπτυξιακών κριτηρίων

– μέσω της οποίας επιδιωκόταν να αντιμετωπιστεί η άνιση χωροταξική κατανομή των κρατικών θεραπευτηρίων και να διασφαλιστεί η καλύτερη οργάνωση αυτών στο σύνολο της επικράτειας.

5. την κατασκευή νέων νοσοκομείων στην επαρχία σε συνδυασμό με τον εκσυγχρονισμό υφιστάμενων νοσοκομείων στα μεγάλα αστικά κέντρα (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Ηράκλειο, κ.α.) και τη δημιουργία 10.000 νέων κλινών νοσηλείας.
6. την αλλαγή του συστήματος διοίκησης των νοσοκομείων και την καθιέρωση της πλήρους απασχόλησης των νοσοκομειακών ιατρών.
7. την αλλαγή του συστήματος εκπαίδευσης του προσωπικού υγείας στο πλαίσιο της οποίας προβλέπονταν η ίδρυση νέων ιατρικών σχολών, η αναδιοργάνωση της Υγειονομικής Σχολής και η ενίσχυση του ρόλου του υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών στα θέματα εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης του προσωπικού.
8. τον εκσυγχρονισμό της φαρμακευτικής νομοθεσίας με σκοπό τον περιορισμό και τον αποτελεσματικότερο έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης.

Συνολικά, στο σχέδιο εθνικής πολιτικής υγείας περιλαμβάνονταν 38 μέτρα/στόχοι πολιτικής που συνοδεύονταν από ένα σαφώς προσδιορισμένο χρονοδιάγραμμα εφαρμογής καθώς και από μια ειδική καταγραφή των νομοθετικών ή άλλων ενεργειών που απαιτούνταν στο πλαίσιο υλοποίησης αυτών (Πίνακας 8).

Πίνακας 8: Μέτρα πολιτικής και χρονοδιάγραμμα εφαρμογής Σχεδίου Εθνικής Πολιτικής Υγείας

α/α	Μέτρα Πολιτικής Υγείας	Έναρξη εφαρμογής	Απαιτούμενη ρύθμιση
1	Ολοκλήρωση της περίθαλψης ασθένειας για κοινωνικές ομάδες που έχουν μερική προστασία (έμποροι, ιατροί, επαγγελματοβιοτέχνες, κ.λ.π.)	1.1.1971	Περιέχεται ως διάταξη στο Σχέδιο Κώδικα Κοινωνικής Ασφάλειας - Ψήφιση Κώδικα
2	Ανακατανομή 1.400 αγροτικών ιατρείων και 100 υγειονομικών σταθμών	1.10.1970	Β. Διάταγμα - Αποφάσεις Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών
3	Κατασκευή 100 Αγροτικών Ιατρείων	Εντός του 1970	Έγκριση Πρωθυπουργού για τη διάθεση πιστώσεων από ΟΓΑ ή και από Εθνικό Ίδρυμα Πρόνοιας
4	Άσκηση προληπτικής ιατρικής για τους κατοίκους της υπαίθρου δια ετήσιας εξέτασης υπό αγροτικών ιατρών	1.6.1970	Απόφαση Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών
5	Τήρηση καρτέλας ιστορικού και ευρημάτων δια έκαστον δικαιούχο περίθαλψης στους κατοίκους της υπαίθρου	1.3.1971	Απόφαση Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών - Διάθεση πιστώσεων

6	Λειτουργία θεσμού προσωπικού ιατρού για κατοίκους αστικών περιοχών	1.1.1971	Ψήφιση Κώδικα Κοινωνικής Ασφάλειας και ειδικός νόμος για δημοσίους υπαλλήλους
7	Οργάνωση προληπτικής οδοντιατρικής για την ύπαιθρο	1.1.1972	Νόμος - Διάθεση πιστώσεων
8	Οργάνωση προληπτικής οδοντιατρικής για τους ασφαλισμένους αστικών κοινωνικών ομάδων	1.10.1971	Διαταγή Υπουργού - Προσαρμογή φορέων κοινωνικής ασφάλισης
9	Ανέγερση νοσοκομειακών μονάδων μείζονος περιφέρειας		
	α) Απόκτηση οικοπέδων στη Θεσ/νικη, Λάρισα, Καβάλα, Ιωάννινα, Ρόδο, Ψυχιατρείο Κέρκυρας	30.10.1972	Απόφαση απαλλοτρίωσης - Κινείται διαδικασία
	β) κατάρτιση κτιριολογικών προγραμμάτων	31.8.1970	Ανατέθηκε ήδη με απόφαση Υπουργού
	γ) ανάθεση οριστικών μελετών	Τέλος του 1970	Υπουργικές αποφάσεις
	δ) έναρξη χρηματοδότησης κατασκευής και μελέτης εξοπλισμού	1971	Αποφάσεις Υπουργού Συντονισμού
10	Επάνδρωση περιφερειακών νοσηλευτικών μονάδων (απαιτούνται 24 γενικοί επιστημονικοί διευθυντές εκ καθηγητών ή εντεταλμένων υφηγητών Πανεπιστημίων	1972	Νόμοι για ίδρυση δύο νέων Ιατρικών Σχολών ή ρύθμιση της σύνδεσης των περιφερειακών μονάδων με Ιατρικές Σχολές
11	Πλήρης απασχόληση ιατρών νοσοκομείων	Σταδιακή εφαρμογή από 1.1.1971	Νόμος με μισθολογικές επιπτώσεις
12	Αναπροσαρμογή νοσηλίων κρατικών νοσοκομείων, νοσηλευτικών ιδρυμάτων, σύγχρονων και κοινών κλινικών	1.1.1971	Απόφαση Συμβουλίου Οικονομικής Πολιτικής
13	Αλλαγή συστήματος διοίκησης νοσοκομείων (α) ολιγομελή διοικητικά συμβούλια (β) σύσταση κοινωνικών συμβουλίων, (γ) γενικοί διευθυντές στα μεγάλα νοσοκομεία	1.1.1971	Νόμος
14	Σύσταση επιτροπής εξοπλισμού νοσοκομείων	1.10.1970	Κοινή Απόφαση Υπουργών Παιδείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών

15	Νέο σύστημα εφημερίας για Αθήνα και Πειραιά (καθολική εφημερία όλων των κρατικών νοσοκομείων και κοινωφελών ιδρυμάτων δια μίας παθολογικής και μίας χειρουργικής κλινικής τουλάχιστον, εξοπλισμός των αυτοκινήτων Α' βοηθειών του ΙΚΑ και Ε.Ε.Σ. δι' ασυρμάτων, στάθμευση αυτών στα Αστυνομικά τμήματα και κατεύθυνση αυτών από Κέντρο Ελέγχου).	1.10.1970	Απόφαση Υπουργού - Επάνδρωση νοσοκομείων
16	Σύστημα εφημερίας ιατρών κατά Σαββατοκύριακα και εορτές	1.10.1971	Νόμος
17	Μετατροπή μικρών νοσοκομείων επαρχίας σε υγειονομικούς σταθμούς και αναδιοργάνωση νομαρχιακών νοσοκομείων.	Σταδιακή εφαρμογή από 1.1.1973	Β. Διάταγμα -Διάθεση πιστώσεων
18	Ρύθμιση κατάστασης ιατρών (δ/ντες, επιμελητές, βοηθοί) και υγειονομικού προσωπικού νοσοκομείων	1.1.1971	Νόμος
19	Ρύθμιση οργάνωσης ιδιωτικών κλινικών	1.1.1972	Νόμος
20	Ανέγερση νέων πτερύγων ή νοσοκομείων λοιμωδών νοσημάτων		
	α) Νοσοκομείο Παίδων "Αγία Σοφία"	Περάτωση 30.12.1970	
	β) Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης	Έναρξη το 1971	Απόφαση Υπουργού Συντονισμού
	γ) Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης	Ανάθεση μελέτης 1.3.1971	Απόφαση Υπουργού Συντονισμού
	δ) Περίπτερο Χανσενικών Αθηνών	Έναρξη κατασκευής 1.10.1970	Κατακύρωση διαγωνισμού
21	Οργάνωση Αντικαρκινικών σταθμών διαγνώσεως - Εκπαίδευση ιατρικών και νοσηλευτικών στελεχών	1.3.1971	Νόμος
22	Αναδιοργάνωση Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής	1.1.1971	Β. Διάταγμα
23	Ανασύνταξη νομοθεσίας "περί ψυχικής υγιεινής".	Υποβολή νομοσχεδίου μέχρι 1.8.1971	Νόμος
24	Ανασύνταξη νομοθεσίας προστασίας εξ αφροδισίων	Υποβολή νομοσχεδίου μέχρι 1.8.1971	Νόμος

25	Οργάνωση αιμοδοσίας προς επίτευξη εξασφάλισης των αναγκαιουσών ποσοτήτων αίματος:		
	α) Κατάρτιση σχεδίου κινητοποίησης υπηρεσιών υπουργείου, Εκκλησίας, Πανεπιστημίων, Στρατού, σωματείων, κοινής γνώμης	1.11.1970	Απόφαση Υπουργού
	β) Έναρξη σταυροφορίας	1.3.1971	Κυβερνητική Απόφαση
	γ) Βελτίωση θέσεως προσωπικού αιμοδοσίας	1.1.1971	Νόμος
	δ) Εφαρμογή μέτρων ελέγχου αίματος	1.3.1971	Διαταγή Υπουργού - Προσαρμογή εργαστηρίων
26	Ίδρυση εργαστηρίου Μεσογειακής αναιμίας στο νοσοκομείο "Β. Παύλος" Αθηνών	1.1.1971	Διάταγμα - Πιστώσεις
27	Νέα νομοθεσία διέπουσα έγκριση και κυκλοφορία φαρμάκων	Υποβολή νομοσχεδίου μέχρι 31.12.1970	Προεργασία Κ.Ε.Ε.Φ. - Νόμος
28	Σύνταξη ελληνικής φαρμακοποιίας	Περάτωση έργου μέχρι 31.1.1971	-
29	Σύνταξη ελληνικού συνταγολογίου και έκδοση πινάκων κυκλοφορούντων φαρμάκων και ποσοστό συμμετοχής σε δαπάνη περίθαλψης	1.6.1971	Προεργασία Κ.Ε.Ε.Φ. - Ψήφιση Κώδικα Κοινωνικής Ασφάλειας - Νόμος για δημοσίους υπαλλήλους - Κανονισμός για φορείς κοινωνικής ασφάλισης
30	Αναδιοργάνωση Ανωτάτου Υγειονομικού Συμβουλίου, ως Κεντρικού Συμβουλευτικού Οργάνου Πολιτικής Υγείας	Υποβολή νομοσχεδίου μέχρι 1.11.1970	Νόμος
31	Αναδιοργάνωση Γενικής Διεύθυνσης Υγιεινής και Περιφερειακών Υπηρεσιών - Οργανισμός Υπουργείου	Υποβολή νομοσχεδίου μέχρι 31.12.1970	Νόμος. Εάν δεν εκδοθεί από την Κυβέρνηση γενικός εξουσιοδοτικός νόμος για την κατάρτιση όλων των οργανισμών των υπουργείων δια Β. Διαταγμάτων
32	Αναδιοργάνωση Υγειονομικής Σχολής	Υποβολή νομοσχεδίου μέχρι 31.7.1970	Νόμος
33	Οργάνωση Εθνικού Συντονιστικού Συμβουλίου Υγείας και της γραμματείας αυτού, ως οργάνου ελέγχου της εφαρμογής συστήματος προσωπικού ιατρού	1.1.1971	Ψήφιση Κώδικα Κοινωνικής Ασφάλειας - Νόμος για δημοσίους υπαλλήλους

34	Συμπλήρωση θέσεων υγιεινολόγων ιατρών Υπουργείου	1.1.1971	Απόφαση Υπουργού
35	Ειδίκευση Βιοχημικών και αναγνώριση ειδικότητας	Υποβολή νομοσχεδίου μέχρι 30.6.1970	Νόμος
36	Μετεκπαίδευση διοικητικού προσωπικού φορέων υγείας	Έναρξη από 1.3.1971	Αποφάσεις Υπουργών Προεδρίας και Κοινωνικών Υπηρεσιών
37	Ανά τριετία μετεκπαίδευση επί μήνα ιατρών αγροτικών ιατρείων	Έναρξη από 1.1.1972	Απόφαση Υπουργού
38	Βελτίωση κατάστασης ιατρικού προσωπικού και όρων περίθαλψης ασθενείας, εφ' όσον εγκριθούν ως δυναμικοί στόχοι Γενικού Κρατικού Προϋπολογισμού	1971	Απόφαση Πρωθυπουργού

Πηγή: Πάτρας, 1970α

Εκτός όμως από τα μέτρα και το χρονοδιάγραμμα υλοποίησης αυτών, η έκθεση κατέγραφε αναλυτικά και το δημοσιονομικό κόστος που θα ανέκυπτε από τη εφαρμογή των νέων μέτρων και το οποίο ανερχόταν συνολικά στα 10 δις δραχμές (Πίνακας 9) - εκ των οποίων τα 2,9 δις θα αποτελούσαν πρόσθετη δαπάνη - γεγονός που καθιστούσε αναγκαία την αναδιάρθρωση του συστήματος χρηματοδότησης των υπηρεσιών περίθαλψης, προκειμένου να επιτευχθεί η πλήρης και αποτελεσματική εφαρμογή του σχεδίου Εθνικής Πολιτικής Υγείας.

Πίνακας 9: Κόστος υλοποίησης σχεδίου Εθνικής Πολιτικής Υγείας

Είδος δαπάνης	**Ετήσια Δαπάνη** (σε δραχμές)
Δαπάνες αποζημίωσης 14.000 ιατρών	3.000.000.000
Δαπάνες αποζημίωσης 4.000 οδοντιάτρων	500.000.000
Δαπάνες φαρμακευτικής περίθαλψης	1.500.000.000
Δαπάνες για δημόσια και προληπτική υγιεινή, εκπαίδευση και έρευνα	500.000.000
Δαπάνες για νοσήλια, παρακλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις και θεραπεία (πλην αμοιβής ιατρών)	3.500.000.000
Διοικητικές δαπάνες Εθνικής Πολιτικής Υγείας	500.000.000
Δαπάνες συντήρησης και απόσβεσης κτιρίων, εγκαταστάσεων και εξοπλισμού	500.000.000
ΣΥΝΟΛΟ	**10.000.000.000**

Πηγή: Πάτρας, 1970α

Από τα παραπάνω, γίνεται αντιληπτό πως η έκθεση Πάτρα αποτέλεσε μια καλά μελετημένη και επιστημονικά επεξεργασμένη πρόταση μεταρρύθμισης του ελληνικού υγειονομικού συστήματος κατά την περίοδο της δικτατορίας, η οποία - αντλούσε επιρροή από τη διεθνή εμπειρία και πρακτική και η οποία - επιχείρησε να καταδείξει με εμφατικό τρόπο την ανάγκη αλλά και τη σημασία προώθησης βελτιωτικών αλλαγών στην οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, στη βάση των αρχών του κοινωνικού προγραμματισμού και της τεκμηριωμένης λήψης αποφάσεων.

Η έκθεση, η οποία διαπνέονταν από τη φιλοσοφία οργάνωσης ενός καθολικού δημόσιου συστήματος υγείας που θα «έσπαγε» τις διαχρονικές ανισότητες στον τομέα της περίθαλψης και θα κάλυπτε υγειονομικά τους πολίτες σε κάθε περιοχή της χώρας μέσα από την οργανωμένη παροχή υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής και οικογενειακής φροντίδας, επιδίωξε να επαναπροσδιορίσει το ρόλο του κράτους και της έννοια της ευθύνης στο υγειονομικό πεδίο, εντάσσοντας στο βασικό πυρήνα της κρατικής δράσης την αρμοδιότητα για την προστασία της υγείας των πολιτών.

Το στοιχείο αυτό προσδίδει, αν μη τι άλλο, μια ιδιαίτερη αξία στην εν λόγω έκθεση καθώς, έως τότε, ο ρόλος του κράτους στο σύστημα υγείας ήταν επικουρικός, η δε συζήτηση για μια περισσότερο ενεργή και παρεμβατική δημόσια πολιτική υγείας δεν είχε τύχει της δέουσας πολιτικής σημασίας και προτεραιότητας.

Σε ότι αφορά το πλαίσιο των μεταρρυθμιστικών αλλαγών που η έκθεση προωθούσε, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι χαρακτηριζόταν από μια εγγενή ριζοσπαστικότητα, η οποία ερχόταν σε σαφή αντίθεση με τη συντηρητική αντίληψη και το πατερναλιστικό μοντέλο λήψης αποφάσεων της στρατιωτικής δικτατορίας (Πατρώνης και Λιαργκόβας, 2017).

Χαρακτηριστικά παραδείγματα, η πρόταση δημιουργίας του ενιαίου φορέα υγείας, ο οποίος θα συντόνιζε όλους τους φορείς περίθαλψης, θα συγκέντρωνε τους διαθέσιμους πόρους του υγειονομικού τομέα και θα εξασφάλιζε την ορθολογική κατανομή τους στις υπηρεσίες υγείας αλλά και το μέτρο της γενίκευσης του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, στο πλαίσιο του οποίου οι ασφαλισμένοι θα είχαν τη δυνατότητα ελεύθερης επιλογής προσωπικού ιατρού και εξασφάλισης συνέχειας στη φροντίδα.

Ωστόσο, οι συγκεκριμένες προτάσεις αλλά και αρκετές από τις λοιπές θεσμικές αλλαγές και ρυθμίσεις που πρότεινε ο Πάτρας - οι οποίες απηχούσαν την αντίληψη του για μια σύγχρονη δημόσια κοινωνική διοίκηση (Πάτρας, 1966) - δεν προχώρησαν ποτέ στο επίπεδο της πρακτικής εφαρμογής για μια σειρά από λόγους που, κύρια, ανάγονταν σε ιδεολογικο-πολιτικό και συντεχνιακό επίπεδο.

Ο βασικότερος λόγος αφορούσε την ελλιπή στήριξη του μεταρρυθμιστικού εγχειρήματος αναδιοργάνωσης του συστήματος υγείας και κοινωνικής ασφάλειας από την ίδια την κυβέρνηση της δικτατορίας και τα στελέχη της, δεδομένου ότι οι εν λόγω τομείς δεν αποτέλεσαν ποτέ, επί της ουσίας, προτεραιότητα πολιτικής για την περίοδο 1967-1973, παρά τις εκ διαμέτρου αντίθετες εξαγγελίες του Πρωθυπουργού Γ. Παπαδόπουλου (Σωτηρόπουλος, 1999).

Αντίθετα, μετατράπηκαν σε πεδίο έντονης διαφωνίας και αντιδράσεων στο εσωτερικό αυτής, σε βαθμό τέτοιο που η ψήφιση εγκεκριμένων από την κυβέρνηση νομοθετικών πρωτοβουλιών – όπως αυτό του Κώδικα Κοινωνικής Ασφάλειας που

περιλάμβανε κρίσιμες ρυθμίσεις του σχεδίου Εθνικής Πολιτικής Υγείας (π.χ. Εθνικό Συντονιστικό Συμβούλιο Υγείας) - να ακυρώνεται από στρατιωτικούς κύκλους και στελέχη της δικτατορικής κυβέρνησης που αντιδρούσαν στην εφαρμογή αυτών (Πάτρας, 2014)[2].

Επιπλέον, επί των μεταρρυθμιστικών αλλαγών διατυπώθηκαν έντονες αντιδράσεις και διαμαρτυρίες από μερίδα του ιατρικού κόσμου και των συνδικαλιστικών οργάνων του, γεγονός που κατέστησε ανέφικτη τη διαμόρφωση μιας ευρύτερης κοινωνικής συναίνεσης και συνακόλουθα την προοπτική ανεμπόδιστης υλοποίησης τους (Λαμπρινού, 2021).

Τα παραπάνω σε συνδυασμό με την κριτική που δέχτηκε η έκθεση επί της Εθνικής Πολιτικής Υγείας σχετικά με τους πόρους, τις πηγές χρηματοδότησης και το χρονοδιάγραμμα υλοποίησης αυτής αλλά και το γεγονός ότι η πλήρης εφαρμογή των προτεινόμενων μέτρων προϋπέθετε την έκδοση πληθώρας νομοθετικών και υπουργικών αποφάσεων, οδήγησε στη μη εφαρμογή του μεταρρυθμιστικού σχεδίου και στην παραίτηση του Λ. Πάτρα – ο οποίος, εν τω μεταξύ, είχε κατηγορηθεί ως *«σοσιαλιστής»* και *«εαμίτης»* από στελέχη της στρατιωτικής δικτατορίας - από τη θέση του υπουργού κοινωνικών υπηρεσιών (Πάτρας, 2014).

5.3.5. Η έκθεση του ΚΕΠΕ για την υγεία (1976)

Το 1976, δύο χρόνια μετά την αποκατάσταση της Δημοκρατίας στην Ελλάδα – και αφού είχε μεσολαβήσει η περίοδος της στρατιωτικής δικτατορίας (1967 - 1974) - το **Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (ΚΕΠΕ),** μέσα από μια αναλυτική έκθεση 460 σελίδων που εκπόνησε στο πλαίσιο του προγράμματος ανάπτυξης 1976-1980, διαμόρφωσε μια συστηματική πρόταση για τη μεταρρύθμιση του υγειονομικού συστήματος της χώρας (ΚΕΠΕ, 1976).

Η εν λόγω έκθεση συντάχθηκε από επιτροπή εμπειρογνωμόνων, πρόεδρος της οποίας ορίστηκε μια προσωπικότητα εγνωσμένου κύρους, η **Μερόπη Βιολάκη – Παρασκευά**, Ιατρός - Γενική Διευθύντρια Υγιεινής του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών, η οποία διέθετε μια πολύπλευρη γνώση και σημαντική εμπειρία στα θέματα υγείας. Η σύνθεση της επιτροπής, χαρακτηριζόταν από μια διεπιστημονικότητα και διαθεματικότητα, καθώς οι είκοσι δύο (22) συνολικά επιστήμονες που την αποτελούσαν προέρχονταν από διάφορους κλάδους του τομέα της υγείας, καλύπτοντας ένα ευρύ φάσμα επιστημών. Οι εμπειρογνώμονες που απάρτιζαν την επιτροπή ήταν οι εξής:

- Βιολάκη - Παρασκευά Μερόπη, Γενική Δ/ντρια Υγιεινής Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών (Πρόεδρος).
- Βακαλόπουλος Γεώργιος, Γενικός Επιθεωρητής ΙΚΑ.

[2] Σύμφωνα με τον Πάτρα (2014) η μη νομοθέτηση του Κώδικα Κοινωνικής Ασφάλειας – αλλά και άλλων νομοθετημάτων - προσέκρουσε στην άρνηση του Αντιβασιλέα στρατηγού Γ. Ζωϊτάκη και λοιπών μελών της κυβέρνησης να υπογράψουν το σχετικό Φ.Ε.Κ. καθώς *«…ό Άντιβασιλέας στρατηγός Γεώργιος Ζωϊτάκης ένημέρωσε τόν Πρωθυπουργό καί τούς κύριους συνεργάτες του, ότι ό Στρατός δέν συμφωνεῖ νά συντελεσθεῖ μιά τέτοιας ἔκτασης μεταβολή καί ὅτι δέν προτίθεται νά ὑπογράψη καί νά ἐκδώση τέτοιο νομοθέτημα»*.

- Αβραμίδης Διονύσιος, Δ/ντης Δημόσιας Υγιεινής Υπουργείου Κοινωνικών. Υπηρεσιών.
- Βλαχογιάννης Ιωάννης, Προϊστάμενος Προγραμματισμού και Μελετών Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών.
- Ζωγρομαλλίδης Αθανάσιος, τ. Γενικός Δ/ντης ΙΚΑ.
- Αθανασόπουλος Διονύσιος, Δ/ντης Οργανώσεως και Μεθόδων ΙΚΑ.
- Σύρκας Χρήστος, Προϊστάμενος Κλάδου Υγείας ΟΓΑ.
- Παπαμικρούλη Σταυρούλα, Γενική Επιθεωρήτρια Σώματος Ελληνίδων Αδελφών.
- Καλαντίδου Άννα, Επιμελήτρια Υγιεινής και Επιδημιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών.
- Σισσούρας Αριστείδης, Καθηγητής Πανεπιστήμιου Πατρών.
- Παυλίδης Ιορδάνης, Δ/ντης Τεχνικών Υπηρεσιών Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών.
- Ξανθόπουλος Κωνσταντίνος, Αρχιτέκτονας, ειδικός σε θέματα οργανώσεως νοσοκομείων.
- Αγγελοπούλου Ελένη, Ειδικός σε θέματα κοινωνικής στατιστικής.
- Δοξιάδης Σπυρίδων, Καθηγητής-Πρόεδρος Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού.
- Μαρκαντωνάτος Γρηγόριος, Δ/ντης Υγειονομικής Προστασίας Περιβάλλοντος Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών.
- Σπάρρος Λουκάς, Υφηγητής Παθολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών.
- Τριχόπουλος Δημήτριος, Καθηγητής Πανεπιστήμιου Αθηνών.
- Λιαρόπουλος Λυκούργος, Επιστημονικός Συνεργάτης ΚΕΠΕ.
- Ριτσατάκη Άννα, Επιστημονικός Συνεργάτης ΚΕΠΕ.
- Γκάνα Αναστασία, Επιστημονικός Συνεργάτης ΚΕΠΕ.
- Ματθαίος Γεώργιος, Βοηθός Ερευνών ΚΕΠΕ.

Σύμφωνα με την Μ. Βιολάκη – Παρασκευά, η έκθεση είχε ως στόχο να παράσχει μια αρκετά λεπτομερή εικόνα του θέματος υγεία στην Ελλάδα, επισημαίνοντας και αξιολογώντας τους παράγοντες που το συνθέτουν, ξεκαθαρίζοντας τους γενικότερους σκοπούς που πρέπει να επιδιώκει η κρατική πολιτική στο θέμα αυτό και προδιαγράφοντας, σε γενικές γραμμές, τους στόχους που η επίτευξη τους θα βοηθήσει στην εκπλήρωση των γενικότερων σκοπών (ΚΕΠΕ, 1976).

Στο πλαίσιο της έκθεσης - η οποία αναγνώριζε τη σημαντική συμβολή του προγραμματισμού της υγείας για την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη της χώρας - εξετάστηκαν υφιστάμενα και αναδυόμενα ζητήματα του τομέα της υγείας, όπως η οργάνωση του συστήματος περίθαλψης, οι υποδομές υγείας (νοσοκομειακές – εξωνοσοκομειακές), το ανθρώπινο δυναμικό, η φαρμακευτική πολιτική, η προληπτική ιατρική, οι συνθήκες και τα μέτρα περιβαλλοντικής υγιεινής (ύδρευση, αποχέτευση,

απορρίμματα, ρύπανση ατμόσφαιρας, κ.α.) και οι δαπάνες για την υγεία, με την παράθεση σχετικών ποσοτικών δεδομένων όπου αυτό ήταν εφικτό.

Στο σημείο αυτό, αξίζει να επισημανθεί πως η ανωτέρω επιτροπή αξιοποίησε στοιχεία και επισημάνσεις σχετικής μελέτης που συντάχθηκε από αντίστοιχη επιτροπή ειδικών του ΚΕΠΕ το 1972, η οποία διερεύνησε τις ανάγκες και τα προβλήματα του συστήματος υγείας στο πλαίσιο κατάρτισης ενός μακροπρόθεσμού σχεδιασμού ανάπτυξης της χώρας για την περίοδο 1973-1987 (ΚΕΠΕ, 1972).

Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε, από πλευράς εμπειρογνωμόνων, στο ζήτημα της καταγραφής του επίπεδου και των ιδιαίτερων προβλημάτων υγείας του ελληνικού πληθυσμού, με στατιστική ανάλυση των δεικτών θνησιμότητας από διάφορες αιτίες σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο.

Ειδικότερα, χρησιμοποιήθηκαν τα στοιχεία των θανάτων που σημειώθηκαν στην Ελλάδα κατά την τριετία 1972-1974, με βάση τα κριτήρια του φύλου, της ηλικίας, του γεωγραφικού διαμερίσματος και της κατηγοριοποίησης του πληθυσμού ως προς τον τόπο κατοικίας (αστικός, ημιαστικός και αγροτικός), με τα ευρήματα αυτής να αναδεικνύουν το ζήτημα της περιφερειακής διαφοροποίησης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και την ανάγκη περαιτέρω έρευνας για την αντικειμενική τεκμηρίωση των διαφοροποιήσεων που εντοπίζονταν στο επίπεδο υγείας και περίθαλψης.

Σε ότι αφορά, τα προβληματικά χαρακτηριστικά υγειονομικού συστήματος της χώρας, αυτά αποτέλεσαν πεδίο ενδελεχούς καταγραφής και ανάλυσης (Πίνακας 10), με τα σημαντικότερα εξ αυτών να αφορούν:

- την απουσία ενιαίου πλαισίου και κανόνων για τη χρηματοδότηση του κοινωνικο-ασφαλιστικού συστήματος.
- τον κατακερματισμό και το μεγάλο πλήθος των ασφαλιστικών φορέων σε συνδυασμό με την ελλειμματική λειτουργία των κύριων ασφαλιστικών ταμείων.
- την ύπαρξη μεγάλων περιφερειακών ανισοτήτων όσον αφορά τους πόρους (ανθρώπινο δυναμικό, κλίνες, κ.α.) και τις παρεχόμενες υπηρεσίες των υπηρεσιών υγείας.
- την ανεπάρκεια των διατιθέμενων πόρων για την υγεία. Είναι χαρακτηριστικό πως οι δαπάνες για την υγεία παρέμειναν στάσιμες στο 2% του ΑΕΠ από το 1962-1974, ενώ κατά το ίδιο διάστημα υπήρξε σημαντική επέκταση της υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού.
- τις σημαντικές ελλείψεις και επικαλύψεις που καταγράφονταν στο σύστημα της ανοικτής (εξωνοσοκομειακής) περίθαλψης σε συνδυασμό με την αδυναμία διασύνδεσης του με τη νοσοκομειακή περίθαλψη.
- την αδυναμία ολοκληρωμένης εφαρμογής του θεσμού του οικογενειακού γιατρού.
- την αναποτελεσματική οργάνωση και λειτουργία του συστήματος νοσοκομειακής περίθαλψης σε συνδυασμό με τις σοβαρές ελλείψεις σε υποδομές και προσωπικό.

- την απουσία ενός ολοκληρωμένου πλαισίου ιατρικής εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης στη βάση συγκεκριμένων εκπαιδευτικών στόχων και κριτηρίων.
- την πολυφαρμακία και την κατευθυνόμενη συνταγογράφηση φαρμάκων.
- την έλλειψη συντονισμού και συνεργασίας μεταξύ του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών και των λοιπών φορέων που εμπλέκονται στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας.

Βασική διαπίστωση ήταν ότι το ελληνικό υγειονομικό σύστημα αντιμετώπιζε σοβαρές οργανωτικές και λειτουργικές αδυναμίες, οι οποίες παρέμειναν ανεπίλυτες επί πολλά χρόνια. Η κατάσταση αυτή επιτείνονταν από τη διαχρονική ανεπάρκεια των πόρων που διατίθεντο για τον τομέα της υγείας, από την απουσία συγκροτημένης και ορθολογικής πολιτικής για την αποκεντρωμένη οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, αλλά και από το γεγονός της ανυπαρξίας συστηματικών μελετών και συγκέντρωσης αξιόπιστων πληροφοριών για την προώθηση των αναγκαίων θεσμικών παρεμβάσεων για τη βελτίωση του συστήματος (Τριανταφύλλου και συν., 1952; Τσουδερού – Παπαδάτου, 1963; Κούτρας, 1976).

Πίνακας 10: Τα κυριότερα προβλήματα του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα βάσει της έκθεσης του ΚΕΠΕ

Τομέας	Προβλήματα - Γενικές Διαπιστώσεις
ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	▪ Απουσία ενιαίου πλαισίου και κανόνων για τη χρηματοδότηση του κοινωνικο-ασφαλιστικού συστήματος. ▪ Μεγάλος αριθμός ασφαλιστικών φορέων - Ελλειμματική λειτουργία των κύριων ασφαλιστικών ταμείων. ▪ Σημαντικές διαφοροποιήσεις και ανισότητες στις παροχές μεταξύ των ασφαλιστικών οργανισμών. ▪ Ύπαρξη μεγάλων περιφερειακών ανισοτήτων στην παροχή των υπηρεσιών υγείας - Απουσία ορθολογικής περιφερειακής πολιτικής υγείας. ▪ Έλλειψη συντονισμού και συνεργασίας μεταξύ Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών και λοιπών φορέων που εμπλέκονται στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας. ▪ Ανεπάρκεια διατιθέμενων πόρων για την υγεία (Οι δαπάνες για την υγεία παρέμειναν στάσιμες στο 2% του ΑΕΠ από το 1962-1974, ενώ κατά το ίδιο διάστημα υπήρξε σημαντική επέκταση της υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού). ▪ Απουσία μελετών για οργανωτικά θέματα υγείας. ▪ Ελλείψεις σε εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό και επιτελικό προσωπικό υψηλής στάθμης. ▪ Ύπαρξη διαφορετικών μεθόδων αμοιβής του ιατρικού δυναμικού γεγονός που οδηγούσε σε φαινόμενα προκλητής ζήτησης και παραοικονομίας.

ΑΝΟΙΧΤΗ (ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ) ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	▪ Σοβαρές ελλείψεις και επικαλύψεις που οφείλονται στην απουσία συντονισμού και στην πολλαπλότητα των φορέων και συστημάτων ανοικτής περίθαλψης. ▪ Μη ικανοποιητική λειτουργία αγροτικών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών λόγω της ανισοκατανομής του ιατρικού δυναμικού, του ανεπαρκή προγραμματισμού και της αδυναμίας διασύνδεσης με τη νοσοκομειακή περίθαλψη. ▪ Προβληματική λειτουργία των πολυϊατρείων του ΙΚΑ στα αστικά κέντρα (ακατάλληλες κτιριακές υποδομές, μερική εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, απουσία συστήματος ελέγχου όσον αφορά την πρόσβαση των ασφαλισμένων σε ιατρούς όλων των ειδικοτήτων).
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	▪ Σημαντικές ανισότητες στη γεωγραφική κατανομή των νοσοκομειακών κλινών. ▪ Ελλιπής διασύνδεση των νοσοκομείων με το εξωνοσοκομειακό δίκτυο περίθαλψης, κυρίως στην επαρχία. ▪ Ανεπάρκεια και ανισοκατανομή ειδικών μονάδων νοσηλείας (π.χ. τεχνητοί νεφροί). ▪ Έλλειψη νοσοκομειακών κλινών (κύρια οξείας νοσηλείας). ▪ Χαμηλής ποιότητας νοσοκομειακή υποδομή, κύρια στον ιδιωτικό τομέα. ▪ Σημαντικές ελλείψεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία της επαρχίας. ▪ Απουσία ενιαίας μεθόδου και πολιτικής παραπομπής των ασθενών. ▪ Απουσία επαγγελματικού συστήματος διοίκησης των κρατικών νοσοκομείων και ανεπάρκεια κανονισμών οργάνωσης και λειτουργίας. ▪ Πεπαλαιωμένες κτιριακές υποδομές τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό νοσοκομειακό τομέα (το 40-45% των κρατικών νοσοκομείων της χώρας στεγάζονταν σε κτίρια κατασκευασμένα προ του 1950).
ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ	▪ Περιφερειακή ανισοκατανομή ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού - Σημαντικές ελλείψεις στις υγειονομικές δομές της επαρχίας. ▪ Πληθωρισμός ιατρικού δυναμικού και χαμηλή προσφορά νοσηλευτικού δυναμικού σε σχέση με τις πραγματικές ανάγκες. ▪ Απουσία ολοκληρωμένου θεσμού οικογενειακού γιατρού. ▪ Χαμηλές απολαβές υγειονομικού προσωπικού στο δημόσιο σύστημα υγείας. ▪ Απουσία ολοκληρωμένου πλαισίου ιατρικής εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης στη βάση συγκεκριμένων εκπαιδευτικών στόχων και κριτηρίων. ▪ Μεγάλος αριθμός εισακτέων φοιτητών στις ιατρικές σχολές σε σχέση με τις πραγματικές ανάγκες. ▪ Ανεπάρκεια προσωπικού ειδικά εκπαιδευμένου για τον προγραμματισμό των υγειονομικών υπηρεσιών.
ΦΑΡΜΑΚΟ	▪ Πολυφαρμακία και κατευθυνόμενη συνταγογράφηση φαρμάκων. ▪ Υψηλό κόστος παραγωγής φαρμάκων. ▪ Εμπορευματοποίηση του φαρμάκου.

Πηγή: ΚΕΠΕ, 1976; Ίδια Επεξεργασία.

Στο πλαίσιο της έκθεσης επισημαίνονταν πως βασική επιδίωξη της πολιτικής για την υγεία έπρεπε να αποτελεί η **διασφάλιση της επάρκειας, ποσοτικής και ποιοτικής, των υπηρεσιών υγείας για ολόκληρο τον πληθυσμό**. Προκειμένου δε να καταστεί αυτό εφικτό, προσδιορίζονταν σε αυτήν **τέσσερις (4) κύριοι κατευθυντήριοι άξονες πολιτικών**, οι οποίοι εστίαζαν:

1. στη γενίκευση της συλλογικής κάλυψης για τον κίνδυνο της ασθένειας και την προστασία της υγείας του πληθυσμού.
2. στη σταδιακή εναρμόνιση του επιπέδου προστασίας της υγείας των διαφόρων ομάδων του πληθυσμού, ώστε να καλύπτονται από ένα κοινό βασικό επίπεδο - πρότυπο κάλυψης.
3. στην προώθηση θεσμικών μεταρρυθμίσεων που θα διασφάλιζαν την αποτελεσματικότητα του υγειονομικού συστήματος και την ορθολογική κατανομή των μέσων που απαιτούνταν για την κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού.
4. στη διάθεση επαρκών πόρων, κατά προτεραιότητα, για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών περίθαλψης από το κράτος και τους ασφαλιστικούς φορείς.

Με γνώμονα τα παραπάνω, η έκθεση του ΚΕΠΕ περιέλαβε **τρείς κύριες προτάσεις θεσμικού χαρακτήρα** για τη βελτίωση της κατάστασης του τομέα της υγείας (Κουρής και συν., 2007):

Η **πρώτη πρόταση**, η οποία είχε ένα μεσο-μακροπρόθεσμο χαρακτήρα, αφορούσε τη δημιουργία μιας **ενιαίας Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας**, η υλοποίηση της οποίας αναγνωριζόταν πως εμπεριέχει ένα μεγάλο βαθμό δυσκολίας, καθώς απαιτούσε πολύ μεγάλες θεσμικές αλλαγές οι οποίες θα έπρεπε να λάβουν χώρα σταδιακά και μετά από ευρεία συνεργασία του κράτους, των ασφαλιστικών φορέων, των ασφαλισμένων και των γιατρών.

Η υλοποίηση αυτής της πρότασης – σύμφωνα με την επιτροπή – προϋπέθετε να έχουν προηγηθεί - από πλευράς Κράτους - τα εξής:

(α) η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων κρατικών υπηρεσιών υγείας. Το στοιχείο αυτό, θεωρούνταν απαραίτητη συνθήκη προκειμένου να πεισθεί η πλειοψηφία των γιατρών ότι ο ρόλος τους στη δημόσια υπηρεσία υγείας θα ανταποκρίνονταν στις προσδοκίες τόσο των ίδιων όσο και των πολιτών και ότι τα περιθώρια της ιδιωτικής πρωτοβουλίας θα περιορίζονταν, ώστε να δεχθούν να ενταχθούν στο νέο σύστημα.

(β) η ριζική μεταβολή των συνθηκών απασχόλησης των ιατρών, η οποία περιλάμβανε την κατάργηση αφενός της δυνατότητας πολλαπλής μερικής απασχόλησης των ιατρών και αφετέρου του δικαιώματος τους για παράλληλη άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, τόσο με την ιδιότητα του ελεύθερου επαγγελματία όσο και ως μισθωτού σε κρατικούς φορείς προστασίας της υγείας.

(γ) η κατάργηση ή ο περιορισμός της δυνατότητας ελεύθερης επιλογής του τόπου που θα ασκεί ο γιατρός το επάγγελμα, ώστε να καταστεί δυνατή η ορθολογική κατανομή του ιατρικού δυναμικού στη χώρα.

(δ) η κρατικοποίηση της ιδιωτικής υγειονομικής υποδομής και η ορθολογική περιφερειακή αποκέντρωση της.

Η εν λόγω πρόταση διαπνεόταν από έναν ριζοσπαστικό χαρακτήρα για τα δεδομένα της εποχής - σαφώς επηρεασμένη και από αντίστοιχα μοντέλα υγειονομικής οργάνωσης άλλων χωρών (π.χ. Μ. Βρετανία) - και χαρακτηριζόταν ως *«η πιο δύσκολη λύση για την αντιμετώπιση του προβλήματος της υγείας στη χώρα».* Πάρ' αυτά, η έκθεση του ΚΕΠΕ τασσόταν σαφώς υπέρ της **δημιουργίας ενός εθνικού συστήματος υγείας**, ως μια θεσμική παρέμβαση που *«προάγει περισσότερο αποτελεσματικά την υλοποίηση των επιδιώξεων της πολιτικής για την υγεία και εναρμονίζεται με τις σύγχρονες αντιλήψεις ως προς την έκταση της κρατικής παρέμβασης στον τομέα της υγείας»* (ΚΕΠΕ, 1976).

Η **δεύτερη πρόταση** – η οποία είχε ένα περισσότερο βραχυπρόθεσμο χαρακτήρα – αφορούσε την **ενοποίηση των μεγαλύτερων ασφαλιστικών φορέων** (ΙΚΑ, ΟΓΑ και ΤΕΒΕ) καθώς και οποιαδήποτε άλλου ταμείου ήθελε να συμμετάσχει (Tragakes and Polyzos, 1998). Η διαδικασία ενοποίησης των φορέων ασφάλισης υγείας, τονιζόταν ότι έπρεπε να προχωρήσει σταδιακά, δεδομένου ότι οργανωτικές αλλαγές αυτής της κλίμακας προϋπόθεταν και την εξεύρεση των απαραίτητων πόρων, προκειμένου να βελτιωθεί η περίθαλψη του ΙΚΑ και να υπάρξει εναρμόνιση προς αυτό το επίπεδο των παροχών του ΟΓΑ και του ΤΕΒΕ (Κουρής και συν., 2007). Επιπλέον, η υλοποίηση αυτής της πρότασης συνδεόταν άμεσα με τη λήψη μιας σειράς μέτρων θεσμικού χαρακτήρα, μεταξύ των οποίων η υπαγωγή της υποδομής του Δημοσίου (Κράτους και ΙΚΑ) στο νέο ενιαίο φορέα υγείας, η θέσπιση της δυνατότητας μετάθεσης για τους γιατρούς – σε πρώτη φάση τους νεοπροσλαμβανόμενους - του νέου φορέα και η παροχή κινήτρων για την προσέλκυση ιατρικού δυναμικού στην επαρχία.

Κρίσιμη ωστόσο παράμετρος, που εν πολλοίς θα έκρινε και την επιτυχία ή μη του εν λόγω εγχειρήματος, αποτελούσε – σύμφωνα με την έκθεση – η στάση που θα τηρούσαν οι ιατρικοί σύλλογοι, οι οποίοι καλούνταν να καθορίσουν την αποστολή και τις υποχρεώσεις των γιατρών στο νέο φορέα, θεσπίζοντας ταυτόχρονα και τα θεμιτά όρια άσκησης του ιδιωτικού έργου.

Τέλος, η **τρίτη πρόταση** αφορούσε την καθιέρωση **ενός κοινού πλαισίου συνεργασίας και συντονισμού των υπαρχόντων ασφαλιστικών φορέων για την κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού**. Η συγκεκριμένη πρόταση - η οποία είχε έναν σχετικά βραχύ ορίζοντα εφαρμογής – περιλάμβανε τη λήψη μέτρων οργανωτικού και διαχειριστικού χαρακτήρα, με σκοπό τη βελτίωση της λειτουργικότητας του υφιστάμενου πλέγματος υγειονομικής προστασίας και την άρση μιας σειράς προβληματικών χαρακτηριστικών του συστήματος.

Ωστόσο, για την επιλογή της εν λόγω πρότασης – η οποία δεν προϋπόθετε θεσμικές μεταβολές ευρείας κλίμακας ούτε παρουσίαζε δυσχέρειες στην εφαρμογή της – η επιτροπή διατύπωνε σοβαρές επιφυλάξεις ως προς τα αποτελέσματα της, καθώς θεωρούνταν πως, παρά τις επιμέρους βελτιώσεις που θα επέρχονταν στο σύστημα, δεν θα μπορούσε να επιτευχθεί – μέσω αυτής - η ριζική αναμόρφωση του τρόπου πραγματοποιήσεως της περίθαλψης του πληθυσμού.

Πέραν των ανωτέρω κύριων προτάσεων πολιτικής, η έκθεση πρότεινε και μια σειρά από άλλα μέτρα ανά τομέα πολιτικής. Τα σημαντικότερα εξ αυτών περιλάμβαναν:

- την ενίσχυση της στελέχωσης και του εξοπλισμού των υγειονομικών σταθμών (κέντρων υγείας) και των αγροτικών ιατρείων. Σύμφωνα με τους Βιολάκη και Στεφάνου (1980), οι εν λόγω δομές διαδραμάτισαν ένα σημαντικό ρόλο για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού κατά την περίοδο 1945-1975, ωστόσο οι μεγάλες ελλείψεις σε επιστημονικό και νοσηλευτικό προσωπικό επηρέασαν και μείωσαν την αποδοτικότητα τους στο πέρασμα των ετών.
- τη βαθμιαία επέκταση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού σε όλη τη χώρα,
- τη δημιουργία νέων – πανεπιστημιακών και νομαρχιακών - νοσοκομειακών μονάδων ανά τη χώρα σε συνδυασμό με την δημιουργία νέων ιατρικών σχολών στα μεγάλα αστικά κέντρα της επαρχίας (Ηράκλειο, Πάτρα, Λάρισα ή Βόλος),
- τη καθιέρωση του θεσμού του νοσοκομειακού γιατρού πλήρους απασχόλησης,
- την παροχή δυνατότητας άσκησης ιατρικού έργου από ιδιώτες γιατρούς στα κρατικά νοσοκομεία,
- την εισαγωγή επιστημονικών μεθόδων διοίκησης και οργάνωσης στα νοσοκομεία,
- τη μείωση του αριθμού των εισαχθέντων φοιτητών στις ιατρικές σχολές,
- την καθιέρωση εθνικού συνταγολογίου στον τομέα των φαρμάκων,
- την αναθεώρηση της πολιτικής του κράτους έναντι του ιδιωτικού τομέα υγείας.

Οι προτάσεις αυτές, οι οποίες χαρακτηρίζονταν γενικά από μια προοδευτική αντίληψη, οριοθετούνταν από ένα συγκεκριμένο πλαίσιο αρχών που εστίαζαν στις κοινωνικές όψεις του ζητήματος της υγείας και στις προτεραιότητες που έπρεπε να συμπεριλάβει το αναπτυξιακό πρόγραμμα της χώρας στον υγειονομικό τομέα (Πίνακας 11).

Πίνακας 11: Βασικές αρχές και προτεραιότητες πολιτικής για την υγεία σύμφωνα με την έκθεση του ΚΕΠΕ

1.	Ιδιαίτερη βαρύτητα πρέπει να αποδοθεί στις κοινωνικές όψεις του προβλήματος της υγείας και γι' αυτό είναι αναγκαία η καθολική κάλυψη του πληθυσμού.
2.	Η υγεία του πληθυσμού σχετίζεται με την ποιοτική και ποσοτική επάρκεια των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται και προϋποθέτει ανάπτυξη σε περιφερειακή βάση.
3.	Η ορθολογική κατανομή και χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας επιβάλλει τον συντονισμό και τη συνεργασία των αρμόδιων φορέων.
4.	Η διασφάλιση της υγείας του πληθυσμού απαιτεί την παροχή υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής υψηλής στάθμης και τον συντονισμό της προληπτικής ιατρικής με την περίθαλψη.
5.	Η εκπαίδευση και η έρευνα στον τομέα της υγείας και της ιατρικής περίθαλψης αποτελούν αναπόσπαστα μέρη του προγραμματισμού της υγείας και πρέπει να αναπτυχθούν και να ενισχυθούν.
6.	Η αντιμετώπιση των προβλημάτων του ανθρώπινου δυναμικού αποτελεί βασική προϋπόθεση για την επίλυση των γενικότερων προβλημάτων του τομέα της υγείας.

Πηγή: ΚΕΠΕ, 1976

Συνοψίζοντας τα παραπάνω, γίνεται σαφές πως **η έκθεση του ΚΕΠΕ αποτέλεσε μια σημαντική προσθήκη στο corpus των εκθέσεων εμπειρογνωμόνων για την πολιτική υγείας στην Ελλάδα**, ιδιαίτερα αν αναλογιστεί κανείς το ευρύτερο κοινωνικο-πολιτικό πλαίσιο εντός του οποίου συντάχθηκε αλλά και την συστηματική διεργασία που ακολουθήθηκε για την τεκμηριωμένη ανάδειξη όλων των δεδομένων που προσδιόριζαν το υγειονομικό σύστημα και τη διαμόρφωση μιας πλήρης δέσμης μέτρων πολιτικής.

Ιδιαίτερη αναφορά αξίζει να γίνει στο πλέγμα των προτάσεων που περιλαμβάνονταν σε αυτήν, οι οποίες διέτρεχαν όλους τους κρίσιμους τομείς του υγειονομικού συστήματος. Κύριο χαρακτηριστικό τους ήταν ότι διαπνεόταν από μια **σαφή κατεύθυνση ενίσχυσης του ρόλου και της παρέμβασης του κράτους στις υγειονομικές πολιτικές** μέσα από έναν σταδιακό σχεδιασμό εφαρμοσμένης δημόσιας πολιτικής, ο οποίος τοποθετούσε στο επίκεντρο του την **αποκεντρωμένη οργάνωση του υγειονομικού συστήματος και τη λειτουργική ενοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών**, με απώτερο στόχο τη δημιουργία ενός **ενιαίου εθνικού συστήματος υγείας**.

Άξιο επισήμανσης είναι επίσης το γεγονός ότι η έκθεση του ΚΕΠΕ υπογράμμιζε, σε αρκετά σημεία αυτής, την ανάγκη **για συνεχή παρακολούθηση των εξελίξεων στον τομέα της υγείας και τη σημασία για συστηματική και εις βάθος μελέτη των υγειονομικών ζητημάτων**, προκειμένου να καταστεί εφικτή η αλλαγή «παραδείγματος» στα ζητήματα της οργάνωσης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας (Βιολάκη – Παρασκευά Μερόπη, προσωπική συνέντευξη, 11 Ιουνίου 2007).

Ο μεταρρυθμιστικός «οδικός χάρτης» που πρότεινε ωστόσο η έκθεση του ΚΕΠΕ παρέμεινε για τα επόμενα χρόνια – και έως τις αρχές της δεκαετίας του 1980 - «άσκηση επί χάρτου», αφού οι προτάσεις και τα μέτρα πολιτικής που τη συνόδευαν βρήκε σφόδρα αντίθετους τόσο το ιατρικό σώμα όσο και τις περισσότερες πολιτικές δυνάμεις (Θεοδώρου και συν., 2001). Οι «αδυναμίες» που χαρακτήριζαν αυτή αφορούσαν, μεταξύ άλλων, στον εμπειρικό χαρακτήρα ορισμένων προτάσεων, στην αδυναμία εναρμόνισης των προτεινόμενων μέτρων με τις σύγχρονες πολιτικο-κοινωνικές επιταγές και στην αδυναμία εκτίμησης των οικονομικών και ανθρώπινων πόρων που θα απαιτούνταν για την υλοποίηση του όλου προγράμματος (ΚΕΠΕ, 1976).

Σε κάθε περίπτωση, η εν λόγω έκθεση θεωρείται **κομβικής σημασίας για την εξέλιξη της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα**. Και αυτό διότι αποτέλεσε την **πρώτη σοβαρή διεπιστημονική προσπάθεια** αποτίμησης της κατάστασης του υγειονομικού συστήματος μετά τη δικτατορία και κατά την περίοδο της μεταπολίτευσης, παρέχοντας το αναγκαίο επιστημονικό υπόβαθρο για τον προγραμματισμό και τη χάραξη μιας συνολικής πρότασης για την πολιτική υγείας στην Ελλάδα (Λιαρόπουλος, 1992; Κουρης και συν., 2007). Ταυτόχρονα**, εισήγαγε στη δημόσια συζήτηση ένα διαφορετικό, σε σχέση με το παρελθόν, προβληματισμό** για τα θέματα υγείας – αποτελώντας βάση αναφοράς για επιστημονικές μελέτες και θεσμικά κείμενα που συντάχθηκαν τα επόμενα χρόνια (Βιολάκη – Παρασκευά Μερόπη, προσωπική συνέντευξη, 11 Ιουνίου 2007), όπως η έκθεση του ΚΕΠΕ για την περιφερειακοποίηση των υπηρεσιών υγείας (1979) ή το σχέδιο νόμου υπό τον τίτλο *«Μέτρα Προστασίας της Υγείας»* (1981) – προδιαγράφοντας, έως ένα βαθμό, τις θεσμικές αλλαγές και παρεμβάσεις που θα ακολουθούσαν τις επόμενες δεκαετίες στο επίπεδο της έμπρακτης οργάνωσης και λειτουργίας των υγειονομικών υπηρεσιών στην Ελλάδα.

5.3.6. Το σχέδιο Δοξιάδη για την προστασία της υγείας (1981)

Το Νοέμβριο του 1977, έναν χρόνο περίπου μετά την δημοσιοποίηση της έκθεσης του ΚΕΠΕ (1976) - η οποία ανέδειξε την ανάγκη εφαρμογής του επιστημονικού προγραμματισμού στον τομέα της υγείας, τεκμηριώνοντας με επιστημονικά κριτήρια την ανάγκη για μεταρρυθμίσεις βασισμένες στη φιλοσοφία ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας – και αμέσως μετά τις πρόωρες εθνικές εκλογές που διεξήχθησαν στις 20 Νοεμβρίου, αναλαμβάνει την πολιτική διοίκηση του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών ο καθηγητής Σπύρος Δοξιάδης, ο οποίος είχε εκλεγεί βουλευτής επικρατείας στην (επανεκλεγείσα) κυβέρνηση του Κωνσταντίνου Καραμανλή.

Ως «πρεσβευτής» του επιστημονικού λόγου και της τεκμηριωμένης πολιτικής, ο Δοξιάδης προχώρησε, άμα τη λήψει των καθηκόντων του στο Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, στη συγκρότηση μιας διεπιστημονικής ομάδας – της Ομάδας Προγραμματισμού Υγείας (ΟΠΥ) – η οποία θα είχε ως αντικείμενο τη συλλογή στοιχείων και τη συνθετική μελέτη για τη διαμόρφωση προτάσεων νομοθετικού ή άλλου περιεχομένου που θα επέτρεπαν *«την αναμόρφωση των υπηρεσιών υγείας πάνω σε βάσεις επιστημονικές και όχι πάνω σε εντυπώσεις, ευχές, επιθυμίες και περιστασιακά γεγονότα»* (Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, 1981).

Η ΟΠΥ, σε συνεργασία με στελέχη του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών, μέλη της πανεπιστημιακής κοινότητας αλλά και επιστημονικούς συμβούλους από χώρες της Ευρώπης, προχώρησε κατά την περίοδο 1977-1979 σε μια συστηματική μελέτη της κατάστασης του ελληνικού συστήματος υγείας – μέσω της ανάλυσης βασικών λειτουργιών αυτού – και εξέτασης των υγειονομικών αναγκών της χώρας σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο.

Παράλληλα, συγκέντρωσε πλούσιο επιστημονικό και στατιστικό υλικό, συνέταξε μελέτες βάσεως για τον καθορισμό των αναγκαίων μέτρων πολιτικής αξιολογώντας τις διεθνείς τάσεις στο υγειονομικό πεδίο και διαμόρφωσε προτάσεις για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Πίνακας 12).

Το αποτέλεσμα των προσπαθειών της ανωτέρω περιόδου ήταν η διαμόρφωση ενός συνεκτικού νομοθετικού σχεδίου υπό τον τίτλο *«Μέτρα προστασίας της υγείας»,* το οποίο εγκρίθηκε από την Κυβερνητική Επιτροπή την άνοιξη του 1980 και τέθηκε σε ευρεία κοινωνική διαβούλευση.

Το εν λόγω σχέδιο πολιτικής – το οποίο ενέχει το χαρακτήρα έκθεσης στο πλαίσια της παρούσας ανάλυσης δεδομένου του μεθοδολογικού πλαισίου που ακολουθήθηκε για την σύνταξη αλλά και του περιεχομένου των προτάσεων του που επηρέασε τις μετέπειτα εξελίξεις στην πολιτική υγείας στην Ελλάδα - αποτελούνταν από εβδομήντα οκτώ (78) συνολικά άρθρα χωρισμένα σε επτά (7) κεφάλαια.

Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονταν ρυθμίσεις για την ενίσχυση του επιστημονικού προγραμματισμού στην υγεία, την αποκεντρωμένη οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, την αναδιάρθρωση του συστήματος παροχής πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές, τη βελτίωση της οργάνωσης και λειτουργίας των νοσοκομείων και την ιατρική-νοσηλευτική εκπαίδευση (Πίνακας 13).

Πίνακας 12: Χρονική κλιμάκωση της διαδικασίας κατάρτισης του σχεδίου νόμου «Μέτρα Προστασίας της Υγείας»		
α/α	**Χρονική Περίοδος**	**Ενέργειες - Διαδικασίες**
1	Καλοκαίρι 1977	Δίνεται η εντολή για την κατάρτιση νόμου για την υγεία, καθώς και οι βασικές κατευθυντήριες γραμμές από τον τότε Πρωθυπουργό Κων. Καραμανλή.
2	Νοέμβριος 1977	Αναλαμβάνει το Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών ο Σπ. Δοξιάδης. Αρχίζει η προσπάθεια για τη μελέτη των βασικών δεδομένων του χώρου της υγείας με την άμεση σύσταση της Ομάδας Προγραμματισμού Υγείας (ΟΠΥ) στο Υπουργείο. Η προσπάθεια αυτή περιέλαβε τα εξής στάδια: (α) Μελέτη της κατάστασης με αξιοποίηση και της εργασίας που είχε γίνει στα πλαίσια του 5ετούς προγράμματος 1976-80 του ΚΕΠΕ. (β) Συγκέντρωση στατιστικών δεδομένων και δημιουργία νέων βάσεων πληροφοριών (νοσοκομειακή περίθαλψη, δαπάνες υγείας, κλπ), (γ) Εκπόνηση μελετών βάσεως για τον καθορισμό μέτρων πολιτικής (περιφερειακή οργάνωση κέντρων υγείας, διανομαρχιακές ροές ασθενών, κλπ). (δ) Μελέτη των διεθνών τάσεων και δεδομένων (ΠΦΥ, περιφερειακή οργάνωση υπηρεσιών υγείας, κλπ).
3	Φθινόπωρο 1979	Παρουσίαση των προτάσεων του Υπουργείου σχετικά με τους σκοπούς, τους στόχους και τα βασικά μέτρα πολιτικής και έγκριση από τον Πρωθυπουργό. Διατύπωση των προτάσεων στο προσχέδιο νόμου «Μέτρα προστασίας της υγείας».
4	Άνοιξη 1980	Κατ' αρχήν έγκριση του προσχεδίου από την κυβερνητική επιτροπή και ευρεία δημοσιοποίηση σε όλους τους συνδικαλιστικούς φορείς και τις ιατρικές σχολές.
5	Φθινόπωρο 1980	Ενσωμάτωση των παρατηρήσεων των διαφόρων φορέων, διαπραγματεύσεις του νέου Πρωθυπουργού Γ. Ράλλη με τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και τους πολιτικούς φορείς.
6	Άνοιξη 1981	Διαπιστώνεται ότι, εν' όψει εκλογών, το νομοσχέδιο δεν θα προωθηθεί στη Βουλή.
7	Σεπτέμβριος 1981	Έκδοση του νομοσχεδίου σε 30.000 αντίτυπα και διανομή του σε όλους τους γιατρούς και τους ενδιαφερόμενους φορείς.

Πηγή: Λιαρόπουλος, 1992

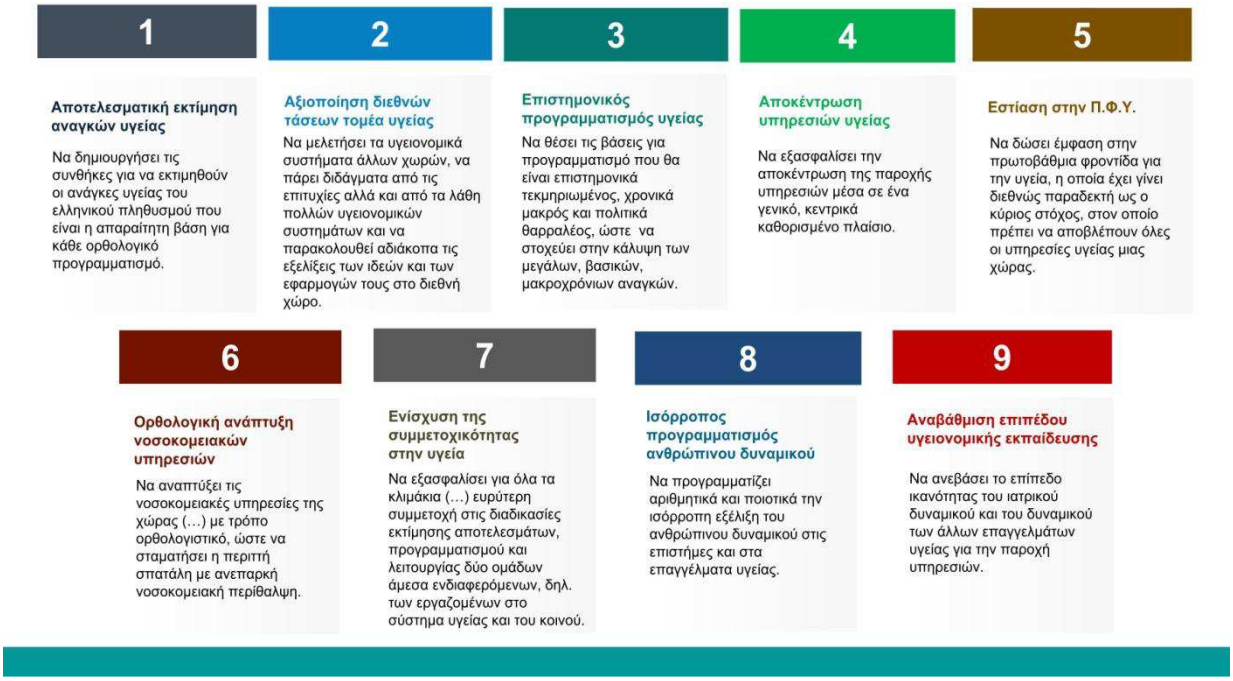
Πίνακας 13: Δομή, περιεχόμενα και κατευθύνσεις πολιτικής του σχεδίου νόμου «Μέτρα Προστασίας της Υγείας»			
Κεφάλαιο	**Τίτλος**	**Άρθρα επί του ν/σ**	**Συνοπτική περιγραφή μέτρων και κατευθύνσεων πολιτικής**
1	Εθνικό Συμβούλιο Υγείας	1-7	Εισαγωγή του θεσμού του Εθνικού Συμβουλίου Υγείας το οποίο θα αποτελούσε το ανώτατο γνωμοδοτικό όργανο της Πολιτείας στη χάραξη της πολιτικής στον τομέα της υγείας και το κεντρικό όργανο προγραμματισμού στην ανάπτυξη αυτής.
2	Περιφερειακή Οργάνωση	8-12	Θέσπιση μέτρων για την αναδιάρθρωση του οργανωτικού σχήματος των υπηρεσιών υγείας και την αποκεντρωμένη λειτουργίας τους - Καθιέρωση του θεσμού των Υγειονομικών Περιφερειών και των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας.
3	Παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό των αγροτικών και ημιαστικών περιοχών	13-23	Εισαγωγή μέτρων για την αναδιάρθρωση του συστήματος παροχής πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές, με επίκεντρο τη χωροθέτηση και ανάπτυξη ενός εκτεταμένου δικτύου Κέντρων Υγείας.
4	Νοσοκομειακή οργάνωση	24-52	Καθιέρωση μέτρων για την βελτίωση της οργάνωσης και λειτουργίας των νοσοκομείων και την ένταξη τους σ' ένα ενιαίο οργανωτικό πλαίσιο που θα ανταποκρινόταν σ' ένα αποκεντρωμένο σύστημα υγείας.
5	Εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας	53-64	Εισαγωγή μέτρων που απέβλεπαν στη βελτίωση του επιπέδου μεταπτυχιακής εκπαίδευσης των ιατρών, στον καλύτερο προγραμματισμό της ειδίκευσης των ιατρών κατά ειδικότητα με στροφή προς την ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής καθώς και στη θέσπιση του αναγκαίου νομικού πλαισίου για την προσαρμογή των κανόνων που διέπουν τα των ιατρικών ειδικοτήτων προς τους αντίστοιχους κανόνες που ισχύουν για τις Ευρωπαϊκές Κοινότητες.

6	Σχολές νοσηλευτικού δυναμικού	65-72	Θέσπιση μέτρων για την εκπαίδευση και αύξηση του νοσηλευτικού δυναμικού ώστε να καλυφθούν ποσοτικά και ποιοτικά οι ανάγκες στον τομέα αυτό.
7	Γενικές, μεταβατικές και τελικές διατάξεις	73-78	Θέσπιση μέτρων γενικού και μεταβατικού χαρακτήρα.

Πηγή: Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, 1981; Ίδια επεξεργασία.

Ιδιαίτερης αναφοράς χρήζουν οι «αμφισβητήσεις» που εισάγονταν στη δημόσια συζήτηση – και οι οποίες διατυπώνονταν αναλυτικά στην εισηγητική έκθεση του σχεδίου – αναφορικά με την αποτελεσματικότητα της ιατρικής επιστήμης, τον έλεγχο του κόστους από τις πολιτικές ηγεσίες και τέλος, τις προτεραιότητες πολιτικής υγείας. Λαμβάνοντας υπόψη τις διαπιστώσεις αυτές, η έκθεση διατύπωνε εννέα επιτελικούς στόχους για τη μεταρρύθμιση στην υγεία (Διάγραμμα 9), οι οποίοι επηρέασαν τη θεωρητική σκέψη και πολιτική πρακτική της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα τα επόμενα χρόνια. Σύμφωνα με μελετητές της περιόδου οι εν λόγω στόχοι *«αποτέλεσαν διαχρονικά μια καινοτομία στον τομέα της πολιτικής υγείας»* (Υφαντόπουλος, 2003).

Διάγραμμα 9: Βασικοί στόχοι μεταρρυθμιστικού σχεδίου «Δοξιάδη» για την υγεία



Πηγή: Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, 1981; Ίδια επεξεργασία.

Η επίτευξη των ανωτέρω στόχων συνδέονταν άρρηκτα με την εφαρμογή των μέτρων - οργανωτικού, λειτουργικού και θεσμικού χαρακτήρα - που περιέχονταν στο σχέδιο Δοξιάδη. Τα σημαντικότερα εξ αυτών περιλάμβαναν (Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, 1981):

1. Τη σύσταση του **Εθνικού Συμβουλίου Υγείας** στο Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών ως ανώτατου γνωμοδοτικού οργάνου για κάθε θέμα πολιτικής στον τομέα της υγείας. Το εν λόγω όργανο θα ήταν επιφορτισμένο με τη μελέτη και εισήγηση προς τον εκάστοτε Υπουργό Υγείας επί οποιουδήποτε θέματος σχετικό με τη νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, την προληπτική ιατρική και την προαγωγή της υγείας.
2. Τη διαίρεση της χώρας σε **Υγειονομικές Περιφέρειες** και τη σύσταση του θεσμού του **Περιφερειακού Συμβουλίου Υγείας (Πε.Σ.Υ.)** το οποίο θα είχε αρμοδιότητες εισηγητικού και γνωμοδοτικού χαρακτήρα προς το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας, τους Νομάρχες, την τοπική αυτοδιοίκηση και τις αυτοτελείς και αυτοδιοικούμενες υγειονομικές μονάδες κάθε περιφέρειας για θέματα σχετικά με τον προγραμματισμό, την ανάπτυξη, την παρακολούθηση και το συντονισμό των θεμάτων υγείας σε περιφερειακό επίπεδο.
3. Την καθιέρωση **ενιαίου συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές της χώρας,** με επίκεντρο τη χωροθέτηση και λειτουργία ενός εκτεταμένου δικτύου Κέντρων Υγείας και Αγροτικών Ιατρείων. Οι εν λόγω δομές θα ήταν, μεταξύ άλλων, αρμόδιες για: α) την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης στον πληθυσμό ευθύνης τους, β) την παροχή δωρεάν φαρμάκων στους αγρότες, γ) τη διακομιδή έκτακτων περιπτώσεων στα νοσοκομεία, δ) την εκπαίδευση των ιατρών στη διάρκεια της υποχρεωτικής κλινικής μεταπτυχιακής άσκησης και για την απόκτηση της ειδικότητας της γενικής ιατρικής και ε) την εκτέλεση επιδημιολογικών και ιατροκοινωνικών ερευνών.
4. Την υπαγωγή της εποπτείας και του ελέγχου όλων των νοσοκομειακών μονάδων – πλην εκείνων των ενόπλων δυνάμεων – στην αρμοδιότητα του **Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών**. Η εποπτεία και ο έλεγχος θα αφορούσε στη λειτουργία των νοσοκομείων και στον τρόπο άσκησης του νοσηλευτικού, επιστημονικού και εκπαιδευτικού τους έργου ενώ για τα νοσηλευτικά ιδρύματα που επιχορηγούνταν από το κράτος, ο έλεγχος θα επεκτεινόταν στην οικονομική διαχείριση και στη διοίκηση τους.
5. Την εισαγωγή ρυθμίσεων για την ενίσχυση της **επιστημονικής διοίκησης των νοσοκομείων** και τον **κοινωνικό έλεγχο**. Στο πλαίσιο αυτό προβλεπόταν ως τυπικό κριτήριο για τον ορισμό των προέδρων των Διοικητικών Συμβουλίων των νοσοκομείων – από τον εκάστοτε Υπουργό Υγείας – η κατοχή πτυχίου από Ανώτατη Σχολή και η ύπαρξη σχετικής επιστημονικής, επαγγελματικής ή και κοινωφελής δραστηριότητας που θα τεκμηρίωνε τις διοικητικές ικανότητες αυτών. Παράλληλα, και προκειμένου να διασφαλιστεί ο κοινωνικός έλεγχος στη διοίκηση των νοσοκομείων, προβλεπόταν στη σύνθεση των Διοικητικών Συμβουλίων η συμμετοχή ενός εκπροσώπου της τοπικής αυτοδιοίκησης.
6. Τη νομοθέτηση του θεσμού του **νοσοκομειακού ιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης**. Για το ανωτέρω τακτικό προσωπικό δεν θα ήταν επιτρεπτή η άσκηση ιδιωτικού ιατρικού έργου έξω από το νοσοκομείο.
7. Τη συγκρότηση σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια ειδικών οργάνων-συμβουλίων τα οποία θα ήταν αρμόδια για την κρίση και επιλογή των υποψήφιων ιατρών για την κάλυψη των θέσεων του τακτικού ιατρικού προσωπικού των νοσοκομείων.

8. Την ίδρυση **Συμβουλίου Ανάπτυξης Στελεχών Υγείας**, το οποίο θα αποτελούσε το κεντρικό όργανο του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών για όλα τα θέματα προγραμματισμού, εφαρμογής και αξιολόγησης της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης των ιατρών αλλά και των λοιπών επαγγελματιών υγείας.
9. Την κατοχύρωση του θεσμού των **βοηθών νοσοκόμων**, την εισαγωγή του θεσμού των **βοηθών θαλάμων** καθώς και την ίδρυση **μέσων Νοσηλευτικών Σχολών** οι οποίες θα είχαν ως στόχο να συμβάλλουν στη βελτίωση του επαγγελματικού και μορφωτικού επιπέδου του νοσηλευτικού προσωπικού αλλά στην αύξηση αυτού.

Παρά ωστόσο το γεγονός πως το σχέδιο Δοξιάδη αντιμετώπιζε με επιστημονική πληρότητα και συστηματικότητα τα υγειονομικά θέματα αιχμής, εντούτοις δεν μπόρεσε να εξασφαλίσει τον απαιτούμενο βαθμό πολιτικής και κοινωνικής αποδοχής και ως εκ τούτου δεν εισήλθε ποτέ στη Βουλή των Ελλήνων για να γίνει νόμος του κράτους, παρά το γεγονός ότι πέρασε από πολλές νομοπαρασκευαστικές επιτροπές, οι οποίες αντί να το υποστηρίξουν ανέστελλαν κάθε φορά την εισαγωγή του στο Κοινοβούλιο (Υφαντόπουλος, 2003; Κουρής και συν., 2007).

Σύμφωνα με τον Λ. Λιαρόπουλο – ο οποίος υπήρξε υπεύθυνος της ΟΠΥ και επιστημονικός συνεργάτης του Σ. Δοξιάδη κατά τη θητεία του στο Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών – ένας από τους κύριους λόγους που ακύρωσαν την ψήφιση του σχεδίου νόμου ήταν το ότι *«θεωρήθηκε πολύ προχωρημένο για την εποχή του»* επισημαίνοντας πως *«τα προβλήματα παρουσιάστηκαν στο στάδιο που μεσολαβεί ανάμεσα στο σχεδιασμό και την υλοποίηση του προγράμματος και εντοπίζονται στην έλλειψη αντιστοιχίας μεταξύ σχεδιασμού και επεξεργασμένης πολιτικής υγείας σε κομματικό και κυβερνητικό επίπεδο»* (Λιαρόπουλος, 1992).

Ενδεικτικό της αμφισβήτησης και της κριτικής που δέχτηκε το σχέδιο Δοξιάδη σε πολιτικό επίπεδο – και ιδιαίτερα από το ίδιο το κυβερνών κόμμα της Νέας Δημοκρατίας και τους τότε γιατρούς-βουλευτές της (Δοξιάδης, 2013) – ήταν ο χαρακτηρισμός του ως «Μαρξιστικής» αντίληψης (Αυγερινός, 2013). Αξιοσημείωτες ήταν επίσης, οι έντονες αντιρρήσεις που διατυπώθηκαν επί του περιεχομένου αυτού από ιατρικούς και συνδικαλιστικούς φορείς, με αποτέλεσμα η προώθηση των προτεινόμενων μέτρων να οδηγηθεί σε «τέλμα» και η όλη μεταρρυθμιστική πρωτοβουλία να παραμείνει «κενό γράμμα».

Έχοντας υπόψη τα παραπάνω και επιχειρώντας μια κριτική αποτίμηση του σχεδίου Δοξιάδη, μπορεί να ειπωθεί πως αυτό χαρακτηρίζονταν από μια ιδιαίτερα προοδευτική αντίληψη και έναν ανανεωτικό χαρακτήρα, αντλώντας σαφώς επίδραση από τις υγειονομικές εξελίξεις και τάσεις σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Τα μέτρα που περιλαμβάνονταν σε αυτό, στόχευαν αφενός στην αναδιάταξη των υγειονομικών θεσμών - δίνοντας έμφαση στο στοιχείο της αποκεντρωμένης οργάνωσης και λειτουργίας του υγειονομικού συστήματος - και αφετέρου στην αναδιάρθρωση του συστήματος παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στον αγροτικό και ημιαστικό πληθυσμό της χώρας, το οποίο θα οργανώνονταν σε μια ενιαία βάση, παρέχοντας μια προτυποποιημένη δέσμη υγειονομικών υπηρεσιών.

Σε ότι αφορά την επιστημονική διαδικασία που συνόδευε την κατάρτιση του σχεδίου – και η οποία διήρκησε περισσότερα από δύο χρόνια – αυτή προσέδωσε στο όλο εγχείρημα ένα μεγάλο βαθμό δημοκρατικότητας, πρωτόγνωρο ίσως για τα δεδομένα της εποχής, στοιχείο το οποίο επιβεβαιώνει και ο ίδιος ο Δοξιάδης στο

προλογικό σημείωμα του, στο τελικό κείμενο της έκθεσης (Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, 1981). Η προσέγγιση αυτή αναγνώριζε τη σημασία και την ανάγκη οικοδόμησης μιας ευρείας συναίνεσης σε πολιτικό, κοινωνικό και επιστημονικό επίπεδο, ως προϋπόθεση για την υλοποίηση των σχεδιαζόμενων αλλαγών (Κουρής και συν., 2006), ανεξάρτητα από το γεγονός ότι στο τέλος αυτή η συναίνεση δεν επιτεύχθηκε.

Άξιο αναφοράς είναι επίσης το ότι για την κατάρτιση αυτού ακολουθήθηκε μια συστηματική και δομημένη διαδικασία προετοιμασίας, τεκμηρίωσης, προγραμματισμού και λήψης αποφάσεων – με τη συμβολή ειδικών επιστημόνων και τεχνοκρατών - στο πλαίσιο της οποίας αποκτήθηκε συμπυκνωμένη γνώση και εμπειρία, η οποία αξιοποιήθηκε για τη διαμόρφωση της αναγκαίας πολιτικής και τη χάραξη στρατηγικής στην υγεία, γεγονός το οποίο συνιστά ζητούμενο στις περισσότερες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες (Λιαρόπουλος, 1992).

Από την άλλη, το σχέδιο *«Μέτρα Προστασίας της Υγείας»* χαρακτηρίστηκε από ορισμένες «εκκωφαντικές» ελλείψεις. Η σημαντικότερη εξ αυτών, αφορούσε το ότι δεν εμπεριέχονταν σε αυτό μέτρα και πολιτικές για κρίσιμους τομείς του υγειονομικού συστήματος που είχαν ανάγκη αναμόρφωσης, όπως το φάρμακο, η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη στις αστικές περιοχές, η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, κ.α. Το γεγονός αυτό οφειλόταν – σύμφωνα με τον Δοξιάδη – στους χρονικούς περιορισμούς που συνόδευαν τον ευρύτερο σχεδιασμό, καθότι «*ήταν χρονικά αδύνατον σ' ένα μόνο κείμενο να περιληφθούν όλοι οι τομείς της υγειονομικής πολιτικής»* αλλά και στην ανάγκη κάθε πρόταση που θα προωθείτο για νομοθετική έγκριση *«να βασίζεται σε απολύτως τεκμηριωμένα επιστημονικά στοιχεία»* (Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, 1981).

Επιπλέον, από το σχέδιο δεν ήταν σαφές πως θα εξασφαλίζονταν οι αναγκαίοι οικονομικοί και ανθρώπινοι πόροι που θα απαιτούνταν, ενώ σημείο προβληματισμού αποτελούσε τόσο η μη ιεράρχηση των μέτρων που περιλαμβάνονταν σε αυτό όσο και η απουσία ενός συγκεκριμένου χρονοδιαγράμματος για την πλήρη εφαρμογή του (Venieris, 1997).

Τέλος, από το σχέδιο Δοξιάδη - και ειδικότερα από την εισηγητική έκθεση αυτού - απουσίαζαν πλήρως αναφορές και διαπιστώσεις για τα προβλήματα που ταλάνιζαν το σύστημα υγείας κατά την περίοδο μελέτης, γεγονός που δεν επιτρέπει στον αναγνώστη/μελετητή αυτού να έχει μια πλήρη εικόνα για την κατάσταση του συστήματος υγείας τη δεδομένη περίοδο και τις «παθογένειες» που το προτεινόμενο σχέδιο επιδίωκε να «θεραπεύσει». Ωστόσο, θα πρέπει να επισημανθεί πως η μη συμπερίληψη τέτοιων πληροφοριών, ερμηνεύεται αφενός λόγω του νομοθετικού-κανονιστικού χαρακτήρα του σχεδίου – καθότι αυτό αποτέλεσε το τελικό κείμενο που προοριζόταν να τεθεί προς έγκριση στη Βουλή των Ελλήνων - και αφετέρου διότι οι πληροφορίες αυτές είχαν καταγραφεί σε προγενέστερο στάδιο από την ΟΠΥ (Βλ. Πίνακας 14), χωρίς όμως να έχουν δημοσιευτεί έως σήμερα.

Συνοψίζοντας, το σχέδιο Δοξιάδη αποτέλεσε μια συγκροτημένη πρόταση για ένα καλά οργανωμένο σύστημα, με θεσμούς και προοδευτικές ρυθμίσεις που ήταν σύμφωνες με τις τότε αντιλήψεις και παραδοχές για την κοινωνική οργάνωση των μηχανισμών παραγωγής και παροχής υπηρεσιών υγείας (Σισσούρας, 2012).

Η εν λόγω μεταρρυθμιστική πρόταση, αν και κατόρθωσε να υπερβεί μια από τις βασικές αιτίες που – διαχρονικά - ευθύνονται για την απόρριψη των μεταρρυθμίσεων στη δημόσια διοίκηση, αυτή του ελλιπούς σχεδιασμού τους (Παγουλάτος, 2009), εν τούτοις δεν κατάφερε να «υπερνικήσει» τις πολιτικές - κομματικές γραμμές και τις κοινωνικές αντιστάσεις που ενεργοποιήθηκαν – σε μια περίοδο που κυοφορούνταν ανακατατάξεις σε πολιτικό και κοινωνικό επίπεδο - για να προασπίσουν ιδεολογικά «λάβαρα» και συντεχνιακά συμφέροντα έναντι του επιστημονικού λόγου και της τεκμηριωμένης πολιτικής, με συνέπεια η μη νομοθέτηση του να προκύψει ως φυσικό επακόλουθο.

Σε κάθε περίπτωση, το σχέδιο Δοξιάδη – το οποίο εξέφραζε την επιστημονική προσέγγιση για μια εξελικτική ανάπτυξη του συστήματος υγείας από το ευκταίο στο εφικτό - ενέπνευσε αρκετούς μεταγενέστερους μεταρρυθμιστές της περιόδου 1980-2004, επιδρώντας σημαντικά στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα. Η σημαντικότερη – ίσως – συμβολή του αφορά στο ότι προετοίμασε το έδαφος για τη μεγαλύτερη θεσμική αλλαγή που πραγματοποιήθηκε ποτέ στο κοινωνικό πεδίο στη χώρα μας, αυτή της εγκαθίδρυσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), η οποία έγινε πράξη λίγα χρόνια αργότερα - το έτος 1983 - με το νόμο 1397 από την κυβέρνηση του ΠΑΣΟΚ. Στο πλαίσιο μάλιστα αυτής της θεσμικής παρέμβασης, κατέστη εφικτή η νομοθέτηση και υλοποίηση αρκετών μέτρων από αυτά που προβλέπονταν το σχέδιο *«Μέτρα προστασίας της υγείας».*

5.3.7. Η έκθεση της ειδικής επιτροπής ξένων εμπειρογνωμόνων (1994)

Στις αρχές του 1994 η ελληνική κυβέρνηση με πρωθυπουργό τον Ανδρέα Παπανδρέου - η οποία είχε αναδειχθεί λίγους μήνες πριν, από τις εκλογές της 10^{ης} Οκτωβρίου 1993 – αποφάσισε να θέσει σε μεταρρυθμιστική προτεραιότητα την ανασυγκρότηση του ΕΣΥ (το πλαίσιο ίδρυσης και λειτουργίας του οποίου αναλύθηκε στην ενότητα 4.5 της παρούσας), αναγνωρίζοντας τις σημαντικές ελλείψεις και δυσλειτουργίες αυτού (Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 1994; WHO, 1996), οι οποίες δεν μπόρεσαν να αντιμετωπιστούν κατά την αρχική περίοδο λειτουργίας αυτού (1983-1993) και οι οποίες είχαν διαμορφώσει στην κοινή γνώμη ένα κλίμα δυσαρέσκειας και χαμηλής ικανοποίησης για το σύστημα και τις υπηρεσίες υγείας (Πίνακας 14).

Είχε προηγηθεί μια περίοδος έντονης πολιτικής αστάθειας (1989-1993) η οποία χαρακτηρίστηκε από τέσσερις εθνικές εκλογικές διαδικασίες, το σχηματισμό δύο κυβερνήσεων συνασπισμού και από μία νομοθετική παρέμβαση «νεοφιλελεύθερης προοπτικής» (Ν. 2071/2002), η οποία επιχείρησε την πλήρη αλλαγή της φιλοσοφίας του ΕΣΥ με την εισαγωγή οιονεί στοιχείων αγοράς και ανταγωνισμού στο σύστημα υγείας (Βενιέρης, 1997).

Σε αυτές τις συνθήκες και προκειμένου να διαμορφωθεί ένα συγκροτημένο εθνικό σχέδιο μεταρρύθμισης του υγειονομικού συστήματος, το Υπουργείο Υγείας απευθύνθηκε σε ειδικούς εμπειρογνώμονες από το εξωτερικό, τους οποίους προσκάλεσε στην Ελλάδα για να μελετήσουν – ως επιτροπή - τις υπηρεσίες υγείας, να καταγράψουν τις αδυναμίες του θεσμικού πλαισίου και να προτείνουν λύσεις για την αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας, με βασικά ζητούμενα τη βελτίωση της ικανοποίησης του κοινού για τις υπηρεσίες υγείας – χωρίς πρόσθετο οικονομικό κόστος - και την αποτελεσματικότερη διαχείριση των πόρων του συστήματος (Abel-Smith και συν., 1994).

Πίνακας 14: Έρευνα της κοινής γνώμης για τις υγειονομικές υπηρεσίες το 1992 (ποσοστά αποκρίσεων)				
Χώρα	**Καλές υπηρεσίες [1]**	**Ανεπαρκείς υπηρεσίες [2]**	**Λιγότερο καλές υπηρεσίες στο μέλλον [3]**	**Προθυμία για επιπλέον πληρωμή υπηρεσιών [4]**
Βέλγιο	92	37	54	47
Γερμανία	91	27	53	32
Δανία	93	46	67	54
Ισπανία	36	72	39	51
Γαλλία	95	36	49	38
Ελλάδα	25	82	47	65
Ιρλανδία	74	58	65	37
Ιταλία	34	82	55	52
Λουξεμβούργο	89	32	27	61
Ολλανδία	93	32	57	45
Ηνωμένο Βασίλειο	81	43	64	54
Ε.Ε. - 12	71	**50**	**53**	**45**

1. «Σε γενικές γραμμές πιστεύεις ότι η ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών είναι καλή;»

2. «Οι υγειονομικές υπηρεσίες που προσφέρονται κατά μέσον όρο στον πολίτη είναι ανεπαρκείς και οι ασθενείς δεν τυγχάνουν της μεταχείρισης που θα έπρεπε;»

3. «Στο μέλλον οι υγειονομικές υπηρεσίες που θα προσφέρονται κατά μέσον όρο στον πολίτη αυτής της χώρας θα είναι χειρότερες από τις σημερινές εξαιτίας των αυξανόμενων δαπανών;»

4. Είμαι πρόθυμος να πληρώσω περισσότερο για καλύτερες υγειονομικές υπηρεσίες, ακόμη κι αν αυτό σημαίνει αυξημένους φόρους.»

Πηγή: Ferrera, 1993.

Η πρωτοβουλία αυτή της ελληνικής κυβέρνησης είχε διττή στόχευση. Αφενός, επιδίωκε να αξιοποιήσει και να μεταφέρει σε εθνικό επίπεδο την πλούσια γνώση και εμπειρία των ξένων εμπειρογνωμόνων σε θέματα πολιτικής και διοίκησης υπηρεσιών υγείας – καθώς όλα τα μέλη της επιτροπής ήταν διαπρεπείς ακαδημαϊκοί και σύμβουλοι εθνικών κυβερνήσεων και συστημάτων υγείας ανά τον κόσμο. Αφετέρου, επιθυμούσε να προσδώσει μεγαλύτερο κύρος και αξιοπιστία στην όλη διαδικασία και στις προτάσεις που θα προέκυπταν, προσδοκώντας ότι αυτές θα γινόντουσαν ευρύτερα αποδεκτές – σε πολιτικό, επιστημονικό και κοινωνικό επίπεδο - και κατά συνέπεια ευκολότερα εφαρμόσιμες.

Πρόεδρος της επιτροπής ξένων εμπειρογνωμόνων ορίστηκε ο διακεκριμένος Καθηγητής **Brian Abel Smith**, Emeritus Professor of Social Administration, LSE Health, London School of Economics, ενώ τα υπόλοιπα μέλη αυτής ήταν οι εξής :

- Καθηγητής **Johan Calltorp**, Professor of Health Services Management, Nordic School of Public Health, Sweden.
- Δρ. **Maureen Dixon**, Director, Institute of Health Service Management Consultants Ltd.
- Καθηγητής **Ad. J. Dunning**, Editor, Dutch Journal of Medicine.
- Καθηγητής **Robert Evans**, Professor of Health Policy, University of British Columbia, Canada.
- Καθηγητής **Walter Holland**, Professor of Public Health Medicine, St. Thomas's Hospital, University of London.
- Καθηγητής **Brian Jarman**, Professor of General Practice, St. Mary's Medical School, University of London.
- Δρ. **Ηλίας Μόσιαλος**, Director of Research, LSE Health, London School of Economics (Συντονιστής).

Τα μέλη της επιτροπής κατέφθασαν στην Αθήνα στις 14 Απριλίου και στο χρονικό διάστημα που μεσολάβησε έως τις 25 Απριλίου 1994 – οπότε και αναχώρησαν από την χώρα - πραγματοποίησαν σειρά επιτόπιων επισκέψεων και επαφών σε υγειονομικές υπηρεσίες προκειμένου να διαπιστώσουν «ιδίοις όμμασι» τα προβλήματα και τις αδυναμίες αυτών.

Στο πλαίσιο του έργου τους, οι εμπειρογνώμονες συναντήθηκαν επίσης με εκπροσώπους πολιτικών κομμάτων, πρώην υπουργούς υγείας, προέδρους νοσοκομείων και διοικητές των κύριων ασφαλιστικών ταμείων, πανεπιστημιακούς και εκπροσώπους φορέων και ενώσεων, συλλέγοντας απόψεις και μαρτυρίες για την κατάσταση και αξιολόγηση του συστήματος υγείας.

Παράλληλα, για την υποβοήθηση του επιστημονικού έργου της ανωτέρω επιτροπής και την καλύτερη κατανόηση του ελληνικού συστήματος υγείας, το Υπουργείο Υγείας ανέθεσε σε ειδική επιτροπή ελλήνων ειδικών τη σύνταξη υλικού τεκμηρίωσης - το οποίο παραδόθηκε στα μέλη της επιτροπής των ξένων εμπειρογνωμόνων και - που περιλάμβανε επικαιροποιημένα στατιστικά στοιχεία και αναλύσεις για τη δομή, την οργάνωση και τα προβλήματα του υγειονομικού συστήματος (Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 1994).

Στη βάση των παραπάνω και αφού αξιολογήθηκαν επαρκώς όλα τα δεδομένα, η επιτροπή των ξένων εμπειρογνωμόνων υπέβαλλε στο Υπουργείο Υγείας το πόρισμα της, επισημαίνοντας - μέσα από μια αναλυτική έκθεση 173 σελίδων - τις ατέλειες του συστήματος υγείας, το σχήμα των μακροπρόθεσμων ρυθμίσεων που θα βελτίωνε την υπάρχουσα κατάσταση και τα άμεσα μέτρα που απαιτούνταν προκειμένου να ξεκινήσει η υλοποίηση του μακροπρόθεσμου σχεδιασμού (Κουρής και συν., 2007).

Βασική διαπίστωση των ξένων εμπειρογνωμόνων ήταν πως το ελληνικό σύστημα υγείας, αν και βρισκόταν σε πορεία ανάπτυξης εντούτοις, αντιμετώπιζε μια σειρά από σοβαρές αδυναμίες και προβλήματα, πολλά εκ των οποίων είχαν ένα χρόνιο χαρακτήρα, ενώ ιδιαίτερο προβληματισμό είχε προκαλέσει στα μέλη της επιτροπής η πρωτοφανής αναρχία και αναποτελεσματικότητα που χαρακτήριζε τη λειτουργία του υγειονομικού συστήματος (Abel-Smith και συν., 1994).

Μεταξύ των ζητημάτων που προσδιορίζονταν ως «αδύναμα σημεία» των προσφερόμενων υγειονομικών υπηρεσιών - και συνακόλουθα του συστήματος υγείας – περιλαμβάνονταν:

1. Η αδύναμη οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας.
2. Η ύπαρξη αντιδεοντολογικών συμπεριφορών και πρακτικών από πλευράς μέρους ιατρών και λοιπού προσωπικού.
3. Η έλλειψη ικανοποίησης και εμπιστοσύνης των πολιτών για τις υπηρεσίες υγείας.
4. Οι μεγάλες γεωγραφικές ανισότητες σε ότι αφορά την ποιότητα και ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.
5. Ο υπερσυγκεντρωτισμός και η γραφειοκρατική διοίκηση του συστήματος υγείας.
6. Η απουσία συστήματος κινήτρων και ανταμοιβών για το προσωπικό των υπηρεσιών υγείας.
7. Η έλλειψη ενός αποτελεσματικού συστήματος ιατρικής πληροφόρησης.
8. Η χαμηλή οικονομική αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας και η απουσία μέτρων για τον περιορισμό του κόστους είτε στην προσφορά είτε στη ζήτηση.
9. Η ασύμμετρη σύνθεση του υγειονομικού προσωπικού, κύριο χαρακτηριστικό της οποίας αποτελούσε αφενός ο υπερπληθωρισμός του ιατρικού δυναμικού και αφετέρου η σοβαρή έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού.
10. Η απουσία συστημάτων και διαδικασιών για τη διασφάλιση της ποιότητας και της καταλληλότητας των υπηρεσιών υγείας.
11. Η εξαιρετικά αδύναμη οργάνωση του συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης.
12. Η ασυνέχεια στην πολιτική υγείας και η αδυναμία εφαρμογής μεταρρυθμιστικών σχεδιασμών.

Η άρση των παραπάνω «αδύναμων» χαρακτηριστικών προϋπόθετε – σύμφωνα με τους εμπειρογνώμονες - τη διαμόρφωση ενός μακροπρόθεσμου, «οραματικού» μεταρρυθμιστικού σχεδιασμού, ο οποίος θα έδινε ιδιαίτερη βαρύτητα στην επίτευξη τριών κύριων στόχων-επιδιώξεων:

- **πρώτον**, στη διαμόρφωση μιας ενιαίας πολιτικής για τη βελτίωση της υγείας με διατομεακό συντονισμό και έμφαση στην προαγωγή και την πρόληψη της υγείας,
- **δεύτερον**, στην αύξηση της ικανοποίησης του κοινού για το σύστημα και τις υπηρεσίες υγείας, μέσα από την προώθηση βελτιωτικών μέτρων σε επίπεδο οργάνωσης, διοίκησης και λειτουργίας και
- **τρίτον**, στην αλλαγή του χρηματοδοτικού μοντέλου του συστήματος υγείας, με τη δημιουργία κινήτρων οικονομικής αποδοτικότητας, με αλλαγές στα συστήματα αμοιβής των προμηθευτών, με την επιβολή ανώτατων ορίων στους προϋπολογισμούς και με την εφαρμογή πολιτικών συγκράτησης του κόστους.

Στο πλαίσιο αυτό, η επιτροπή των ξένων «σοφών» διατύπωσε μια σειρά από προτάσεις οργανωτικού και θεσμικού χαρακτήρα για την αναδιοργάνωση του ΕΣΥ, που κάλυπταν τους κύριους τομείς του υγειονομικού συστήματος και οι οποίες εξειδικεύονταν κατά περίπτωση. Σύμφωνα με αυτές απαιτούνταν:

1. Η επέκταση και ενίσχυση του τομέα της **δημόσιας υγείας**, με ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη προγραμμάτων για την πρόληψη των ασθενειών, την προαγωγή της υγείας και την υγειονομική ενημέρωση του κοινού. Ταυτόχρονα, ιδιαίτερη βαρύτητα αποδιδόταν και στο ζήτημα της εκπαίδευσης των ιατρών και των λοιπών λειτουργών της δημόσιας υγείας.

2. Η ενοποίηση των κύριων χρηματοδοτικών πηγών σ' ένα **κοινό ταμείο**, το οποίο θα διοικείτο από έναν ενιαίο φορέα και το οποίο θα λειτουργούσε ως αγοραστής της ιατρικής φροντίδας, αναλαμβάνοντας έτσι την ευθύνη της χρηματοδοτικής διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με την επιτροπή, το ενοποιημένο ταμείο θα μπορούσε να συμβάλλεται με τους προμηθευτές υγειονομικής φροντίδας κατά ποικίλους τρόπους, όμως οι συμβάσεις αυτές θα έπρεπε να διέπονται από ορισμένες αρχές οι οποίες συμπυκνώνονταν στο τρίπτυχο ότι: α) οι πόροι οφείλουν να ακολουθούν τον ασθενή, β) η πληρωμή πρέπει να συνδέεται με την απόδοση και γ) οι δαπάνες υγείας θα πρέπει να συγκρατηθούν σφαιρικά ή να περιοριστούν κάτω από κάποιο ανώτατο όριο.

3. Η δημιουργία των **Περιφερειακών Υγειονομικών Συμβουλίων (ΠΥΣ)** - ενός αποκεντρωμένου δικτύου υγειονομικής διοίκησης - που θα ήταν υπεύθυνα για την αποτύπωση των αναγκών του πληθυσμού και την κατανομή των πόρων προς τα νοσοκομεία της περιφέρειας ευθύνης τους, τα κέντρα υγείας και τους οικογενειακούς ιατρούς. Ο ρόλος των ΠΥΣ – τα οποία προτείνονταν όπως έχουν τη μορφή Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου, υπόλογων στο ενοποιημένο ταμείο – περιλάμβανε, μεταξύ άλλων, τον έλεγχο των υγειονομικών φορέων ανά περιφέρεια και την επιλογή των υπηρεσιών που θα αγόραζε το ταμείο με βάση τα κριτήρια της καταναλωτικής αποδοχής, της ποιότητας και των τιμών.

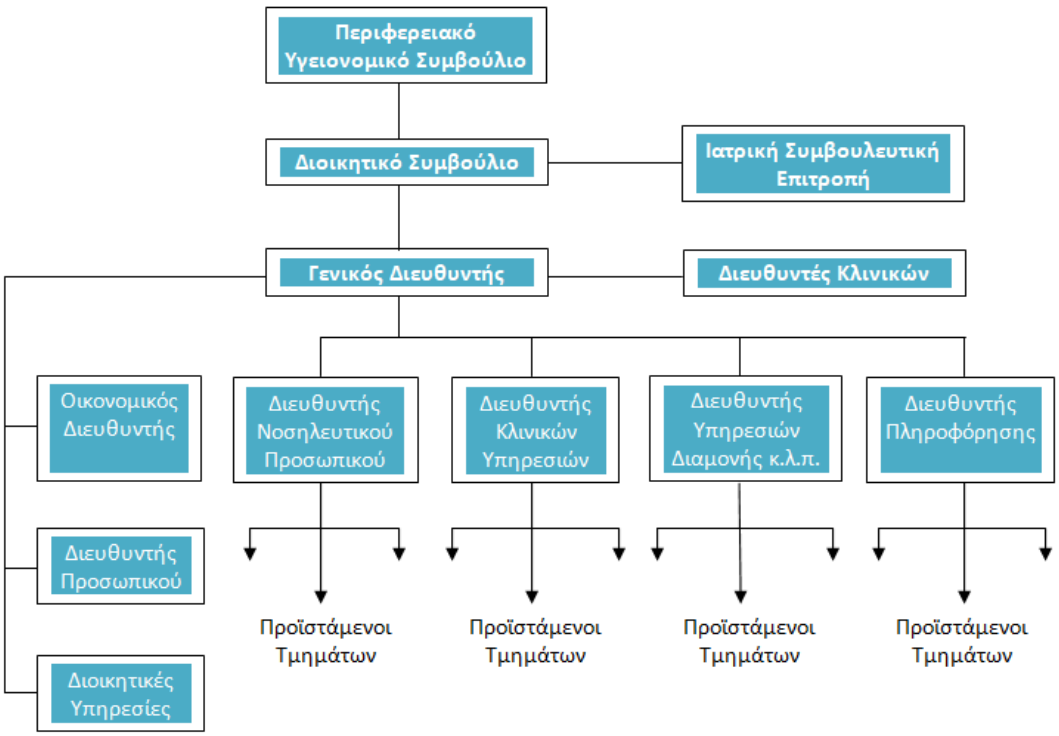
4. Η εισαγωγή του θεσμού του **Περιφερειακού Ελεγκτή Υπηρεσιών Υγείας** (Ombudsman), ο οποίος θα διοριζόταν με πενταετή θητεία από τον Υπουργό Δικαιοσύνης και ο οποίος θα λειτουργούσε υπό καθεστώς πλήρους ανεξαρτησίας από τον Υπουργό Υγείας και το κάθε ΠΥΣ, το δε έργο του θα αφορούσε τη διερεύνηση αναφορών και παραπόνων των πολιτών για διοικητικές πράξεις και την εξάλειψη των φαινομένων κακοδιοίκησης στις υπηρεσίες υγείας σε κάθε περιφέρεια.

5. Η θέσπιση της υπηρεσίας **οικογενειακού ιατρού,** ο οποίος θα αμειβόταν με βάση τον αριθμό των εγγεγραμμένων στο μητρώο ασθενών (capitation) και ο οποίος θα είχε έναν ενισχυμένο, συντονιστικό ρόλο μέσα στο υγειονομικό σύστημα λειτουργώντας ως ηθμός για τις υπηρεσίες ειδικοτήτων, τη συνταγογράφηση φαρμάκων και τις διαγνωστικές εξετάσεις.

6. Η ενδυνάμωση του συστήματος οργάνωσης και διοίκησης των νοσοκομείων του ΕΣΥ. Προς την κατεύθυνση αυτή η επιτροπή πρότεινε την τροποποίηση της οργανωτικής δομής των νοσοκομείων (Διάγραμμα 10) και του συστήματος διοίκησης αυτών σε συνδυασμό με την ενίσχυση της αυτονομίας τους με στρατηγική αναβάθμιση του ρόλου των ΔΣ και εισαγωγή «επαγγελματικής» διοίκησης μέσω του θεσμού του Γενικού Διευθυντή και την καθιέρωση διαδικασιών αξιολόγησης και

διασφάλισης ποιότητας. Παράλληλα, το πλαίσιο των προτεινόμενων μέτρων περιλάμβανε και ορισμένες ρηξικέλευθες – και συνάμα «τολμηρές» - αλλαγές. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονταν ο επαναπροσδιορισμός των όρων απασχόλησης του προσωπικού του ΕΣΥ με περιορισμό της δημοσιοϋπαλληλικής μονιμότητας και η τροποποίηση της νομικής υπόστασης των νοσοκομείων με μετατροπή τους σε ανώνυμες εταιρείες υπό την κυριότητα του δημοσίου.

Διάγραμμα 10: Πρόταση της ανώτερης οργανωτικής δομής των νοσοκομείων σύμφωνα με την επιτροπή των ξένων εμπειρογνωμόνων



Πηγή: Abel-Smith και συν., 1994.

7. Η παροχή κινήτρων και η καθιέρωση του συστήματος της **κατά πράξη αμοιβής (fee for service)** για τους ειδικευμένους ιατρούς.

8. Η θεμελίωση μιας **τεκμηριωμένης φαρμακευτικής πολιτικής** που θα συνέβαλε στη βέλτιστη αξιοποίηση των δημόσιων πόρων και στον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης. Στο πλαίσιο αυτό, η επιτροπή πρότεινε – μεταξύ άλλων – τη λήψη μέτρων όπως η σύνταξη περιορισμένης θετικής λίστας φαρμάκων, ο σαφής προσδιορισμός των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων και η προώθηση της χρήσης μη πρωτότυπων φαρμάκων με βάση τη δραστική τους ουσία.

9. Η αναδιοργάνωση του συστήματος εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, η οποία περιλάμβανε μέτρα όπως την αναμόρφωση του προγράμματος σπουδών των ιατρικών σχολών, την αναβάθμιση της εκπαίδευσης και του επαγγελματικού γοήτρου των ιατρών δημόσιας υγείας και οικογενειακής ιατρικής, τη συνεχή ιατρική επιμόρφωση, την ενίσχυση της στελέχωσης και της εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού, την ανάπτυξη ειδικής εκπαίδευσης για τα διοικητικά στελέχη και τη

μείωση του αριθμού των φοιτητών της ιατρικής και ιδιαίτερα των ειδικευόμενων στις παραδοσιακές ειδικότητες. Κομβικό ρόλο στο νέο σύστημα εκπαίδευσης θα διαδραμάτιζε το Ιατρικό Συμβούλιο το οποίο θα είχε την ευθύνη επικύρωσης των προγραμμάτων ιατρικών σπουδών και η αντιμετώπιση των αντιδεοντολογικών συμπεριφορών.

10. Η δημιουργία ενός **νέου συστήματος ΠΦΥ,** που θα βασιζόταν στην αρχή ότι όλοι οι κάτοικοι της χώρας έχουν το δικαίωμα εγγραφής στο μητρώο ασθενών ενός οικογενειακού ιατρού, τον οποίο θα επιλέγουν οι ίδιοι. Από το εν λόγω μοντέλο, θα εξαιρούνταν μόνο τα μέλη των ασφαλιστικών ταμείων που θα επέλεγαν τη μη συμμετοχή τους στο νέο σχήμα.

Η υλοποίηση των παραπάνω αλλαγών – η οποία τοποθετούνταν σε μια χρονική περίοδο δέκα και πλέον ετών - θα προκαλούσε ένα σημαντικό πρόσθετο χρηματοδοτικό κόστος το οποίο θα μπορούσε – κατά την άποψη της επιτροπής - να καλυφθεί από την εξοικονόμηση πόρων που θα προέκυπτε από τις περικοπές στην κατανάλωση φαρμάκων και τον περιορισμό της χρήσης διαγνωστικών εξετάσεων (Abel-Smith και συν., 1994).

Παράλληλα οι ξένοι εμπειρογνώμονες, αναγνωρίζοντας την απουσία μεταρρυθμιστικής κουλτούρας στην ελληνική δημόσια διοίκηση και το «βάρος» των πολιτικών πιέσεων που μια μεταρρύθμιση αυτού του μεγέθους μπορούσε να δημιουργήσει, εξέφραζαν την ανησυχία τους για την έκβαση του μεταρρυθμιστικού εγχειρήματος εφόσον επιλεγόταν - εν τέλει -μια αποσπασματική προσέγγιση στην υλοποίηση του όλου σχεδιασμού. Ως αναγκαία δε συνθήκη για την επιτυχή εφαρμογή του μεταρρυθμιστικού προγράμματος, οριζόταν η ύπαρξη ισχυρής πολιτικής βούλησης και αποφασιστικότητας από πλευράς της ελληνικής κυβέρνησης.

Με βάση τα παραπάνω, τα μέλη της επιτροπής προσδιόρισαν έξι (6) βασικούς στόχους που θα έπρεπε – κατά την άποψη τους - να τεθούν από την ελληνική κυβέρνηση σε άμεση και επείγουσα προτεραιότητα, ώστε να μην ανακοπεί το μεταρρυθμιστικό πλαίσιο του προτεινόμενου σχεδιασμού και οι οποίοι αφορούσαν:

1. την επανεκπαίδευση των υπαρχόντων γιατρών ως οικογενειακούς γιατρούς και τη θέσπιση μεταπτυχιακής εκπαίδευσης στις ειδικότητες της οικογενειακής ιατρικής και της δημόσιας υγείας.
2. την αναμόρφωση της προπτυχιακής ιατρικής εκπαίδευσης.
3. την εκπαίδευση των στελεχών διοίκησης.
4. τη σύνταξη και εφαρμογή της θετικής λίστας φαρμάκων.
5. την ίδρυση νέου Ιατρικού Συμβουλίου για την επιβολή κανόνων δεοντολογίας.
6. τη δημιουργία των Περιφερειακών Συμβουλίων και την ενοποίηση των κυριότερων ασφαλιστικών ταμείων.

Τον Οκτώβριο του 1994, δόθηκε στη δημοσιότητα η τελική έκθεση των εμπειρογνωμόνων, μεταφρασμένη από το Υπουργείο Υγείας, η πολιτική ηγεσία του οποίου - αν και αναγνώρισε την προβληματική κατάσταση του συστήματος υγείας της χώρας και την ανάγκη υιοθέτησης διαρθρωτικών μέτρων για τη ριζική μεταρρύθμιση αυτού εν τούτοις - κράτησε σαφείς αποστάσεις από το περιεχόμενο των προτάσεων των ειδικών εμπειρογνωμόνων (Abel-Smith και συν., 1994).

Στο πλαίσιο της δημόσιας συζήτησης που ακολούθησε τη δημοσιοποίηση αυτής, αναδύθηκαν μια σειρά από ερωτήματα και προβληματισμοί τόσο σε πολιτικο-κοινωνικό όσο και σε επιστημονικό επίπεδο. Ειδικότερα, το έργο της επιτροπής, αν και αρκετά μεγάλο, χαρακτηρίστηκε ως ατελές, αντιφατικό και με επιστημονικά κενά (Νιάκας, 1995) ενώ δριμεία κριτική ασκήθηκε επ' αυτού από την αντιπολίτευση και από συνδικαλιστικές οργανώσεις του υγειονομικού τομέα, τα συντεχνιακά συμφέροντα των οποίων θίγονταν από τις προτεινόμενες αλλαγές (Davaki and Mossialos, 2005).

Ενδεικτικό της «εχθρικής» στάσης που διαμορφώθηκε απέναντι στο σχέδιο μεταρρύθμισης ήταν η αντίδραση της μεγαλύτερης συνδικαλιστικής οργάνωση των ιατρών - της Ένωσης Ιατρών Νοσοκομείων Αθήνας και Πειραιά (ΕΙΝΑΠ) – η οποία «απείλησε» δημόσια την κυβέρνηση πως σε περίπτωση εφαρμογής των προτεινόμενων μέτρων, το προσωπικό των νοσοκομείων θα προχωρούσε σε επ' αόριστον απεργία (Nikolentzos and Mays, 2008).

Στο επιστημονικό πεδίο, η βασικότερη παράλειψη για την οποία επικρίθηκε το σχέδιο των ξένων εμπειρογνωμόνων αφορούσε τις πηγές χρηματοδότησης των προτεινόμενων μέτρων και στο ποιος τελικά θα σήκωνε το βάρος των μεταρρυθμιστικών προτάσεων (Νιάκας, 1994; 1995), ενώ σοβαρές ενστάσεις διατυπώθηκαν για την προοπτική ενίσχυσης των μηχανισμών της αγοράς και του ανταγωνισμού στον τομέα των υπηρεσιών υγείας με ταυτόχρονη μείωση της κρατικής παρέμβασης σε αυτόν (Κυριόπουλος, 1995).

Οι προτάσεις της Επιτροπής για την ενοποίηση των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών και τη δημιουργία του ενιαίου φορέα υγείας, η αναδιοργάνωση της ΠΦΥ με επίκεντρο την ανάπτυξη του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, η αλλαγή του θεσμικού πλαισίου οργάνωσης των νοσοκομείων και αμοιβών του προσωπικού και ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα υγείας στο νέο σύστημα, αποτέλεσαν, επίσης, ζητήματα αιχμής για τα οποία υπήρξε κριτική προσέγγιση από μερίδα της εγχώριας επιστημονικής κοινότητας, η οποία αμφισβητούσε την πληρότητα και αποτελεσματικότητα των προτεινόμενων μέτρων (Νιάκας, 1994; 1995; Ματσαγγάνης, 1995; Σκουτέλης, 1995; Τσαλίκης, 1995).

Επικρατούσα θέση των αναλυτών που διαφωνούσαν επί της αρχής με την εφαρμογή των προτεινόμενων μέτρων, ήταν πως ενδεχόμενη εφαρμογή αυτών θα επέφερε κοινωνική παλινδρόμηση και αναίρεση των βασικών αρχών της εθνικής πολιτικής υγείας – όπως αυτή είχε διαμορφωθεί μετά την ίδρυση του ΕΣΥ - και εν τέλει του ελληνικού κράτους πρόνοιας (Κυριόπουλος, 1995). Υπό το πρίσμα αυτό, το αίτημα επανεξέτασης και συζήτησης του σχήματος των μακρόπνοων αλλαγών (κυρίως τη δημιουργία του Ενιαίου Φορέα Υγείας και του θεσμού του οικογενειακού γιατρού) με όλους τους ενδιαφερόμενους φορείς για την ένταξη τους σ' ένα αναθεωρημένο πλαίσιο αλλαγών στο χώρο της υγείας θεωρούνταν αναγκαίο (Τούντας, 2002).

Τέλος, επιμέρους ζητήματα για τα οποία υπήρξαν «φωνές» κριτικής, ήταν – μεταξύ άλλων - ο μικρός χρόνος παρουσίας της επιτροπής στην Ελλάδα (μόλις δεκαπέντε μέρες), η σύνθεση και το πολυτομεακό αντικείμενο των μελών της, οι περιορισμένες πηγές πληροφόρησης και το γεγονός ότι οι προτάσεις της επιτροπής παρέβλεπαν, σε αρκετά σημεία, μια σειρά παραγόντων στους οποίους συγκαταλέγονταν ιστορικοί, κοινωνικοί, πολιτικοί και γεωγραφικοί λόγοι (Κουρης και συν., 2007).

Τα παραπάνω, σε συνδυασμό με το ρευστό πολιτικό σκηνικό που επικρατούσε στη χώρα κατά την εν λόγω περίοδο – με το κενό πολιτικής εξουσίας που είχε διαμορφωθεί εξαιτίας της παρατεταμένης ασθένειας του πρωθυπουργού Α. Παπανδρέου και τη μετέπειτα παραίτηση του από το αξίωμα του πρωθυπουργού η οποία δρομολόγησε μεταβολές στο κυβερνητικό επίπεδο (εκλογή νέου Πρωθυπουργού και στη συνέχεια διορισμός νέου Υπουργού Υγείας) – επέτειναν το κλίμα αμφισβήτησης ως προς την εφικτότητα εφαρμογής του υγειονομικού μεταρρυθμιστικού εγχειρήματος μεταξύ των πολιτικών κομμάτων και των κοινωνικών εταίρων και εν τέλει αποδυνάμωσαν το παραγόμενο έργο της επιτροπής των ξένων εμπειρογνωμόνων (Κουρης και συν., 2007).

Έτσι, το σχέδιο νόμου που είχε επεξεργαστεί – στη βάση των προτάσεων των ξένων εμπειρογνωμόνων - η πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας, με υπουργό τον Δημήτρη Κρεμαστινό, μπήκε στις «καλένδες» (Venieris, 1997), καθώς το νέο κυβερνητικό σχήμα που είχε στο μεταξύ προκύψει, απέδιδε λιγότερη έμφαση στην προώθηση ρηξικέλευθων πολιτικών και μακροπρόθεσμων και οργανωτικών αλλαγών στο σύστημα υγείας, εστιάζοντας τον πολιτικό σχεδιασμό του - κυρίως - σε μέτρα περιορισμού του κόστους, λαμβάνοντας υπόψη και το μικρό χρονικό διάστημα που μεσολαβούσε έως τις εθνικές εκλογές, οι οποίες θα διεξάγονταν τον Σεπτέμβριο του 1996 (Tragakes and Polyzos, 1998; Mossialos and Allin, 2005; Σισσούρας, 2012).

Στα χρόνια που ακολούθησαν, η επιστημονική και πολιτική συζήτηση επί των προτάσεων των ξένων εμπειρογνωμόνων για την ανασυγκρότηση του υγειονομικού συστήματος εντάθηκε, θέτοντας στο επίκεντρο των αναλύσεων την ανάγκη για ορθολογικότερη διαχείριση των διατιθέμενων πόρων, ενιαία οργάνωση της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας και ενίσχυση του ρόλου των υπηρεσιών δημόσιας υγείας (Γεωργούση και Κυριόπουλος, 2000; Βραχάτης και Παπαδόπουλος, 2012; Σισσούρας, 2012).

Στη βάση αυτού του προβληματισμού, ψηφίστηκε τον Αύγουστο του 1997 ο νόμος 2519, οι ρυθμίσεις του οποίου φιλοδοξούσαν να αντλήσουν στοιχεία από το μεταρρυθμιστικό πλαίσιο που είχε διατυπώσει τα προηγούμενα χρόνια η έκθεση των ξένων εμπειρογνωμόνων και οι προβλέψεις του οποίου αναλύθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο, στην ενότητα 4.5. Ωστόσο, αν και οι ρυθμίσεις του ως άνω νόμου, εμπεριείχαν μια πρωτόγνωρη, για τη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας, προοπτική - βασισμένη σε νεωτεριστικούς διοικητικούς και χρηματοδοτικούς μηχανισμούς και πολιτικές ελέγχου του κόστους και συγκράτησης των δαπανών υγείας - εν τούτοις απείχαν αρκετά από το περιεχόμενο και το πνεύμα των προτάσεων των ξένων εμπειρογνωμόνων (Γεωργούση και Κυριόπουλος, 2000; Μωραΐτης, 2000; Υφαντόπουλος, 2003; Κουρής και συν., 2007).

Συμπερασματικά, μπορεί να ειπωθεί πως η έκθεση των ξένων εμπειρογνωμόνων επιχείρησε να διαμορφώσει ένα συνεκτικό, τεκμηριωμένο και μεσο-μακροπρόθεσμο πλαίσιο στρατηγικής για τη συστηματική αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, αντλώντας επιρροή και αξιοποιώντας τη γνώση από διάφορα μεταρρυθμιστικά σχήματα και μοντέλα του εξωτερικού. Η οξύτητα των διαπιστώσεων και των προτάσεων που περιλαμβάνονταν σε αυτή, μπορεί να ειπωθεί πως, ήταν αντίστοιχη προς το μέγεθος και την πολυπλοκότητα των προβλημάτων που αντιμετώπιζε το υγειονομικό σύστημα της χώρας κατά την εν λόγω περίοδο.

Η διάγνωση της «παθολογίας» του υγειονομικού συστήματος αποτέλεσε, σε κάθε περίπτωση, τη βάση πάνω στις οποίες στηρίχθηκαν οι προτάσεις των εμπειρογνωμόνων, αρκετές εκ των οποίων χαρακτηρίζονταν από ένα ρηξικεύλεθο χαρακτήρα. Απώτερος στόχος των προτεινόμενων ρυθμίσεων ήταν η διαμόρφωση μιας νέας κουλτούρας λειτουργικού εκσυγχρονισμού και ενίσχυσης της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας, μέσα από την εισαγωγή τεχνικών και μεθόδων της αγοράς στο σύστημα υγείας – όπως η προοπτική χρηματοδότηση και ο ελεγχόμενος ανταγωνισμός - παράλληλα με την ενίσχυση της ατομικής ευθύνης και της ελευθερίας επιλογής των ασθενών αλλά και την αποδυνάμωση του ρυθμιστικού ρόλου του κράτους στην αγορά υπηρεσιών υγείας (Κυριόπουλος και Νιάκας, 1994).

Οι προτάσεις των ξένων εμπειρογνωμόνων, αν και απηχούσαν τις σύγχρονες τάσεις για ένα μετα-γραφειοκρατικό μοντέλο συστηματικής οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος υγείας, καλύπτοντας ένα ευρύ φάσμα δομικών λειτουργιών και στοιχείων αυτού (Saltman and Figueras, 1997; WHO, 2007; Savigny and Adam, 2009; Kutzin, 2013), βρίσκονταν εντούτοις σε σαφή αντίθεση με τις βασικές αρχές και το ιδεολογικο-πολιτικό πλαίσιο πάνω στο οποίο είχε οικοδομηθεί – τα προηγούμενα χρόνια - το δημόσιο σύστημα υγείας στην Ελλάδα (Κυριόπουλος, 1995).

Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με το ότι η εφαρμογή των προτεινόμενων μέτρων, προϋπέθετε μείζονες οργανωτικές και χρηματοδοτικές διευθετήσεις και αλλαγές, οι οποίες με τη σειρά τους απαιτούσαν την ύπαρξη ισχυρής υπερκομματικής - πολιτικής βούλησης και σταθερής προσήλωσης σ’ ένα πολιτικό σχέδιο μακράς πνοής, άρρηκτα συνδεδεμένου με οικονομικές και κοινωνικές υπερβάσεις - για τις οποίες οι συνθήκες δεν ήταν ώριμες - είχε ως αποτέλεσμα την ματαίωση του όλου μεταρρυθμιστικού προγράμματος.

Σε κάθε των περιπτώσεων, η κατάστρωση του προβληματισμού, του οράματος και των προτάσεων της έκθεσης των ξένων εμπειρογνωμόνων για την κατάσταση και ανάπτυξη του υγειονομικού συστήματος της χώρας, κατέστησε εμφανή την ανάγκη τοποθέτησης των πολιτικών υγείας στο επίκεντρο των δημόσιων πολιτικών με όρους επιστημονικής τεκμηρίωσης και κοινωνικής-πολιτικής συναίνεσης.

Ταυτόχρονα, ανέδειξε το δρόμο για τον επαναπροσδιορισμό του μοντέλου οργάνωσης και διοίκησης των υπηρεσιών υγείας τα επόμενα χρόνια, θέτοντας στο επίκεντρο του επιστημονικού διαλόγου τα ζητήματα της χρηματοδότησης και της διανομής της φροντίδας υγείας και καθιστώντας το περιεχόμενο των προτάσεων αυτής, όχι μόνο χρήσιμο σε επιστημονικό επίπεδο αλλά και προδρομικό των πολιτικών που επρόκειτο να εφαρμοστούν, σε πρακτικό και αναλυτικό επίπεδο, στο υγειονομικό πεδίο (Τούντας και συν., 2020).

5.3.8. Η έκθεση στο πλαίσιο της επιτροπής Σπράου για την υγεία (1997)

Στις αρχές του 1996, η χώρα βρισκόταν σε μια μεταβατική κοινωνικο-πολιτική περίοδο, στην οποία κυριαρχούσαν έντονες πολιτικές διεργασίες – ως συνέπεια της παραίτησης του ασθενούντος Πρωθυπουργού Α. Παπανδρέου και της εκλογής του Κ. Σημίτη ως αντικαταστάτη του – ενώ την ίδια περίοδο η κυβέρνηση κλήθηκε να αντιμετωπίσει μια κατάσταση μείζονος κρίσης στο πεδίο της εξωτερικής πολιτικής με την Ελληνοτουρκική κρίση των Ιμίων (Παούνης, 2017). Ως εκ τούτου, η προσφυγή στις κάλπες, λίγους μήνες αργότερα, έμοιαζε ως αναπόφευκτη επιλογή. Η νέα κυβέρνηση

που προέκυψε από τις εθνικές εκλογές της 22^{ας} Σεπτεμβρίου 1996 με Πρωθυπουργό τον Κ. Σημίτη, εξέφραζε τη λαϊκή βούληση για δημοσιονομική σταθερότητα και προώθηση των αναγκαίων μεταρρυθμίσεων για τον εκσυγχρονισμό της χώρας συνάμα με την εκπλήρωση της εθνικής στρατηγικής για ένταξη στην Οικονομική και Νομισματική Ένωση (ΟΝΕ) (Σημίτης, 2005).

Μεταξύ των πρώτων ενεργειών στις οποίες προέβη η κυβέρνηση Σημίτη ήταν η σύσταση ειδικής επιτροπής «σοφών», υπό την προεδρία του καθηγητή του πανεπιστημίου του Λονδίνου Ιωάννη Σπράου με σκοπό να εξετάσει τη μεσο-μακροπρόθεσμη πορεία της ελληνικής οικονομίας και να διαμορφώσει θέσεις και προτάσεις για την ισόρροπη και βιώσιμη ανάπτυξη, εν' όψει της ανάγκης για τη συνεπή εφαρμογή του προγράμματος σύγκλισης της ελληνικής οικονομίας προς τις οικονομίες των λοιπών κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Επιτροπή για την Εξέταση της Μακροπρόθεσμης Οικονομικής Πολιτικής, 1997α; Μακρυδημήτρης και Μιχαλόπουλος, 2000).

Στο πλαίσιο του έργου της, η επιτροπή του καθηγητή Σπράου μελέτησε και ανέλυσε, μέσα σε διάστημα ενός περίπου έτους (1996-1997), μια σειρά από τομείς πολιτικής που σχετίζονταν με τη δημοσιονομική προσαρμογή της ελληνικής οικονομίας, υποβάλλοντας τα σχετικά πορίσματα της στον Πρωθυπουργό. Μεταξύ των θεμάτων που η επιτροπή αξιολόγησε ως σημαντικά στο παραπάνω πλαίσιο, περιλαμβάνονταν και ο ρόλος της πολιτικής υγείας για την επίτευξη των στόχων της μεσοπρόθεσμης οικονομικής πολιτικής της χώρας. Το σχέδιο της έκθεσης που συντάχθηκε, υπό τον τίτλο *«Μεσοπρόθεσμος προσανατολισμός της πολιτικής υγείας και οικονομική πολιτική»*, αποτέλεσε προϊόν εργασίας της ομάδας ελλήνων εμπειρογνωμόνων που κλήθηκαν από τον καθηγητή Σπράο να συνδράμουν το έργο της επιτροπής με βάση την ειδική γνώση και εμπειρία που κατείχαν στα θέματα πολιτικών υγείας.

Σύμφωνα με την έκθεση, ο ρόλος του τομέα της υγείας αξιολογούνταν ως καθοριστικός από δημοσιονομικής πλευράς όσον αφορά το στόχο της ένταξης της χώρας στην ΟΝΕ, επισημαίνοντας πως «*το μέγεθος των δημοσίων δαπανών υγείας, η χρηματοδότηση τους και τα περιθώρια που υπάρχουν για την επίτευξη του ίδιου υγειονομικού αποτελέσματος με μικρότερο κόστος καθιστούν την πολιτική υγείας αποφασιστικής σημασίας για τη μακροχρόνια πορεία των συνολικών δαπανών του δημοσίου*» (Επιτροπή για την Εξέταση της Μακροπρόθεσμης Οικονομικής Πολιτικής, 1997β).

Στο πλαίσιο αυτής, γινόταν ειδική αναφορά στο παράδοξο του ελληνικού υγειονομικού συστήματος, το οποίο παρά τα οργανωτικά προβλήματα και τις δυσλειτουργίες που καταγράφονταν σε αυτό, είχε να επιδείξει θετικούς δείκτες όσον αφορά το επίπεδο υγείας του πληθυσμού (Philalithis, 2001). Ωστόσο, παρά την υψηλή αποτελεσματικότητα του συστήματος, τα προβληματικά χαρακτηριστικά που ενυπήρχαν σε αυτό αποτελούσαν ανασταλτικό παράγοντα για τη βελτίωση της αποδοτικότητας του συστήματος και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών υγείας.

Μεταξύ των κύριων δυσλειτουργιών του συστήματος υγείας που η έκθεση έθιγε, περιλαμβάνονταν:

- η προβληματική οργάνωση του συστήματος υγείας σε συνδυασμό με την έλλειψη συντονισμού, συνεννόησης και εύρυθμης λειτουργίας μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων.
- η αδύναμη λειτουργία του υποσυστήματος παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας, ιδιαίτερα στις αστικές περιοχές.
- ο αναποτελεσματικός μηχανισμός χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας.
- η ελλειμματική λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων σε συνδυασμό με την αδυναμία εισαγωγής εργαλείων επιστημονικού μάνατζμεντ στη διοίκηση αυτών (Σιγάλας, 1994; Στάθης, 2004)
- η ανεπαρκής οργάνωση, λειτουργία και διοίκηση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας.
- η απουσία σαφούς πολιτικής και προγραμματισμού για την παραγωγή και κατανομή των επαγγελμάτων υγείας σε συνδυασμό με την ελλιπή εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία (Φιλαλήθης, 2002).
- η απουσία κατάλληλων πολιτικών για τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία, με ιδιαίτερη αναφορά στην υγεία των μεταναστών.

Πέραν των παραπάνω, βασική διαπίστωση των εμπειρογνωμόνων ήταν πως ο χώρος της υγείας χαρακτηριζόταν από μια προγραμματική αγκύλωση, το φαινόμενο της οποίας αποδίδονταν στους εξής λόγους:

- ✓ Στη συζήτηση για «φιλόδοξες» θεσμικές μεταρρυθμίσεις που ουδέποτε υλοποιούνταν, λόγω του μεγέθους και της ταχύτητας των αλλαγών που συνεπάγονταν. Το δε κόστος αυτών είχε ως αποτέλεσμα τον περιορισμό τους σε διάφορα πιλοτικά σχήματα, μουσειακής κυρίως σημασίας.
- ✓ Στη μονοπώληση της δημόσιας συζήτησης από εσωτερικά ζητήματα του ιατρικού επαγγέλματος, κυρίως συνδικαλιστικής φύσεως, με συνέπεια να δίνεται στο ευρύ κοινό η εντύπωση ότι το σύστημα υγείας υπάρχει για τους γιατρούς και όχι το αντίστροφο.
- ✓ Στην απουσία μιας συνολικής στρατηγικής για την αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας, η οποία είχε ως συνέπεια την υλοποίηση αποσπασματικών και με περιορισμένη αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων που διόγκωναν το λειτουργικό κόστος και συνέβαλαν στη διατήρηση ενός αισθήματος ανασφάλειας στον πληθυσμό όσον αφορά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών περίθαλψης.
- ✓ Στην «παρασιτική» σχέση που είχε αναπτυχθεί μεταξύ του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα στις υπηρεσίες υγείας (πχ. διαγνωστικές υπηρεσίες) και στην ανεπαρκή λειτουργία του εποπτικού ρόλου του Κράτους.

Στη βάση των καταγεγραμμένων αδυναμιών του συστήματος υγείας, οι εμπειρογνώμονες προέβησαν στη διατύπωση δέσμης προτάσεων δομημένων σε έξι κύριους άξονες πολιτικών που εστίαζαν:

(α) στη διοικητική και οργανωτική ανασυγκρότηση του Υπουργείου Υγείας και στην ανάδειξη του επιτελικού του ρόλου,

(β) στην αναμόρφωση της διαδικασίας οικονομικής διαχείρισης και προϋπολογισμού των υπηρεσιών υγείας - με την προώθηση ρυθμιστικών παρεμβάσεων τόσο στην πλευρά της ζήτησης όσο και της προσφοράς - ταυτόχρονα με τη βελτίωση του συντονισμού των πηγών χρηματοδότησης μέσω της δημιουργίας του Ενιαίου Φορέα Υγείας,

(γ) στην επιστημονική οργάνωση και διοίκηση των δημόσιων νοσοκομείων, με ταυτόχρονη αύξηση της διοικητικής και οικονομικής αυτονομίας αυτών και ενίσχυση των διαδικασιών αξιολόγησης και λογοδοσίας.

(δ) στην καθολική ανάπτυξη του θεσμού του οικογενειακού γιατρού και την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου πλέγματος υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης σε επίπεδο κοινότητας.

(ε) στην αναβάθμιση της ιατρικής εκπαίδευσης με αναμόρφωση των προγραμμάτων σπουδών, μείωση του αριθμού των εισακτέων στις ιατρικές σχολές και αναθεώρηση του προγράμματος ιατρικής ειδικότητας, παράλληλα με την υιοθέτηση ενός διαφοροποιημένου συστήματος παροχής κινήτρων στους μηχανισμούς πληρωμής των ιατρών το οποίο θα αποθαρρύνει τις ιδιωτικές πρόσθετες πληρωμές και κατά συνέπεια την προκλητή ζήτηση των υπηρεσιών υγείας.

(στ) στην ανάπτυξη πολιτικών για τη συγκράτηση και εξορθολογισμό της φαρμακευτικής δαπάνης όχι μόνο στην πλευρά της ζήτησης (με έλεγχο τιμών και καθορισμό του ποσοστού συμμετοχής του ασθενούς στο κόστος), αλλά και στην πλευρά της προφοράς (δηλ. με έλεγχο της ποσότητας).

Άποψη των ειδικών ήταν ότι η καθιέρωση αποτελεσματικών κανόνων διαχείρισης ή άλλων διοικητικών μέτρων μπορεί αφενός να μειώσει το κόστος του τομέα της υγείας – συνεισφέροντας στο γενικότερο στόχο της δημοσιονομικής προσαρμογής - και αφετέρου να βελτιώσει το υγειονομικό αποτέλεσμα (Επιτροπή για την Εξέταση της Μακροπρόθεσμης Οικονομικής Πολιτικής, 1997β). Επιπρόσθετα, στο κείμενο της έκθεσης γινόταν ιδιαίτερη αναφορά στις νεωτερικές ρυθμίσεις που εισήγαγε ο νόμος 2519/1997 στο σύστημα υγείας και ο οποίος χαρακτηριζόταν ως *«μια ιστορική ευκαιρία που πρέπει να μεγιστοποιηθεί […] καθώς έχει τη δυνατότητα να οδηγήσει σε σημαντικές αλλαγές τόσο στον χρήστη των υπηρεσιών όσο και στην αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας»* (Τα Νέα, 1998α).

Παρά ωστόσο την προσπάθεια της έκθεσης να αναδείξει την ανάγκη μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων στο σύστημα υγείας - ιδιαίτερα από τη σκοπιά της δημοσιονομικής σκοπιμότητας – αξιοποιώντας τις κατευθύνσεις και προτάσεις αντίστοιχων κειμένων (όπως η έκθεση ξένων εμπειρογνωμόνων, 1994), η επιτροπή Σπράου δεν παρέλαβε ποτέ επίσημα το σχέδιο των ελλήνων εμπειρογνωμόνων και δεν προχώρησε σε εξέταση - και κατά συνέπεια ούτε σε υιοθέτηση - των προτάσεων και πορισμάτων αυτής λόγω έλλειψης χρόνου και λήξης της θητείας αυτής (Τα Νέα, 1998β), με αποτέλεσμα η έκθεση να παραμείνει σχέδιο επί χάρτου.

Αντ' αυτής και προκειμένου να επισημανθεί – έστω και ατύπως - στον Πρωθυπουργό η αναγκαιότητα αλλαγών στο υγειονομικό σύστημα, επιλέχθηκε από τον καθηγητή Σπράο σε συνεργασία με τους εμπειρογνώμονες της υγείας που τον πλαισίωναν, η σύνταξη ενός σύντομου κειμένου που θα αναδείκνυε συνοπτικά τα κύρια σημεία αυτής καθώς και η επίδοση ενός τόμου με επώνυμα άρθρα των συντελεστών αυτής (Σπράος, 1997).

Εν κατακλείδι και επιχειρώντας μια συνοπτική αποτίμηση του ρόλου και του περιεχομένου της εν λόγω έκθεσης, μπορεί να ειπωθεί πως κύρια στόχευση αυτής ήταν να παράσχει μια ερμηνευτική και επεξηγηματική προσέγγιση επί των σημαντικότερων ζητημάτων που ταλάνιζαν το σύστημα υγείας χωρίς όμως να υπεισέρχεται στις λεπτομέρειες του τρόπου εξειδίκευσης και εφαρμογής των προτεινόμενων μέτρων. Το περιεχόμενο αυτής δεν μπόρεσε να αποκτήσει την αναγκαία ενότητα και συνοχή ώστε να θεωρείται μια συνεκτική και ολοκληρωμένη πρόταση αλλαγών στην υγεία, πιθανότατα λόγω και του μικρού χρόνου που είχαν στη διάθεση του οι εμπειρογνώμονες για τη διαμόρφωση αυτού.

Μάλλον θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ένα κείμενο προβληματισμού ικανού να παράσχει σε κάποιον μη ειδικό στο θέμα τη δυνατότητα να εκτιμήσει τη σημασία μιας τέτοιας πρότασης. Επιπλέον, η ανάλυση και θεματολογία της έκθεσης δεν ήταν εξαντλητική και είχε έναν επιλεκτικό χαρακτήρα δίχως να καλύπτει όλο το εύρος των θεμάτων που έχρηζαν παρέμβασης στο σύστημα υγείας.

Το γεγονός δε ότι η έκθεση παρέμεινε αδημοσίευτη , άρα εν πολλοίς άγνωστη όχι μόνο στο ευρύτερο αλλά και στο άμεσα ενδιαφερόμενο κοινό, εξηγεί την περιορισμένη ακτινοβολία της αλλά και την ισχνή έως ανύπαρκτη επιρροή της στον ορίζοντα της πρακτικής εφαρμογής στο μεταρρυθμιστικό πράττειν στην υγεία. Μιας εφαρμογής που έμελε να παραμείνει προσκολλημένη σε παραδεδομένα - μάλλον - σχήματα και συντεχνιακές πρακτικές έως τη χαραυγή του 21^{ου} αιώνα.

5.4. Σύνοψη

Συνοψίζοντας, γίνεται σαφές πως ο 20^{ος} αιώνας αποτέλεσε για το ελληνικό υγειονομικό σύστημα μια μακρά περίοδο πολιτικο-διοικητικής και λειτουργικής ανασυγκρότησης, κατά τη διάρκεια της οποίας αναδείχθηκε ως ζητούμενο η σημασία χάραξης συστηματικά επεξεργασμένων και επιστημονικά τεκμηριωμένων πολιτικών που θα συνεισέφεραν στην υπέρβαση - διαχρονικών - παθογενειών και προβλημάτων αυτού και στην βέλτιστη ανταπόκριση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στις ανάγκες των πολιτών.

Στο πλαίσιο αυτό, σημαντική υπήρξε η συμβολή ειδικών εμπειρογνωμόνων οι οποίοι – είτε στο πλαίσιο επιτροπών και ομάδων εργασίας είτε μεμονωμένα – συνέδραμαν, με τις γνώσεις και την εμπειρία τους, το έργο της εθνικής προσπάθειας για τη διαμόρφωση μιας ολοκληρωμένης πολιτικής για την υγεία, παρέχοντας μέσα από τις εκθέσεις που συνέταξαν, τη θεωρητική θεμελίωση, την επιστημονική τεκμηρίωση και το πρακτικό υπόδειγμα για την υλοποίηση των απαραίτητων αλλαγών και μεταρρυθμίσεων που είχε ανάγκη το σύστημα υγείας στη χώρα μας (Kouris et al., 2023).

Το περιεχόμενο των εκθέσεων αυτών, όπως αναλύθηκε παραπάνω, διαμόρφωσε ένα αξιοσημείωτο απόθεμα γνώσης, πληροφόρησης και έγκυρης κατά το πλείστον αποτίμησης της κατάστασης, των προβλημάτων και των προοπτικών του υγειονομικού συστήματος της χώρας, μέσω του οποίου καθίσταται εμφανής η διάρκεια και η ένταση του προβληματισμού για τα μείζονα προβλήματα της πολιτικής υγείας στη χώρα μας καθ' όλη τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα.

Περαιτέρω, μέσα από τα εν λόγω κείμενα, αναδεικνύεται η παραδειγματική αξία και ο κανονιστικός χαρακτήρας των προτάσεων και ιδεών που διαμορφώθηκαν και κατατέθηκαν από τους εκάστοτε εμπειρογνώμονες στο πεδίο της δημόσιας σφαίρας για τη διαμόρφωση της υγειονομικής πολιτικής στη χώρα μας, λαμβάνοντας υπόψη τον ειδικό ιστορικό χρόνο και τις ιδιαίτερες – κοινωνικοπολιτικές και οικονομικές - συνθήκες εντός του οποίου καθεμία έκθεση ωρίμασε και συντάχθηκε (Kouris et al., 2023).

Δοθέντος μάλιστα του διαφορετικού πλαισίου εντός του οποίο κάθε έκθεση συντάχθηκε, λαμβάνει ιδιαίτερη αξία η ερμηνευτική και διαγνωστική διαδικασία - καθώς και το μεθοδολογικό πλαίσιο - που ακολουθήθηκε από πλευράς εμπειρογνωμόνων για την ιχνηλάτηση των λύσεων, την προτεραιοποίηση των επιλογών και την επισήμανση των αδιεξόδων - σημείων που ο κοινωνικός-επιστημονικός διάλογος θα έπρεπε να εμβαθύνει, στοιχεία το οποία – σε κάθε περίπτωση - αναγνωρίζονται ως κρίσιμα για την δυνατότητα μεταφοράς ενός μεταρρυθμιστικού σχεδιασμού στο πεδίο της πρακτικής εφαρμογής (Επιτροπή για την Εξέταση της Μακροπρόθεσμης Οικονομικής Πολιτικής, 1997α).

Τέλος, αξίζει να επισημανθεί πως μέσω των εκθέσεων διαφωτίζονται και αποσαφηνίζονται οργανωτικές, λειτουργικές και τεχνικές πτυχές των προτεινόμενων πολιτικών που επηρέασαν – κατά την κρίση των συντακτών των εκθέσεων - τον εκάστοτε υγειονομικό σχεδιασμό και συνέβαλαν – με τον ένα ή τον άλλο τρόπο - στην προώθηση ή μη των αναγκαίων μεταρρυθμιστικών πρωτοβουλιών για την αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας της χώρας.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Abel-Smith, B., Calltrorp, J., Dixon, M., Dunning, A., Evans, R., Holland, W., Jarman, B., Μόσιαλος, Η. (1994), *Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνωμόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας*, Αθήνα: Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων - Φαρμέτρικα.
- Αγαπητίδης, Σ. (1970), *Η Οικονομική Επιστήμη εις την Ελλάδα κατά την Πεντηκονταετίαν 1921–1970*, Αθήνα: Αρχείο Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών.
- Αναστασίου, Χ. (2015), Αγροτική κοινωνική ασφάλιση, *Καθημερινή*. Διαθέσιμο στο: https://www.kathimerini.gr/837085/article/epikairothta/ellada/agrotikh-koinwnikh-asfalish (Ανακτήθηκε: 17/02/2020).
- Αυγερινός, Π. (2013), *Η αλλαγή τελείωσε νωρίς. Τρεις ιστορίες από την πολιτική μου ζωή*, Αθήνα: Εστία.
- Βαλαώρας, Β. (1945), Οι θάνατοι εν Αθήναις και Πειραιεί κατά την τετραετίαν 1940-1943, *Δελτίον της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών* (Μάρτιος-Απρίλιος-Μάιος): 182-192.
- Βενιέρης, Δ. (1997), Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: Η Ιστορία της Μεταρρύθμισης, στο Κυριόπουλος, Γ., Σισσούρας, Α. (επιμ.), *Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη*, Αθήνα: Θεμέλιο.
- Βιολάκη-Παρασκευά, Μ., Στεφάνου, Θ. (1980), Παρατηρήσεις σχετικά με τη λειτουργία και τη δραστηριότητα των κρατικών πολυϊατρείων Αθηνών και περιχώρων, *Materia Medica Greca,* (8)3: 263-273.
- Βραχάτης, Δ., Παπαδόπουλος, Α. (2012), Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και προοπτικές, *Νοσηλευτική*, 51(1): 10-17.
- Γεωργούση, Ε., Κυριόπουλος, Γ. (2000), Τα Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας για την Υγεία: Συγκλίσεις προς μια Ενιαία Υγειονομική Αγορά, στο Γεωργούση, Ε., Κυριόπουλος, Γ., Μπεαζόγλου, Τ. (επιμ.), *Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία*, Αθήνα: Θεμέλιο.
- Δοξιάδης, Α. (2013), *Το αόρατο ρήγμα. Θεσμοί και συμπεριφορές στην ελληνική οικονομία*, Αθήνα: Ίκαρος.
- Επιτροπή Ερεύνης και Οικονομικού Προγραμματισμού (1959), *Διερεύνησις Βασικών Προβλημάτων Οργανισμών Κοινωνικής Ασφαλίσεως, Τόμος ΙΙΙ*, Αθήνα.
- Επιτροπή για την Εξέταση της Μακροπρόθεσμης Οικονομικής Πολιτικής (1997α), *Οικονομία και Συντάξεις: Συνεισφορά στον Κοινωνικό Διάλογο*, Αθήνα: Εθνική Τράπεζα της Ελλάδος.
- Επιτροπή για την Εξέταση της Μακροπρόθεσμης Οικονομικής Πολιτικής (1997β), *Μεσοπρόθεσμος προσανατολισμός της πολιτικής υγείας και οικονομική πολιτική*, Αθήνα: [χ.ε.].

- Esping-Andersen, G. (2006), *Οι τρεις κόσμοι του καπιταλισμού της ευημερίας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ζηλίδης, Χ. (1989), *Αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού,* Αθήνα: Αγροτική Τράπεζα Ελλάδος.
- Gough, I. (2008), *Η πολιτική οικονομία του κοινωνικού κράτους*, Αθήνα: Σαββάλας.
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. (2001), *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα: Παπαζήση.
- Καρόκης, Α. και Σισσούρας, Α. (1994), Οργάνωση και χρηματοδότηση, στο *Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Ανάλυση και δομή του συστήματος*, Αθήνα: Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
- Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (1972), *Υγεία. Οριστική Έκθεσις*, Αθήνα: Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών.
- Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (1976), *Πρόγραμμα Αναπτύξεως 1976-1980: Υγεία. Έκθεση Ομάδας Εργασίας*, Αθήνα: Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών.
- Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (1979), *Πρόγραμμα Περιφερειακής Αναπτύξεως: Περιφερειακοποίηση των υπηρεσιών υγείας. Έκθεση Ομάδας Εργασίας*, Αθήνα.
- Κοπανάρης, Φ. (1947), Υγιεινή κατάστασις του πληθυσμού και η δημόσια υγεία εν Ελλάδι κατά την περίοδον του πολέμου και της κατοχής 1940-1944, *Αρχεία Υγιεινής,* 5(1-3): 1-49.
- Κουρής, Γ., Σουλιώτης, Κ., Φιλαλήθης, Α. (2006), Οι υγειονομικές μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα. Παράγοντες αποτυχίας και κανόνες ορθού μεταρρυθμιστικού σχεδιασμού, *Διοικητική Ενημέρωση,* 39: 82-90.
- Κουρής, Γ., Σουλιώτης, Κ., Φιλαλήθης, Α. (2007), Οι "περιπέτειες" των μεταρρυθμίσεων του ελληνικού συστήματος υγείας: Μία ιστορική επισκόπηση, *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, 1: 35-67.
- Κούτρας, Δ. (1976), Μερικά προβλήματα της ιατρικής περιθάλψεως στην Ελλάδα. Σκέψεις για την αντιμετώπιση τους, *Materia Medica Greca,* 4(6): 753-758.
- Κυριόπουλος Γ., Νιάκας, Δ. (1994), *Θέματα οικονομικών και πολιτικής της υγείας*, Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας.
- Κυριόπουλος, Γ. (1995), Κράτος ή Αγορά; Η κρίσιμη επιλογή στον υγειονομικό τομέα, στο Κυριόπουλος, Γ. (επιμ.), *Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: Στο Σταυροδρόμι των Επιλογών*, Αθήνα: Θεμέλιο.
- Λαμπρινού, Κ. (2021), Πόσο κρατάει ο γύψος; Η δικτατορία στην εξουσία: Επισκοπώντας τις δημόσιες πολιτικές της χούντας, *Σύγχρονα Θέματα*, 153: 60-78. Διαθέσιμο στο: https://openeclass.panteion.gr/modules/document/file.php/TMB361/%CE%A3

%CE%98_%CF%84153_%CE%91%CE%A6%CE%99%CE%95%CE%A1%CE%A9%CE%9C%CE%91.pdf (Ανακτήθηκε: 12/03/2021).

- Λέβετ, Τ. (1993), Ο William H. Beveridge και η Εθνική Υπηρεσία Υγείας στη Μεγάλη Βρετανία, *Επιθεώρηση Υγείας*, 4(2): 61-63.
- Λιάκος, Α. (1993), *Εργασία και πολιτική στην Ελλάδα του μεσοπολέμου : το διεθνές γραφείο εργασίας και η ανάδυση των κοινωνικών θεσμών*, Αθήνα: Εμπορική Τράπεζα της Ελλάδος- Ίδρυμα Έρευνας και Παιδείας.
- Λιαρόπουλος, Λ. (1992), Πολιτική Υγείας: Το νομοσχέδιο Δοξιάδη, *Ιατρική*, 61: 367-371
- Λούρος, Ν.Κ. (1945), *Η υγειονομική οργάνωση της χώρας: Ένα σχέδιο,* Αθήνα: Παπαδογιάννης.
- Λούρος, Ν.Κ. (1958), *Τι είναι δυνατόν να γίνη αμέσως στον τομέα της υγείας και της πρόνοιας*, Αθήνα: Εταιρεία Ελληνικών Σπουδών.
- Λούρος, Ν.Κ., Τσουκάτος, Ε. (1963), *Πορίσματα της Επιτροπής Κοινωνικών Ασφαλίσεων, υποβληθέντα εις τον κ. Πρόεδρον της Κυβερνήσεως - Εισήγησις επί της γενικής περιθάλψεως του πληθυσμού*, Αθήναι: [χ.ε.].
- Λούρος, Ν.Κ. (1964), *Σκέψεις για την αναμόρφωση της ιατρικής εκπαιδεύσεως και των νοσοκομείων*, Αθήνα.
- Λούρος, Ν.Κ. (1978), Ιατρική Οικονομία, *Materia Medica Greca,* 6(2): 117-139.
- *Μακεδονία* (1970), Ουσιώδεις βελτιώσεις επήλθον εις τον κοινωνικόν τομέα χάρις εις τα θεσπισθέντα μέτρα, 15 Φεβρουαρίου, σελ. 8.
- Μακρυδημήτρης Α., Μιχαλόπουλος Ν., (2000), *Εκθέσεις Εμπειρογνωμόνων για τη Δημόσια Διοίκηση 1950-1998*, Αθήνα: Παπαζήση.
- Ματσαγγάνης, Μ. (1995), Η μεταφορά τεχνογνωσίας και οι κίνδυνοι της: Προς εισαγωγή συστήματος προϋπολογισμών οικογενειακών γιατρών στην Ελλάδα, στο Κυριόπουλος, Γ. (επιμ.), *Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: Στο Σταυροδρόμι των Επιλογών*, Αθήνα: Θεμέλιο.
- Μωραΐτης, Ε. (2000), Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Εφικτή λύση ή Ουτοπία; στο Γεωργούση, Ε., Κυριόπουλος, Γ., Μπεαζόγλου, Τ. (επιμ.), *Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία*, Αθήνα: Θεμέλιο.
- Νιάκας, Δ. (1994), Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα και οι προτάσεις της επιτροπής των διεθνών εμπειρογνωμόνων, *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, 3(3): 113-137.
- Νιάκας, Δ. (1995), Η Πρόταση των Ξένων Εμπειρογνωμόνων: Είναι Εφικτή η Εφαρμογή της; στο Κυριόπουλος, Γ. (επιμ.), *Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: Στο Σταυροδρόμι των Επιλογών*, Αθήνα: Θεμέλιο.
- Νικολαΐδης, Γ., Σακελλαρόπουλος, Σ. (2008), Η κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα τον μεσοπόλεμο: γεγονότα, συγκρούσεις και εννοιολογικοί μετασχηματισμοί, στο Κυριόπουλος, Γ. (επιμ.), *Δημόσια Υγεία και Κοινωνική Πολιτική: ο Ελευθέριος Βενιζέλος και την Εποχή του*, Αθήνα: Παπαζήση.

- Παγουλάτος, Γ. (2009, Μάϊος 17), Το εκκρεμές των μεταρρυθμίσεων, *Καθημερινή*. Διαθέσιμο στο: https://www.kathimerini.gr/714552/opinion/epikairothta/arxeio-monimes-sthles/to-ekkremes-twn-metarry8misewn (Ανακτήθηκε: 25/06/2020).
- Παούνης, Ν. (2017), *Η Ελληνοτουρκική Αντιπαράθεση στα Ίμια (1996). Ο «Μύθος» του Εθνικού Τακτικού Πλεονεκτήματος*, ΕΛΙΑΜΕΠ-Κείμενο Εργασίας Νο 87. Διαθέσιμο στο: https://www.eliamep.gr/wp-content/uploads/2018/03/87_2017_-WORKING-PAPER-_%CE%A0%CE%B1%CE%BF%CF%8D%CE%BD%CE%B7%CF%82-%CE%98.-%CE%9D%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CE%BB%CE%B1%CE%BF%CF%82.pdf (Ανακτήθηκε: 24/01/2021).
- Πάτρας, Λ. (1966), *Η δημοσία κοινωνική διοίκησις εν Ελλάδι.* Ανάτυπον, Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
- Πάτρας, Λ. (1970α), *Εισήγησις επί της Εθνικής Πολιτικής Υγείας,* Αθήνα: Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών.
- Πάτρας, Λ. (1970β), Κοινωνική ιατρική εν Ελλάδι: (Άρθρον δημοσιευθέν εις το ιταλικόν περιοδικόν "Minerva Midica", τεύχος 34, 24.4.1970, αφιερωμένον εις την ιατρικήν εν Ελλάδι), *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 4: 167–170.
- Πάτρας, Λ. (1972), *Σχεδιασμός κοινωνικής πολιτικής*, Αθήνα: Ελληνικός Εκδοτικός Οργανισμός.
- Πάτρας, Λ. (2014), *Μνήμη προσώπων και γεγονότων - Αναμνήσεις της γενεάς 1941-1949 και στοχασμοί εβδομήντα ετών για τα πρόσωπα και τα γεγονότα,* Αθήνα: Ηρόδοτος.
- Πατρώνης, Β., Λιαργκόβας, Π. (2017), Κοινωνική ενσωμάτωση και οικονομική πολιτική στα χρόνια της δικτατορίας στην Ελλάδα, 1967- 1974: Ο ειδικός ρόλος του αγροτικού τομέα*, Ελληνική Επιθεώρηση Πολιτικής Επιστήμης*, 23(1), 107–137.
- Πετμεζίδου-Τσουλουβή, Μ. (1992), *Κοινωνικές ανισότητες και κοινωνική πολιτική*, Αθήνα: Εξάντας.
- Ρόζος, Β. (1986), Ο καθηγητής Νικόλαος Λούρος ως ιστορικός της ιατρικής, φιλόσοφος και κοινωνιολόγος, *Materia Medica Greca,* 14(6): 581-585.
- Σιγάλας, Ι. (1994), Τα ελλείμματα των νοσοκομείων. Πρόβλημα χρηματοδότησης ή διαχείρισης; *Επιθεώρηση Υγείας*, 5(5):60-64.
- Σημίτης, Κ. (2005), *Πολιτική για μια δημιουργική Ελλάδα, 1996-2004*, Αθήνα: Πόλις.
- Σπράος, Ι. (1997), *Μη δημοσιευμένη επιστολή προς Α. Καρόκη, Γ. Κυριόπουλο, Μ. Ματσαγγάνη, Ηλ. Μόσιαλο, Δ. Νιάκα, Α. Σισσούρα, Πλ. Τήνιο, Αν. Φιλαλήθη*, σχετ. Συνάντηση 8.12.97, 9 Δεκεμβρίου 1997.
- Στάθης, Γ. (2004), Η απουσία «επιχειρησιακών εργαλείων» από τα δημόσια νοσοκομεία, *Επιθεώρηση Υγείας*, 15(88): 9-12.
- Σταθόπουλος, Π. (1996), *Κοινωνική Πρόνοια – Μια γενική θεώρηση*, Αθήνα: Έλλην.

- Σιούφας, Δ. (2016), *Η ίδρυση και λειτουργία του ΟΓΑ: έργο του Κωνσταντίνου Καραμανλή*. Διαθέσιμο στο: https://apopseis.gr/idrysi-kai-leitourgia-oga-ergo-karamanli/ (Ανακτήθηκε: 17/02/2020).
- Σισσούρας, Α. (2012), *Τα μετέωρα βήματα του ΕΣΥ: Τριάντα χρόνια Εθνικού Συστήματος Υγείας: Ανάλυση της υλοποίησης και μαθήματα πολιτικής υγείας*, Αθήνα: Μεταίχμιο.
- Σκουτέλης, Γ. (1995), Ενιαίος Φορέας Υγείας: Ρεαλισμός και ουτοπία, στο Κυριόπουλος, Γ. (επιμ.), *Η Πολιτική υγείας στην Ελλάδα: Στο σταυροδρόμι των επιλογών*, Αθήνα: Θεμέλιο.
- Σωτηρόπουλος, Δ. (1999*),* Ο μπουρλοτιέρης κομμουνιστής και ο πένης και νήστις εργάτης. Η κοινωνική πολιτική της δικτατορίας, *στο:* Αθανασάτου, Γ., Ρήγος, Α., Σεφεριάδης, Σ. (επιμ.), *Η Δικτατορία 1967-1974. Πολιτικές πρακτικές - Ιδεολογικός λόγος - Αντίσταση.* Αθήνα: Καστανιώτη.
- *Τα Νέα* (1998α), Νοικοκύρεμα του ΕΣΥ, μάνατζερ και οικογενειακός γιατρός, 25 Απριλίου, σ. 20-21.
- *Τα Νέα* (1998β), Ο Γ. Σπράος περί Υγείας, 29 Απριλίου. Ανακτήθηκε από https://www.tanea.gr/1998/04/29/opinions/o-g-spraos-peri-ygeias/ (26/01/2021).
- Τσαλίκης, Γ. (1995), Φιλελευθερισμός, οράματα και πανοράματα για την υγεία, στο Κυριόπουλος, Γ. (επιμ.), *Η Πολιτική υγείας στην Ελλάδα: Στο σταυροδρόμι των επιλογών*, Αθήνα: Θεμέλιο.
- Τσαλίκης, Γ. (2008), Ο πρώτος και ο δεύτερος νόμος για το ΙΚΑ: Η θέση των Φιλελευθέρων και των Λαϊκών για την κοινωνική ασφάλιση στο Μεσοπόλεμο, στο Κυριόπουλος, Γ. (επιμ.), *Δημόσια υγεία και κοινωνική πολιτική: ο Ελευθέριος Βενιζέλος και η εποχή του*, Αθήνα: Παπαζήση.
- Τήνιος, Π. (2001), *Κοινωνία, οικονομία, συντάξεις: Κρυμμένος θησαυρός;* Αθήνα: Παπαζήση.
- Τούντας, Γ. (2002), *Πολιτική Υγείας*, Αθήνα: Οδυσσέας/Νέα Υγεία.
- Τούντας, Γ., Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Νεκτάριος, Μ., Σουλιώτης, Κ., Υφαντόπουλος, Γ., Φιλαλήθης, Τ. (2020), *Το Νέο ΕΣΥ: Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας*, Αθήνα: ΔιαΝΕΟσις.
- Τριανταφύλλου, Τ., Χατζοπούλου, Ε., Βιολάκη-Παρασκευά, Μ. (1952), Παρατηρήσεις επί της οργανώσεως της υγειονομικής υπηρεσίας της χώρας, *Αρχεία Υγιεινής*, 1-3: 7-20.
- Τσουδερού-Παπαδάτου, Β. (1963), *Ιατρική περίθαλψης και πρόνοια : το πρόβλημα στην Ελλάδα και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες,* Αθήνα: [χ.ε.].
- Υπουργείο Συντονισμού (1960), *Πενταετές Πρόγραμμα Οικονομικής Αναπτύξεως της χώρας 1960-1964,* Αρχείο Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών, 40, τχ. Β.
- Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών (1970), *Απόψεις των ιατρικών σχολών Αθηνών και Θεσσαλονίκης, του πανελλήνιου ιατρικού συλλόγου και του*

ιατρικού συλλόγου Αθηνών επί του προβλήματος της εθνικής πολιτικής υγείας, Αθήνα.

- Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών (1981), *Το νομοσχέδιο «Μέτρα προστασίας της υγείας»*, Αθήνα.
- Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (1994), *Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Ανάλυση και δομή του συστήματος*, Αθήνα: Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
- Υφαντόπουλος, Γ. (2003), *Τα Οικονομικά της Υγείας. Θεωρία και Πολιτική*, Αθήνα: Τυπωθήτω/Δαρδανός.
- Υφαντόπουλος, Γ., Πολυγένη, Δ. Τακουμάκης, Ι. (2005), Το Βρετανικό σύστημα υγείας, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 22(1):73–96.
- Φιλαλήθης, Α. (1995), Η ανάπτυξη των ανθρωπίνων πόρων στη υγεία, στο Κυριόπουλος, Γ. (επιμ.), *Η Πολιτική υγείας στην Ελλάδα: Στο σταυροδρόμι των επιλογών*, Αθήνα: Θεμέλιο.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Anonymous (1920), Future provision of medical services: Lord Dawson on the consultative council's report, *British Medical Journal*, 1(3102): 800-802.
- Anonymous (1942, December 2), The plan for social security: Full outline, *Manchester Guardian*, p. 6.
- Anonymous (1980), Dawson Report: sixty years after the high hopes of 1920, *Health and Social Service Journal*, 90(4693): 638-640.
- Anonymous (2011, May 26), 2 December 1942: A great plan, The Guardian. Available at: https://www.theguardian.com/theguardian/from-the-archive-blog/2011/may/26/guardian190-beveridge-1942 (accessed 22 April 2020).
- Beck, A.H. (2004), The Flexner report and the standardization of American medical education, *JAMA*, 291(17): 2139–2140.
- Beveridge, W. (1942), *Social Insurance and Allied Services (The Beveridge Report)*, London: HMSO.
- Brownson, R. C., Chriqui, J. F., και Stamatakis, K. A. (2009), Understanding evidence-based public health policy, *American journal of public health*, 99(9): 1576–1583.
- Cooke, M., Irby, D., Sullivan, W., Ludmerer, K. (2006), American Medical Education 100 Years after the Flexner Report, *New England Journal Of Medicine*, 355(13): 1339-1344.
- Day, P., Klein, R. (1983), Two views on the Griffiths report. The mobilisation of consent versus the management of conflict: decoding the Griffiths report, *British Medical Journal,* 287(6407): 1813–1816.
- Davaki, K. and Mossialos, E. (2005), Plus ça Change: Health Sector Reforms in Greece, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, (1-2): 143-167.

- Doyle, B.M. (2016), Healthcare before Welfare States: Hospitals in Early Twentieth Century England and France*, Canadian Bulletin of Medical History*, 33(1): 174-204.
- Duffy, T.P. (2011), The Flexner Report-100 years later, *The Yale journal of biology and medicine*, 84(3): 269–276.
- Falk, I.S. (1958), The Committee on the Costs of Medical Care—Twenty-Five Years of Progress, *American Journal of Public Health,* 48: 979–982.
- Falk, I. (1983), Some Lessons from the Fifty Years Since the CCMC Final Report, 1932, *Journal of Public Health Policy*, 4: 135–161.
- Fielding, J.E. (1999), Public health in the twentieth century: advances and challenges, *Annual Review of Public Health*, 20:1, xiii-xxx.
- Ferrera, M. (1993), *EC citizens and social protection*. Brussels: Commission of the European Communities, Div. V/E/2.
- Flexner, A. (1910), *Medical Education in the United States and Canada*, New York, NY: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
- Gray, A.M. (1982), Inequalities in health. The Black Report: a summary and comment, *International Journal of Health Services*, 12 (3): 349–380.
- Gore T.B. (2013), A forgotten landmark medical study from 1932 by the Committee on the Cost of Medical Care, *Proceedings (Baylor University. Medical Center)*, 26(2), 142–143.
- Hudson, R.P. (1972), Abraham Flexner in Perspective: American Medical Education 1865-1910, *Bulletin of the History of Medicine,* 46:545-561.
- Imison, C., Naylor, C., Maybin, J. (2008), *Under One Roof: Will Polyclinics Deliver Integrated Care?* London: The King's Fund.
- Kouris, G., Trompoukis, C., Contiades, X., Philalithis, A. (2023), The contribution of expert reports to the formulation of health policy in Greece during the period 1920-2000, *Archives of Hellenic Medicine*. [in press].
- Kutzin J. (2013), Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy, Bull World Health Organ, 91:602–611.
- Leathard A. (2001), *Health care provision – past, present and into the 21st century, 2nd ed*., Cheltenham: Stanley Thornes.
- Markel, H. (2010), Abraham Flexner and His Remarkable Report on Medical Education, JAMA, 303(9): 888-890.
- Ministry of Health-Consultative Council on Medical and Allied Services (1920), *Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services*, London: Her Majesty's Stationery Office.
- Mossialos, E., Allin, S. (2005), Interest Groups and Health System Reform in Greece, *West European Politics*, 28(2): 420-444.

- Musgrove, P. (2000), Health insurance: The influence of the Beveridge report, *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6): 845–846.
- Nikolentzos A, Mays, N. (2008), Can existing theories of health care reform explain the Greek case (1983—2001)? *Journal of European Social Policy*, 18(2):163-176.
- Perkins, B.B. (1998) Economic Organization of Medicine and the Committee on the Costs of Medical Care, *American Journal of Public Health*, 88:1721-1726.
- Petmesidou, M. (2006), Tracking social protection: Origins, path peculiarity, impasses and prospects. In: Petmesidou M and Mossialos E (eds), *Social Policy Developments in Greece*, Aldershot: Ashgate, pp. 25–54.
- Philalithis, A. (2001), *If I were Minister of Health: The Greek Health paradox and the Health Policy Conundrum. Towards Unity for Health*, 4:13-15, Geneva: World Health Organization.
- Promitzer, C., Trubeta, S., Turda, M. (2011), *Health, hygiene and eugenics in southeastern Europe to 1945*, Budapest: Central European University Press.
- Ross, J. (2002), The Committee on the Costs of Medical Care and the History of Health Insurance in the United States, *Einstein Quarterly Journal of Biology and Medicine*, 19:129-134.
- Saltman, R., Figueras, J. (1997), *European health care reform: analysis of current strategies*, Copenhagen: World Health Organization- Regional Office for Europe.
- Savigny, D., Adam, T. (2009), *Systems Thinking for Health Systems Strengthening*, Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization. Available at: https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/9789241563895/en/ (Accessed: 13/12/2020).
- Sheard, S. (2011), A creature of its time: the critical history of the creation of the British NHS. *Michael Quarterly, 8*:428–441.
- Starr, P. (1982), *The Social Transformation of American Medicine*, New York: Basic Books.
- The Committee on the Costs of Medical Care Presents Its Final Report (1933), *The Milbank Memorial Fund Quarterly Bulletin*, 11(1), 21–30.
- The National Archives Website (n.d.), *Origins of the NHS*. Available at: https://www.nationalarchives.gov.uk/cabinetpapers/alevelstudies/origins-nhs.htm (Accessed: 22/04/2020).
- Townsend, P., Davidson, N. (1982), *Inequalities in Health: The Black Report*, Harmondsworth: Penguin.
- 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*, 13:107-130.

- Venieris, D. (1997), *The History of Health Insurance in Greece: The Nettle Governments Failed to Grasp*, *Discussion Paper No. 9*, London: LSE Health, The London School of Economics and Political Science.
- Wasley, P.T. (1993), Health Care in the Twentieth Century: A History of Government Interference and Protection, *Business Economics,* 28 (2): 11-16.
- Winslow, E. A. (1932), The Recommendations of the Committee on the Costs of Medical Care, *New England Journal of Medicine*, 207:1138-1142.
- World Health Organization-Regional Office for Europe (1996), *Health care systems in transition: Greece*, Copenhagen: World Health Organization - Regional Office for Europe.
- World Health Organization (1999), *The World Health Report: 1999: Making a difference,* Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2007), *Everybody's Business: Strengthening health systems to improve health outcomes—WHO's Framework for Action*, Geneva: World Health Organization.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Η ΕΚΘΕΣΗ ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΤΩΝ ΕΘΝΩΝ (1929) ΩΣ ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

6.1. Εισαγωγή

Μία από τις πλέον σημαντικές εκθέσεις για τις πολιτικές υγείας στην Ελλάδα – όπως αναλύθηκαν σε προηγούμενο κεφάλαιο - υπήρξε η έκθεση με τίτλο *«Συνεργασία με την Ελληνική Κυβέρνηση για την υγειονομική αναδιοργάνωση της Ελλάδας»* (Collaboration with the Greek Government in the Sanitary Reorganisation of Greece), η οποία συντάχθηκε το έτος 1929 από ομάδα εμπειρογνωμόνων της Κοινωνίας των Εθνών (ΚτΕ) (League of Nations Health Organization, 1929a).

Η εν λόγω έκθεση – η οποία επηρέασε σε μεγάλο βαθμό την μετέπειτα ανάπτυξη του Ελληνικού συστήματος υγείας – συντάχθηκε κατόπιν σχετικού αιτήματος που υπέβαλλε η Ελληνική Κυβέρνηση, με επιστολή που απέστειλε στις 20 Οκτωβρίου 1928 ο Υφυπουργός Υγιεινής Απόστολος Δοξιάδης, προς τη διεθνή οργάνωση, με την οποία ζητείτο η συνδρομή αυτής, προκειμένου να αποσταλεί στην Ελλάδα μία ομάδα ειδικών επί θεμάτων δημόσιας υγείας και πολιτικών υγείας, με αποκλειστικό σκοπό τη διαμόρφωση ενός μεταρρυθμιστικού σχεδίου για τις υγειονομικές υπηρεσίες και το σύστημα εκπαίδευσης του υγειονομικού προσωπικού (The League of Nations Assembly, 1929; Boudreau, 1929; Λιάκος, 1993).

Η ομάδα των εμπειρογνωμόνων θα είχε ως βασική αποστολή να παράσχει στην Ελληνική κυβέρνηση – Πρωθυπουργός της οποίας ήταν ο Ελευθέριος Βενιζέλος - αξιόπιστη πληροφόρηση για την υγειονομική κατάσταση που επικρατούσε στη χώρα καθώς και ερμηνευτική και διαγνωστική προετοιμασία για τις αναγκαίες αλλαγές, με την υποβολή συγκεκριμένων προτάσεων για τη βελτίωση του – ανύπαρκτου έως τότε – υγειονομικού συστήματος της χώρας (Winslow, 1929b).

Η έκθεση αυτή κατέχει έναν σημαίνοντα ρόλο στο corpus των εκθέσεων εμπειρογνωμόνων για την πολιτική υγείας στην Ελλάδα, όχι μόνο γιατί αποτέλεσε χρονικά στον 20^{ο} αιώνα την πρώτη συστηματικά επεξεργασμένη και τεκμηριωμένη πρόταση για τη βελτίωση του υγειονομικού συστήματος της χώρας αλλά και διότι πραγματοποιήθηκε σε μια περίοδο ιδιαίτερα έντονη και φορτισμένη, όπως αυτή του Μεσοπολέμου, η οποία σημαδεύτηκε από μείζονα πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά γεγονότα σε παγκόσμιο και εθνικό επίπεδο τα οποία – αναπόφευκτα – επηρέασαν τους σχεδιασμούς και τις αποφάσεις για την εθνική υγειονομική πολιτική.

Πέρα από τα παραπάνω, η εν λόγω έκθεση θεωρείται πολύ σημαντική - και ως τέτοια επιλέχθηκε ως μελέτη περίπτωσης – καθότι η επιστημονική καταγραφή και πληροφόρηση για αυτήν - αλλά και γενικότερα για τις υγειονομικές πολιτικές της περιόδου 1920-1945 στην Ελλάδα – παρουσιάζει ελλείψεις, ιδιαίτερα σ' ότι αφορά την ανάλυση των μεταρρυθμιστικών προτάσεων της έκθεσης και τη συσχέτιση αυτών με τα θεσμικά αποτελέσματα που παρήχθησαν μετέπειτα σε πολιτικό-νομοθετικό επίπεδο.

6.2. Η κοινωνικο-οικονομική και πολιτική πραγματικότητα στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου

Η κατάσταση που επικρατούσε στην Ελλάδα - σε πολιτικό, οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο - κατά την περίοδο που προηγήθηκε της σύνταξης της υπό μελέτη έκθεσης, δεν ήταν καθόλου καλή (Κωστής, 1987; 1992; Μητροφάνης, 2003).

Τα οικονομικά προβλήματα που αντιμετώπιζε η χώρα, ως συνέπεια της αδιάλειπτης δεκαετής συμμετοχής της (1912-1922) στις συνεχόμενες πολεμικές επιχειρήσεις (δύο Βαλκανικοί Πόλεμοι, Α' Παγκόσμιος Πόλεμος, Μικρασιατική εκστρατεία) ήταν τεράστια (Mazower, 1992, 2002) και η αναπόφευκτη σύνδεση της οικονομικής ζωής με την εν γένει πολεμική προσπάθεια (και συνακόλουθα το κόστος αυτής), είχαν οδηγήσει τα - ήδη επιβαρημένα από το εξωτερικό χρέος - δημόσια οικονομικά της Ελλάδος σε «μαρασμό» (Μητροφάνης, 2003). Σύμφωνα με τον Αλογοσκούφη (Alogoskoufis, 2021) η παραπάνω περίοδος χαρακτηρίστηκε από σημαντική δημοσιονομική και νομισματική αστάθεια, η οποία οδήγησε στις σοβαρότερες και πιο επίμονες αυξήσεις του πληθωρισμού στην ιστορία της σύγχρονης Ελλάδας. Αξίζει να σημειωθεί ότι, λόγω των πολεμικών αυτών επιχειρήσεων, το δημόσιο χρέος ανήλθε σε 450.000.000 δολάρια (Mears,1929).

Παράλληλα, η υψηλή ανεργία και ο πληθωρισμός δεν άφηναν ιδιαίτερα περιθώρια αισιοδοξίας για την οικονομική ανόρθωση της χώρας (Λιάκος, 1993, Δερτιλής, 2005), την ίδια στιγμή που η λαϊκή δυσαρέσκεια - που είχε δημιουργηθεί ως απόρροια της οικονομικής εξαθλίωσης των πολιτών – ολοένα και μεγάλωνε, δημιουργώντας μια εικόνα γενικευμένης αβεβαιότητας και αστάθειας σε πολιτικό, κοινωνικό και οικονομικό πεδίο (Κοντογιώργης, 1977; Αλιβιζάτος, 1983; Ρήγος, 1988).

Επιπλέον, η γραφειοκρατία και η διοικητική αναποτελεσματικότητα των δημόσιων υπηρεσιών δυσχέραιναν περαιτέρω το γενικότερο έργο της προσπάθειας ανασυγκρότησης της χώρας (Μακρυδημήτρης και Μιχαλόπουλος, 2000). Σύμφωνα με τον Βαρβαρέσο (1952), ο οποίος συνέταξε την επιδραστική έκθεσή του επί του οικονομικού προβλήματος της Ελλάδας, μεταξύ των σοβαρότερων παραγόντων της ελληνικής διοικητικής παθολογίας περιλαμβάνονταν «*οι από μακρού καθιερωμένες πρακτικές των πελατειακών σχέσεων, της ευνοιοκρατίας και της πατρωνίας, η κατάφωρη παραβίαση της αξιοκρατίας και η εκτεταμένη διαφθορά, δωροδοκία και το χαμηλό ηθικό ακόμη και μεταξύ των ανώτατων αξιωματούχων και διοικητικών υπαλλήλων, καθώς και η επικράτηση του νομικισμού, του φορμαλισμού και της γραφειοπαθολογίας στη λειτουργία των δημόσιων υπηρεσιών*».

Τα παραπάνω, σε συνδυασμό με τις συχνά ραγδαίες αλλαγές στη δημόσια ζωή, τα αντικρουόμενα συμφέροντα και τις αντιλήψεις που εξέφραζαν διάφορες κοινωνικές ομάδες και ομάδες πίεσης, καθιστούσαν αδύνατη την προσπάθεια οικοδόμησης

ευρύτερων κοινωνικο-πολιτικών συναινέσεων, προκειμένου να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά τα «φλέγοντα» ζητήματα της χώρας (προσφυγικό, εργασιακά, πολιτικά και θέματα δημόσιας υγείας) (Zink, 2000).

Σε ότι αφορά το πολιτικό επίπεδο, η χώρα χαρακτηριζόταν από έντονη αστάθεια και ισχυρές τάσεις εσωστρέφειας με αιτήματα εσωτερικής ανασυγκρότησης στη βάση των νέων πολιτικοκοινωνικών δεδομένων, ενώ ιδιαίτερα βαρύνουσα συνθήκη στο πεδίο αυτό αποτέλεσε η κυριαρχία των εθνικών ζητημάτων στο πεδίο της πολιτικής διαχείρισης. Ενδεικτικό στοιχείο της πολιτικής αστάθειας που επικρατούσε κατά την εν λόγω περίοδο, ήταν οι βραχύβιες κυβερνητικές θητείες, ως αποτέλεσμα των έκτακτων συστημικών αλλαγών που λάμβαναν χώρα στην ελληνική πολιτική σκηνή συμπεριλαμβανομένων των συχνών παρεμβάσεων του στρατού στην πολιτική (όπως με το αυταρχικό καθεστώς του 1925-26). Χαρακτηριστικό είναι επίσης πως η μοναδική κυβέρνηση που κατάφερε να εξαντλήσει την τετράχρονη κοινοβουλευτική της θητεία ήταν η τελευταία κυβέρνηση του Ελευθέριου Βενιζέλου (1928-1932) (Mavrogordatos, 1983).

Το αποκορύφωμα αυτής της εξαιρετικά δυσχερούς – κατά γενική ομολογία – κατάστασης, που επικρατούσε στη χώρα, ήταν η Μικρασιατική Καταστροφή και η μαζική εισροή προσφύγων που ακολούθησε αυτήν. Η άφιξη 1.221.849 προσφύγων[3], οι οποίοι στερούνταν των βασικών στην προσπάθεια τους για επιβίωση (τροφή, νερό, κατοικία) και επιπλέον αντιμετώπιζαν ιδιαίτερα άθλιες και ανθυγιεινές συνθήκες διαβίωσης (Pentzopoulos, 1962; Βενιέρης, 1997), δημιούργησε ένα επιπρόσθετο - μεγάλο - βάρος στην «καχεκτική» ελληνική οικονομία, η οποία είδε, «εν μία νυχτί», το πληθυσμό της χώρας - που ανερχόταν σε πέντε εκατομμύρια κατοίκους (5.016.889[4]), να αυξάνεται κατά 25% περίπου και νέες προτεραιότητες να αναδύονται στον κοινωνικο-οικονομικό τομέα (Κατσάπης, 2002).

Η κάλυψη των τεράστιων αναγκών περίθαλψης των προσφυγικών πληθυσμών, που κατέφυγαν στην Ελλάδα μετά την καταστροφή, η στέγαση, η αντιμετώπιση της ανεργίας και η κοινωνική ενσωμάτωση των προσφύγων, αποτέλεσαν τα μεγάλα στοιχήματα - προκλήσεις του ελληνικού κράτους αυτής της περιόδου (Λιάκος, 1992).

6.3. Τα προβλήματα δημόσιας υγείας και οι πρωτοβουλίες για την υγειονομική οργάνωση της χώρας, την περίοδο 1922-1928

Ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα που βρέθηκε στο επίκεντρο του δημόσιου ενδιαφέροντος από το 1922 και μετά, όταν δηλαδή άρχισε η μαζική έλευση προσφύγων στην Ελλάδα, ήταν το ζήτημα της βελτίωσης του συστήματος της υγειονομικής οργάνωσης του κράτους. Δύο βασικοί παράγοντες καθιστούσαν επιτακτική, περισσότερο από ποτέ, τη λήψη μέτρων στον υγειονομικό τομέα:

(α) οι μολυσματικές ασθένειες (ελονοσία, φυματίωση, κ.α.) που «θέριζαν» τον προσφυγικό πληθυσμό (Societe des Nations Organisation D' Hygiene, 1928), οι οποίες σε συνδυασμό με την απουσία των απαραίτητων - για τη δημόσια υγεία - υποδομών (όπως για ύδρευση και αποχέτευση), καθιστούσαν εξαιρετικά υψηλό τον κίνδυνο

[3] Σύμφωνα με την απογραφή του 1928, που δεν περιλαμβάνει όσους πέθαναν τα πρώτα χρόνια ή μετανάστευσαν, ο αριθμός των προσφύγων στην Ελλάδα φτάνει το 1.221.849 (Pentzopoulos, 1962)
[4] Σύμφωνα με την απογραφή του 1920 (Τσαούσης, 1971).

έξαρσης και επέκτασης των επιδημικών ασθενειών στο γηγενή πληθυσμό (Boudreau, 1929; Λιβαδάς και Σφάγγος, 1940; Λιβαδάς, 1973; Morgenthau, 1994).

(β) η ανάγκη διαμόρφωσης ενός καλά οργανωμένου συστήματος νοσοκομειακής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για την αντιμετώπιση της ασθένειας - το οποίο έως τότε απουσίαζε - στη βάση μιας ολοκληρωμένης κρατικής κοινωνικής πολιτικής, η οποία θα περιλάμβανε μέτρα, όχι μόνο για την αναδιοργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, αλλά θα ενσωμάτωνε παρεμβάσεις για μια σειρά θεμάτων που άγγιζαν το σύνολο της κοινωνίας (Λιάκος, 1993; Κατσάπης, 2002; Κυριόπουλος, 2008). Σ' αυτό το πλέγμα περιλαμβάνονταν ζητήματα όπως η κοινωνική ασφάλιση, η εργασία, η περιβαλλοντική υγιεινή στις πόλεις και στην ύπαιθρο και η ανάπτυξη κοινωνικών θεσμών και παρεμβάσεων που θα αντικαθιστούσαν την αποσπασματικότητα της ιδιωτικής φιλανθρωπίας με τη βεβαιότητα της κρατικής μέριμνας (Κατσάπης, 2007; Κυριόπουλος, 2008).

Ένας από τους ανθρώπους που διαδραμάτισαν σημαντικό ρόλο στα υγειονομικά δρώμενα της εποχής, ο Φωκίων Κοπανάρης, Γενικός Διευθυντής της Υγιεινής, αναφερόμενος στην υγειονομική κατάσταση που επικρατούσε τότε στη χώρα, επισήμαινε τα εξής (Κοπανάρης, 1933):

> *«Η υγειονομική κατάστασις, η δημιουργηθείσα εκ του προσφυγικού ζητήματος υπήρξε διά το κράτος πράγματι τραγική. Ιδίως εν τη Παλαιά Ελλάδι, ένθα μέχρις εσχάτως ουδ' ίχνος πραγματικής υγειονομικής υπηρεσίας υφίστατο, παρουσίασεν εικόνα λίαν λυπηράν και εγέννησεν κινδύνους δια την υγείαν του εν γένει πληθυσμού του Κράτους. Ο εξανθηματικός τύφος εξερράγη πανταχού του παλαιού Βασιλείου ένθα εγκατεστάθησαν πρόσφυγες, ανεπτύχθη εις επιδημίας και επεξετάθη και μεταξύ του αυτόχθονος πληθυσμού αδιακρίτως κοινωνικών τάξεων μήδε των ευπορωτέρων φεισθείς».*

Αντίστοιχα, ο Μιχαήλ Μεταλινός, Γενικός Διευθυντής της Διεύθυνσης Εποικισμού Μακεδονίας-Θράκης του Υπουργείου Γεωργίας, περιγράφοντας την υγειονομική κατάσταση και το επίπεδο υγείας μεταξύ των προσφυγικών πληθυσμών κατά την περίοδο 1922-1926, χαρακτήριζε τη μεν υγειονομική κατάσταση των προσφύγων ως *«χείριστη»,* τη δε θνησιμότητα, κατά την αρχή της εποικίσεως αυτών, ως *«μεγίστη»*, υπογραμμίζοντας τη σημασία που όφειλε να αποδώσει το ελληνικό κράτος στην υγειονομική περίθαλψη για την αναστροφή της κατάστασης (Μεταλινός, 1932).

Η τραγική υγειονομική κατάσταση, δεν άφηνε ασυγκίνητη ούτε τις εφημερίδες της εποχής. Χαρακτηριστικό είναι δημοσίευμα της εφημερίδας «Εμπρός» (19 Οκτωβρίου 1922), το οποίο περιγράφοντας τις υγειονομικές συνθήκες που επικρατούσαν μεταξύ των ελλήνων προσφύγων, κατά την εκκένωση της Θράκης, έκανε λόγο για «*πλείστους θανάτους, τοκετούς και ασθένειες, ιδίως των παιδιών»*.

Ένα επιπλέον στοιχείο το οποίο καταδεικνύει την ανεπάρκεια του κράτους να αντιμετωπίσει την - εκ Μικρά Ασίας - υγειονομική «πληγή», ήταν το ότι κατά τη διάρκεια των τελευταίων μηνών του 1923, ο εξανθηματικός τύφος είχε εξαπλωθεί σε όλα σχεδόν τα λιμάνια αλλά και τις πόλεις στο εσωτερικό της Ελλάδας (Λιάκος, 1993; Κοινωνία των Εθνών, 1997), την ίδια ώρα που η θνησιμότητα ανάμεσα στους ασθενείς πρόσφυγες που βρίσκονταν στην ύπαιθρο έφτανε το 45%. Όσον αφορά τη σχέση θανάτων προς γεννήσεις, για όλο το 1923 και το πρώτο εξάμηνο του 1924, ήταν τρεις προς έναν (Κοινωνία των Εθνών, 1997).

Υπό αυτές τις συνθήκες και προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι οδυνηρές συνέπειες της Μικρασιατικής Καταστροφής και του προσφυγικού ζητήματος στον τομέα της δημόσιας υγείας, ιδρύθηκε το 1922, αυτόνομο Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας, με το νόμο 2882 (Λιάκος, 1993).

ΜΙΑ ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΕΜΠΝΕΥΣΙΣ

ΕΝ ΑΡΧΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΖΩΗ

ΤΟ ΝΕΟΝ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Ὁ Ὑπουργὸς τῆς Περιθάλψεως κ. Α. Καρτάλης κατέθεσε προχθὲς εἰς τὴν Συνέλευσιν τὸ ἀπὸ πολλοῦ καταρτιζόμενον σχέδιον Νόμου περὶ ἱδρύσεως Ὑπουργείου Ὑγείας καὶ Κοινωνικῆς Προνοίας.

Δι' αὐτοῦ τὸ νῦν ὑφιστάμενον Ὑπουργεῖον Περιθάλψεως μεταρρυθμίζεται, μεταβάλλει σύνθεσιν καὶ ὀνομασίαν καὶ ὀργανοῦται εἰς Ὑπουργεῖον Ὑγείας καὶ Κοινωνικῆς Προνοίας ἐπεκτεινομένης τῆς ἐρεύνης του εἰς ζωτικωτάτους κλάδους τῆς Ἐθνικῆς Πολιτικῆς, οἷον εἶναι ἡ μέριμνα περὶ τῆς ὑγιεινῆς καὶ ἡ κοινωνικὴ πρόνοια.

Εἰς μακρὰν αἰτιολογικὴν ἔκθεσίν του προτασσομένην τοῦ Νομοσχεδίου, ὁ Ὑπουργὸς τῆς περιθάλψεως διεκτραγωδεῖ τὴν παρ' ἡμῖν ἐλεεινὴν κατάστασιν τῆς δημοσίας ὑγείας καὶ τὴν ἠλιθιώδεστάτην νοσηρότητα καὶ θνησιμότητα, ἐξετάζει τὰ αἴτια καὶ συζητεῖ τὰ μέτρα δι' ὧν εἶναι δυνατὴ ἡ βελτίωσις.

Εἰς ἰδιαίτερον κεφάλαιον ἀναγράφεται ἡ κατ' ὅλου κατεύθυνσις τῆς Κοινωνικῆς Προνοίας παρ' ἡμῖν, ἐπὶ τῇ βάσει τῶν ἀναγκα-

Εικόνα 6: Δημοσίευμα της εφημερίδας Εμπρός (31 Μαΐου 1921,σελ. 2) που προαναγγέλλει την ίδρυση αυτόνομου Υπουργείου Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας, χαρακτηρίζοντας την εν λόγω πρωτοβουλία ως «επιτυχή έμπνευση».

Η αναγγελία της συγκεκριμένης νομοθετικής παρέμβασης - η οποία είχε γίνει εξ' αρχής δεκτή με ενθουσιασμό από τον Τύπο της εποχής, χαρακτηριζόμενη ως *«επιτυχής έμπνευση»* (Εμπρός, 1921) – χαρακτηρίστηκε ως μια βαθειά τομή στις οργανωτικές υγειονομικές εξελίξεις της εποχής (Εικόνα 6).

Και αυτό διότι, για πρώτη φορά προβλεπόταν η συγκέντρωση σ' ένα ενιαίο οργανισμό του συνόλου σχεδόν, των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, διαμορφώνοντας έτσι ένα φορέα που θα μπορούσε να παρέμβει σε ολόκληρο το φάσμα των υγειονομικών αναγκών της χώρας (Μαστρογιάννης, 1960; Ζηλίδης, 1988).

Ταυτόχρονα, το σχετικό νομοθετικό διάταγμα παρείχε στη νέα οργανωτική δομή ευρύτερες αρμοδιότητες από εκείνες της περιθάλψεως των προσφύγων, που κάλυπτε το έως τότε Υπουργείο Περιθάλψεως (που είχε ιδρυθεί το 1917), ενώ παράλληλα προβλεπόταν η υπαγωγή στο νέο Υπουργείο, των υπηρεσιών Δημόσιας Υγιεινής και Αντιλήψεως του Υπουργείου Εσωτερικών, το Ιατροσυνέδριο καθώς και υπηρεσιών από άλλα υπουργεία. Απώτερος στόχος ήταν το Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας *«να καταστεί το άρτια εξοπλισμένο όργανο για την εξυπηρέτηση των κοινωνικών αναγκών σε ευρύ φάσμα»* (Δάφνης, 1974).

Παρά όμως, τη σημαντικότητα του εν λόγω νομοθετήματος, δεν κατέστη δυνατή η εφαρμογή των προβλέψεων αυτού, κυρίως εξαιτίας των ιδιαίτερων συνθηκών που είχαν διαμορφωθεί στη χώρα, μετά τη μικρασιατική καταστροφή και τη μαζική εισροή προσφύγων που ακολούθησε αυτή (Μαστρογιάννης, 1960).

Το αμέσως επόμενο έτος (1923), με το ΝΔ «περί οργανώσεως της Περιφερειακής Υγειονομικής Υπηρεσίας» η χώρα διαιρέθηκε σε πέντε (5) υγειονομικές περιφέρειες (Αθηνών, Θεσσαλονίκης, Πατρών, Ιωαννίνων και Κομοτηνής) στις οποίες τοποθετήθηκαν αντίστοιχοι υγειονομικοί επιθεωρητές (Πομώνης, 1925; Μαστρογιάννης, 1960). Παράλληλα, σε κάθε νομό προβλεπόταν η σύσταση ενός νομαρχιακού υγειονομικού συμβουλίου και ο διορισμός ενός νομίατρου. Με το ίδιο ΝΔ προβλεπόταν η ίδρυση Υγειονομικών Συμβουλίων, τόσο στους Δήμους όσο και στις Κοινότητες, καθώς και ο διορισμός δημοτικών και κοινοτικών γιατρών για τις ανάγκες ιατρικής περίθαλψης των απόρων, διαμορφώνοντας έτσι, για πρώτη φορά, ένα στοιχειώδες πλαίσιο οργάνωσης της δημόσιας υγείας στην επαρχία (Ζηλίδης, 1988, Θεοδώρου και συν., 2001).

Ωστόσο, τα περιορισμένα οικονομικά του κράτους, την περίοδο εκείνη αλλά και η συγκεντρωτική αντίληψη που χαρακτήριζε εν γένει, τη λειτουργία των υπηρεσιών του κράτους (Μαστρογιάννης, 1960), δεν επέτρεψαν την υλοποίηση καμίας πρόβλεψης του εν λόγω νομοθετήματος.

Τα χρόνια που ακολούθησαν μέχρι και την περίοδο 1927-1928, οπότε και εμφανίσθηκε η μεγάλη επιδημία του δάγκειου πυρετού στην Ελλάδα, η οποία βρήκε εντελώς απροετοίμαστο τον κρατικό μηχανισμό (Μακρίδης, 1933; Μαστρογιάννης, 1960; Papaevangelou and Halstead, 1977; Halstead and Papaevangelou, 1980; Rosen, 1986), εκδόθηκαν αρκετοί νόμοι υγειονομικού περιεχομένου και καταγράφηκε αξιοσημείωτη κρατική δραστηριότητα για τη βελτίωση των υγειονομικών υπηρεσιών της χώρας (Μαστρογιάννης, 1960).

Παρά όμως τις πρωτοβουλίες που αναλήφθηκαν και τις προσπάθειες που κατεβλήθησαν, προβλήματα όπως η μεγάλη πολιτική ρευστότητα που χαρακτήριζε τη διοίκηση του κράτους έως το 1928, η απουσία σταθερής υγειονομικής πολιτικής και η καθήλωση των δημόσιων δαπανών για την υγεία στο επίπεδο του 0,7-1,2% του κρατικού προϋπολογισμού, δεν επέτρεψαν την εφαρμογή των αναγκαίων μέτρων για την αναδιοργάνωση του συστήματος και τη διαμόρφωση ενός ολοκληρωμένου και αποτελεσματικού πλέγματος κρατικών υπηρεσιών για την αντιμετώπιση των επιδημιών και των μολυσματικών ασθενειών που μάστιζαν το πληθυσμό (Δαρδαβέσης, 2008; Κυριόπουλος, 2008; Ζηλίδης, 2008).

Υπό τις συνθήκες αυτές και ενώ η επιδημία του δάγκειου πυρετού έτεινε να λάβει (κυρίως κατά το έτος 1928) διαστάσεις πανδημίας, προσβάλλοντας εκατοντάδες χιλιάδες άτομα, μεταξύ των οποίων και τον ίδιο τον Πρωθυπουργό Ελ. Βενιζέλο (Σκρίπ, 1928) (Εικόνα 7) και οδηγώντας στο θάνατο 3.000 ανθρώπους (Χριστοδούλου, 2008), η ελληνική κυβέρνηση αποφάσισε να ζητήσει τη συνδρομή και την τεχνική υποστήριξη της Οργάνωσης Υγείας της ΚτΕ (The League of Nations Assembly, 1929; W.H.H., 1930), ενός διεθνούς οργανισμού ο οποίος είχε να επιδείξει – από το 1920 οπότε και ιδρύθηκε – ένα πολύ σημαντικό έργο στην καταπολέμηση και στον έλεγχο των νοσημάτων ανά την υφήλιο και στην προαγωγή της διεθνούς συνεργασίας μεταξύ των εθνικών κρατών για την προστασία της δημόσιας υγείας (Hampton, 1925; League of Nations, 1931; Fitzgerald, 1933; Boudreau, 1937; Weindling, 1995; Borowy; 2009)[5].

Είχε προηγηθεί σχετική πρόταση-εισήγηση από τον Υφυπουργό Υγιεινής, Απόστολο Δοξιάδη προς τον Πρωθυπουργό, τον Αύγουστο του 1928, η οποία και έγινε αποδεκτή παρά τις αντιδράσεις που υπήρξαν από τον ιατρικό κόσμο της χώρας (Μακρίδης, 1933). Έτσι, στις 20 Οκτωβρίου 1928, ο Δοξιάδης απέστειλε επίσημα επιστολή προς τη διεθνή οργάνωση, με την οποία ζητούσε τη συνδρομή της, προκειμένου να αποσταλεί στην Ελλάδα μία ομάδα εμπειρογνωμόνων της υγείας, με σκοπό να μελετήσει ενδελεχώς το υγειονομικό σύστημα και να προτείνει λύσεις για την αναδιοργάνωση του συστήματος διοίκησης και λειτουργίας των υγειονομικών υπηρεσιών της χώρας (Winslow, 1929b).

[5] Σημαντικός αρωγός στο έργο της Οργάνωσης Υγιεινής της ΚτΕ υπήρξε το ίδρυμα Rockefeller, με την οικονομική συνδρομή και υποστήριξη του οποίου οργανώθηκε ένας πολύ μεγάλος αριθμός αποστολών για την παροχή τεχνικής βοήθειας σε διάφορες χώρες με στόχο την αναδιοργάνωση των υγειονομικών συστημάτων τους, κατασκευάστηκε ένας σημαντικός αριθμός ινστιτούτων υγείας και υγειονομικών σχολών σε διάφορα κράτη και εκπαιδεύτηκε ένας μεγάλος αριθμός υγειονομικού/ιατρικού προσωπικού (Giannuli, 1998; Barona, 2015; 2021).

Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΙΣ ΤΟΥ κ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ ΠΡΟΣΒΛΗΘΕΝΤΟΣ ΥΠΟ ΔΑΓΚΕΙΟΥ

ΕΠΕΔΕΙΝΩΘΗ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΩΣ ΤΗΝ ΝΥΚΤΑ

Χθὲς τὴν μεσημβρίαν ὁ πρωθυπουργὸς κ. Βενιζέλος προσεβλήθεις ὑπὸ τοῦ δαγκείου πυρετοῦ μετηνέχθη πάραυτα ὑπὸ τοῦ ἐπισκεφθέντος αὐτὸν ἰατροῦ κ. Βοῖλα εἰς τὸ νοσοκομεῖον «Εὐαγγελισμός».

Ἡ ἀδιαθεσία τοῦ κ. πρωθυπουργοῦ εἶχεν ἐκδηλωθῆ ἐλαφρῶς ἀπὸ τῆς ἑσπέρας τῆς προχθές, κατὰ τὴν διάρκειαν δὲ τῆς νυκτὸς ὁ πυρετὸς ηὐξήθη. Περὶ τὴν μεσημβρίαν θερμομετρηθεὶς εὑρέθη κατεχόμενος ὑπὸ πυρετοῦ 38 καὶ 4.

Ἀνησυχήσας ὁ κ. Βενιζέλος διὰ τὴν θερμοκρασίαν του ταύτην μετεκάλεσε ἐσπευσμένως τὸν ἰατρόν τοῦ θεραπευτηρίου «Εὐαγγελισμοῦ» ὅστις ἐξετάσας αὐτόν, διετύπωσεν ὅτι προσεβλήθη ὑπὸ τοῦ δαγκείου τοῦ συνέστησεν δὲ ὅπως πρὸς πληρεστέραν παρακολούθησιν τῆς πορείας τῆς νόσου δεχθῆ νὰ μετοφερθῆ εἰς τὸν «Εὐαγγελισμόν».

Ὁ κ. πρωθυπουργὸς, ἀποδεχθεὶς τὴν σύστασιν τοῦ θεράποντος ἰατροῦ μετεφέρθη δι' αὐτοκινήτου εἰς τὸ ἐν λόγῳ νοσοκομεῖον ἔνθα τῷ παρεχωρήθη ἰδιαίτερον δωμάτιον. Εὐθὺς μετὰ τὴν ἐγκατάστασίν του δέ, τὸν ἐπεσκέφθησαν ὁ ὑπουργὸς τῆς Συγκοινωνίας καὶ καθηγητὴς τῆς Παθολογίας κ. Χρηστομάνες καὶ ὁ ἰατρὸς του κ. Πορτοκάλλης.

Καὶ οἱ δύο ἐξετάσαντες τὸν κ. πρωθυπουργὸν ὁπεφάνθησαν ὅτι πράκειται περὶ προσβολῆς τοῦ δαγκείου πυρετοῦ. Ἐν τοσούτῳ, εὑρέθη ὅτι ἡ κατάστασίς του τὴν ὥραν αὐτὴν ἦτο πολὺ καλὴ ἀπὸ πάσης ἀπόψεως ὥστε αὕτη νὰ μὴ προκαλῇ οὐδὲ τὴν ἐλαχίστην ἀνησυχίαν.

Περαιτέρω οἱ ἰατροὶ ἀνεκοίνωσαν ὅτι κατ' ἐκφασθεῖσαν ἐπιθυμίαν τοῦ κ. πρωθυπουργοῦ, παρεσκεύασαν καὶ ἔδωσαν εἰς αὐτὸν τὸ γνωστὸν φάρμακον μὲ τὸ λεμόνιον, μεθ' ὃ ἀπεκοιμήθη μᾶλλον ἥσυχος.

ΣΟΒΑΡΑ ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΙΣ

Παρὰ τὴν ἀνωτέρω αἰσιοδοξίαν τῶν θεραπόντων ἰατρῶν, τὴν ἑσπέραν ἀπογευματινὴν ὁ πυρετὸς τοῦ ἀσθενοῦς ἀνῆλθεν εἰς 39.6 βαθμούς, ἀκολούθως δὲ συνεχῶς ἀνερχόμενος ἔφθασεν εἰς τοὺς 40.4.

Κατόπιν τούτου εἰδοποιηθέντες ἐσπευσμένως οἱ κ.κ. Χριστομάνος, Πορτοκάλλης καὶ Βοῖλας ἐπισκέφθησαν τὴν 6ην ἀπογευματινὴν τὸν κ. Βενιζέλον, διαπιστώσαντες δὲ τὴν ἀνωτέρω ὑψηλὴν θερμοκρασίαν ἐπεδόθησαν διὰ καθαρτικῶν ἐνέσεων καὶ διαφόρων ἄλλων φαρμάκων εἰς τὴν πτῶσιν αὐτῆς. Πράγματι περὶ τὴν 6 1)2 ἀπογευματινὴν ὁ πυρετὸς τοῦ ἀσθενοῦς κατῆλθεν εἰς τοὺς 38.4 βαθμούς, ἐξεδόθη δὲ ὑπὸ τῶν θεραπόντων ἰατρῶν τὸ κατωτέρω ἀνακοινωθέν.

«Ὁ κ. Πρωθυπουργὸς προσεβλήθη ὑπὸ δαγκείου πυρετοῦ, πιθανῶς τὴν μεσημβρίαν τῆς 2ας Σεπτεμβρίου. Διῆλθε τὴν νύκτα ἀνησυχον. Σήμερον ὁ σφυγμὸς καλῶς κυμαινόμενος μεταξὺ 70—96. Θερμοκρασία 38.4ον. Οὖρα φυσιολογικά, γενικὴ κατάστασις καλή».

Οἱ Ἰατροὶ

ΜΕΤΕΚΛΗΘΗ Ο κ. ΒΛΚΕΖ

Ἐν τοσούτῳ ὁ πυρετὸς δὲν ἤρρησεν ἀκολούθως νὰ ἀνέλθῃ καὶ πάλιν, φθάσας μέχρι τῶν 38 καὶ 9 βαθμῶν. Εἰς τὸ σημεῖον τοῦτο διετηρήθη μέχρι τῆς 1ης πρωϊνῆς.

Τὴν 11ην νυκτερινὴν τὸν κ. Βενιζέλον ἐπεσκέφθη εἰς τὸν «Εὐαγγελισμὸν» ὁ ὑπουργὸς τῆς Συγκοινωνίας καὶ καθηγητὴς κ. Χριστομάνος, ὅστις τὸν ὑπέβαλεν εἰς νέαν ἐξέτασιν. Ὁ κ. Χριστομάνος ἀνεκοίνωσεν εἰς τοὺς ἀντιπροσώπους τοῦ τύπου ὅτι ἡ κατάστασις τοῦ κ. Πρωθυπουργοῦ εἶνε καλή.

Παρὰ τὰ ἀνακοινωθέντα ὅτι ἡ κατάστασις τῆς καρδίας τοῦ κ. Πρωθυπουργοῦ εἶνε καλή, πληροφορούμεθα ὅτι ἐζητήθη ἡ γνώμη του ὑπὸ τῶν ἰατρῶν ὅπως μεταχθῇ ἐκ Παρισίων ὁ γνωστὸς καρδιολόγος καὶ θεράπων του καθηγητὴς κ. Βακέζ. Συγκατατεθέντος τοῦ κ. Βενιζέλου, ἀρχὰ τὴν νύκτα ἀπεστάλη πρὸς τὸν Γάλλον καρδιολόγον τηλεγράφημα δι' οὗ παρακαλεῖται ὅπως κατέλθῃ εἰς Ἑλλάδα καὶ παρακολουθήσῃ τὴν κατάστασιν τῆς καρδίας τοῦ κ. Πρωθυπουργοῦ.

Ὡσαύτως ὑπὸ τῶν οἰκείων τοῦ κ. Πρωθυπουργοῦ ἀπεστάλη ἐπείγον τηλεγράφημα πρὸς τὸν υἱόν αὐτοῦ κ. Κυριάκον Βενιζέλον, εἰδοποιούμενον περὶ τῆς προσβολῆς ὑπὸ τοῦ δαγκείου τοῦ πατρός του καὶ προσκαλούμενον νὰ κατέλθῃ ἐσπευσμένως εἰς Ἀθήνας.

Ο ΔΑΓΚΕΙΟΣ ΘΕΡΙΖΕΙ ΤΑΣ ΕΠΑΡΧΙΑΣ

ΕΝΤΟΣ ΤΟΥ ΜΗΝΟΣ ΑΥΓΟΥΣΤΟΥ ΑΠΕΘΑΝΟΝ ΔΥΟ ΧΙΛΙΑΔΕΣ ΕΙΣ ΑΘΗΝΑΣ ΚΑΙ ΠΕΙΡΑΙΑ ΚΑΤ' ΕΠΙΣΗΜΟΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΙΝ

Ἡ διάδοσις τῆς ἐπιδημίας εἰς τὰς ἐπαρχίας ἐξακολουθεῖ νὰ λαμβάνῃ διαστάσεις.

Κατὰ τηλεγραφήματα διαφέρων νεμιάτρων πρὸς τὸ ὑπουργεῖον Προνοίας ὁ ἀριθμὸς τῶν προσβληθέντων μέχρι τῆς στιγμῆς εἰς τὰς διαφόρους ἐπαρχίας ἔχει ὡς ἑξῆς·

Λέσβος 4000, Σύρος 3000, Ἰωάννινα 1000, Πάτραι 4000, Θεσσαλονίκη 9000 Κοζάνη 2000, Βόλος 2000, Τρίπολις 1000, Καλάμαι 8000, Σέρραι 1500, Δράμα 1300, Λαμία 300, Ἀγρίνιον 750.

Ὁ ὑφυπουργὸς τῆς Ὑγιεινῆς κ. Δοξιάδης συνεργασθεὶς χθὲς μετὰ τῆς ἁρμοδίας ὑπηρεσίας σχετικῶς μὲ τὴν καταπολέμησιν τῆς ἐπιδημίας εἰς τὰς ἐπαρχίας. Ἐν τέλει ἀπεφασίσθη ὅπως ἀποσταλοῦν πρὸς τοὺς νομιάτρους καὶ νέαι ἐγκύκλιοι διὰ τῶν ἐποίων δὲ ἐντέλλωνται οὗτοι ὅπως μετὰ τῶν ἄλλων ἁρμοδίων ἀρχῶν λάβουν ὅλα τὰ κατάλληλα μέτρα διὰ τὴν καταπολέμησιν τῆς ἐπιδημίας.

ΠΟΣΟΙ ΑΠΕΘΑΝΟΝ ΕΚ ΔΑΓΚΕΙΟΥ ΤΟΝ ΑΥΓΟΥΣΤΟΝ

Κατ' ἀνακοίνωσιν τῆς Γενικῆς Στατιστικῆς Ὑπηρεσίας κατὰ τὸν λήξαντα μῆνα Αὔγουστον ἀπέθανον ἐν Ἀθήναις ἐν συνόλῳ 1268 ἄτομα. Τούτων ἐκ δαγκείου ἀπέθανον 413 ἐξ ὧν 192 ἄρρενες καὶ 221 θήλεις.

Εἰς τὸν Πειραιᾶ ἀπέθαναν 592 ἐξ ὧν ἐκ δαγκείου 176. Ἐκ τῶν 176 θανόντων ἐκ δαγκείου οἱ 78 ἦσαν ἄρρενες καὶ οἱ 98 θήλεις.

Η ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΕΝ ΑΘΗΝΑΙΣ

Ὁ γενικὸς γραμματεὺς τοῦ Τμήματος Ὑγιεινῆς ἐξακολουθεῖ συγκεντρώνων τὰ ἀποτελέσματα τῆς καταγραφῆς τῶν ἀσθενῶν ἐν Ἀθήναις.

Ἐκ τῶν μέχρι τοῦδε δεθέντων ἀριθμῶν οἱ δαγκειόπληκτοι κατανέμονται κατὰ περιφερείας ὡς ἑξῆς·

1ος) Τεμεὺς ἀσθενεῖς 9.500, 2ος) 11.500, 3ος) 10.300, 4ος) 22.000, 5ος) 30,500, 6ος) 18.285, 7ος) 15,600, 8ος) 24.400, 9ος) 12.800, 10ος) 22,300, 11ος) 8.850, 12ος) 12 650, 13ος) 14.000 14ος) 11.400, Α πρ. 10 000, Β πρ. 4.000, Γ πρ. 5.000, Δ πρ. 6.500

Δέον νὰ σημειωθῇ, ὅτι οἱ ἀνωτέρω ἀριθμοὶ δὲν παριστοῦν ἐπακριβῶς τὸν ἀριθμὸν τῶν ἀσθενῶν καθόσον ἡ μέχρι τῆς στιγμῆς ἐργασία καταγραφῆς τῶν ἀσθενῶν δὲν εἶνε ἐπακριβής.

Η ΑΠΑΓΟΡΕΥΣΙΣ ΤΗΣ ΚΑΘΟΔΟΥ ΞΕΝΩΝ

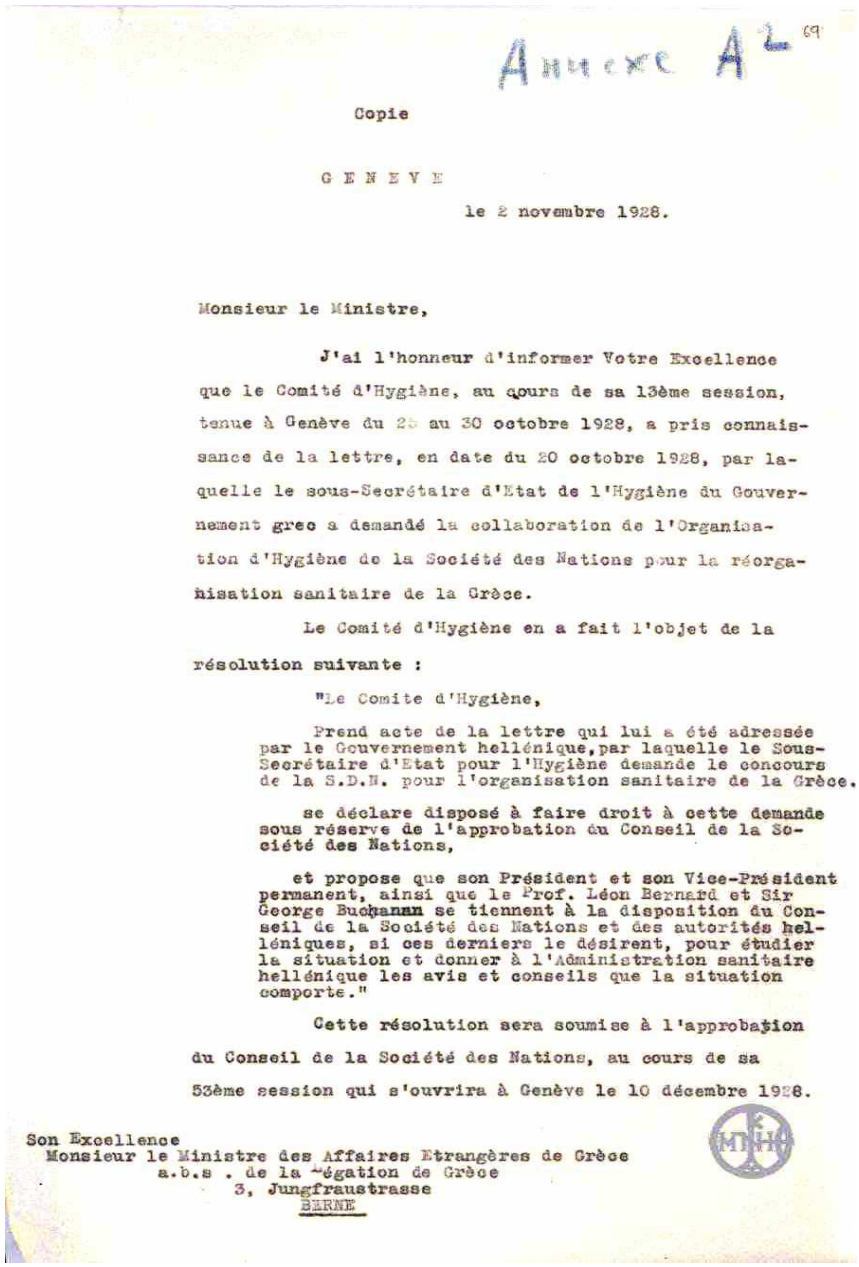
Ὁ κ. Δοξιάδης ἠρωτήθη χθὲς ὑπὸ τῆς ἐνταῦθα ἰταλικῆς Πρεσβείας, ἂν ἔχῃ κοινοποιήσῃ εἰς ἀπόφασιν νὰ ἐφαρμόσῃ γενικῶς τὸ μέτρον τῆς ἀπαγορεύσεως τῆς κάθοδου τῶν ξένων περιηγητῶν ἐν Ἑλλάδι.

Ὁ κ. Δοξιάδης ἀπήντησεν ὅτι δὲν ἐλήφθη καμμία τοιαύτη ἀπόφασις, ἀλλὰ μόνον εἰς ἐρώτησιν τῶν Κυβερνήσεων Βερολίνου καὶ Βέρνης συνέστησε νὰ μὴ κατέλθουν ἤδη κατὰ τὴν ἔντασιν τῆς νόσου περιηγηταὶ ἐνταῦθα.

Εικόνα 7: Δημοσίευμα της εφημερίδας ΣΚΡΙΠ (4 Σεπτεμβρίου 1928, σελ. 4), για την επιδημία του δάγκειου πυρετού στην Ελλάδα. Ξεχωρίζει η είδηση της προσβολής του Πρωθυπουργού της χώρας, Ελ. Βενιζέλου από το δάγκειο πυρετό και η επιδείνωση της υγείας του.

Το αίτημα της ελληνικής κυβέρνησης έγινε αποδεκτό με ιδιαιτέρως ευμενή σχόλια όσον αφορά την πρωτοβουλία της Ελλάδας, τόσο από την Οργάνωση Υγείας[6] όσο και από το συμβούλιο της ΚτΕ (Winslow, 1929a), ενώ ο εισηγητής αυτού στη Γενεύη, Quinones de Leon το συνέδεσε ευθέως με το αίτημα της οικονομικής αναδιοργάνωσης της χώρας, για το οποίο η ελληνική κυβέρνηση είχε καταφύγει επίσης στην ΚτΕ (Societe Des Nations, 1929).

[6] Μουσείο Μπενάκη, Αρχείο Ελευθερίου Βενιζέλου, Φάκελος 332~67-69



Annexe A2 69

Copie

G E N E V E

le 2 novembre 1928.

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur d'informer Votre Excellence que le Comité d'Hygiène, au cours de sa 13ème session, tenue à Genève du 25 au 30 octobre 1928, a pris connaissance de la lettre, en date du 20 octobre 1928, par laquelle le sous-Secrétaire d'Etat de l'Hygiène du Gouvernement grec a demandé la collaboration de l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations pour la réorganisation sanitaire de la Grèce.

Le Comité d'Hygiène en a fait l'objet de la résolution suivante :

"Le Comite d'Hygiène,

Prend acte de la lettre qui lui a été adressée par le Gouvernement hellénique, par laquelle le Sous-Secrétaire d'Etat pour l'Hygiène demande le concours de la S.D.N. pour l'organisation sanitaire de la Grèce.

se déclare disposé à faire droit à cette demande sous réserve de l'approbation du Conseil de la Société des Nations,

et propose que son Président et son Vice-Président permanent, ainsi que le Prof. Léon Bernard et Sir George Buchanan se tiennent à la disposition du Conseil de la Société des Nations et des autorités helléniques, si ces derniers le désirent, pour étudier la situation et donner à l'Administration sanitaire hellénique les avis et conseils que la situation comporte."

Cette résolution sera soumise à l'approbation du Conseil de la Société des Nations, au cours de sa 53ème session qui s'ouvrira à Genève le 10 décembre 1928.

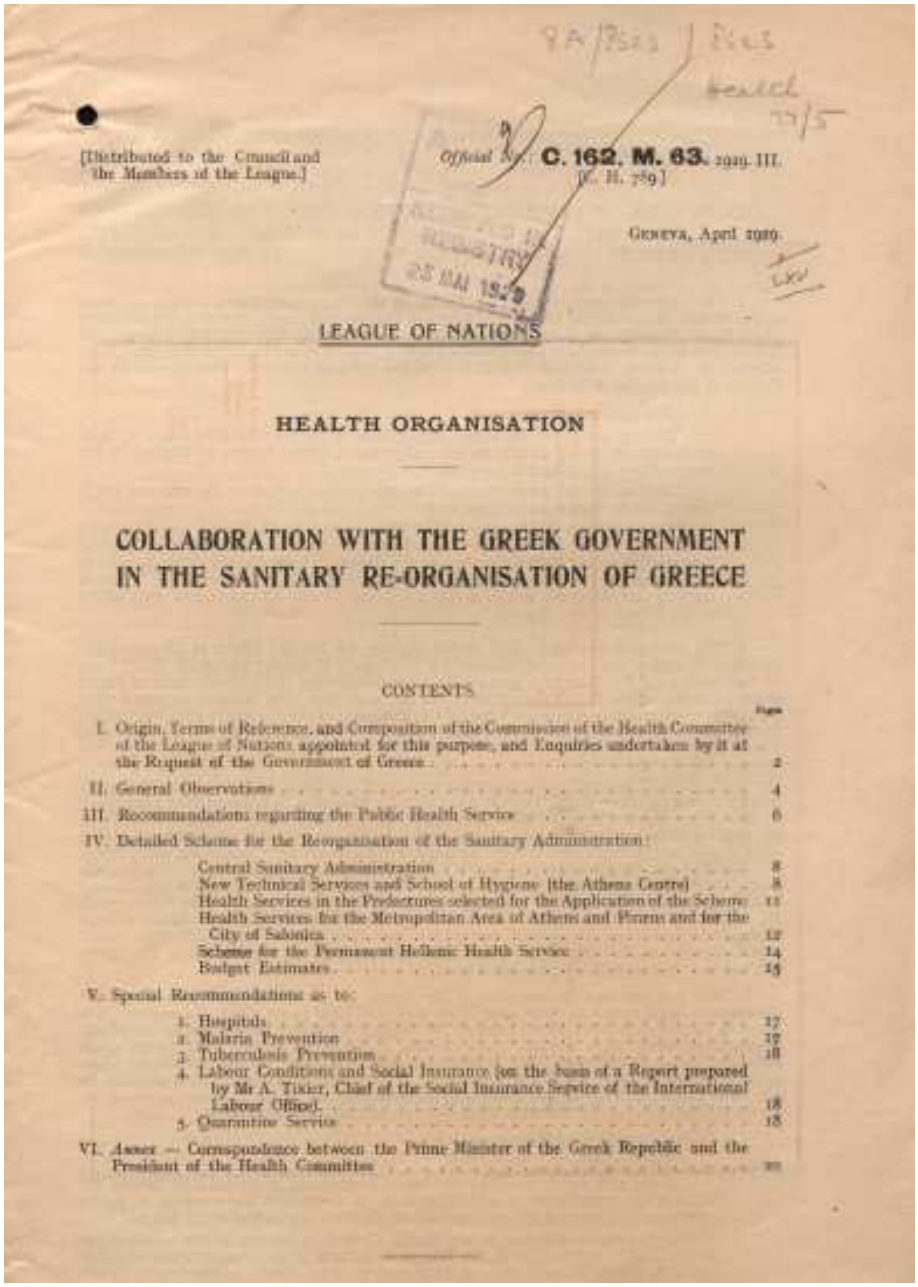
Son Excellence
Monsieur le Ministre des Affaires Etrangères de Grèce
a.b.s . de la Légation de Grèce
3, Jungfraustrasse
BERNE

Εικόνα 8: Επιστολή προς τον Υπουργό Εξωτερικών Α.Καραπάνο, με την οποία κοινοποιείται απόφαση της Επιτροπής Υγιεινής σχετικά με το αίτημα της Ελληνικής Κυβέρνησης για συνεργασία του Οργανισμού Υγείας της ΚτΕ με την Ελλάδα.

Πηγή: Μουσείο Μπενάκη, Αρχείο Ελευθερίου Βενιζέλου, Φάκελος 332~67-69

Η επιτροπή εμπειρογνώμων που συγκροτήθηκε και στάλθηκε από τη διεθνή οργάνωση στην Ελλάδα για να συνδράμει τις προσπάθειες των ελληνικών αρχών, εργάστηκε με συστηματικότητα, μελετώντας διεξοδικά το υγειονομικό σύστημα και τις αδυναμίες αυτού και διαμόρφωσε ένα αναλυτικό σχέδιο για την αναδιοργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών του κράτους.

Η τελική έκθεση που συντάχθηκε από τους ξένους εμπειρογνώμονες, υπό το τίτλο ***«Συνεργασία με την Ελληνική Κυβέρνηση για την Υγειονομική Αναδιοργάνωση της Ελλάδας»,*** περιλάμβανε συγκεκριμένες προτάσεις, που ενσωμάτωναν τη διεθνή εμπειρία και πρακτική, κατοχύρωναν το κοινωνικό χαρακτήρα της υγείας - η οποία ως τότε ήταν καθαρά ιδιωτική υπόθεση - και αντανακλούσαν την επιβεβλημένη ανάγκη λήψης ουσιαστικών μέτρων για τη δημόσια υγεία, από πλευράς κρατικών αρχών.



[Distributed to the Council and the Members of the League.]

Official No.: C. 162. M. 63. 1929. III.
[C. H. 789.]

Geneva, April 1929.

LEAGUE OF NATIONS

HEALTH ORGANISATION

COLLABORATION WITH THE GREEK GOVERNMENT IN THE SANITARY RE-ORGANISATION OF GREECE

CONTENTS

Page

I. Origin, Terms of Reference, and Composition of the Commission of the Health Committee of the League of Nations appointed for this purpose, and Enquiries undertaken by it at the Request of the Government of Greece . . . 2

II. General Observations . . . 4

III. Recommendations regarding the Public Health Service . . . 6

IV. Detailed Scheme for the Reorganisation of the Sanitary Administration:

Central Sanitary Administration . . . 8
New Technical Services and School of Hygiene (the Athens Centre) . . . 8
Health Services in the Prefectures selected for the Application of the Scheme . . . 11
Health Services for the Metropolitan Area of Athens and Piræus and for the City of Salonica . . . 12
Scheme for the Permanent Hellenic Health Service . . . 14
Budget Estimates . . . 15

V. Special Recommendations as to:

1. Hospitals . . . 17
2. Malaria Prevention . . . 17
3. Tuberculosis Prevention . . . 18
4. Labour Conditions and Social Insurance (on the basis of a Report prepared by Mr A. Tixier, Chief of the Social Insurance Service of the International Labour Office) . . . 18
5. Quarantine Service . . . 18

VI. Annex — Correspondence between the Prime Minister of the Greek Republic and the President of the Health Committee . . . 20

Εικόνα 9: Το εξώφυλλο της έκθεσης που συνέταξε η Οργάνωση Υγείας της ΚτΕ για την υγειονομική αναδιοργάνωση της Ελλάδας (1929)

6.4. Η έκθεση της ΚτΕ για την αναδιοργάνωση του υγειονομικού συστήματος: Ανάλυση, διαπιστώσεις και προτάσεις πολιτικής

Η έκθεση με *τίτλο «Συνεργασία με την Ελληνική Κυβέρνηση για την Υγειονομική Αναδιοργάνωση της Ελλάδας»* (League of Nations Health Organization, 1929a), αποτέλεσε την πρώτη καλά οργανωμένη προσπάθεια αποτύπωσης της υγειονομικής κατάστασης της Ελλάδας από επιτροπή ειδικών επιστημόνων της ΚτΕ, η οποία κλήθηκε από την ελληνική κυβέρνηση προκειμένου να μελετήσει διεξοδικά το υγειονομικό σύστημα της χώρας, να καταγράψει ενδελεχώς τις αδυναμίες αυτού και να προτείνει συγκριμένα μέτρα πολιτικής αλλά και κατευθύνσεις για τη βελτίωση του.

Η επιτροπή της ΚτΕ, μέσα από μια γλαφυρή ανάλυση, από την οποία αναδύθηκαν τα προβλήματα και διαφάνηκαν οι ανεπάρκειες και ελλείψεις του υγειονομικού συστήματος, επιχείρησε, με ευθύ και διεισδυτικό τρόπο, να θέσει τις προϋποθέσεις για την ανασυγκρότηση των υγειονομικών υπηρεσιών της χώρας και τη διαμόρφωση μιας ολοκληρωμένης, αποτελεσματικής και τεκμηριωμένης υγειονομικής πολιτικής.

Η τελική έκθεση της επιτροπής, η οποία χαρακτηριζόταν από την οξύτητα των διαπιστώσεων και τη ριζοσπαστικότητα των προτάσεων που περιλάμβανε, βρισκόταν σε αντιστοιχία προς το μέγεθος των υγειονομικών προβλημάτων που απασχολούσαν τη χώρα, επιχειρώντας να απαντήσει με τρόπο ολοκληρωμένο στο αίτημα για τη διασφάλιση ενός ελάχιστου επιπέδου παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τον πληθυσμό.

6.4.1. Δομή και περιεχόμενο της έκθεσης

Το τελικό κείμενο της έκθεσης, ως προς τη δομή της, διαρθρωνόταν σε δύο (2) κύρια μέρη:

Στο πρώτο μέρος, που είχε ένα διαγνωστικό χαρακτήρα, επιχειρούνταν μια ιστορική προσέγγιση των γεγονότων που οδήγησαν στην αποστολή - από τη ΚτΕ - ομάδας ειδικών για τη διαμόρφωση σχεδίου για την υγειονομική αναδιοργάνωση της Ελλάδος ενώ καταγράφονταν σε αυτό και οι γενικές παρατηρήσεις - διαπιστώσεις της Επιτροπής σε σχέση με τη στάθμη υγείας του πληθυσμού, το είδος και το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών, τα προβληματικά χαρακτηριστικά του συστήματος και τις προϋποθέσεις για τη βελτίωση της επικρατούσας υγειονομικής κατάστασης.

Στο δεύτερο μέρος της έκθεσης, που είχε ένα περισσότερο τεχνικό προσανατολισμό, οι εμπειρογνώμονες της ΚτΕ, προέβησαν στη διατύπωση συγκεκριμένων προτάσεων πολιτικής, με κέντρο βάρους την αναδιοργάνωση της κεντρικής υγειονομικής υπηρεσίας και την αναμόρφωση του συστήματος εκπαίδευσης, με τη δημιουργία του Υγειονομικού Κέντρου Αθηνών (Υγειονομική Σχολή Αθηνών, 1991; Λέβετ, 1991). Ιδιαίτερη αναφορά γινόταν επίσης και σε μια σειρά άλλων κρίσιμων τομέων για την άρτια λειτουργία του συστήματος υγείας, όπως τα νοσοκομεία, οι υπηρεσίες για την αντιμετώπιση της ελονοσίας και της φυματίωσης, τα απολυμαντήρια και οι λιμενικές υγειονομικές υπηρεσίες.

Τέλος, στις θεσμικές προτάσεις της επιτροπής περιλαμβάνονταν μέτρα και ρυθμίσεις για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας και την προώθηση της υποχρεωτικότητας και καθολικότητας των κοινωνικών ασφαλίσεων.

6.4.2. Τα «πρόσωπα – κλειδιά»

Η έκθεση για την «Υγειονομική Αναδιοργάνωση της Χώρας» συντάχθηκε, όπως προαναφέρθηκε, από επιτροπή διακεκριμένων επιστημόνων της Οργάνωσης Υγείας της ΚτΕ. Την επιτροπή αποτελούσαν οι: **Thorvald Madsen**, καθηγητής και Πρόεδρος της Οργάνωσης Υγείας, **Oscar Velghe,** Αντιπρόεδρος της Οργάνωσης Υγείας, **Leon Bernard**, Καθηγητής, εκ των ιδρυτών της Οργάνωσης Υγείας, **Sir George Buchanan**, **Dr. Alberto Lutrario**, Πρόεδρος της Επιτροπής για την Ελονοσία και **Gustavo Pittaluga**, καθηγητής της Παρασιτολογίας στο Πανεπιστήμιο της Μαδρίτης.

Η εν λόγω επιτροπή υπέβαλλε προς την ελληνική κυβέρνηση το τελικό κείμενο των προτάσεων της για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας, στις 18 Απρίλιου 1929. Είχε προηγηθεί η σύνταξη 148 επιμέρους εκθέσεων από ειδική ομάδα έρευνας που είχε αποσταλεί νωρίτερα στην Ελλάδα, από την ΚτΕ, προκειμένου να μελετήσει και να περιγράψει με κάθε λεπτομέρεια την κατάσταση που επικρατούσε, εκείνη τη περίοδο, στη χώρα, αναφορικά με το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, τις υπηρεσίες κλειστής και ανοιχτής περίθαλψης, το διαθέσιμο ιατρικό εξοπλισμό, την οικονομική και δημογραφική κατάσταση της χώρας αλλά και το διαθέσιμο δίκτυο μεταφορών, υδροδότησης και αποχέτευσης.

Επικεφαλής της ερευνητικής ομάδας αυτής είχε οριστεί ο Δρ. **Ludwig Rajchman**, Ιατρικός Διευθυντής της Οργάνωσης Υγείας. Τα υπόλοιπα μέλη ήταν οι: **Haven Emerson**, Καθηγητής του πανεπιστημίου της Κολούμπια, **Allan McLaughlin**, ιατρός του Οργανισμού Δημόσιας Υγείας των ΗΠΑ, **C.L. Park**, ιατρός του Οργανισμού Δημόσιας Υγείας της Αυστραλίας, **Berislav Borcic**, Διευθυντής της Σχολής Υγιεινής του Ζάγκρεμπ και **M.D. Mackenzie**, υγιεινολόγος της ΚτΕ (Theodorou and Karakatsani, 2008). Η άφιξη τους στην Αθήνα πραγματοποιήθηκε στις 25 Ιανουαρίου 1929 και ευθύς αμέσως ξεκίνησε η έρευνα σε περιοχές που θεωρούνταν αντιπροσωπευτικές της επικράτειας και οι οποίες είχαν επιλεγεί από τον Υφυπουργό Υγιεινής (League of Nations Health Organization, 1930).

6.4.3. Οι περιοχές έρευνας

Οι περιοχές στις οποίες τα μέλη της επιτροπής διεξήγαγαν ενδελεχή καταγραφή και έρευνα για τη διακρίβωση της κατάστασης του επιπέδου υγείας και των παρεχόμενων υπηρεσιών, ήταν:

- η Μητροπολιτική περιοχή Αθήνας – Πειραιά.
- η Μακεδονία, συμπεριλαμβανομένης της πόλης της Θεσσαλονίκης.
- η Θράκη.
- η Δυτική Κρήτη, συμπεριλαμβανομένης της πόλης των Χανίων.
- η Κέρκυρα.
- η Πάτρα και η γύρω από αυτή περιοχή.
- ο νομός Ιωαννίνων, συμπεριλαμβανομένης της ομώνυμης πόλης.

Στην επιλογή των παραπάνω περιοχών, πέρα από το κριτήριο της γεωγραφικής αντιπροσωπευτικότητας, συνυπολογίσθηκαν οικονομικοί, κοινωνικοί και άλλοι παράγοντες, καθώς και το γεγονός ότι οι εν λόγω περιοχές πληρούσαν τις προϋποθέσεις για την – όσο το δυνατόν συντομότερη – ανάπτυξη των απαιτούμενων δραστηριοτήτων κοινωνικής ιατρικής και δημόσιας υγιεινής.

Η περίοδος έρευνας των εμπειρογνωμόνων της ΚτΕ, διήρκεσε συνολικά 73 ημέρες (από τις 25 Ιανουαρίου έως και τις 7 Απριλίου 1929) και σε αυτό το χρονικό διάστημα ελέγχθηκαν 48 νοσοκομεία σε σχέση: α) με τις μεθόδους οργάνωσης και διοίκησης, β) τα οικονομικά τους μεγέθη (προϋπολογισμός, δαπάνες, κ.α.) και γ) τις δραστηριότητές τους. Παράλληλα, τα μέλη της επιτροπής επισκέφθηκαν έναν αρκετά μεγάλο αριθμό κέντρων υγείας, ορφανοτροφείων, φαρμακείων, εργοστασίων, δημοτικών καταστημάτων και άλλων κρατικών υπηρεσιών, σε τρεις (3) μεγάλες πόλεις (Αθήνα, Πειραιάς, Θεσσαλονίκη), σε δεκατέσσερις (14) μεσαίες και μικρότερες πόλεις και σε ογδόντα δύο (82) χωριά συνολικά (League of Nations Health Organization, 1929a).

6.4.4. Τα κύρια ευρήματα

Οι διαπιστώσεις που προέκυψαν από τη μελέτη της ισχύουσας υγειονομικής οργάνωσης (αλλά και των κοινωνικών, οικονομικών και δημογραφικών δεδομένων της χώρας) ήταν εξαιρετικά απογοητευτικές. Ενδεικτικό της ανεπαρκείας που χαρακτήριζε τη λειτουργία του ελληνικού συστήματος υγείας, ήταν και ο χαρακτηρισμός του ως «μη σύστημα» (Λιάκος, 1993).

Η απουσία κρατικών παρεμβάσεων όλα τα προηγούμενα χρόνια και συνακόλουθα η αδυναμία διαμόρφωσης μιας ενιαίας πολιτικής για την προστασία της δημόσιας υγείας και την αντιμετώπιση της ασθένειας, είχε σοβαρό αντίκτυπο και σε μία σειρά ζητημάτων που συνδέονταν άμεσα με το υγειονομικό σύστημα, όπως το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, το είδος και η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και το επίπεδο εκπαίδευσης του υγειονομικού προσωπικού.

Οι κύριες διαπιστώσεις της επιτροπής, σε ότι αφορά το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, τις υγειονομικές υπηρεσίες, την εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού και το επίπεδο κοινωνικής και πολιτικής ευαισθητοποίησης για τα θέματα υγείας, παρουσιάζονται ακολούθως:

- **Επίπεδο Υγείας**

Το επίπεδο της υγείας ενός μεγάλου τμήματος του πληθυσμού χαρακτηριζόταν υπερβολικά χαμηλό, με συστηματικό υποσιτισμό και μαστιζόμενο από λοιμώδη και μεταδοτικά νοσήματα (Λέβετ, 2008). Μεταδοτικές ασθένειες όπως η ελονοσία, η φυματίωση, ο τυφοειδής πυρετός, η δυσεντερία και άλλες ήταν - σύμφωνα με την Επιτροπή - «πολύ διασπαρμένες» σε όλη τη χώρα ενώ επικριτικές αναφορές γινόταν για το επίπεδο της υγειονομικής φροντίδας, με τη θεραπεία των ασθενών *«να λαμβάνει χώρα συχνά, κάτω από αξιοθρήνητες συνθήκες»* (League of Nations Health Organization, 1929a).

• **Υγειονομικές Υπηρεσίες**

Άμεση συνάρτηση του επιπέδου υγείας ενός λαού αποτελεί το επίπεδο και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Στην περίπτωση της Ελλάδας τα ευρήματα των ξένων υγιεινολόγων, επιβεβαίωσαν την ανεπάρκεια των κρατικών υπηρεσιών υγιεινής. Από τα δημόσια νοσοκομεία που μελετήθηκαν (ως επί το πλείστον γενικά νοσοκομεία αλλά και ορισμένα ειδικά, όπως αντιφυματικά και ψυχιατρικά), ελάχιστα κάλυπταν τις απαιτήσεις για αξιοπρεπή φροντίδα, ώστε να μπορούν να χαρακτηριστούν ως ικανοποιητικά. Τα περισσότερα ήταν ελλιπώς συντηρημένα, ανεπαρκώς εξοπλισμένα και δεν πρόσφεραν στους ασθενείς *«ούτε το ελάχιστο της αναγκαίας περίθαλψης που αυτοί είχαν ανάγκη»*. Για τη βελτίωση της κατάστασης, η επιτροπή υποστήριζε τη ριζική αλλαγή των μεθόδων διοικήσεως αυτών, την επαρκή στελέχωση τους και την αύξηση των διατιθέμενων πιστώσεων από το κράτος (League of Nations, 1929a).

• **Ανθρώπινο Δυναμικό και Εκπαίδευση**

Η εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού ήταν ένα από τα θέματα που απασχόλησε έντονα τα μέλη της επιτροπής. Αυτό συνέβη διότι από πολύ νωρίς η Οργάνωση Υγιεινής είχε αντιληφθεί την αναγκαιότητα της εκπαίδευσης ως μέσο για τη βελτίωση του επιπέδου της υγιεινής των πολιτών, χαρακτηρίζοντας την υγιεινή, πρωταρχικά, ως ζήτημα εκπαίδευσης («hygiene is primarily a matter of education») (League of Nations, 1931).

Οι διαπιστώσεις ωστόσο της επιτροπής για το επίπεδο του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα δεν ήταν καθόλου ενθαρρυντικές για την προσπάθεια αναδιοργάνωσης του υγειονομικού συστήματος. Το ιατρικό επάγγελμα, σύμφωνα με τους ειδικούς της ΚτΕ, χαρακτηριζόταν από υπερ-κορεσμό στα αστικά κέντρα σε αντίθεση με τις επαρχίες όπου καταγράφονταν μεγάλες ελλείψεις ιατρών. Ο αριθμός των φοιτητών που σπούδαζαν στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών ήταν *«υπερβολικά μεγάλος»* την ίδια ώρα που οι υποδομές αδυνατούσαν να καλύψουν τις βασικές εκπαιδευτικές ανάγκες ενώ ο εξοπλισμός της Σχολής, όσον αφορά τα εργαστήρια και τις κλινικές υπηρεσίες, χαρακτηρίζονταν ως *«ανεπαρκής»*.

Παράλληλα, η επιτροπή στην έκθεση της διαπίστωνε έλλειμμα γνώσεων του ιατρικού προσωπικού στα ζητήματα που σχετίζονταν με την προληπτική ιατρική, σημειώνοντας εμφατικά πως *«στις σύγχρονες συνθήκες, δεν είναι δυνατόν οι φοιτητές της Ιατρικής να λαμβάνουν κατάλληλη εκπαίδευση χωρίς να διδάσκονται τη προληπτική ιατρική, η γνώση της οποίας είναι τόσο σημαντική για κάθε φοιτητή Ιατρικής»* (League of Nations Health Organization, 1929a), ενώ το γεγονός της αδυναμίας απόκτησης πρόσθετων γνώσεων διαμέσου μεταπτυχιακών σπουδών, συνέτεινε στη πολύ χαμηλή αξιολόγηση του επιπέδου του ιατρικού δυναμικού.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα της αρνητικής εικόνας την οποία είχαν σχηματίσει οι εμπειρογνώμονες για τους έλληνες γιατρούς ήταν η άποψη του Ιατρικού Διευθυντή της Οργάνωσης Υγείας, L. Rajchman, ο οποίος σε ιδιωτικές συζητήσεις του, χαρακτήριζε τους έλληνες γιατρούς όχι μόνο ακατάλληλους για την άσκηση του επαγγέλματος τους αλλά και επικίνδυνους[7].

[7] Επιστολή P. Coraine προς A. Chamberlain, 4 Φεβρουαρίου 1929 (PRO FO 286/1067/H1-T1).

Όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό, η έκθεση διαπίστωνε τεράστια κενά στην εκπαίδευση αυτού, ενώ το νοσηλευτικό επάγγελμα χαρακτηριζόταν ως *«χαμηλού κύρους και δίχως προηγούμενη παράδοση»*, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για αλλαγή αυτής της κατάστασης με τη διαμόρφωση ενός καλά εκπαιδευμένου και πειθαρχημένου σώματος νοσοκόμων. Αντίστοιχα συμπεράσματα προέκυπταν και για τις μαίες, οι οποίες όχι μόνο λάμβαναν *«αξιοθρήνητη εκπαίδευση»* από τη μία και μοναδική σχολή που λειτουργούσε στην Αθήνα, αλλά επιπρόσθετα δεν είχαν καμιά επίβλεψη μετά την αποφοίτησή τους και δεν υποχρεώνονταν να παρακολουθήσουν καμία συμπληρωματική κατάρτιση (League of Nations, 1929a).

- **Κοινωνική και πολιτική ευαισθητοποίηση**

Τέλος, ένα σημαντικό ζήτημα το οποίο έθιξαν οι εμπειρογνώμονες της ΚτΕ, ήταν η χαμηλή κοινωνική και πολιτική ευαισθητοποίηση που ακολουθούσε τα θέματα της υγείας στην Ελλάδα, σε σχέση με άλλες χώρες. Αν και αναγνωριζόταν η συμβολή και το ιδιαίτερο βάρος της ιδιωτικής πρωτοβουλίας και του εθελοντισμού στη χώρα, η επιτροπή επισήμαινε με ρητό τρόπο, την ανάγκη να αναλάβει το κράτος την ευθύνη για τη διαχείριση των φιλανθρωπικών ιδρυμάτων και των λοιπών υπηρεσιών υγιεινής, αξιοποιώντας τη γνώση, τις ικανότητες και την εμπειρία ενός καλά καταρτισμένου προσωπικού δημόσιας υγιεινής, προτείνοντας ταυτόχρονα να υπάρξει εκχώρηση της ευθύνης διοίκησης αυτών στις τοπικές αρχές.

Άλλωστε το πνεύμα των μελών της επιτροπής διαπνεόταν από την αντίληψη της αποκέντρωσης της εξουσίας και των υπηρεσιών, σε σχέση όχι μόνο με τα ζητήματα της υγείας, αλλά για όλα τα θέματα τοπικού χαρακτήρα. Χαρακτηριστικά τονιζόταν πως *«η αποκέντρωση της εξουσίας, σχετικά με τις τοπικές υποθέσεις, εάν αυτή κατανοούνταν σωστά, θα μπορούσε να αποτελέσει πηγή μεγάλων πλεονεκτημάτων για τη δημόσια υγιεινή στην Ελλάδα».*

Ωστόσο, η επιτροπή δεν παρέλειψε να εκφράσει την έκδηλη έκπληξη των μελών της αναφορικά με τη μικρή σημασία που λάμβανε από τη κεντρική εξουσία όσο και από τις τοπικές αρχές (Δήμοι και Νομαρχίες) η προώθηση και υλοποίηση μιας σειράς αναγκαίων κοινωφελών δημόσιων έργων, όπως η παροχή ύδατος, αποχέτευσης, φωτισμού, βελτίωσης του οδικού δικτύου και των συγκοινωνιών, δημοσίων λουτρών, πάρκων, εγκαταστάσεων αναψυχής και άθλησης, υγιεινών οικιών και σχολείων, η χάραξη πολεοδομικών σχεδίων, κ.α. Άποψη των ξένων υγιεινολόγων ήταν πως η εκτέλεση έργων κοινής ωφέλειας συνδεόταν άρρηκτα με τη βελτίωση του επιπέδου υγιεινής του πληθυσμού (League of Nations Health Organisation, 1929c).

Συνοψίζοντας, τα κύρια ζητήματα που έθιγε στην έκθεση της η επιτροπή εμπειρογνωμόνων και τα οποία αποτελούσαν «τροχοπέδη» στην περαιτέρω ανάπτυξη του ελληνικού υγειονομικού συστήματος, ήταν (League of Nations Health Organization, 1929a):

1. το χαμηλό επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού, το οποίο κατηγοριοποιούνταν στο κατώτατο επίπεδο, συγκρινόμενο δυσμενώς με αυτό των άλλων ευρωπαϊκών χωρών,
2. η ανεπαρκής ποιότητα και ο χαμηλός βαθμός κάλυψης των υπηρεσιών υγείας,
3. το «επικίνδυνα χαμηλό» επίπεδο του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού,

4. η «στοιχειώδης» παροχή υπηρεσιών στο επίπεδο της νοσοκομειακής περίθαλψης,
5. η παντελής απουσία οργάνωσης της κεντρικής και τοπικής διοίκησης για τα θέματα της δημόσιας υγείας,
6. ο χαμηλός βαθμός κοινωνικής και πολιτικής ευαισθητοποίησης για τα θέματα της υγιεινής.

6.4.5. Οι προτάσεις για την αναδιοργάνωση του υγειονομικού συστήματος

Για τη βελτίωση της υγειονομικής κατάστασης που επικρατούσε στη χώρα και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών υγιεινής, οι επιστήμονες της διεθνούς οργάνωσης κατέθεσαν στην ελληνική κυβέρνηση μια δέσμη συγκεκριμένων, οικονομικά προϋπολογισμένων και χρονικά προσδιορισμένων μέτρων, δομημένων σε δύο κύριους άξονες που αφορούσαν: (i) την οργάνωση και διοίκηση του υγειονομικού συστήματος και (ii) τους επιμέρους τομείς του υγειονομικού συστήματος.

i. Η διοίκηση του υγειονομικού συστήματος

Η αναδιοργάνωση της υγειονομικής διοίκησης του κράτους αποτέλεσε την πρώτη - και βασική - προτεραιότητα για τους εμπειρογνώμονες της ΚτΕ. Η επιτυχημένη εφαρμογή του προτεινόμενου – για αυτό το σκοπό – σχεδιασμού, προϋπέθετε την εφαρμογή μια σειράς μέτρων όπως η αύξηση των διατιθέμενων πιστώσεων για την υγεία, η δημιουργία νέων υγειονομικών υπηρεσιών, η αναβάθμιση της παρεχόμενης εκπαίδευσης του υγειονομικού προσωπικού, η ενοποίηση των κατακερματισμένων κρατικών υπηρεσιών υγιεινής και η εφαρμογή μιας διατομεακής πολιτικής για την υγεία, η κωδικοποίηση της υγειονομικής νομοθεσίας και η απαγκίστρωση του συστήματος διοίκησης από πολιτικές επιδράσεις.

Οι κυριότερες προτάσεις, θεσμικού, οργανωτικού και διαχειριστικού χαρακτήρα, αναλύονται ακολούθως.

- **Μόνιμη Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας**

Πρώτο στη λίστα των προτεινόμενων μέτρων αναδιοργάνωσης του υγειονομικού συστήματος, ήταν η ίδρυση μιας **μόνιμης Ελληνικής Υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας** (ενός υπερ-Υπουργείου Υγείας), με κεντρικό συντονιστικό-επιτελικό ρόλο και δυνατότητες άμεσης παρέμβασης σε όλη την επικράτεια και για όλες τις περιπτώσεις ζητημάτων υγειονομικού ενδιαφέροντος *«δια την πρόληψιν της νοσήσεως και του πρόωρου θανάτου, την νοσηλείαν των ασθενών και την εξυγίανσιν του περιβάλλοντος»* (Δάφνης, 1974).

Ο εν λόγω οργανισμός, θα λειτουργούσε τόσο ως συμβουλευτική υπηρεσία παρά τω Πρωθυπουργό για όλα τα θέματα της δημόσιας υγείας όσο και ως εκτελεστικό όργανο για το συντονισμό, την οργάνωση και τη διοίκηση του υγειονομικού συστήματος, σύμφωνα με την ισχύουσα υγειονομική νομοθεσία και τις λοιπές διατάξεις-κανονισμούς, στο δε έργο της θα επικουρούνταν από τους διευθυντές της Υγειονομικής Σχολής, των Τμημάτων Ελονοσιολογίας, Φαρμακολογίας και Υγειονομικής Μηχανικής.

Η υπηρεσία αυτή αναμενόταν να είχε το γενικό πρόσταγμα για όλα τα θέματα που αφορούσαν τον τομέα της υγείας: από τον έλεγχο των τροφίμων έως την έκδοση ιατρικών αδειών, ενώ ενδεικτικό του κομβικού ρόλου που θα διαδραμάτιζε στη νέα οργάνωση ήταν το γεγονός πως κανένας νόμος ή κανονισμός όσον αφορά τη δημόσια υγιεινή δεν θα μπορούσε να θεσπιστεί από άλλο όργανο ή φορέα, δίχως τη σύμφωνη γνώμη της εν λόγω υπηρεσίας.

Για την αποτελεσματική στελέχωση της νέας αυτής υπηρεσίας προβλεπόταν η σύσταση μιας ειδικής επιτροπής, από τον Πρωθυπουργό της χώρας, με τη συμμετοχή του μόνιμου διευθυντή της Ελληνικής Υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας και των διευθυντών της Υγειονομικής Σχολής, των τμημάτων της Ελονοσιολογίας, της Υγειονομικής Μηχανικής και της Φαρμακολογίας, η οποία και θα είχε την ευθύνη των προσλήψεων.

Παράλληλα, προβλέπονταν ειδικοί όροι για τη διασφάλιση του επίπεδου του επιστημονικού προσωπικού και προσδιορίζονταν συγκεκριμένα κριτήρια πλήρωσης των θέσεων: Αναγνωρισμένο πτυχίο Ιατρικής Σχολής ή Σχολής Δημόσιας Υγιεινής, από ελληνικό ή ξένο πανεπιστήμιο, μεταπτυχιακοί τίτλοι σπουδών, προκήρυξη των προσφερόμενων θέσεων, δοκιμαστική θητεία δύο ετών, πλήρης και αποκλειστική απασχόληση, αναπροσαρμογή μισθών και σύνδεση απόδοσης με μισθολογική εξέλιξη, δικαίωμα σε σύνταξη, σε τακτική άδεια ή άδεια ασθένειας καθώς και σε εκπαιδευτική άδεια, ήταν ορισμένες από τις ρυθμίσεις που θα συνόδευαν τις διαδικασίες και τις προϋποθέσεις πρόσληψης του νέου προσωπικού.

Η ίδρυση της Μόνιμης Ελληνικής Υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας τοποθετούνταν χρονικά στο 1933, οπότε και οριοθετούνταν χρονικά η πλήρης εφαρμογή του μεταρρυθμιστικού σχεδίου της ΚτΕ, πενταετούς διάρκειας. Έως τότε, η κεντρική υγειονομική διοίκηση θα ασκούνταν από το Υπουργείο Υγιεινής, το οποίο θα είχε υπό την αρμοδιότητα του:

- ✓ τα υφιστάμενα διοικητικά τμήματα του Υφυπουργείου Υγιεινής, τα οποία ήταν επιφορτισμένα με τα ζητήματα της οργάνωσης, της λειτουργίας και του ελέγχου των περιφερειακών υγειονομικών υπηρεσιών-νοσοκομείων, κ.α., εκτός αυτών που άνηκαν στις περιοχές που είχαν επιλεγεί για την εφαρμογή του προτεινόμενου σχεδίου.
- ✓ τις διάφορες διάσπαρτες υπηρεσίες υγιεινής των Υπουργείων: α) Εσωτερικών, β) Μεταφορών, γ) Δημόσιας Παιδείας και δ) Δικαιοσύνης. Το Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας θα διατηρούσε την υπηρεσία επιθεωρήσεως της εργασίας και της βιομηχανικής υγιεινής.
- ✓ την Υγειονομική Σχολή και τις νέες τεχνικές υπηρεσίες που θα αποτελούσαν το «Υγειονομικό Κέντρο της Αθήνας».

Η ίδρυση της μόνιμης υπηρεσίας δημόσιας υγείας τοποθετούνταν στην κορυφή των μεταρρυθμιστικών προτάσεων των ξένων εμπειρογνωμόνων καθώς χαρακτηριζόταν ως απαραίτητη προϋπόθεση και «sine qua non» όρος για να επιτευχθεί οποιαδήποτε αξιόλογη βελτίωση των συνθηκών και του επιπέδου υγιεινής στην Ελλάδα (League of Nations Health Organisation, 1929c).

- **Η υγειονομική σχολή και οι νέες τεχνικές υπηρεσίες**

Πυρήνας της νέας μόνιμης Ελληνικής Υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας θα ήταν το Υγειονομικό Κέντρο Αθηνών, το οποίο θα αποτελούνταν από την Υγειονομική Σχολή - η οποία θα είχε πέντε τμήματα - και από τις νέες Τεχνικές Υπηρεσίες (Giannuli, 1998). Τα πέντε τμήματα που θα λειτουργούσαν στο Υγειονομικό Κέντρο ήταν: α. το τμήμα δημόσιας υγιεινής και προληπτικής ιατρικής, συμπεριλαμβανομένης της υγειονομικής σχολής, β. το τμήμα ελονοσιολογίας, γ. το τμήμα υγειονομικής μηχανικής, δ. το τμήμα φαρμακολογίας και βιοχημείας και ε. το τμήμα υγειονομικής έρευνας.

Το Υγειονομικό Κέντρο θα διοικούνταν από Γενικό Διευθυντή, ο οποίος θα οριζόταν απευθείας από την κυβέρνηση και τον Πρωθυπουργό, ενώ την ευθύνη λειτουργίας των παραπάνω τμημάτων θα αναλάμβαναν Τεχνικοί Διευθυντές, που θα επιλέγονταν σε μετέπειτα χρόνο.

Για την κάλυψη, ωστόσο, των νέων θέσεων των Διευθυντών των τμημάτων της Υγειονομικής Σχολής, της Ελονοσιολογίας, και της Υγειονομικής Μηχανικής, η επιτροπή πρότεινε στην κυβέρνηση να επιλέξει μεταξύ των ξένων ειδικών. Όσον αφορά τα τμήματα της Φαρμακολογίας και της Έρευνας, για το μεν πρώτο προτεινόταν να καλυφθεί η θέση του Διευθυντή από καθηγητή της Φαρμακολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, για το δε τμήμα Ερευνών προτεινόταν να ανατεθεί η ευθύνη λειτουργίας του στο Ινστιτούτο Pasteur.

Οι αρμοδιότητες του Κέντρου, όπως αυτές προβλέπονταν στο σχέδιο της ΚτΕ, αφορούσαν:

(α) τη διοίκηση, υπό την επίβλεψη του Υφυπουργείου της Υγιεινής, των δραστηριοτήτων δημόσιας υγιεινής μέσα στις επιλεγμένες περιοχές για την εφαρμογή του σχεδίου αναδιοργάνωσης,

(β) τη κατάρτιση όλων των κατηγοριών του υγειονομικού προσωπικού,

(γ) τη παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών στη Κεντρική Υγειονομική Διοίκηση σχετικά με κάθε ζήτημα που αφορά το πεδίο της δημόσιας υγείας.

Πέραν των παραπάνω, η επιτροπή πρότεινε την ίδρυση ενός πολυπρόσωπου συμβουλευτικού οργάνου, υπό την ονομασία «Συμβουλευτικό Συνέδριο», το οποίο θα είχε την ευθύνη πληροφόρησης του Πρωθυπουργού – διαμέσου της Κεντρικής Υγειονομικής Διοίκησης – για τα θέματα της δημόσιας υγείας, κάθε φορά που ο Πρωθυπουργός θα έκρινε αναγκαίο. Παράλληλα, το εν λόγω όργανο θα είχε τη δυνατότητα να συμμετέχει και στη διαδικασία διαμόρφωσης της πολιτικής υγείας μέσω της υποβολής συγκεκριμένων προτάσεων.

Θέση της επιτροπής ήταν πως το «Συμβουλευτικό Συνέδριο» θα έπρεπε να απηχεί και να εκφράζει τις απόψεις της κοινωνίας και να μην λειτουργεί σε στενά τεχνοκρατικά πλαίσια. Για το λόγο αυτό προτεινόταν να συμμετέχουν σε αυτό – πέρα από τους Πανεπιστημιακούς - εκπρόσωποι των παραγωγικών τάξεων, των εργατικών συνδικάτων, του στρατού, της εκκλησίας, της εκπαίδευσης (πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας), της τοπικής αυτοδιοίκησης, του ιατρικού συλλόγου, των δημοσιογράφων, καθώς και προσωπικότητες απ' όλους τους χώρους διορισμένες από τον ίδιο τον Πρωθυπουργό, μετά από πρόταση του Υπουργού Υγιεινής.

- **Οι νομαρχιακές υπηρεσίες υγιεινής**

Το προτεινόμενο σχέδιο της υγειονομικής αναδιοργάνωσης προβλεπόταν να ακολουθήσει μια σταδιακή και ελεγχόμενη εφαρμογή, προτού επεκταθεί στο σύνολο της χώρας. Για το λόγο αυτό επιλέχθηκαν συγκεκριμένες περιοχές της χώρας, οι οποίες θεωρούνταν αντιπροσωπευτικές του συνόλου, προκειμένου να ξεκινήσει η πιλοτική εφαρμογή του σχεδίου. Οι περιοχές αυτές ήταν:

i. Η μητροπολιτική περιοχή Αθήνας-Πειραιά
ii. Η περιοχή της Μακεδονίας (Γενική Κυβέρνηση της Μακεδονίας)[8]
iii. Η πόλη της Θεσσαλονίκης,
iv. Ο νομός Χανίων στη Δυτική Κρήτη,
v. Ο νομός της Κερκύρας
vi. Ο νομός των Ιωαννίνων στην Ήπειρο.

Σε κάθε μία από τις παραπάνω περιοχές θα ιδρύονταν από τρία μέχρι πέντε Κέντρα Υγείας. Κάθε ένα από αυτά θα περιλάμβανε:

- ✓ Ένα ή περισσότερα ιατρεία για την ελονοσία, τη φυματίωση τη προστασία της μητρότητας και της παιδικής ηλικίας ενώ σε αυτά που βρίσκονταν στις πόλεις θα προσθέτονταν και μια παιδιατρική κλινική.
- ✓ Μια ομάδα επισκεπτριών νοσοκόμων.
- ✓ Επιθεωρητές υγιεινής υπεύθυνους για την υδροδότηση και αποχέτευση ανάλογα με τις τοπικές ανάγκες.
- ✓ Φαρμακείο και δημόσια λουτρά.
- ✓ Μια αίθουσα αναψυχής και εκπαίδευσης.

Η υποδομή ωστόσο των Κέντρων Υγείας θα μπορούσε να διαφοροποιηθεί ανάλογα με την περιοχή: στις μεγαλύτερες πόλεις κάθε νομού θα περιλάμβαναν – εκτός των παραπάνω - και εργαστήρια για τη διάγνωση των επιδημιών και των μολυσματικών ασθενειών, τα οποία θα λειτουργούσαν ως στρατηγικά-επιτελικά κέντρα αναφοράς για τη συστηματική εξυγίανση των περιοχών ευθύνης τους. Στη Θεσσαλονίκη για παράδειγμα προβλεπόταν η ίδρυση κέντρου καταπολέμησης της ελονοσίας.

Ο συντονισμός της δραστηριότητας των Κέντρων Υγείας σε κάθε Νομό θα γινόταν από έναν Επαρχιακό (Περιφερειακό) Κέντρο, τη Διοίκηση του οποίου θα ασκούσε ένας Επιθεωρητής Γιατρός και ο οποίος θα επιλεγόταν μεταξύ των ελλήνων υγιεινολόγων που θα εκπαιδεύονταν – στα πλαίσια του υγειονομικού προγράμματος - στο εξωτερικό. Τα Κέντρα αυτά, εκτός από τις διοικητικές - διαχειριστικές λειτουργίες, θα περιλάμβαναν τμήματα ερευνών ενώ θα ήταν επιφορτισμένα και με την επιστημονικό διαφωτισμό-καθοδήγηση του υγειονομικού προσωπικού της περιοχής ευθύνης τους (Λιάκος, 1993).

[8] Με τον Νόμο 524/24.12.1914 (Φ.Ε.Κ. 404/1914 τ. Α') «περί διοικητικής διαιρέσεως και διοικήσεως των νέων χωρών», συστήθηκε διοικητικό σύστημα στην περιοχή της Μακεδονίας με τον τίτλο «Γενική Διοίκηση της Μακεδονίας». Αντίστοιχα διοικητικά συστήματα δημιουργήθηκαν και στις περιοχές της Ηπείρου, της Κρήτης και των νησιών του Αιγαίου.

Τέλος, σε ότι αφορά τα αγροτικά ιατρεία του αυτόνομου οργανισμού της Επιτροπής Αποκατάστασης Προσφύγων (ΕΑΠ) που λειτουργούσαν έως τότε στην περιοχή της Μακεδονίας και τα οποία προσέφεραν σημαντικό έργο στον προσφυγικό πληθυσμό της χώρας (Μεταλινός, 1929; Κατσάπης, 2007), οι εμπειρογνώμονες πρότειναν να περιέλθουν, από 1η Ιανουαρίου 1930, στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγιεινής, προκειμένου να ακολουθήσει η σταδιακή μετατροπή τους σε Κέντρα Υγείας, στα πλαίσια άμεσης εφαρμογής του εκπονηθέντος σχεδίου αναδιοργάνωσης των υγειονομικών υπηρεσιών.

• Η Μητροπολιτική υγειονομική υπηρεσία Αθηνών-Πειραιώς και Θεσσαλονίκης

Για την καλύτερη οργάνωση και συντονισμό των υπηρεσιών υγιεινής στις πόλεις της Αθήνας και του Πειραιά, προτεινόταν η ίδρυση μιας ειδικής υπηρεσίας υπό το τίτλο «Μητροπολιτική Υγειονομική Υπηρεσία Αθηνών –Πειραιώς». Μεταξύ των αρμοδιοτήτων της εν λόγω υπηρεσίας θα ήταν:

- ✓ η εφαρμογή της νομοθεσίας που αφορούσε τη δημόσια υγεία,
- ✓ η επεξεργασία - εκπόνηση τοπικών κανονισμών υγιεινής,
- ✓ η μελέτη, καταγραφή και ανάλυση των δημογραφικών και επιδημιολογικών δεδομένων (στατιστικών),
- ✓ ο έλεγχος όλων των κατηγοριών των μεταδοτικών ασθενειών,
- ✓ ο έλεγχος των συνθηκών υγιεινής στους εργασιακούς χώρους αλλά και στις ιδιωτικές κατοικίες,
- ✓ η παρακολούθηση και ο έλεγχος της ποιότητας του πόσιμου νερού, των τροφίμων και των σφαγείων,
- ✓ η προστασία της μητρότητας και των παιδιών της βρεφικής, παιδικής, προσχολικής και σχολικής ηλικίας,
- ✓ η καταγραφή των υγειονομικών αναγκών σε τοπικό επίπεδο, ο συντονισμός των υπηρεσιών υγείας και η υποβολή προτάσεων για δημιουργία νέων ιατρικών υπηρεσιών με βάση τις ανάγκες,
- ✓ η συνεργασία με τις λοιπές υγειονομικές υπηρεσίες του Κράτους για θέματα που σχετίζονταν με τη δημόσια υγεία στις εν λόγω περιοχές.

Τη διοίκηση της «Μητροπολιτικής Υγειονομικής Υπηρεσίας Αθηνών –Πειραιώς» προτεινόταν να αναλάβει υγιεινολόγος γιατρός που θα ήταν πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και ο οποίος θα αποσπόταν από την Μόνιμη Ελληνική Υπηρεσία της Δημόσιας Υγιεινής. Το έργο του θα συνεπικουρούσε μια εννεαμελής Συμβουλευτική Επιτροπή, από την οποία τα πέντε μέλη θα συμμετείχαν ex officio, ενώ τα υπόλοιπα τέσσερα θα διορίζονταν, με τετραετή - ανανεώσιμη κάθε χρόνο – θητεία, από τον Υπουργό της Υγιεινής.

Τα ex officio μέλη της Συμβουλευτικής Επιτροπής θα ήταν: ο Δήμαρχος της Αθήνας, ο Δήμαρχος του Πειραιά, ο Αστυνομικός Διευθυντής, ο Επιθεωρητής Εργασίας και ο Επιθεωρητής Εκπαίδευσης. Την Επιτροπή θα συμπλήρωνε, ένας εκπρόσωπος των εργατικών συνδικάτων και του Εμπορικού και Βιομηχανικού Επιμελητηρίου, μία εκπρόσωπος των εθελοντικών οργανώσεων για την υγεία και ένας γιατρός με γνωστική κατάρτιση στη προληπτική ιατρική και τις μεθόδους πρόληψης.

Για την αποτελεσματικότερη λειτουργία της υπηρεσίας υπογραμμιζόταν η ανάγκη να προσληφθεί ένας ικανός αριθμός υγιεινολόγων γιατρών που θα ήταν επιφορτισμένοι με την ευθύνη υγειονομικής κάλυψης της μητροπολιτικής περιοχής και οι οποίοι θα λογοδοτούσαν στον Διευθυντή της υπηρεσίας. Τέλος, αντίστοιχη υπηρεσία προτεινόταν να ιδρυθεί και στη περιοχή της Θεσσαλονίκης.

Το κόστος υλοποίησης των μέτρων

Η υλοποίηση των παραπάνω προτάσεων των εμπειρογνωμόνων προϋπέθετε τη διάθεση ενός σημαντικού χρηματικού ποσού από τα ταμεία του κράτους - κάτι για το οποίο είχε δεσμευτεί η ελληνική κυβέρνηση απέναντι στην ΚτΕ – προκειμένου να χρηματοδοτηθεί η ανέγερση/κατασκευή των νέων υγειονομικών υποδομών και να καλυφθούν τα έξοδα οργάνωσης και λειτουργίας των νέων υπηρεσιών.

Το κόστος κατασκευής των αναγκαίων εγκαταστάσεων και υποδομών για τη στέγαση των νέων υγειονομικών υπηρεσιών σε όλη την επικράτεια, υπολογιζόταν σύμφωνα με τα μέλη της Επιτροπής σε 24.470.000 δραχμές (Πίνακας 15), ενώ οι ετήσιες πιστώσεις που απαιτούνταν για τη λειτουργία αυτών – συμπεριλαμβανομένων των αγροτικών ιατρείων της ΕΑΠ που από 1/1/1930 θα περιέρχονταν στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγιεινής - υπολογίζονταν σε 24.550.000 δραχμές (Πίνακας 16).

Πίνακας 15 : Κόστος κατασκευής των αναγκαίων εγκαταστάσεων και υποδομών για τη στέγαση των νέων υγειονομικών υπηρεσιών

Υπηρεσία	Κόστος (σε Δρχ.)
Υγειονομική Σχολή και νέες υγειονομικές υπηρεσίες στην Αθήνα	
Υγειονομική Σχολή	5.060.000
Οικοτροφείο Σχολής Νοσηλευτριών - Επισκεπτριών Νοσοκόμων	2.500.000
Τμήμα υγειονομικής μηχανικής	1.200.000
Τμήμα ελονοσιολογίας	660.000
Τμήμα φαρμακολογίας και βιοχημείας	550.000
Τμήμα υγειονομικής έρευνας	200.000
Κέντρα Υγείας και νέες υγειονομικές υπηρεσίες στην επαρχία	
Κέντρα Υγείας και επαρχιακά / δημοτικά ιατρεία και εργαστήρια	11.800.000
Υγειονομικό κέντρο με εργαστήριο δημόσιας υγιεινής και υπηρεσία κατά της ελονοσίας στη Θεσσαλονίκη	2.500.000
ΣΥΝΟΛΟ:	**24.470.000**

Πηγή: League of Nations Health Organization, 1929a

Πίνακας 16 : Κόστος λειτουργίας των νέων υγειονομικών υπηρεσιών	
Υπηρεσία	**Κόστος (σε δρχ.)**
Υγειονομική Σχολή	3.316.000
Τμήμα υγειονομικής μηχανικής	1.975.000
Τμήμα ελονοσιολογίας	1.187.000
Τμήμα φαρμακολογίας και βιοχημείας	556.000
Οικοτροφείο Σχολής Νοσηλευτριών - Επισκεπτριών Νοσοκόμων	816.000
Επαρχιακό Κέντρο Υγείας Θεσσαλονίκης	2.500.000
5 Κέντρα Υγείας στις επιλεγμένες νομαρχίες x 440.000	2.200.000
30 Κέντρα Υγείας στις επιλεγμένες κοινότητες/πόλεις x 200.000	6.000.000
40 Αγροτικά Ιατρεία της Επιτροπής Αποκατάστασης Προσφύγων στη Μακεδονία x 150.000	6.000.000
ΣΥΝΟΛΟ:	**24.550.000**

Πηγή: League of Nations Health Organization, 1929a

Από εκεί και πέρα, η επιτροπή έκρινε αναγκαίο να υπάρχει πρόβλεψη σε ετήσια βάση – αρχής γενομένης από το έτος 1929 έως και το έτος 1936 – για την εγγραφή συγκεκριμένων κονδυλίων στον κρατικό προϋπολογισμό ώστε να αναπτυχθούν και να λειτουργήσουν σε 35 νομούς οι νέες υγειονομικές υπηρεσίες που προβλεπόταν στο πρόγραμμα της ΚτΕ. Το συνολικό ποσό της κρατικής δαπάνης που προϋπολογίζονταν - σε βάθος επταετίας - για το σκοπό αυτό, ανερχόταν στα 405 εκατομμύρια δραχμές (Πίνακας 17).

Πίνακας 17: Ετήσιες δαπάνες για την ανάπτυξη και λειτουργία των νέων υγειονομικών υπηρεσιών (1929-1936)	
Έτος	**Ποσό (σε δρχ.)**
1929-1930	21.000.000
1930-1931	35.000.000
1931-1932	47.000.000
1932-1993	59.000.000
1933-1934	77.000.000
1934-1935	98.000.000
1935-1936	68.000.000
ΣΥΝΟΛΟ	**405.000.000**

Πηγή: League of Nations Health Organization, 1929a

Αξίζει ωστόσο, να σημειωθεί πως εκτίμηση των ξένων εμπειρογνωμόνων ήταν πως η νέα αποκεντρωμένη υγειονομική οργάνωση που θα δημιουργούνταν έως τα τέλη του 1935, θα επέφερε σημαντική εξοικονόμηση πόρων, η οποία και θα γινόταν σημαντικά αισθητή στον κρατικό προϋπολογισμό του 1936, οπότε και θα είχε ολοκληρωθεί η κατασκευή των νέων Κέντρων Υγείας σε 35 Νομαρχίες της χώρας και θα ξεκινούσε η είσπραξη εσόδων που θα προέρχονταν τόσο από εισφορές των Δήμων και Κοινοτήτων όσο και από πληρωμές των πολιτών για τις υπηρεσίες που θα παρείχαν τα Κέντρα Υγείας.

Γι' αυτό το λόγο, εκφραζόταν η αισιοδοξία πως το ποσό που θα εγγράφονταν τελικά στον κρατικό προϋπολογισμό του 1936 για την υγεία, θα ήταν πολύ μικρότερο από τις αρχικές εκτιμήσεις των 68 εκατομμυρίων δραχμών και ίσως να μην χρειαζόταν να ξεπεράσει τα 50 εκατομμύρια δραχμές, στο σύνολο του (League of Nations Health Organization, 1929a).

ii. Η ανάπτυξη των λοιπών τομέων του υγειονομικού συστήματος

Πέραν των μέτρων για την αναδιοργάνωση της υγειονομικής διοίκησης του κράτους, η Οργάνωση Υγείας της ΚτΕ συμπεριέλαβε στο μεταρρυθμιστικό σχεδιασμό της, πολιτικές και για μια σειρά άλλων τομέων του συστήματος υγείας, όπως τα νοσοκομεία, οι υπηρεσίες αντιμετώπισης της ελονοσίας και της φυματίωσης, τα απολυμαντήρια και οι λιμενικές υγειονομικές υπηρεσίες.

- **Νοσοκομεία**

Τα προτεινόμενα μέτρα για τη αναδιοργάνωση της λειτουργίας των νοσοκομείων της χώρας, χαρακτηρίζονταν από έναν καινοτόμο και προοδευτικό – για τα ελληνικά δεδομένα – πνεύμα που εκπορευόταν από την ανάγκη προσαρμογής των υφιστάμενων υγειονομικών υπηρεσιών στα νεώτερα – για την εποχή - δεδομένα της κοινωνικής υγιεινής, στη βάση της καταγεγραμμένης ευρωπαϊκής και διεθνής εμπειρίας στον τομέα της δημόσιας υγείας (Χαριτάκης, 1929).

Ιδιαίτερη βαρύτητα αποδίδονταν στα ζητήματα εκπαίδευσης του προσωπικού των νοσοκομείων, ενώ άξια αναφοράς ήταν και οι προτάσεις για την αποκέντρωση του συστήματος διοίκησης των νοσοκομείων, τη διακοπή λειτουργίας των προβληματικών νοσοκομείων, τη δημιουργία υπηρεσίας ασθενοφόρων για τη μεταφορά των ασθενών και την επιστημονική - λειτουργική διασύνδεση των υγειονομικών υπηρεσιών. Πιο συγκεκριμένα, προβλέπονταν (League of Nations Health Organization, 1929a):

i. Η διάκριση των νοσοκομείων σε κρατικά, δημοτικά και ιδιωτικά.
ii. Η βελτίωση και ο εκσυγχρονισμός των νοσοκομείων που πληρούσαν συγκεκριμένες προϋποθέσεις, όπως λειτουργική και οργανωτική επάρκεια, επάρκεια υποδομών και εξοπλισμού (π.χ. κλινών), ικανοποιητική στελέχωση σε προσωπικό, κ.α. Σε αυτή τη κατηγορία εντάσσονταν νοσοκομεία όπως ο Ευαγγελισμός και το Δημοτικό Νοσοκομείο Αθηνών. Για τα υπόλοιπα νοσοκομεία, όπως π.χ. το μαιευτήριο Αθηνών, η Επιτροπή πρότεινε τη κατάργηση ή την αντικατάσταση τους από άλλες υγειονομικές υπηρεσίες.
iii. Η αύξηση του αριθμού των διαθέσιμων κλινών των νοσοκομείων, όχι στη βάση αυθαίρετων σχεδιασμών αλλά σύμφωνα με τα πληθυσμιακά και επιδημιολογικά δεδομένα. Για το λόγο αυτό, οι εμπειρογνώμονες πρότειναν

να υπάρξει άμεσα, πλήρης καταγραφή των διαθέσιμων κλινών σε όλη τη χώρα, ούτως ώστε να προσδιοριστούν τεκμηριωμένα οι πραγματικές ανάγκες σε νοσοκομειακές κλίνες καθώς και το είδος αυτών (παίδων, μεταδοτικών ασθενειών, αφροδισιακών νοσημάτων, κ.α.).

iv. Η αναβάθμιση της παρεχόμενης εκπαίδευσης – κατάρτισης του νοσοκομειακού προσωπικού. Ιδιαίτερη αναφορά γινόταν στην ανάγκη να δοθεί μεγαλύτερο βάρος στην εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού ενώ παράλληλα προτεινόταν να υπάρξει κρατική μέριμνα για την καθιέρωση προγραμμάτων κατάρτισης του νοσηλευτικού προσωπικού – σε συνεργασία με τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό – αλλά και βελτίωση των οικονομικών όρων και συνθηκών απασχόλησης αυτού, έτσι ώστε να διασφαλίζεται «η έντιμη και επαρκής πρόσληψη του».

v. Η επιστημονική και λειτουργική διασύνδεση μεταξύ των υγειονομικών υπηρεσιών και ειδικότερα μεταξύ των αγροτικών (λαϊκών) ιατρείων, των υγειονομικών κέντρων και των νοσοκομείων, προκειμένου να υπάρξει *«εξασφάλιση της περιθάλψεως των ασθενών κατ' έναν πληρέστερο και πιο μεθοδικό τρόπο».*

vi. Η δημιουργία υπηρεσίας ασθενοφόρων για τη μεταφορά των ασθενών στις πόλεις και τα χωριά. Ο καθορισμός για το που θα άνηκε η εν λόγω υπηρεσία (νοσοκομεία ή τεχνικές υπηρεσίες) δεν αποτελούσε, σύμφωνα με την Επιτροπή, ζήτημα άμεσης προτεραιότητας, αλλά θα λάμβανε χώρα σε μετέπειτα χρόνο.

vii. Η μεταφορά της ευθύνης οργάνωσης, διαχείρισης και λειτουργίας όλων των δημόσιων νοσοκομείων στην τοπική αυτοδιοίκηση, με την κεντρική κυβέρνηση να διατηρεί την ευθύνη εποπτείας και χρηματοδότησης αυτών. Η διοίκηση των νοσοκομείων θα ασκούταν από ΔΣ που θα ήταν επιφορτισμένο, μεταξύ άλλων, με την ευθύνη διαχείρισης και ελέγχου των πόρων και της περιουσίας του κάθε νοσοκομείου, την οργάνωση, συντονισμό και έλεγχο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγιεινής και τη διαχείριση του προσωπικού.

Τέλος, σε ότι αφορά τα ιδιωτικά νοσοκομεία, η επιτροπή δεν εισηγούνταν κάποια αλλαγή όσον αφορά τον τρόπο διοίκησης και λειτουργίας αυτών, πλην όμως υπογραμμιζόταν η *«υποχρέωση συμμόρφωσης αυτών προς τους γενικούς κανόνες λειτουργίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και τήρησης των απαραίτητων συνθηκών υγιεινής»* (League of Nations Health Organization, 1929a).

- **Μέτρα για την καταπολέμηση της φυματίωσης**

Ξεχωριστή θέση στην έκθεση των υγιεινολόγων της ΚτΕ, κατείχαν οι προτάσεις για την καταπολέμηση της φυματίωσης, η οποία χαρακτηριζόταν κατά την εποχή εκείνη ως *«κατ' εξοχήν κοινωνικό νόσημα» και «εξαιρέτως καταστρεπτική ή λαοφθόρος ασθένεια»* (Χαριτάκης, 1929). Στις αναφορές των ειδικών γινόταν σαφές πως οι προσπάθειες της ελληνικής κυβέρνησης θα έπρεπε να εστιάσουν:

i. στη βελτίωση του επιπέδου ζωής (standard of life) των λαϊκών τάξεων, μέσω της αύξησης των μισθών και της βελτίωσης της διατροφής.

ii. στη βελτίωση των συνθηκών της στέγασης δια μέσου της έκδοσης κανονισμών σχετικών με το κατοικήσιμο των οικοδομών, τόσο των παλαιών

όσο και των νέων, με την οικοδόμηση εργατικών κατοικιών και την ίδρυση μιας υπηρεσίας επιθεωρήσεως των κατοικιών.

iii. στη βελτίωση της επαγγελματικής και βιομηχανικής υγιεινής, στην ενίσχυση της επιθεώρησης της εργασίας, στη διασφάλιση της εφαρμογής των διεθνών κανόνων και συμβάσεων για την εργασία, στη μείωση της διάρκειας εργασίας των γυναικών και των παιδιών καθώς και στην πλήρη απαγόρευση της εργασίας των παιδιών κάτω των 14 ετών.

iv. στην αύξηση του αριθμού των αντιφυματικών ιατρείων στα αστικά κέντρα.

v. στη δημιουργία ιατρείων για προχωρημένους φυματικούς, σε τουλάχιστον ένα νοσοκομείο, σε καθεμία από τις μεγάλες πόλεις της Ελλάδας.

vi. στην ίδρυση σανατορίων για την αντιμετώπιση των υπόλοιπων κατηγοριών φυματικών ασθενών.

vii. στο διορισμό επισκεπτριών νοσοκόμων στις αγροτικές περιοχές, οι οποίες θα συνέδραμαν το ιατρικό προσωπικό στην εφαρμογή των αναγκαίων μέτρων για τη πρόληψη της φυματίωσης.

Πέρα των παραπάνω, επισημαίνονταν πως *«η νοσοκομειακή περίθαλψη των φυματικών ασθενών θα πραγματοποιούνταν σε συνεργασία με τα ιατρικά αντιφυματικά κέντρα»* και πως *«τόσο ο αριθμός των αντιφυματικών ιατρείων και κλινών όσο και ο αριθμός των επισκεπτριών νοσηλευτριών, που θα διοριζόταν στα εν λόγω ιατρεία, θα αυξανόταν σταδιακά, ώστε να καλυπτόταν σε βάθος χρόνου οι ανάγκες για τον αντιφυματικό αγώνα»* (League of Nations Health Organization, 1929a).

• Απολυμαντήρια και λιμενικές υγειονομικές υπηρεσίες

Προκειμένου να υπάρξει αποφυγή εξάπλωσης επιδημιών ή ενδημικών νόσων, οι εμπειρογνώμονες της ΚτΕ είχαν συμπεριλάβει στις προτάσεις τους μια σειρά μέτρων που αφορούσαν τα απολυμαντήρια (quarantine service) και τις λιμενικές υγειονομικές υπηρεσίες. Σε αυτές προβλέπονταν, μεταξύ άλλων, τα εξής:

i. Η υπαγωγή της υγειονομικής υπηρεσίας των λιμανιών στη Κεντρική Υγειονομική Διοίκηση. Το ίδιο θα ίσχυε και για τις υπηρεσίες εκτέλεσης αυτής, δηλαδή: α. τις υπηρεσίες των λιμανιών, που ήταν επιφορτισμένες με τον υγειονομικό έλεγχο των πλοίων, κατά την άφιξη, παραμονή και αναχώρησή αυτών από το λιμένα υποδοχής, β. τις υπηρεσίες απολύμανσης και μυοκτονίας, γ. τις υπηρεσίες που ήταν υπεύθυνες για τη καταγραφή, επιτήρηση και θεραπεία των επιβατών και των μελών των πληρωμάτων των πλοίων, που είχαν ή υπήρχε υποψία πως είχαν μια λοιμώδη ή μεταδοτική ασθένεια και δ. τα λοιμοκαθαρτήρια.

ii. Η εφαρμογή από την υγειονομική υπηρεσία των λιμανιών των όρων της Διεθνούς Υγειονομικής Συμφωνίας του 1926, που είχε εγκριθεί και από την Ελλάδα. Για το λόγο αυτό, προτεινόταν να υπάρξει νομοθετική πρωτοβουλία προς αυτή τη κατεύθυνση.

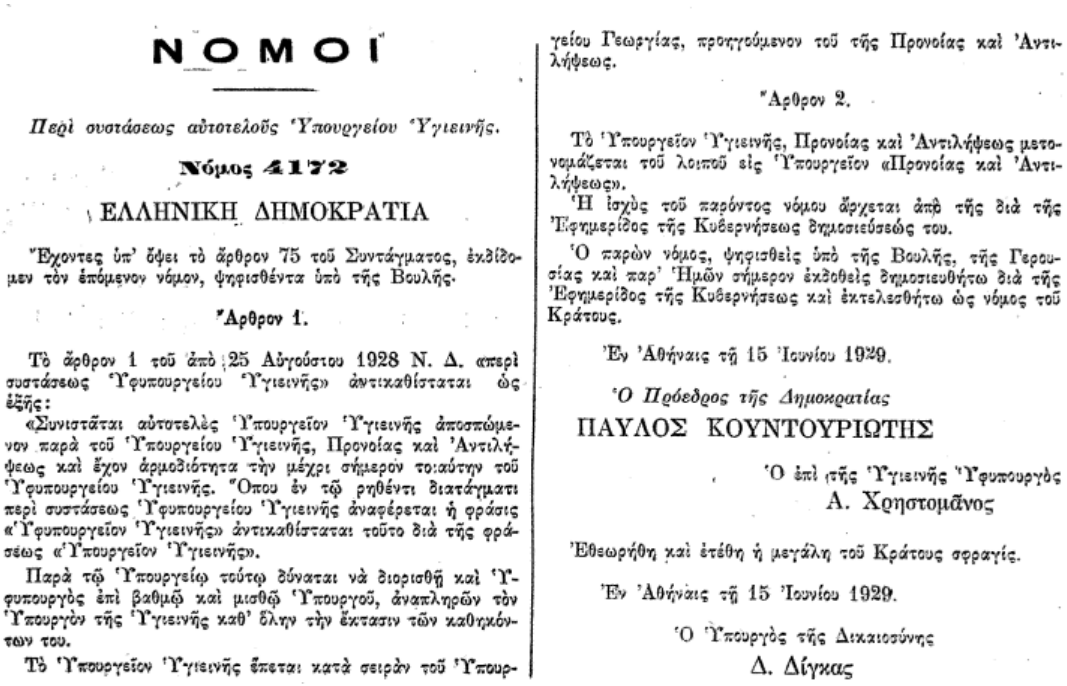
iii. Η υπηρεσία καραντίνας του Πειραιά να λειτουργεί υπό τον άμεσο έλεγχο της Κεντρικής Υγειονομικής Διοικήσεως, ενώ οι υπηρεσίες καραντίνας των υπόλοιπων λιμανιών της χώρας θα λειτουργούσαν υπό τον έλεγχο των αποκεντρωμένων υγειονομικών αρχών.

iv. Οι υπάλληλοι και οι επιστάτες της υγειονομικής υπηρεσίας των λιμανιών θα είχαν την ιδιότητα κρατικών/δημοσίων υπαλλήλων. Οι εν λόγω υπάλληλοι θα διορίζονταν από το Υφυπουργείο Υγιεινής και θα επιλέγονταν από έμπειρο τεχνικό προσωπικό. Ειδικά για τα μεγάλα λιμάνια όπως αυτό του Πειραιά και της Θεσσαλονίκης, προτεινόταν οι υπάλληλοι και επιστάτες να προσλαμβάνονταν με καθεστώς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

6.5. Η νομοθετική εξειδίκευση των μέτρων της ΚτΕ

Η νομοθετική εξειδίκευση των προτάσεων των εμπειρογνωμόνων της ΚτΕ αποτέλεσε πρωταρχικό μέλημα της ελληνικής κυβέρνησης και ξεκίνησε αμέσως μετά από την υποβολή του σχετικού πορίσματος για την υγειονομική αναδιοργάνωση της χώρας, στον έλληνα πρωθυπουργό, Ελ. Βενιζέλο. Είχε προηγηθεί η υλοποίηση των προεκλογικών εξαγγελιών του Βενιζέλου αναφορικά με την κεντρική διοίκηση του συστήματος υγείας, με το διαχωρισμό του έως τότε ενιαίου Υπουργείου Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως και την - κατ' αρχήν - ίδρυση Υφυπουργείου Υγιεινής με ΝΔ (ΦΕΚ 174/τχ. Α'/25.08.1928) και στη συνέχεια αυτοτελούς Υπουργείου Υγιεινής, με το Νόμο 4172/1929 (ΦΕΚ 201/τχ. Α'/16.06.1929) (Εικόνα 10).

Επίσης, με το Νόμο 4069/1929 *«Περί ιδρύσεως και λειτουργίας εν Αθήναις Υγειονομικής Σχολής και περί αποστολής εις το εξωτερικόν προς μετεκπαίδευσιν ιατρών δι` ειδικήν υγειονομικήν μόρφωσιν»* (ΦΕΚ 94/τχ. Α'/09.03.1929), ιδρύθηκε και η Υγειονομική Σχολή, ως ΝΠΔΔ με σκοπό την μετεκπαίδευση ειδικών υγιεινολόγων ιατρών. Πιο συγκεκριμένα στο άρθρο 1 αυτού οριζόταν ότι: *«Ιδρύεται εν Αθήναις Σχολή υπό την επωνυμίαν ''Υγειονομική Σχολή'', σκοπόν έχουσα: α) την μόρφωσιν ειδικών υγιεινολόγων ιατρών…»* και στο άρθρο 2 ότι: *«Η Υγειονομική Σχολή αποτελεί ίδιον νομικόν πρόσωπον δημοσίου δικαίου, έχον ιδίαν περιουσίαν…».*



ΝΟΜΟΙ

Περὶ συστάσεως αὐτοτελοῦς Ὑπουργείου Ὑγιεινῆς.

Νόμος 4172

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Ἔχοντες ὑπ' ὄψει τὸ ἄρθρον 75 τοῦ Συντάγματος, ἐκδίδομεν τὸν ἑπόμενον νόμον, ψηφισθέντα ὑπὸ τῆς Βουλῆς.

Ἄρθρον 1.

Τὸ ἄρθρον 1 τοῦ ἀπὸ 25 Αὐγούστου 1928 Ν. Δ. «περὶ συστάσεως Ὑφυπουργείου Ὑγιεινῆς» ἀντικαθίσταται ὡς ἑξῆς:

«Συνιστᾶται αὐτοτελὲς Ὑπουργεῖον Ὑγιεινῆς ἀποσπώμενον παρὰ τοῦ Ὑπουργείου Ὑγιεινῆς, Προνοίας καὶ Ἀντιλήψεως καὶ ἔχον ἁρμοδιότητα τὴν μέχρι σήμερον τοιαύτην τοῦ Ὑφυπουργείου Ὑγιεινῆς. Ὅπου ἐν τῷ ρηθέντι διατάγματι περὶ συστάσεως Ὑφυπουργείου Ὑγιεινῆς ἀναφέρεται ἡ φράσις «Ὑφυπουργεῖον Ὑγιεινῆς» ἀντικαθίσταται τοῦτο διὰ τῆς φράσεως «Ὑπουργεῖον Ὑγιεινῆς».

Παρὰ τῷ Ὑπουργείῳ τούτῳ δύναται νὰ διορισθῇ καὶ Ὑφυπουργὸς ἐπὶ βαθμῷ καὶ μισθῷ Ὑπουργοῦ, ἀναπληρῶν τὸν Ὑπουργὸν τῆς Ὑγιεινῆς καθ' ὅλην τὴν ἔκτασιν τῶν καθηκόντων του.

Τὸ Ὑπουργεῖον Ὑγιεινῆς ἕπεται κατὰ σειρὰν τοῦ Ὑπουργείου Γεωργίας, προηγουμένου τοῦ τῆς Προνοίας καὶ Ἀντιλήψεως.

Ἄρθρον 2.

Τὸ Ὑπουργεῖον Ὑγιεινῆς, Προνοίας καὶ Ἀντιλήψεως μετονομάζεται τοῦ λοιποῦ εἰς Ὑπουργεῖον «Προνοίας καὶ Ἀντιλήψεως».

Ἡ ἰσχὺς τοῦ παρόντος νόμου ἄρχεται ἀπὸ τῆς διὰ τῆς Ἐφημερίδος τῆς Κυβερνήσεως δημοσιεύσεώς του.

Ὁ παρὼν νόμος, ψηφισθεὶς ὑπὸ τῆς Βουλῆς, τῆς Γερουσίας καὶ παρ' Ἡμῶν σήμερον ἐκδοθεὶς δημοσιευθήτω διὰ τῆς Ἐφημερίδος τῆς Κυβερνήσεως καὶ ἐκτελεσθήτω ὡς νόμος τοῦ Κράτους.

Ἐν Ἀθήναις τῇ 15 Ἰουνίου 1929.

Ὁ Πρόεδρος τῆς Δημοκρατίας

ΠΑΥΛΟΣ ΚΟΥΝΤΟΥΡΙΩΤΗΣ

Ὁ ἐπὶ τῆς Ὑγιεινῆς Ὑφυπουργὸς
Α. Χρηστομάνος

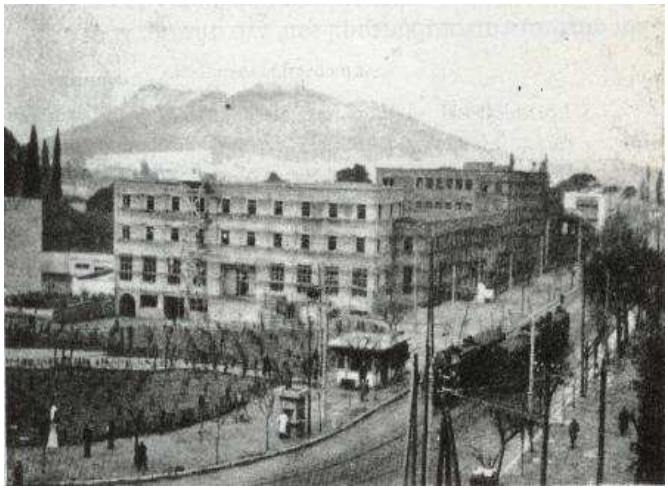
Ἐθεωρήθη καὶ ἐτέθη ἡ μεγάλη τοῦ Κράτους σφραγίς.

Ἐν Ἀθήναις τῇ 15 Ἰουνίου 1929.

Ὁ Ὑπουργὸς τῆς Δικαιοσύνης
Δ. Δίγκας

Εικόνα 10: Το ΦΕΚ του Νόμου 4172/1929 περί συστάσεως αυτοτελούς Υπουργείου Υγιεινής

Ακολούθως, ο Ν. 4333/1929 *«Περί ιδρύσεως παρά τω Υπουργείω Υγιεινής Υπηρεσίας υπό τον τίτλον ‘‘Υγειονομικόν Κέντρον Αθηνών’’ και μεταφοράς εις το Υπουργείον Υγιεινής υγειονομικών υπηρεσιών λειτουργουσών ήδη παρ’ ετέροις Υπουργείοις»* (ΦΕΚ 292/τχ. Α’/17.08.1929) όριζε στο άρθρο 1 ότι: *«Ιδρύεται υπό την δικαιοδοσίαν του Υπουργείου Υγιεινής Υπηρεσία υπό τον τίτλον ‘‘Υγειονομικόν Κέντρον Αθηνών’’ προς εφαρμογήν προγράμματος υγειονομικού, βασιζομένου επί των κατευθυντηρίων γραμμών του υπό της Επιτροπής της Υγιεινής της Κοινωνίας των Εθνών εκπονηθέντος Υγειονομικού Προγράμματος…»* και στο άρθρο 2 ότι: *«Ως εξάρτημα του Υγειονομικού Κέντρου Αθηνών θέλει λειτουργήσει η δια του νόμου 4069 ιδρυθείσα Υγειονομική Σχολή, καταργουμένων πασών των εν τω ειρημένω νόμω διατάξεων, των σχετικών προς την λειτουργία αυτής, καθορισθησομένων τούτων συμφώνως προς τας διατάξεις του σχετικού κεφαλαίου του Υγειονομικού Προγράμματος, του εκπονηθέντος υπό της Επιτροπής Υγιεινής της Κοινωνίας των Εθνών, δια Προεδρικού Διατάγματος, προτάσει του Υπουργού της Υγιεινής»*.



Εικόνα 11: Πανοραμική άποψη της Υγειονομικής Σχολής, το 1936

Τα παραπάνω νομοθετήματα αποτέλεσαν την απαρχή σειράς νομοθετικών παρεμβάσεων που ακολούθησαν τα επόμενα χρόνια, στο πλαίσιο υλοποίησης του καταρτισθέντος υγειονομικού προγράμματος των εμπειρογνωμόνων της ΚτΕ, με απώτερο σκοπό να συμβάλλουν στη θεσμική θωράκιση και βελτίωση της «ασθενής» υγειονομικής οργάνωσης του κράτους (Παπαδάκης, 1965).

Οι κυριότερες παρεμβάσεις που προωθήθηκαν περιλάμβαναν, μεταξύ άλλων:

- την ίδρυση του **Υγειονομικού Κέντρου Αθηνών**, σύμφωνα με τις υποδείξεις της Επιτροπής Υγιεινής της ΚτΕ με το ΝΔ 4333 της 17^{ης} Αυγούστου 1929. Σκοποί του ως άνω Ιδρύματος, το οποίο τέθηκε υπό την διεύθυνση του αντιπροσώπου της ΚτΕ υγιεινολόγου **Norman White**, ήταν η βαθμιαία οργάνωση περιφερειακών υγειονομικών υπηρεσιών, σε όλη τη χώρα, με βάση τις σύγχρονες υγειονομικές αντιλήψεις και παράλληλα, η δημιουργία ειδικού ανώτερου και κατώτερου τεχνικού προσωπικού, με την εκπαίδευση στην Υγειονομική Σχολή όλων των υπηρετούντων και νεοπροσλαμβανόμενων υγειονομικών υπαλλήλων στα θέματα δημόσιας υγείας (Λιβαδάς και Σφάγγος, 1940). Παράλληλα, με το ίδιο ΝΔ προωθήθηκε η μεταφορά στο Υπουργείο Υγιεινής, υγειονομικών υπηρεσιών που λειτουργούσαν ήδη σε άλλα υπουργεία.

Η ΙΔΡΥΣΙΣ
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ
ΚΑΙ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟΥ

Κατά τὴν χθεσινὴν συνεργασίαν τοῦ κ. Πρωθυπουργοῦ μετὰ τοῦ κ. ὑφυπουργοῦ τῆς ὑγιεινῆς, ἀπεφασίσθη ἡ ἵδρυσις ἐν Ἀθήναις Ὑγειονομικῆς Σχολῆς ἐγκριθείσης πρὸς τοῦτο πιστώσεως 2,000,000 δραχμῶν ἐτησίως. Ὁμοίως ὁ κ. Πρόεδρος τῆς Κυβερνήσεως ἐνέκρινε τὴν ἵδρυσιν Ὑγειονομικοῦ Ἰνστιτούτου, ἐξαρτωμένου ἀπ' εὐθείας ἐκ τοῦ ὑφυπουργείου Ὑγιεινῆς, μὲ ἐτησίαν ἐπιχορήγησιν 3.000.000 δρ.

Κατὰ τὴν αὐτὴν συνεργασίαν ἐπεφασίσθη ὁμοιότρωπος ἡ αὔξησις τῆς κατ' ἔτος χορηγουμένης εἰς τὸ Πατριωτικὸν Ἵδρυμα κρατικῆς ἐπιχορηγήσεως ἀπὸ 1.700.000 δραχ. εἰς 4.000.000, ἐγκριθείσης ἐμοίως καὶ τῆς μετονομασίας αὐτοῦ εἰς Πατριωτικὸν Ἵδρυμα Πρεσταστοιχητῆς Παιδικῆς Ἡλικίας.

Εικόνα 12: Δημοσίευμα εφημερίδας "ΕΜΠΡΟΣ" για ίδρυση Υγειονομικής Σχολής (16/11/1928)

- την ίδρυση της **Σχολής Επισκεπτριών Κοινωνικής Υγιεινής**, μονοετούς φοίτησης, ως παράρτημα της Υγειονομικής Σχολής, με το ΠΔ της 22ας Ιανουαρίου 1930 (ΦΕΚ 22/τχ. Α'/22.01.1930). Οι μεγάλες ελλείψεις διπλωματούχων αδελφών επισκεπτριών και το επείγον της οργανώσεως περιφερειακών υγειονομικών κέντρων οδήγησε στο ανωτέρω μέτρο, αν και προβλεπόταν η εν καιρώ μετατροπή της Σχολής αυτής σε Σχολή αδελφών επισκεπτριών και νοσοκόμων τριετούς φοιτήσεως (Λιβαδάς και Σφάγγος, 1940).

- την κρατικοποίηση, από την 1η Ιανουαρίου 1930, των **πενήντα οκτώ** (**58) ιατρείων της ΕΑΠ** και την υπαγωγή της λειτουργίας τους στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγιεινής, στον προϋπολογισμό του οποίου θα εγγραφόταν ποσό ύψους έως 8.000.000 δραχμών για την κάλυψη των δαπανών συντήρησης και λειτουργίας αυτών (Νόμος 4735/16.05.1930).

- την ίδρυση **τεσσάρων (4) Αντιλυσσικών Σταθμών** σε Πάτρα, Πρέβεζα, Ρέθυμνο και Αλεξανδρούπολη (Νόμος 4739/1930).

- τον καθορισμό, με διατάγματα, των νομών Αττικοβοιωτίας, Αλεξανδρούπολης, Άρτας, Δράμας, Θεσσαλονίκης, Κερκύρας, Χανίων και Χίου καθώς και των πόλεων της Αθήνας, του Πειραιά, της Θεσσαλονίκης και της Καλλιθέας ως **κέντρων εφαρμογής του υγειονομικού προγράμματος**, στη βάση των κατευθυντήριων γραμμών της επιτροπής υγιεινής της ΚτΕ και την ανάπτυξη και λειτουργία κέντρων υγείας σε αυτές τις περιοχές υπό την άμεση εποπτεία του Υπουργείου Υγιεινής (Ανώνυμος, 1932).

- την γενίκευση των δραστηριοτήτων του **ιδρύματος Ροκφέλερ** (Rockefeller Foundation) σε συνεργασία με τις Κεντρικές Υπηρεσίες του Υπουργείου, της Υγειονομικής Σχολής και του Υγειονομικού Κέντρου Αθηνών (Δαρδαβέσης, 2008).

- την ενίσχυση του **ανθελονοσιακού αγώνα**, για τον οποίο διατέθηκαν 24 εκατομμύρια δραχμές από τον κρατικό προϋπολογισμό, ποσό ιδιαίτερα σημαντικό για την εποχή πλην όμως ανεπαρκές για την αποτελεσματική καταπολέμηση της ελονοσίας (Υπουργείο Προεδρίας, 1932).

- Την επίταση του **αντιφυματικού αγώνα**, με την ίδρυση νέων σανατορίων σε όλη τη χώρα, την αύξηση των διαθέσιμων κλινών στα αντιφυματικά νοσοκομεία (Πίνακας 20) και την αναδιοργάνωση του θεραπευτηρίου Αθηνών «η Σωτηρία», μέσω της ίδρυσης εντός αυτού, επιστημονικού τμήματος για την κλινική και εργαστηριακή έρευνα της φυματίωσης, την εκπαίδευση και μετεκπαίδευση των φοιτητών της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και των πτυχιούχων ιατρών αντίστοιχα (Νόμος 4649/1930) και της ανέγερσης τριών λαϊκών περιπτέρων σε αυτό για την ανακούφιση των άπορων φυματικών (Νόμος 4742/1930).

- Την κλιμάκωση του **αντιαφροδισιακού αγώνα,** με την έκδοση σειράς διαταγμάτων, την ίδρυση αντιαφροδισιακών ιατρείων σε διάφορες πόλεις της χώρας καθώς και κινητών συνεργείων για την επισήμανση και θεραπεία της κληρονομικής σύφιλης σε Μακεδονία, Θράκη και Ήπειρο (Δαρδαβέσης, 2008).

- Τη **διάθεση έκτακτων πιστώσεων** συνολικού ύψους δύο (2) εκατομμυρίων δραχμών για την καταπολέμηση της λέπρας και του τραχώματος[9]. Ειδικότερα για τον αντιτραχωματικό αγώνα λειτούργησαν, κατά το έτος 1930, δώδεκα (12) συνεργεία για την καταπολέμηση του τραχώματος, τα οποία και εξέτασαν συνολικά 549.884 ασθενείς (Υπουργείο Προεδρίας, 1932).

- Τη διεύρυνση των αρμοδιοτήτων του «Πατριωτικού Ιδρύματος» με σκοπό τη **προστασία της μητρότητας και της παιδικής ηλικίας** ενώ για το σκοπό αυτό διατέθηκαν και σημαντικά ποσά για την ίδρυση ή τη βελτίωση των υποδομών βρεφικών σταθμών, παιδικών ασύλων, παιδικών συσσιτίων, παιδικών εξοχών και νοσοκομείων παίδων (Υπουργείο Προεδρίας, 1932).

- Την προώθηση σχετικής νομοθεσίας για την **οργάνωση των Δημοσίων Ψυχιατρείων** Αθήνας, Θεσσαλονίκης, Κέρκυρας και Χανίων καθώς και την ανέγερση νέων περίπτερων ψυχοπαθών στο δημόσιο ψυχιατρείο Αθηνών.

- Την εφαρμογή προγραμμάτων **προληπτικών εμβολιασμών** έναντι της πανώλης και της ευλογιάς καθώς και την πραγματοποίηση έργων εξυγίανσης του περιβάλλοντος για την αντιμετώπιση του τυφοειδούς πυρετού.

Πέραν των παραπάνω αξίζει να σημειωθεί και η σημαντική αύξηση των νοσοκομειακών κλινών που έλαβε χώρα κατά τη περίοδο 1928-1934 σε ποσοστό 33,5%, από 9.782 κλίνες που ήταν το 1928 σε 13.063 κλίνες το 1934 (Ζηλίδης, 1988; 2008) (Πίνακας 18).

Πίνακας 18: Νοσοκομειακή υποδομή στην Ελλάδα κατά την περίοδο του Μεσοπολέμου

Κατηγορία Νοσοκομείων	1928		1934	
	Νοσοκομεία	Κλίνες	Νοσοκομεία	Κλίνες
Γενικά	**71**	**4.767**	**69**	**5.520**
α. Δημόσια	22	2.084	16	1.611
β. Δημοτικά	36	1.635	29	2.219
γ. Λοιπά	13	1.148	24	1.690
Ειδικά	**41**	**5.015**	**42**	**7.543**
α. Αντιφυματικά	8	1.315	9	2.411
β. Ψυχιατρικά	10	1.775	10	3.151
γ. Μαιευτήρια Παίδων	8	620	8	525
δ. Λοιπά	15	1.305	15	1.456
ΣΥΝΟΛΟ	**112**	**9.782**	**111**	**13.063**

Πηγή*:* Γενική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος, Στατιστική Επετηρίς, 1930-6; Ζηλίδης, 1988; Ζηλίδης, 2008.

[9] ~Μουσείο Μπενάκη~Αρχείο Ελευθερίου Βενιζέλου~Φάκελος 134~28

6.6. Αποτίμηση του μεταρρυθμιστικού εγχειρήματος στη βάση των προτάσεων της ΚτΕ

Οι προτάσεις των ξένων εμπειρογνωμόνων – όπως αναλύθηκαν παραπάνω – διακρίνονταν από μια προωθημένη φιλοσοφία και αντίληψη – για τα δεδομένα της ελληνικής υγειονομικής πραγματικότητας και εποχής – η οποία ενσωμάτωνε τις διεθνείς τάσεις και εξελίξεις στα υγειονομικά συστήματα και η οποία έθετε στο επίκεντρο την οργανωτική ανασυγκρότηση του τομέα υγείας και την καλύτερη εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού, παράλληλα με την ενίσχυση των υποδομών δημόσιας υγείας και τη λήψη μέτρων για την βελτίωση της υγείας του πληθυσμού (Kouris et al., 2023).

Οι προτάσεις αυτές οδήγησαν στην παραγωγή ενός πολύ σημαντικού νομοθετικού έργου για την πολιτική υγείας κατά τη περίοδο 1928-1932 - το οποίο αποτέλεσε τη θεσμική «παρακαταθήκη» της έκθεσης της ΚτΕ - και το οποίο χαρακτηρίσθηκε από μελετητές της εποχής ως *«σταθμός στα υγειονομικά δρώμενα της χώρας»* (Παπαδάκης, 1965) και *«ορόσημο για την ανασυγκρότηση του Υπουργείου Υγείας και για τη θεμελίωση δομών και υποδομών, που αποτέλεσαν τη βάση της μετέπειτα λειτουργίας του επί πολλές δεκαετίες»* (Δαρδαβέσης, 2008).

Παρά ωστόσο την γενικότερη πρόοδο που καταγράφηκε στα θέματα υγειονομικής πολιτικής καθ' όλη την περίοδο του Μεσοπολέμου και ειδικά κατά τη περίοδο 1928-1932, κύρια διαπίστωση αποτέλεσε πως ενδογενείς αδυναμίες του συστήματος - όπως η γραφειοκρατία, οι σοβαρές ελλείψεις υγειονομικού προσωπικού και η ανεπαρκής εκπαίδευση - σε συνδυασμό με τις ελλιπείς πιστώσεις για τη δημόσια υγεία και τις συντεχνιακές αντιδράσεις που προκλήθηκαν από τις ρηξικέλευθες προτάσεις των ξένων εμπειρογνωμόνων, δημιούργησαν ένα «αδιαπέραστο τείχος», που δεν επέτρεψε, εν τέλει, την υλοποίηση των αναγκαίων αλλαγών για την βελτίωση του υγειονομικού συστήματος της χώρας (Kouris et al., 2023).

Επιχειρώντας, μια ειδικότερη αποτίμηση των αιτιών που συνέβαλαν καθοριστικά στη μη εφαρμογή των προτεινόμενων – από την Οργάνωση Υγείας της ΚτΕ – μέτρων, μπορούμε - με βάση τη σχετική βιβλιογραφία της εποχής, το αρχειακό υλικό που συλλέχθηκε στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης και τα δημοσιεύματα εφημερίδων της εποχής – να καταλήξουμε στους εξής παράγοντες:

α. Η έλλειψη συνέχειας στην ακολουθούμενη υγειονομική πολιτική

Από το 1917 έως και το 1936, στην ηγεσία του Υπουργείου Υγείας, στις διάφορες εκφάνσεις του, θήτευσαν τριάντα τρεις (33) υπουργοί με μέσο χρόνο παραμονής στην υπουργική θέση τους 7,7 μήνες και εννέα (9) υφυπουργοί με μέσο χρόνο παραμονής τους 9,2 μήνες. Το παραγόμενο αποτέλεσμα ήταν βραχύβιες υπουργικές θητείες, που όχι μόνο αδυνατούσαν να συμβάλουν στη χάραξη και εφαρμογή μιας ενιαίας υγειονομικής πολιτικής, αλλά αντίθετα οδηγούσαν στη λήψη αποσπασματικών μέτρων και πολιτικών, που είτε παρέμειναν ημιτελείς είτε ακυρώθηκαν στην πορεία (Πίνακας 19).

Απ' αυτόν τον κανόνα, δεν αποτέλεσε εξαίρεση ούτε η περίοδος 1928-1932 οπότε και τέθηκε σε εφαρμογή το πρόγραμμα αναδιοργάνωσης των ελληνικών υγειονομικών υπηρεσιών, που είχαν εκπονήσει για λογαριασμό της κυβέρνησης Βενιζέλου, οι ειδικοί επιστήμονες της ΚτΕ.

Πίνακας 19: Χρονική θητεία Υπουργών Υγιεινής στην Ελλάδα κατά την περίοδο του Μεσοπολέμου						
α/α	**Υπουργός Υγιεινής**	**Περίοδος Θητείας**		**Διάρκεια Θητείας**		**Πρωθυπουργός**
		Έναρξη	**Λήξη**	**Μήνες**	**Ημέρες**	
1	Σίμος Σπυρίδων	14/6/1917	4/11/1920	40	20	Ε. Βενιζέλος
2	Ζαΐμης Θεόδωρος	4/11/1920	26/3/1921	4	22	Δ. Ράλλης
3	Καρτάλης Αντώνιος	26/3/1921	2/3/1922	11	6	Δ. Γούναρης
4	Θεοδωρίδης Μάρκος*	2/3/1922	3/5/1922	2	1	
5	Λεωνίδας Ιωάννης	3/5/1922	9/5/1922	0	6	Ν. Στράτος
6	Θεοδωρίδης Μάρκος*	9/5/1922	28/8/1922	3	19	Π. Πρωτοπαπαδάκης
7	Γιαννόπουλος Σπυρίδων	28/8/1922	16/9/1922	0	18	Ν. Τριανταφυλλίδης
8	Δοξιάδης Απόστολος	17/9/1922	12/3/1924	17	28	Σ. Κροκίδας
9	Πάζης Δημήτριος	12/3/1924	24/7/1924	4	12	Α. Παπαναστασίου
10	Ορφανίδης Απόστολος	25/7/1924	9/3/1925	7	16	Θ. Σοφούλης
11	Μισιρλόγλου Αναστάσιος	9/3/1925	26/6/1925	3	17	Α. Μιχαλακόπουλος
12	Σταμούλης Κωνσταντίνος	26/6/1925	4/7/1925	0	18	Θ. Πάγκαλος
13	Μανουηλίδης Φίλιππος	4/7/1925	17/10/1925	3	13	Θ. Πάγκαλος
14	Φίλανδρος Κωνσταντίνος	17/10/1925	12/1/1926	2	25	Θ. Πάγκαλος
15	Αποσκίτης Ηλίας	30/8/1926	16/10/1926	1	16	Γ. Κονδύλης
16	Ασπιώτης Ηλίας	16/10/1926	4/12/1926	1	20	Γ. Κονδύλης
17	Κύρκος Μιχαήλ*	4/12/1926	4/7/1928	19	0	Α. Ζαΐμης
18	Εμμανουηλίδης Εμμανουήλ	4/7/1928	22/12/1930	29	18	Ε. Βενιζέλος
19	Βενιζέλος Ελευθέριος	17/6/1929	22/12/1930	18	5	Ε. Βενιζέλος
20	Παππάς Αλέξανδρος	22/12/1930	26/3/1932	15	4	Ε. Βενιζέλος
21	Ιασωνίδης Λεωνίδας	22/12/1930	26/3/1932	15	4	Ε. Βενιζέλος
22	Μπακάλμπασης Αντώνιος	26/5/1932	5/6/1932	0	9	Α. Παπαναστασίου
23	Βαρδόπουλος Βασίλειος	5/6/1932	4/11/1932	4	29	Ε. Βενιζέλος
24	Αποστόλου Ιωάννης	5/6/1932	4/11/1932	4	29	Ε. Βενιζέλος

25	Κοτζαμάνης Σωτήριος	4/11/1932	16/1/1933	2	12	Π.Τσαλδάρης
26	Γκότσης Κωνσταντίνος	16/1/1932	6/3/1933	1	20	Ε. Βενιζέλος
27	Δημούλης Περικλής	6/3/1933	7/3/1933	1	0	Α. Οθωναίος
28	Πανάς Γεώργιος	7/3/1933	10/3/1933	0	3	Π.Τσαλδάρης
29	Μακρόπουλος Ιωάννης	10/3/1933	21/3/1934	12	11	Π.Τσαλδάρης
30	Κύρκος Μιχαήλ*	21/3/1933	19/7/1935	15	28	Π.Τσαλδάρης
31	Σαγιάς Βασίλειος	19/7/1935	10/10/1935	2	21	Π.Τσαλδάρης
32	Αθηνογένης Αντώνιος	10/10/1935	30/11/1935	1	20	Γ. Κονδύλης
33	Δεκάζος Παναγιώτης	30/11/1935	14/3/1936	3	14	Κ. Δεμερτζής

* Διπλή θητεία

Πηγή: Δαρδαβέσης, 2008.

Χαρακτηριστικότερο παράδειγμα των πολιτικών «παλινωδιών» στον υγειονομικό τομέα ήταν η κατάργηση των Υγειονομικών Κέντρων, που είχαν ιδρυθεί το 1930 - αλλά και της σχολής των Επισκεπτριών της Κοινωνικής Υγιεινής - με αποτέλεσμα να ανασταλεί, κατά πολύ μεγάλο μέρος - και εν τέλει να διακοπεί οριστικά – το υγειονομικό πρόγραμμα βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας της χώρας (Λιβαδάς και Σφάγγος, 1940; Σιμσιρόγλου, 1979).

Άξιο αναφοράς είναι επίσης και το γεγονός της υποβάθμισης της στρατηγικής σημασίας του ίδιου του Υπουργείου Υγείας από τις εκάστοτε κυβερνήσεις, όπως άλλωστε μαρτυρούν και οι αλλεπάλληλες διαφοροποιήσεις της ονομασίας αυτού και οι συνεχείς προσθαφαιρέσεις αρμοδιοτήτων του, κατά τη παραπάνω περίοδο (Κοπανάρης, 1933; Μακρίδης, 1933, Giannuli, 1998; Δαρδαβέσης, 2008).

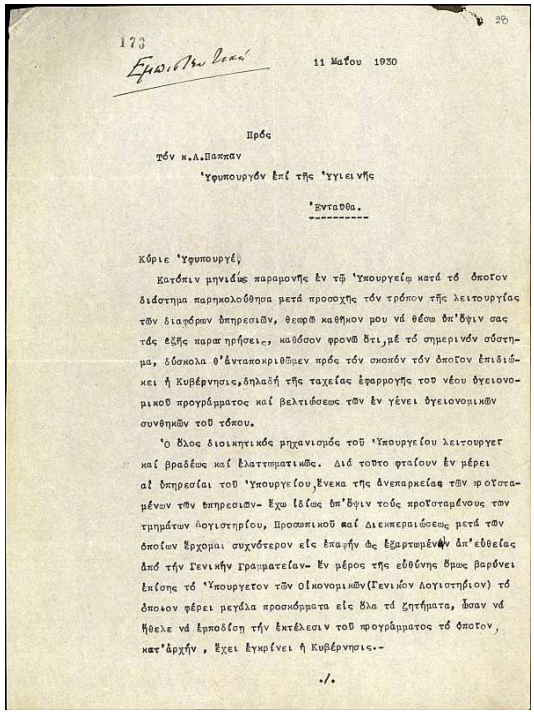
β. Η ανεπαρκής χρηματοδότηση για την εφαρμογή των προτεινόμενων υγειονομικών μέτρων.

Ικανή και αναγκαία συνθήκη για την υλοποίηση του σχεδίου αναδιοργάνωσης του υγειονομικού συστήματος της χώρας αποτελούσε η διασφάλιση επαρκούς και σταθερής χρηματοδότησης από πλευράς κράτους.

Ωστόσο, αν και η ελληνική κυβέρνηση - και προσωπικά ο Πρόεδρος της Κυβέρνησης ο Ελ. Βενιζέλος - είχε δεσμευτεί απέναντι στη ΚτΕ, για τη διάθεση των αναγκαίων πιστώσεων από τον κρατικό προϋπολογισμό για τη βελτίωση των συνθηκών της δημόσιας υγείας (Υπουργείο Προεδρίας, 1932), κάτι τέτοιο δεν συνέβη στην πραγματικότητα, υπό το βάρος των συνεπειών της διεθνούς οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα και της ανάγκης εξοικονόμησης πρόσθετων οικονομικών πόρων (Λιάκος, 2000).

Τα δε προβλήματα είχαν αρχίσει να διαφαίνονται ήδη από το πρώτο έτος εφαρμογής του προγράμματος υγειονομικής αναδιοργάνωσης της χώρας, όπως προκύπτει και από σχετική επιστολή του Υφυπουργού Υγιεινής (25/08/1928 - 07/06/1929), Απ. Δοξιάδη, προς τον Ελ. Βενιζέλο αναφορικά με την ανάγκη ενίσχυσης, κατά 60% περίπου (από 103 σε 161 εκατομμύρια δραχμές), του προϋπολογισμού του Υφυπουργείου Υγιεινής για το οικονομικό έτος 1929-1930, προκειμένου να καλυφθούν οι επιτακτικές ανάγκες του τομέα υγείας (Δοξιάδης, 1928).

Ενδεικτικά επίσης της ελλιπούς χρηματοδότησης της δημόσιας υγείας, ήταν τα όσα περιέγραφε τον Μάιο του 1930, με εμπιστευτική επιστολή του προς τον Υφυπουργό Υγιεινής, Αλ. Παππά, ο Γενικός Γραμματέας του Υπουργείου Υγιεινής, Αλ. Πάλλης σχετικά με τη λειτουργία των αγροτικών ιατρείων της ΕΑΠ (Πάλλης, 1930) (Εικόνα 13):



173

11 Μαΐου 1930

Πρός

Τόν κ.Α.Παππαν

Ὑφυπουργόν ἐπί τῆς Ὑγιεινῆς

Ἐνταῦθα.

Κύριε Ὑφυπουργέ,

Κατόπιν μηνιαίας παραμονῆς ἐν τῷ Ὑπουργείῳ κατά τό ὁποῖον διάστημα παρηκολούθησα μετά προσοχῆς τόν τρόπον τῆς λειτουργίας τῶν διαφόρων ὑπηρεσιῶν, θεωρῶ καθῆκόν μου νά θέσω ὑπ'ὄψιν σας τάς ἑξῆς παρατηρήσεις, καθόσον φρονῶ ὅτι,μέ τό σημερινόν σύστημα, δύσκολα θ'ἀντιπαρέλθωμεν πρός τόν σκοπόν τόν ὁποῖον ἐπιδιώκει ἡ Κυβέρνησις,δηλαδή τῆς ταχείας ἐφαρμογῆς τοῦ νέου ὑγειονομικοῦ προγράμματος καί βελτιώσεως τῶν ἐν γένει ὑγειονομικῶν συνθηκῶν τοῦ τόπου.

Ὁ ὅλος διοικητικός μηχανισμός τοῦ Ὑπουργείου λειτουργεῖ καί βραδέως καί ἐλαττωματικῶς. Διά τοῦτο φταίουν ἐν μέρει αἱ ὑπηρεσίαι τοῦ Ὑπουργείου,ἕνεκα τῆς ἀνεπαρκείας τῶν προϊσταμένων τῶν ὑπηρεσιῶν- Ἔχω ἰδίως ὑπ'ὄψιν τούς προϊσταμένους τῶν τμημάτων Λογιστηρίου, Προσωπικοῦ καί Διεκπεραιώσεως μετά τῶν ὁποίων ἔρχομαι συχνότερον εἰς ἐπαφήν ὡς ἐξαρτωμένων ἀπ'εὐθείας ἀπό τήν Γενικήν Γραμματείαν- Ἐν μέρος τῆς εὐθύνης ὅμως βαρύνει ἐπίσης τό Ὑπουργεῖον τῶν Οἰκονομικῶν(Γενικόν Λογιστήριον) τό ὁποῖον φέρει μεγάλα προσκόμματα εἰς ὅλα τά ζητήματα, ὅσαν νά ἤθελε νά ἐμποδίσῃ τήν ἐκτέλεσιν τοῦ προγράμματος τό ὁποῖον, κατ'ἀρχήν , ἔχει ἐγκρίνει ἡ Κυβέρνησις.-

./.

Εικόνα 13: Η επιστολή του Α. Πάλλη προς τον Α. Παππά (11/05/1930) στην οποία περιλαμβάνονταν αναφορές σχετικά με τη λειτουργία των αγροτικών ιατρείων της ΕΑΠ
Πηγή: Μουσείο Μπενάκη, Αρχείο Ε. Βενιζέλου: Φάκελος 071~26-28

«Τα αγροτικά ιατρεία, αφότου παρεδόθησαν παρά της ΕΑΠ εις το Κράτος, έχουν σχεδόν παραλύσει. Τα ιατρεία ταύτα, 58 τον αριθμόν δια να λειτουργήσουν όπως πριν, απαιτούν ετήσιαν δαπάνην 11.000.000 δρχ δια μισθούς και 2.000.000 δρχ. δι άλλα έξοδα. Αντί τούτου, το Υπουργείον Οικονομικών εχορήγησε μόνον 7.000.000 δρχ., περιέργως δε κατένειμε την πίστωσην ως εξής: Μισθοί 6.500.000 δρχ και άλλα έξοδα 500.000 δρχ. Το αποτέλεσμα είναι ότι όλα τα ιατρεία λειτουργούν ελλατωματικώς, έχοντα μεν το προσωπικόν των αλλά στερούμενα των απαραίτητων εξόδων συντηρήσεως και επιβλέψεως. Είναι εξόχως λυπηρόν ότι υπηρεσία ήτις επί 5 έτη ελειτούργησε θαυμάσια και απέσπασε τα συγχαρητήρια της Επιτροπής των Υγειονολόγων της ΚτΕ, αρχίζει να φθίνη μόλις περιήλθεν εις το κράτος».

Αντίστοιχα προβλήματα αντιμετώπιζαν και τα νοσοκομεία της χώρας για τα οποία ο υπουργός Υγιεινής (05/06/1932 – 04/11/1932), Β. Βαρδόπουλος ζητούσε, με σημείωμα του στις 2 Ιουλίου 1932, από τον Ε. Βενιζέλο πρόσθετη πίστωση ύψους 10.000.000,00 δρχ. για την εύρυθμη λειτουργία αυτών, σημειώνοντας ταυτόχρονα, πως (Βαρδόπουλος, 1932):

«Πρέπει εις όλα τα νοσοκομεία να δοθή η αυτή πίστωσις η οποία εδόθη και κατά το παρελθόν ίνα τουλάχιστον νοσηλευθή ο αυτός αριθμός αρρώστων διότι συνέπεια των οικονομικών δυσχερειών το προβλεπόμενον ποσόν έπρεπε μάλλον ν' αυξηθή και όχι να ελλατωθή».

Τα περιορισμένα οικονομικά του κράτους σε συνδυασμό με την αδυναμία εξασφάλισης των αναγκαίων πιστώσεων για την χρηματοδότηση του υγειονομικού προγράμματος της ΚτΕ είχαν ως συνέπεια να μην προχωρήσει η ίδρυση των αγροτικών Κέντρων Υγείας και της Μητροπολιτικής Υγειονομικής Υπηρεσία Αθηνών – Πειραιά, ενώ σοβαρά προβλήματα δημιουργήθηκαν στη λειτουργία και άλλων υγειονομικών υπηρεσιών, όπως η νομιατρική υπηρεσία (Πάλλης, 1930), την ίδια στιγμή που – η αδυναμία διάθεσης των αναγκαίων κρατικών πόρων - δημιουργούσε συχνά αντεγκλήσεις, αναφορές και έντονες επικρίσεις μεταξύ των εμπλεκόμενων Υπουργείων Υγιεινής και Οικονομικών, οι οποίες δυσχέραιναν το συντονισμό του κυβερνητικού έργου και συνακόλουθα την εφαρμογή του προγράμματος υγειονομικής αναδιοργάνωσης της χώρας (Εξαρχάκης, 1930).

γ. Η έλλειψη συνεργασίας και συντονισμού μεταξύ των υγειονομικών υπηρεσιών, παλαιών και νέων.

Μεταξύ των προτάσεων των Υγιεινολόγων της ΚτΕ περιλαμβανόταν η ίδρυση νέων υπηρεσιών, όπως το Υγειονομικό Κέντρο Αθηνών και η Υγειονομική Σχολή, οι οποίες και θα αποτελούσαν τη βάση του νέου υγειονομικού συστήματος της χώρας, διαδραματίζοντας - μαζί με την κεντρική υπηρεσία του Υπουργείου Υγιεινής - έναν κομβικό ρόλο στην αναδιοργάνωση αυτού (Υγειονομική Σχολή Αθηνών, 1991; Λιάκος, 1993; Λέβετ, 2008; Παπαδάκης, 2008).

Ωστόσο, η αδυναμία συνεργασίας και συντονισμού μεταξύ του ανώτερου και ανώτατου στελεχιακού δυναμικού των παραπάνω κέντρων λήψης αποφάσεων, ως συνέπεια της διαμάχης που είχε ξεσπάσει μετά την ίδρυση των νέων υπηρεσιών, για το ποια υπηρεσία θα έχει την κύρια ευθύνη για τη χάραξη και εφαρμογή της υγειονομικής πολιτικής, οδήγησε – παρά τις επίμονες προσπάθειες του τότε Υπουργού Υγιεινής, Α. Παππά να γεφυρώσει το χάσμα που είχε δημιουργηθεί – σ' ένα καθεστώς δυαρχίας, το οποίο δεν ήταν δυνατό να αποβεί προς όφελος της δημόσιας υγείας (Μακρίδης, 1933). Ενδεικτικά, του εχθρικού κλίματος που είχε δημιουργηθεί μεταξύ των παλαιών και των νέων υγειονομικών υπηρεσιών, είναι τα όσα περιέγραφε ο Διευθυντής του Υπουργείου Υγιεινής και Νομίατρος Αττικής και Βοιωτίας, Νικόλαος Μακρίδης**,** κατά το έτος 1933 (Μακρίδης, 1933):

> *«Η μία υπηρεσία προσπαθεί να δυσφημίση την άλλην. Οι μεν να διασύρωσι τους δε. Οι εν τω Υγειονομικώ Κέντρω κατηγορούν τους εν τω Υπουργείω επί ανεπάρκεια και ανικανότητι. Οι εν τω Υπουργείω εξεδήλουν φανερών εχθρικήν στάσιν απέναντι των εν τω Υγειονομικώ Κέντρω».*

δ. Η αδυναμία επίτευξης ευρείας κοινωνικο-πολιτικής συναίνεσης και ο μη περιορισμός των αντιδράσεων που εκδηλώθηκαν απέναντι στα προτεινόμενα - από τη ΚτΕ - μέτρα.

Η υλοποίηση των προτάσεων των ξένων εμπειρογνωμόνων δεν προσέκρουε μόνο στην έλλειψη συνεργασίας μεταξύ των εμπλεκόμενων υγειονομικών υπηρεσιών αλλά και στη σφοδρή πολεμική που εκδηλώθηκε από πλευράς συγκεκριμένων επαγγελματικών-κοινωνικών ομάδων, όπως πανεπιστημιακών και μερίδας του ιατρικού κόσμου, προεξέχοντος του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών (Μακρίδης, 1933).

Η αντίδραση ωστόσο των παραπάνω ομάδων, δεν προερχόταν τόσο από την διαφωνία επί της αναγκαιότητας λήψης των προτεινόμενων μέτρων ή επί των μέτρων αυτών καθ' αυτών (το είδος αυτών), όσο από το γεγονός της μη προώθησης - από τη κυβέρνηση Βενιζέλου - εργασιακών και ασφαλιστικών αιτημάτων, ιδιαίτερα του ιατρικού σώματος (Εμπρός, 1929).

Το γεγονός αυτό οδήγησε σε μια συστηματική προσπάθεια υποβάθμισης - από πλευράς ιατρικού και ακαδημαϊκού κόσμου - του έργου των εμπειρογνωμόνων της ΚτΕ και του ίδιου Υπουργείου Υγιεινής, με τη συνδρομή του ημερήσιου και εβδομαδιαίου, πολιτικού και ιατρικού τύπου της εποχής, μέσω καταγγελιών για κατασπατάληση δημόσιου χρήματος, για αμφίβολη αποτελεσματικότητα των προτεινόμενων παρεμβάσεων καθώς και για προσπάθεια παραγκωνισμού του γηγενούς ιατρικού δυναμικού (Εικόνα 14).

Ο ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΤΑΓΓΕΛΛΕΙ ΣΠΑΤΑΛΑΣ ΔΕΚΑΔΩΝ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΩΝ ΕΙΣ ΤΟ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΝ ΤΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Εικόνα 14: Δημοσίευμα εφημερίδας "ΑΚΡΟΠΟΛΙΣ" για κακοδιαχείριση στο Υπ. Υγιεινής (13/03/1932) | Πηγή: Ιστορικό Αρχείο Μουσείου Μπενάκη, Αρχείο Ελευθερίου Βενιζέλου: Φάκελος 425~075

Μάλιστα, η κριτική από πλευράς Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών υπήρξε δριμεία, σε βαθμό τέτοιο που η ελληνική κυβέρνηση να κατηγορηθεί για έλλειψη πατριωτισμού (Εμπρός, 1930) και για βαθύ τραυματισμό της εθνικής αξιοπρέπειας και του κρατικού γοήτρου (Μακρίδης, 1933).

ε. Το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης του στελεχιακού δυναμικού της υγείας. Ενδεικτικές της αδυναμίας συμβολής του υπάρχοντος ανθρώπινου δυναμικού στην επίτευξη του στόχου της αναδιοργάνωσης των υγειονομικών υπηρεσιών του κράτους, ήταν οι αναφορές υψηλόβαθμων στελεχών του Υπουργείου Υγιεινής για το επίπεδο του υπάρχοντος προσωπικού της κεντρικής υπηρεσίας του Υπουργείου οι οποίες επισήμαιναν την ανεπάρκεια αυτού (Πάλλης, 1930) και οι οποίες ανέφεραν πως:

> *«Ο όλος διοικητικός μηχανισμός του Υπουργείου λειτουργεί και βραδέως και ελλατωματικώς. Δια τούτο φταίουν εν μέρει αι υπηρεσίαι του Υπουργείου, ένεκα της ανεπάρκειας των προισταμένων των υπηρεσιών (...) ιδιαιτέρως των προισταμένων των τμημάτων Λογιστηρίου, Προσωπικού και Διεκπεραιώσεως, μετά των οποίων έρχομαι συχνότερον εις επαφήν ως εξαρτωμένων απ' ευθείας από την Γενικήν Γραμματείαν. (...) Οι υπάλληλοι ούτοι δεν έχουν την απαιτούμενην υπηρεσιακήν κατάρτισην, ώστε να διεξάγεται απροσκόπτως η υπηρεσία».*

Η κατάσταση αυτή, όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό, αποδυνάμωσε σημαντικά την όλη προσπάθεια υγειονομικής μεταρρύθμισης, αφού αυτή προϋπέθετε την ύπαρξη ενός επιστημονικά καταρτισμένου και επαγγελματικά επαρκούς στελεχιακού δυναμικού της δημόσιας διοίκησης.

Πέραν των παραπάνω, ανασταλτικοί παράγοντες που δυσχέραναν σημαντικά την αποτελεσματική προώθηση του στόχου της υγειονομικής αναδιοργάνωσης του κράτους ήταν:

(α) ο μικρός αριθμός ιατρικού και λοιπού υγειονομικού προσωπικού που έλαβε – την προβλεπόμενη από το υγειονομικό πρόγραμμα – κατάρτιση και μετεκπαίδευση για την προσαρμογή αυτού στα νεότερα υγειονομικά δεδομένα και την αναβάθμιση του γνωσιακού του επιπέδου (μόλις 17 άτομα συνολικά τη διετία 1930-31[10]) (Μακρίδης, 1933) και

(β) οι σημαντικές ελλείψεις υγειονομικού προσωπικού που καταγράφονταν – ιδιαίτερα στην επαρχία – εξαιτίας της αδυναμίας πραγματοποίησης νέων προσλήψεων ως συνέπεια της περιοριστικής οικονομικής πολιτικής (Ανωγιάτης-Pele και Μαρσέλου, 2007).

στ. Ο έντονος συγκεντρωτισμός και η γραφειοκρατία που χαρακτήριζε τη διαδικασία λήψης των αποφάσεων.

Καθοριστικής σημασίας παράγοντας για τη μη προώθηση του προγράμματος αναδιοργάνωσης του υγειονομικού συστήματος, αποτέλεσε ο έντονος συγκεντρωτισμός και η γραφειοκρατία που χαρακτήριζε τις διαδικασίες λήψης των αποφάσεων της κεντρικής διοίκησης.

Το γεγονός αυτό είχε ως συνέπεια στοιχειώδη μέτρα οργάνωσης και λειτουργίας των νέων υγειονομικών υπηρεσιών, όπως προσλήψεις προσωπικού ή έγκριση δαπανών (π.χ. μισθοδοσίας, λειτουργικών δαπανών, κ.α.), να απαιτούν χρονοβόρες και πολύπλοκες διαδικασίες, οι οποίες έθεταν σε ευθεία αμφισβήτηση το εκπονηθέν μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα και υπονόμευαν την αξιοπιστία – αλλά και την ικανότητα - της ελληνικής κυβέρνησης να εγγυηθεί – ως αρχικά είχε δεσμευτεί - την πλήρη εφαρμογή του. Δεν ήταν άλλωστε τυχαίο ότι προκειμένου να «παρακαμφθούν» οι γραφειοκρατικές δυσλειτουργίες – που προέρχονταν, ως επί το πλείστον από την πλευρά του Υπουργείου Οικονομικών – προτεινόταν ως μοναδική λύση η παρέμβαση του ίδιου του Πρωθυπουργού[11].

Τέλος, εκτός των παραπάνω ενδογενών και εξωγενών παραγόντων, η αδυναμία επιτυχημένης υλοποίησης του υγειονομικού προγράμματος, οφειλόταν επίσης και στην απουσία πολιτικών δρώντων από το τομέα της υγείας, που θα ήταν σε θέση να «αποδείξουν» στους κοινωνικούς εταίρους – αλλά και στους πολίτες - την αναγκαιότητα του υγειονομικού μεταρρυθμιστικού προγράμματος και τη καταλληλότητά αυτού (Papoulias and Tsoukas, 1994; Παπούλιας και Τσούκας, 1998).

Ακόμα όμως και όταν υπήρξαν πολιτικοί δρώντες που διέθεταν τις γνώσεις αλλά και τις ικανότητες για να φέρουν εις πέρας το έργο της αποτελεσματικής υποστήριξης και προώθησης του μεταρρυθμιστικού σχεδιασμού, είτε δεν περιβλήθηκαν με την απαραίτητη - πολιτικά - δύναμη και τις αρμοδιότητες για να το πράξουν (π.χ. Παππάς), είτε έπεσαν θύματα του «συνδρόμου» της συνεχής εναλλαγής (και ως επί το πλείστον αναίτιας) υπουργών και υφυπουργών υγείας, στο βωμό πολιτικών και άλλων συμφερόντων (π.χ. Δοξιάδης).

Αποτέλεσμα όλων των παραπάνω, ήταν οι προβλέψεις των προτάσεων των εμπειρογνωμόνων της ΚτΕ, να μην εφαρμοστούν ποτέ στην πράξη – πλην ελαχίστων εξαιρέσεων (ίδρυση και λειτουργία Υγειονομικής Σχολής, Σχολής Νοσοκόμων, κ.α.) -

[10] ~ Μουσείο Μπενάκη~Αρχείο Ελευθερίου Βενιζέλου~Φάκελος 134~30
[11] ~ Μουσείο Μπενάκη~Αρχείο Ελευθερίου Βενιζέλου~Φάκελος 071~26-28

και το σχέδιο ανασυγκρότησης του τομέα υγείας στην Ελλάδα να συνθλιβεί προτού καν δοκιμαστεί στην πράξη, υπό την πίεση συντεχνιακών συμφερόντων και πολιτικών σκοπιμοτήτων (Λιάκος, 1993; 2000).

6.7. Σύνοψη - Συμπεράσματα

Συμπερασματικά και με βάση την προηγηθείσα ανάλυση, γίνεται σαφές πως η μεταρρυθμιστική «εμπειρία» της περιόδου 1928-1932 για την υγειονομική αναδιοργάνωση της Ελλάδας συνδέθηκε αναπόφευκτα με τις ιδιαίτερες συνθήκες που είχαν διαμορφωθεί στη χώρα, μετά από τη Μικρασιατική Καταστροφή και την αθρόα εισροή προσφύγων στην ελληνική επικράτεια που ακολούθησε αυτήν. Η πρωτοβουλία μεταρρύθμισης του υγειονομικού συστήματος από την κυβέρνηση Βενιζέλου, προέκυψε αμέσως μετά από μια περίοδο δυσμενών κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών αλλά και πολιτικής αστάθειας και αφού είχε υπάρξει ανάδειξη μιας ισχυρής νέας κυβέρνησης από τις εκλογές της 19^{ης} Αυγούστου 1928, αναδεικνύοντας έτσι την ανάγκη περαιτέρω έρευνας του βαθμού διασύνδεσης - συσχέτισης των μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων στον τομέα της υγείας με την εμφάνιση μειζόνων κρίσεων στο κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο αλλά και με την ύπαρξη του εκλογικού κύκλου (Haggard, 2000).

Ταυτόχρονα, αδιαμφισβήτητο γεγονός αποτελεί πως το ελληνικό κράτος επιχείρησε – για πρώτη φορά στη νεότερη ιστορία της Ελλάδας – να διαμορφώσει, κατά τρόπο συστηματικό και μεθοδικό, ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα μεταρρύθμισης του υγειονομικού συστήματος της χώρας, αξιοποιώντας τις εξειδικευμένες γνώσεις και την εμπειρία ειδικών επιστημόνων, ακολουθώντας το μεταρρυθμιστικό παράδειγμα άλλων προηγμένων υγειονομικά κρατών.

Οι εμπειρογνώμονες της υγείας από την ΚτΕ, οι οποίοι κλήθηκαν από την κυβέρνηση Βενιζέλου για να μελετήσουν το υγειονομικό σύστημα της χώρας και τις αδυναμίες αυτού, διαμόρφωσαν ένα επιστημονικά τεκμηριωμένο, χρονικά προσδιορισμένο και κοστολογημένο πρόγραμμα για την αναδιοργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών αυτής, με προτάσεις που ενσωμάτωναν τη διεθνή εμπειρία και πρακτική και κατοχύρωναν τον κοινωνικό χαρακτήρα της υγείας, η οποία ως τότε θεωρούνταν καθαρά ιδιωτική υπόθεση.

Επιπλέον και σε ότι αφορά τη μεταρρυθμιστική λογική που συνόδευε το υγειονομικό μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα της ΚτΕ, γίνεται παραδεκτό πως αυτό αναγνώριζε τον υψηλό βαθμό δυσκολίας και πολυπλοκότητας του όλου εγχειρήματος, την ίδια στιγμή που διατυπώνονταν ένας έκδηλος προβληματισμός για την προοπτική εφαρμογής του νέου πλαισίου αρχών και μέτρων πολιτικής στο υπάρχον διοικητικό σύστημα της χώρας (League of Nations Health Organisation, 1929c). Για το λόγο αυτό, οι εμπειρογνώμονες της ΚτΕ, προχώρησαν ευθύς εξ' αρχής στην πλήρη ανάλυση και κατανόηση της δεδομένης υγειονομικής κατάστασης της χώρας, των αντιφάσεων και ιδιομορφιών της, προσεγγίζοντας το ζήτημα της αναμόρφωσης του υγειονομικού συστήματος με προτάσεις κυρίως πρακτικού – και λιγότερο θεωρητικού - χαρακτήρα, οι οποίες έτειναν να απαντήσουν στα προβληματικά χαρακτηριστικά του συστήματος.

Έχοντας, μάλιστα, ως οδηγό τα αποτελέσματα αντίστοιχων μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων σε άλλες χώρες του εξωτερικού, οι εμπειρογνώμονες φρόντισαν ώστε ο προτεινόμενος υγειονομικός σχεδιασμός να διαθέτει μια σειρά από χαρακτηριστικά

που – τουλάχιστον σε θεωρητικό επίπεδο - διασφάλιζαν τη βιωσιμότητα και αποδοχή του μεταρρυθμιστικού εγχειρήματος, όπως το να είναι: (α) επίκαιρος και να βασίζεται σε τεκμηριωμένα στοιχεία, (β) κατανοητός και σαφής, (γ) εύρωστος και ανθεκτικός στις μεταβολές του εξωτερικού περιβάλλοντος, (δ) ρεαλιστικός και πραγματοποιήσιμος και (ε) περιβεβλημένος με την απαραίτητη δύναμη και εξουσία για να μπορεί να πραγματοποιηθεί (Κουρής και συν., 2006).

Σε ότι αφορά το μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα - όπως αυτό διαμορφώθηκε εν τέλει – γίνεται σαφές πως αναγνώριζε την υψηλή σημασία ενός καλά οργανωμένου υγειονομικού συστήματος στην οικονομική και κοινωνική ανασυγκρότηση της χώρας και γι' αυτό το λόγο εντάχθηκε σ' ένα συνολικότερο πλέγμα κρατικών πολιτικών που είχαν ως στόχο τον εξορθολογισμό των θεσμών κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα (Κοντιάδης και Σουλιώτης, 2008).

Η επιτροπή των εμπειρογνωμόνων, πέρα από τα μέτρα πρακτικού χαρακτήρα που κατείχαν κυρίαρχη θέση στο υγειονομικό μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα, ανέδειξε και επισήμανε εμφατικά, ως ουσιώδεις προϋποθέσεις για την επιτυχή εφαρμογή των μεταρρυθμιστικού εγχειρήματος:

- ✓ την «απαγκίστρωση» του υγειονομικού τομέα από τις πολιτικές επιδράσεις και παρεμβάσεις όσον αφορά τη λήψη αποφάσεων και
- ✓ τη διαμόρφωση των αναγκαίων πολιτικο-κοινωνικών συναινέσεων για την προώθηση των προτεινόμενων μεταρρυθμιστικών μέτρων.

Η ΚτΕ δηλαδή, αναγνώριζε ως κεντρικά προβλήματα, στην εμπλοκή των υγειονομικών μεταρρυθμιστικών προσπαθειών στην Ελλάδα, το ρόλο των πολιτικών και της πολιτικής ελίτ της εποχής αλλά και την αδυναμία διαμόρφωσης εθνικής συνεννόησης και συνεργασίας για τα υγειονομικά ζητήματα.

Η ελληνική κυβέρνηση, παρά τη θετική στάση που εξ' αρχής είχε εκδηλώσει, απέναντι στα προτεινόμενα μέτρα αναδιοργάνωσης του υγειονομικού συστήματος (League of Nations Health Organisation, 1929c) και τις φιλότιμες προσπάθειες που κατέβαλε για την προώθηση τους με τη ψήφιση μιας σειράς νομοθετικών παρεμβάσεων, δεν κατόρθωσε, υπό το βάρος της σύζευξης μια σειράς «ενδογενών» και «εξωγενών» παραγόντων, του κλίματος εσωστρέφειας που χαρακτήριζε την πολιτική ζωή του τόπου και τη δυσμενή διεθνή οικονομική συγκυρία, να στηρίξει - όπως επιθυμούσε - την υλοποίηση του υγειονομικού προγράμματος.

Δεν είναι άλλωστε τυχαίο, ότι ήδη από το δεύτερο χρόνο (1930) του πενταετούς υγειονομικού μεταρρυθμιστικού προγράμματος, παρουσιάστηκαν σοβαρά προβλήματα, δυσλειτουργίες και κενά στον πολιτικό σχεδιασμό, τα οποία προκάλεσαν σημαντικές καθυστερήσεις και αρρυθμίες στην υλοποίηση του προγράμματος, οξείες αντιδράσεις αναφορικά με την καταλληλότητα ή μη των προτεινόμενων μέτρων και εν τέλει διάχυτες αμφιβολίες για την αξιοπιστία, την πολιτική «βιωσιμότητα» και τη χρονική συνέπεια τους.

Σε ότι αφορά τη στοχοθεσία, όπως αυτή είχε καθοριστεί στο μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα που εκπονήθηκε από τη ΚτΕ, διαπιστώνεται ότι η υλοποίηση της δεν έγινε κατορθωτή από την ελληνική κυβέρνηση. Οι στόχοι της αναδιοργάνωσης του τρόπου διοίκησης και χρηματοδότησης του υγειονομικού συστήματος και η αποκέντρωση στην οργάνωση και τον προγραμματισμό δεν επιτεύχθηκαν ποτέ. Η πολιτική

ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού στο σύστημα υγείας συνάντησε πολλά εμπόδια και δυσκολίες όπως και η αναβάθμιση της παρεχόμενης εκπαίδευσης αυτού. Η ενοποίηση των κατακερματισμένων κρατικών υπηρεσιών υγιεινής απέτυχε, ενώ η απαγκίστρωση του υγειονομικού συστήματος διοίκησης από τις πολιτικές επιδράσεις και επιρροές καθώς και η διαμόρφωση κοινωνικών συμμαχιών, συγκλίσεων και συναινέσεων για την επιτυχή προώθηση της υγειονομικής μεταρρύθμισης, παρέμειναν σε επίπεδο προγραμματικών αναφορών.

Τέλος και σχετικά με τους παράγοντες – ενδογενείς και εξωγενείς - που συνέβαλλαν, ώστε το σχέδιο αναδιοργάνωσης του ελληνικού υγειονομικού συστήματος να μην υλοποιηθεί ποτέ στην πράξη, η εφαρμογή του να παραπεμφθεί στις καλένδες και η όλη προσπάθεια να αποτελέσει μια τεράστια, χαμένη ευκαιρία για τη βελτίωση του κατακερματισμένου - και με πολλά προβλήματα - υγειονομικού συστήματος της Ελλάδας, μπορούν επιγραμματικά, να συνοψιστούν στους παρακάτω:

1. στην αδυναμία εξασφάλισης της αναγκαίας κοινωνικής αποδοχής και πολιτικής συναίνεσης επί των προβλέψεων του υγειονομικού προγράμματος,
2. στην ανεπαρκή χρηματοδότηση του υγειονομικού προγράμματος,
3. στην ασυνέχεια που χαρακτήριζε τις πολιτικές και την διοίκηση του συστήματος υγείας,
4. στην έλλειψη ειδικευμένων υγειονομικών στελεχών και στην απουσία μιας οργανωμένης πολιτικής για την ανάπτυξη του υγειονομικού προσωπικού,
5. στο συγκεντρωτισμό που υπήρχε στις δομές και στη λήψη αποφάσεων του κράτους σε συνδυασμό με το παγιωμένο γραφειοκρατικό πνεύμα και τη δυσλειτουργική οργάνωση που διέπνεε τη δομή και λειτουργία της δημόσιας διοίκησης,
6. στην έλλειψη συντονισμού των εμπλεκομένων φορέων και αρχών για την προώθηση των μεταρρυθμιστικών μέτρων,
7. στην πολυπλοκότητα των προβλημάτων που έπρεπε να επιλυθούν και στην απόκλιση μεταξύ των προτεινόμενων επιστημονικών προτάσεων και των πολιτικών επιλογών – αποφάσεων.

Εν κατακλείδι, καθίσταται σαφές πως η προσπάθεια αναμόρφωσης του ελληνικού υγειονομικού συστήματος κατά τη περίοδο 1928-1932, αλλά και γενικότερα κατά την περίοδο του Μεσοπολέμου, δεν έτυχε αποφασιστικής πολιτικής και κοινωνικής στήριξης, με αποτέλεσμα την αδυναμία διαμόρφωσης μιας συνεπούς και υπερκομματικής υγειονομικής πολιτικής, η οποία και τελικά οδήγησε στην υπανάπτυξη του υγειονομικού χώρου και στην εδραίωση ενός «μη συστήματος» για πολλές δεκαετίες (Κουρής και συν., 2007).

Δεν θα ήταν μάλιστα υπερβολή να ειπωθεί πως η αποτυχία εφαρμογής εκτεταμένων αλλαγών στο υγειονομικό σύστημα κατά την εν λόγω περίοδο, αντικατοπτρίζει την εν γένει αδυναμία του ελληνικού κράτους να «επιβάλλει», μέσα σε συνθήκες αβεβαιότητας, τις αναγκαίες, εκτεταμένες παρεμβάσεις που είχε ανάγκη το υγειονομικό σύστημα της χώρας προκειμένου να προστατέψει αποτελεσματικά την υγεία των πολιτών του.

Σε κάθε περίπτωση, αξίζει να επισημανθεί πως από την εν λόγω μεταρρυθμιστική εμπειρία – παρά το ανεπιτυχές αποτέλεσμα της – αναδείχθηκαν, για πρώτη φορά στη νεότερη ιστορία της Ελλάδας, οι **βασικές σταθερές και τα γενικότερα χαρακτηριστικά καθολικότερης ισχύος που καθορίζουν τόσο το τι χρειάζεται μια υγειονομική μεταρρύθμιση για να πετύχει, όσο και γιατί αυτή απέτυχε**.

Παράλληλα, αναδείχτηκε ως κυρίαρχο ζήτημα, η **ανάγκη διαμόρφωσης πολιτικής συνεννόησης και κοινωνικής συναίνεσης** γύρω από τους στόχους, τα μέτρα και τις μεθόδους που πρέπει να ακολουθηθούν, ως κρίσιμη προϋπόθεση για την επίτευξη του στόχου της βελτίωσης του συστήματος υγείας και της ανταπόκρισης του στις ανάγκες των πολιτών. Ζήτημα, που ξεκάθαρα έθιξε η Οργάνωση Υγείας της ΚτΕ στις διαπιστώσεις της για την υγειονομική αναδιοργάνωση του κράτους (League of Nations Health Organization, 1929b) και που έμελλε να συνεχίσει να ταλανίζει για πολλές δεκαετίες ακόμα, τις προσπάθειες μεταρρύθμισης του ελληνικού συστήματος υγείας (Κουρής και συν., 2007).

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Ανώνυμος (1932), *Έκθεση σχετικά με τον οργανισμό του Υπουργείου Υγιεινής και των υπηρεσιών που υπάγονται σ' αυτό* [Ιστορικό Αρχείο Μουσείου Μπενάκη, Αρχείο Ελευθερίου Βενιζέλου: Φάκελος 134~28].
- Ακρόπολις (1932), *Ο ιατρικός σύλλογος καταγγέλλει σπατάλας δεκάδων εκατομμυρίων εις το υπουργείο της υγιεινής*, σελ. 1 (13 Μαρτίου) [Ιστορικό Αρχείο Μουσείου Μπενάκη, Αρχείο Ελευθερίου Βενιζέλου: Φάκελος 425~075].
- Αλιβιζάτος, Ν. (1983), *Οι πολιτικοί θεσμοί σε κρίση, 1922-1974: Όψεις της Ελληνικής Εμπειρίας*, Αθήνα: Θεμέλιο.
- Ανωγιάτης-Pelé, Δ., Μαρσέλου, Α. (2007), Ιατρικές υπηρεσίες στην Ελλάδα κατά τον Μεσοπόλεμο. Γεωγραφική κατανομή σύμφωνα με μια αναλυτική καταγραφή του 1926, *Αρχαιολογία και Τέχνες*, 104: 10-17.
- Βαρβαρέσος, Κ. (1952), *Έκθεσις επί του Οικονομικού Προβλήματος της Ελλάδος,* Αθήνα: Σαββάλας [επανέκδοση 2002].
- Βαρδόπουλος, Β. (1932), *Σημείωμα προς τον Ε. Βενιζέλο σχετικά με οικονομικά θέματα του Υπουργείου Υγιεινής*, Αθήνα [Ιστορικό Αρχείο Μουσείου Μπενάκη, Αρχείο Ελευθερίου Βενιζέλου: Φάκελος 135~3]
- Βενιέρης, Δ. (1997), Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: Η ιστορία της μεταρρύθμισης, στο Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α. (επιμ.), *Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη*, Αθήνα: Θεμέλιο.
- Δαρδαβέσης, Θ. (2008), Η οργάνωση της κεντρικής διοίκησης για την υγειονομική πολιτική στην περίοδο του μεσοπολέμου, στο Κυριόπουλος, Γ. (επιμ.), *Δημόσια Υγεία και Κοινωνική Πολιτική: Ο Ελευθέριος Βενιζέλος και η εποχή του*, Αθήνα: Παπαζήση.
- Δάφνης, Κ. (1974), *Απόστολος Δοξιάδης. Ο Αγωνιστής και ο Άνθρωπος,* Αθήνα: [χ.ε].
- Δερτιλής, Γ. (2005), *Ιστορία του ελληνικού κράτους. 1830-1920*, 3η έκδοση, Αθήνα: Βιβλιοπωλείο της Εστίας.
- Δοξιάδης, Α. (1928), *Επιστολή του Υφυπουργού Υγιεινής, Απ.Δοξιάδη, προς τον Πρόεδρο της Κυβέρνησης σχετικά με το ύψος των πιστώσεων προς ενίσχυση του προϋπολογισμού του Υφυπουργείου Υγιεινής για το οικονομικό έτος 1929-1930,* Αθήνα, 29 Οκτωβρίου 1928 [Ιστορικό Αρχείο Μουσείου Μπενάκη, Αρχείο Ελευθερίου Βενιζέλου: Φάκελος 132~10].
- Εξαρχάκης, Π. (1930), *Αναφορά προς τον Υπουργόν των Οικονομικών*, Αθήνα, 24 Μαΐου 1930 [Ιστορικό Αρχείο Μουσείου Μπενάκη, Αρχείο Ελευθερίου Βενιζέλου: Φάκελος 071~26].
- *Εμπρός* (1922), Η Θλιβερά εκκένωσις της Θράκης, σελ. 4 (19 Οκτωβρίου).

- *Εμπρός* (1921), Το νέον Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας. Μια επιτυχής έμπνευσις, σελ. 2 (31 Μαΐου).
- *Εμπρός* (1929), Η εξέγερσις των ιατρών εναντίον της Κυβερνήσεως: Ανακοινώσεις του Ιατρικού Συλλόγου, σελ. 4 (11 Αυγούστου).
- *Εμπρός* (1930), Το ψήφισμα του ιατρικού συλλόγου, σελ. 6 (11 Δεκεμβρίου).
- Ζηλίδης, Χ. (1988), *Αξιολόγηση των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας του Αγροτικού Πληθυσμού*, Αθήνα: Αγροτική Τράπεζα της Ελλάδος.
- Ζηλίδης, Χ. (2008), Η επιδημιολογική πραγματικότητα στην Ελλάδα την περίοδο του μεσοπολέμου και η πολιτική για την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, στο Κυριόπουλος, Γ. (επιμ.), *Δημόσια Υγεία και Κοινωνική Πολιτική: Ο Ελευθέριος Βενιζέλος και η εποχή του*, Αθήνα: Παπαζήση.
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. (2001), *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα: Παπαζήση.
- Κατσάπης, Κ. (2002), Αποκατάσταση των Προσφύγων στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου, *Εγκυκλοπαίδεια Μείζονος Ελληνισμού, Μ. Ασία*. Διαθέσιμο στο: http://www.ehw.gr/l.aspx?id=3684 (Ανακτήθηκε: 20/06/2020).
- Κατσάπης, Κ. (2007), Δημόσια υγεία, πρόσφυγες και κρατική παρέμβαση στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου, στο Τζεδόπουλος, Γ. (επιμ.), *Πέρα από την Καταστροφή: Μικρασιάτες πρόσφυγες στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου*, Αθήνα: Ίδρυμα Μείζονος Ελληνισμού.
- Κοινωνία των Εθνών (1997), *Η Εγκατάσταση των Προσφύγων στην Ελλάδα,* (μτφρ. Φ. και Μ. Βεϊνόγλου), (Γενεύη 1926), Αθήνα: Τροχαλία.
- Κοντιάδης, Ξ., Σουλιώτης, Κ. (2008), Η θεσμική συγκρότηση του κράτους πρόνοιας στο μεσοπόλεμο, στο Κυριόπουλος, Γ. (επιμ.), *Δημόσια Υγεία και Κοινωνική Πολιτική: Ο Ελευθέριος Βενιζέλος και η εποχή του*, Αθήνα: Παπαζήση.
- Κοντογιώργης, Γ. (1977), *Κοινωνικές και Πολιτικές Δυνάμεις στην Ελλάδα,* Αθήνα: Ελληνική Εταιρεία Πολιτικής Επιστήμης.
- Κοπανάρης, Φ. (1933), *Η δημόσια υγεία εν Ελλάδι*, Αθήνα: [χ.ε.].
- Κουρής, Γ., Σουλιώτης, Κ., Φιλαλήθης, Α. (2006), Οι υγειονομικές μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα. Παράγοντες αποτυχίας και κανόνες ορθού μεταρρυθμιστικού σχεδιασμού, *Διοικητική Ενημέρωση*, 39: 82-90.
- Κουρής, Γ., Σουλιώτης, Κ., Φιλαλήθης, Α. (2007), Οι «περιπέτειες» των μεταρρυθμίσεων του Ελληνικού Συστήματος Υγείας: Μια ιστορική επισκόπηση, *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, 1: 35-67.
- Κυριόπουλος, Γ. (2008), Οι πολιτικές υγείας και ασφάλισης στην Ελλάδα υπό το πρίσμα των διεθνών εξελίξεων στην περίοδο του μεσοπολέμου, στο Κυριόπουλος, Γ. (επιμ.), *Δημόσια Υγεία και Κοινωνική Πολιτική: Ο Ελευθέριος Βενιζέλος και η εποχή του*, Αθήνα: Παπαζήση.

- Κωστής, Κ. (1987), *Αγροτική Οικονομία και Γεωργική Τράπεζα. Όψεις της ελληνικής οικονομίας στο μεσοπόλεμο (1919-1928),* Αθήνα: Μορφωτικό Ίδρυμα Εθνικής Τραπέζης.
- Κωστής, Κ. (1992), Αγροτική μεταρρύθμιση και οικονομική ανάπτυξη στην Ελλάδα, στο Μαυρογορδάτος, Γ., Χατζηιωσήφ, Χ. (επιμ.), *Βενιζελισμός και αστικός εκσυγχρονισμός,* Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης.
- Λέβετ, Τ. (2008), Η Ίδρυση της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών, στο Κυριόπουλος, Γ. (επιμ.), *Δημόσια Υγεία και Κοινωνική Πολιτική: Ο Ελευθέριος Βενιζέλος και η εποχή του*, Αθήνα: Παπαζήση.
- Λιάκος, Α. (1992), Ο Ελευθέριος Βενιζέλος και το Διεθνές Γραφείο Εργασίας, στο Μαυρογορδάτος, Γ., Χατζηιωσήφ, Χ. (επιμ.), Βενιζελισμός και Αστικός Εκσυγχρονισμός, Ηράκλειο: Εκδόσεις Πανεπιστημίου Κρήτης.
- Λιάκος, Α. (1993), *Εργασία και Πολιτική στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου,* Αθήνα: Ίδρυμα Έρευνας και Παιδείας της Εμπορικής Τράπεζας της Ελλάδος.
- Λιάκος, Α. (2000), Πώς ναυάγησε το ΕΣΥ του Ελευθερίου Βενιζέλου, *Το ΒΗΜΑ* (10 Σεπτεμβρίου).
- Λιβαδάς, Γ., Σφάγγος, Ι. (1940), *Η Ελονοσία εν Ελλάδι (1930-1940)*, τομ.1, Αθήνα: Πυρσός.
- Λιβαδάς, Γ. (1973), *Το ιστορικόν ενός μεγάλου επιτεύγματος εις τον τομέα της δημόσιας υγείας εν Ελλάδι: η εκρίζωσις της ελονοσίας,* Αθήνα: [χ.ε.].
- Μακρίδης, Ν. (1933), *Αι υπηρεσίαι υγιεινής εν Ελλάδι: από της ιδρύσεως του ελληνικού Βασιλείου μέχρι των ημερών μας*, Αθήνα: Τυπογραφικά Καταστήματα Αδελφών Γεράρδων.
- Μακρυδημήτρης, Α., Μιχαλόπουλος, Ν. (2000), *Εκθέσεις Εμπειρογνωμόνων για την δημόσια διοίκηση 1950-1998*, Αθήνα: Παπαζήση.
- Μαστρογιάννης, Ι. (1960), *Ιστορία της Κοινωνικής Πρόνοιας της Νεωτέρας Ελλάδος 1821 –1960*, Αθήνα: [χ.ε.].
- Mazower, M. (1992), Οικονομική πολιτική στην Ελλάδα, 1932-1936, στο Μαυρογορδάτος, Γ., Χατζηιωσήφ, Χ. (επιμ.), *Βενιζελισμός και αστικός εκσυγχρονισμός,* Ηράκλειο*:* Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης.
- Mazower, M. (2002), *Η Ελλάδα και η οικονομική κρίση του Μεσοπολέμου*, Αθήνα: Μορφωτικό Ίδρυμα Εθνικής Τραπέζης.
- Μεταλινός, Μ. (1929), *Επιτροπή Αποκατάστασης Προσφύγων: Περίληψις πεπραγμένων υγειονομικής υπηρεσίας 1925-1929*, Θεσσαλονίκη, 31 Δεκεμβρίου 1929. [Ιστορικό Αρχείο Μουσείου Μπενάκη, Αρχείο Ελευθερίου Βενιζέλου, Φάκελος 212~12].
- Μεταλινός, Μ. (1932), *Η υγιεινή κατάστασις των πληθυσμών Μακεδονίας-Θράκης από του 1925-1930*, Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
- Μητροφάνης, Γ. (2003), Τα δημόσια οικονομικά. Οικονομική ανόρθωση και πόλεμοι 1909-1922, στο Παναγιωτόπουλος, Β. (επιμέλεια), *Ιστορία του Νέου*

Ελληνισμού 1770-2000, 6ος τόμος: Η εθνική ολοκλήρωση 1909-1922. Από το κίνημα στο Γουδί ως τη Μικρασιατική Καταστροφή: 119-128, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- Morgenthau, H. (1994), *Η αποστολή μου στην Αθήνα: 1922, το έπος της εγκατάστασης,* Αθήνα: Τροχαλία.
- Πάλλης, Α. (1930), *Εμπιστευτική επιστολή προς τον κ. Α. Παππά, Υφυπουργό επί της Υγιεινής*, Αθήνα, 11 Μαΐου 1930. [Ιστορικό Αρχείο Μουσείου Μπενάκη, Αρχείο Ελευθερίου Βενιζέλου: Φάκελος 071~26-28].
- Παπαδάκης, Α. (1965), *Το Υγειονομικόν έργον του Ελευθέριου Βενιζέλου*, Θεσσαλονίκη: [χ.ε.].
- Παπαδάκης, Ε. (2008), Η συμβολή του Ελευθέριου Βενιζέλου στην εξέλιξη της δημόσιας υγείας και υγιεινής στην Ελλάδα, στο Κυριόπουλος, Γ. (επιμ.), *Δημόσια Υγεία και Κοινωνική Πολιτική: Ο Ελευθέριος Βενιζέλος και η εποχή του*, Αθήνα: Παπαζήση.
- Παπούλιας, Δ., Τσούκας, Χ. (1998), *Κατευθύνσεις για τη Μεταρρύθμιση του Κράτους*, Αθήνα: Καστανιώτης.
- Πομώνης, Δ. (1925), *Υγειονομική νομοθεσία*, τομ.1, Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
- Ρήγος, Α. (1988), *Η Β΄ Ελληνική Δημοκρατία 1924-1935. Κοινωνικές διαστάσεις της πολιτικής σκηνής*, Αθήνα: Θεμέλιο.
- Σιμσιρόγλου, Σ. (1979), Ο Γιατρός – Υγιεινολόγος, στο Σιμσιρόγλου, Σ. (επιμ.), *Δελτίο Σχολής Αγροτικής Υγιεινής Φαρσάλων*, 37: 8-15.
- *Σκρίπ* (1928), Ο δάγκειος θερίζει τας επαρχίας, σελ. 4 (4 Σεπτεμβρίου).
- Τσαούσης, Δ. (1971), *Μορφολογία της νεοελληνικής κοινωνίας,* Αθήνα: Gutenberg.
- Υπουργείο Προεδρίας (1932), *Το Έργον της κυβερνήσεως του Βενιζέλου κατά την τετραετίαν 1928-1932: Τι υπεσχέθη προεκλογικώς και τι επραγματοποίησε*, Αθήνα: Πυρσός.
- Υγειονομική Σχολή Αθηνών (1991), *60 Χρόνια Λειτουργίας*, Αθήνα : [χ.ε.].
- Χαριτάκης, Α. (1929), *Τα Νεώτατα Δεδομένα επί της Κοινωνικής Υγιεινής. Αρχαί και Κριτήρια Οργανώσεως της Δημόσιας Υγιεινής*, Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
- Χριστοδούλου, Δ. (2008), Η επιδημία του δάγκειου πυρετού το 1928, στο Κυριόπουλος, Γ. (επιμ.), *Δημόσια Υγεία και Κοινωνική Πολιτική: Ο Ελευθέριος Βενιζέλος και η εποχή του*, Αθήνα: Παπαζήση.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Alogoskoufis, G. (2021), *Historical cycles of the economy of modern Greece: From 1821 to the present,* Hellenic Observatory Papers on Greece and Southeast Europe, GreeSE Paper No. 158.

- Barona, J. L. (2015), *The Rockefeller Foundation, public health and international diplomacy*, London: Pickering και Chatto.
- Barona, J. L. (2021), The Rockefeller Foundation and the League of Nations: Public Health in Europe (1920-1945), *História: Debates E Tendências*, *21*(3): 35 – 54. Available at: http://seer.upf.br/index.php/rhdt/article/view/12845 [Accessed: 10/07/2022].
- Boudreau, F.G. (1929), International Health, *American Journal of Public Health,* 19(8): 863-879.
- Boudreau, F.G. (1937), International Cooperation in Hygiene, *American Journal of Public Health and the Nation's Health, 27*(11): 1102-1107.
- Borowy, I. (2009), *Coming to terms with world health: The League of Nations Health Organisation, 1921-1946*, Frankfurt am Main: P. Lang
- Fitzgerald, J. G. (1933), The Work of the Health Organisation of the League of Nations, *Canadian Public Health Journal*, *24*(8): 368–372.
- Giannuli, D. (1998), "Repeated disappointment": The Rockefeller Foundation and the reform of the Greek public health system, 1929-1940, *Bulletin of the History of Medicine*, 72(1):47-72.
- Haggard, S. (2000), Interests, Institutions, and Policy Reform, In: Krueger, A. (Eds.), *Economic Policy Reform: The second stage,* Chicago: The University of Chicago Press.
- Halstead S.B., Papaevangelou G. (1980), Transmission of dengue 1 and 2 viruses in Greece in 1928, *The American journal of tropical medicine and hygiene*, *29*(4), 635–637.
- Hampton, B.C. (1925), International Health Organizations, *Public Health Reports (1896–1970)*, *40*(34): 1719-1793.
- Kouris, G., Trompoukis, C., Contiades, X., Philalithis, A. (2023), Health reform initiatives in the Interwar era: The case of Greece and the role of the League of Nations Health Organization, *Acta medico-historica Adriatica.* [in press]
- League of Nations-Health Organization (1929a), *Collaboration with the Greek Government in the Sanitary Reorganisation of Greece*, Geneva: United Nations Archives at Geneva [C.162.M.63.1929.III].
- League of Nations - Health Organisation (1929b), *Note by the President of the Delegation of the Health Committee (Annex to Report C.162.M.63.1929.III)*, Geneva: United Nations Archives at Geneva [C.162(a).M.63(a).1929.III].
- League of Nations - Health Organisation (1929c), *Statement by the President of the Commission charged with the collaboration with the Greek Government in the re-organisation of its public health services*, Geneva: United Nations Archives at Geneva [C.H.798].
- League of Nations - Health Organisation (1930), *Annual Report of the Health Organisation for 1929*, Geneva: United Nations Archives at Geneva [A.9.1930.IIL].

- League of Nations (1931), *Health Organisation*, Geneva: World Health Organization.
- Mavrogordatos, G. (1983), *Stillborn Republic. Social Coalitions and Party Strategies in Greece, 1922-1936*, Los Angeles: University of California Press.
- Mears, E. G. (1929), *Greece Today: The Aftermath of the Refugee Impact.* California: Stanford University Press.
- Papaevangelou, G., Halstead, S.B. (1977), Infections with two dengue viruses in Greece in the 20th century: did dengue hemorrhagic fever occur during the 1928 epidemic? *The Journal of tropical medicine and hygiene*, 80(3): 46–51.
- Papoulias, D. B., Tsoukas, H. (1994), Managing Reforms on a Large Scale: What Role for OR/MS? *Journal of the Operational Research Society*, 45(9): 977-986.
- Pentzopoulos, D. (1962), *The Balkan Exchange of Minorities and its impact upon Greece,* Paris - The Hague, Mouton και Co.
- Rosen, L. (1986), Dengue in Greece in 1927 and 1928 and the pathogenesis of dengue hemorrhagic fever: new data and a different conclusion, *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 35(3): 642-653.
- Societe des Nations - Organisation D' Hygiene (1928), *Note sur la tuberculose en Grece par le Dr. Copanaris, Directeur de la Sante Publique de la Grece*, n.d. [Ιστορικό Αρχείο Μουσείου Μπενάκη, Αρχείο Ελευθερίου Βενιζέλου, Φάκελος 211~04].
- Societe des Nations (1929), *Collaboration avec le Gouvernement Hellénique en vue de la réorganisation sanitaire de la Grèce. Rapport présenté par le Représentant de l'Espagne*, Geneve [C.205.1929.III].
- Theodorou, V., Karakatsani, D. (2008), Health policy in interwar Greece: the intervention by the League of Nations Health Organisation, *Dynamis*, 28: 53-75. Available at: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttextκαιpid=S0211-95362008000100003#back16 [Accessed: 15/06/2022].
- The League of Nations Assembly (1929), Progress of the Health Organization. *British Medical Journal,* 2(3587): 626–627.
- Weindling, P. (1995), Introduction: constructing international health between the wars, In: Weindling, P. (eds.), *International Health Organizations and Movements 1918-1939,* Cambridge: Cambridge University Press
- W.H.H. (1930), The Health Organization of League of Nations, *Canadian Medical Association Journal*, 23(6), 825-827.
- Winslow, C.-E. A. (1929a), League of Nations News, *American Journal of Public Health and the Nation's Health,* 19(3): 342.
- Winslow, C.-E. A. (1929b), League of Nations News, *American Journal of Public Health and the Nation's Health,* 19(7): 850-851.
- Zink, A. (2000), Greece: Political Crisis and Authoritarian Takeover, In: Berg-Schlosser, D., Mitchell, J. (Eds.), *Conditions of Democracy in Europe, 1919–39. Advances in Political Science: An International Series*, London: Palgrave Macmillan.

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

- Νόμος 2882/1922, «*Περί μεταρρυθμίσεως και συμπληρώσεως του Υπουργείου της Περιθάλψεως μετονομαζόμενου εις Υπουργείον Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας»*, Αθήνα: Φ.Ε.Κ. Α' 122/22.07.1922.
- Νόμος 4069/1929, *«Περί ιδρύσεως και λειτουργίας εν Αθήναις Υγειονομικής Σχολής και περί αποστολής εις το εξωτερικόν προς μετεκπαίδευσιν ιατρών δι` ειδικήν υγειονομικήν μόρφωσιν», Αθήνα:* Φ.Ε.Κ. Α' 94/09.03.1929.
- Νόμος 4172/1929, *«Περί Συστάσεως αυτοτελούς Υπουργείου Υγιεινής»*, Αθήνα: Φ.Ε.Κ. Α' 201/16-06-1929.
- Νόμος 4333/1929, *«Περί ιδρύσεως παρά τω υπουργείω Υγιεινής υπηρεσίας υπό τον τίτλον Υγειονομικόν Κέντρον Αθηνών και μεταφοράς εις το υπουργείον Υγιεινής υγειονομικών υπηρεσιών λειτουργουσών ήδη παρ' έτεροις υπουργείοις»*, Αθήνα: Φ.Ε.Κ. Α' 292/17.08.1929.
- Νόμος 4649/1930, «*Περί διοικήσεως του εν Αθήναις Θεραπευτηρίου "Η Σωτηρία" και αναδιοργανώσεως αυτού»,* Αθήνα: Φ.Ε.Κ. Α' 152/12.05.1930.
- Νόμος 4735/1930, *«Περί Υπαγωγής των Ιατρείων της Επιτροπής Αποκαταστάσεως Προσφύγων εις το Υπουργείον Υγιεινής»*, Αθήνα: Φ.Ε.Κ. Α' 167/16.05.1930.
- Νόμος 4739/1930, *«Περί Ιδρύσεως Τεσσάρων Αντιλυσσικών Σταθμών εν Πάτραις, Πρεβέζη, Ρέθυμνω Και Αλεξανδρουόπολει»*, Αθήνα: Φ.Ε.Κ. Α' 167/16.05.1930.
- Νόμος 4742/1930, *«Περί εγκρίσεως προϋπολογισμών 1) ανεγέρσεως συμπληρωματικών περιπτέρων ψυχοπαθών εις το Δημόσιον Ψυχιατρείον Αθηνών, 2) ανεγέρσεως τριών λαϊκών περιπτέρων εν τω νοσοκομειω «Σωτηρία» και 3) εξυγιάνσεως του νοσοκομείου «Σωτηρία» ήτοι κατασκευής δικτύου αποχέτευσης ακαθάρτων υδάτων»*, Αθήνα: Φ.Ε.Κ. Α' 171/17.05.1930.
- Νομοθετικό Διάταγμα 25-08-1928, *«Περί Συστάσεως Υφύπουργείου Υγιεινής»*, Αθήνα: Φ.Ε.Κ. Α' 174/25-08-1928.
- Προεδρικό Διάταγμα 22-01-1930, *«Περί λειτουργίας της σχολής Επισκεπτριών Κοινωνικής Υγιεινής»*, Αθήνα: Φ.Ε.Κ. Α' 22/22.01.1930.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

7.1. Συμπεράσματα και διαπιστώσεις

7.1.1. Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα υπό το πρίσμα των εκθέσεων εμπειρογνωμόνων

Ο 20ος αιώνας αποτέλεσε για το ελληνικό υγειονομικό σύστημα μια μακρά περίοδο πολιτικο-διοικητικής ανασυγκρότησης κατά τη διάρκεια της οποίας αναδείχθηκε ως ζητούμενο η σημασία χάραξης συστηματικά επεξεργασμένων και επιστημονικά τεκμηριωμένων πολιτικών που θα συνεισέφεραν στην υπέρβαση - διαχρονικών - παθογενειών και προβλημάτων αυτού, στην καλύτερη οργάνωση και λειτουργία των υγειονομικών υπηρεσιών και στη βέλτιστη ανταπόκριση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειας στις ανάγκες των πολιτών.

Προς την κατεύθυνση επίτευξης του παραπάνω στόχου, σημαντική υπήρξε η συμβολή ειδικών επιστημόνων και εμπειρογνωμόνων του τομέα της υγείας οι οποίοι – είτε στο πλαίσιο επιτροπών και ομάδων εργασίας είτε μεμονωμένα – συνέδραμαν με τις γνώσεις και την εμπειρία τους, το έργο της εθνικής προσπάθειας για τη διαμόρφωση μιας ενιαίας και συγκροτημένης πολιτικής για την υγεία παρέχοντας, μέσα από τις εκθέσεις που συνέταξαν, τη θεωρητική θεμελίωση, την επιστημονική τεκμηρίωση και το πρακτικό υπόδειγμα για την υλοποίηση των απαραίτητων αλλαγών και μεταρρυθμίσεων που είχε ανάγκη το ελληνικό σύστημα υγείας.

Στο πλαίσιο της παρούσας διατριβής, αντικείμενο έρευνας και ανάλυσης αποτέλεσαν **οκτώ εκθέσεις εμπειρογνωμόνων** - οι πλέον σημαντικές από άποψη ιστορικού χρόνου, μεθοδολογικής επάρκειας και επιστημονικής εγκυρότητας - οι οποίες επιλέχθηκαν βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων, το περιεχόμενο των οποίων επηρέασε, σηματοδότησε και – εν πολλοίς - καθόρισε την πορεία ανάπτυξης και εν τέλει την «ταυτότητα» της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα κατά την περίοδο 1920-2000 (Πίνακας 20).

Πίνακας 20: Εκθέσεις εμπειρογνωμόνων για την πολιτική υγείας στην Ελλάδα (1920-2000)			
α/α	**Τίτλος Έκθεσης**	**Συντάκτης/ες**	**Έτος Σύνταξης**
1	Συνεργασία με την Ελληνική Κυβέρνηση για την υγειονομική αναδιοργάνωση της Ελλάδας	Οργάνωση Υγείας Κοινωνίας των Εθνών	1929
2	Σχέδιο Υγειονομικής Οργάνωσης της Χώρας	Νικόλαος Λούρος	1945
3	Πορίσματα της Επιτροπής Κοινωνικών Ασφαλίσεων: Εισήγησις επί της γενικής περιθάλψεως του πληθυσμού	Επιτροπή Εμπειρογνωμόνων	1963
4	Έκθεσις επί της Εθνικής Πολιτικής Υγείας	Λουκάς Πάτρας	1970
5	Πρόγραμμα Αναπτύξεως 1976 -1980: Υγεία	Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών	1976
6	Μέτρα Προστασίας της Υγείας	Σπύρος Δοξιάδης	1981
7	Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνωμόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας	Επιτροπή Εμπειρογνωμόνων	1994
8	Μεσοπρόθεσμος προσανατολισμός της πολιτικής υγείας και οικονομική πολιτική	Επιτροπή Εμπειρογνωμόνων	1997

Πηγή: Ίδια επεξεργασία

Ταυτόχρονα, στο πλαίσιο του ερευνητικού μέρους της παρούσας, εξετάστηκε ως ειδική μελέτη περίπτωσης η έκθεση που συνέταξε η **Οργάνωση Υγείας της Κοινωνίας των Εθνών**, το έτος 1929, για την υγειονομική αναδιοργάνωση της χώρας στο πλαίσιο παροχής τεχνικής βοήθειας του διεθνούς οργανισμού προς την ελληνική κυβέρνηση. Η εν λόγω έκθεση αποτέλεσε την πρώτη καλά οργανωμένη προσπάθεια για τη μεταρρύθμιση του υγειονομικού συστήματος της χώρας, από συστάσεως του ελληνικού κράτους, στη βάση ενός συστηματικά επεξεργασμένου σχεδίου πολιτικής, η μελέτη και ανάλυση του οποίου λαμβάνει ένα ιδιαίτερο αξιολογικό φορτίο καθώς εντάσσεται σε μια ιστορική περίοδο μείζονων κοινωνικών, πολιτικών και οικονομικών αλλαγών αλλά και υγειονομικών προκλήσεων που επηρέασαν την προβληματική - αλλά και την προοπτική - των πολιτικών υγείας στην Ελλάδα.

Το περιεχόμενο των εκθέσεων, όπως αναλύθηκε εκτενώς στο πέμπτο κεφάλαιο, διαμόρφωσε ένα αξιοσημείωτο απόθεμα γνώσης, πληροφόρησης και έγκυρης κατά το πλείστον αποτίμησης της κατάστασης, των προβλημάτων και των προοπτικών του υγειονομικού συστήματος της χώρας, μέσω του οποίου καταδεικνύεται η διάρκεια και η ένταση του προβληματισμού για τα μείζονα προβλήματα της πολιτικής υγείας στη χώρα μας καθ' όλη τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα.

7.1.2. Όψεις και πτυχές των υγειονομικών σχεδιασμών για τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας

Από την εν λόγω ανάλυση προέκυψαν μια σειρά από συμπεράσματα και διαπιστώσεις αναφορικά με τα μείζονα ζητήματα οργάνωσης, διοίκησης και λειτουργίας του υγειονομικού συστήματος στη χώρα μας, αναδεικνύοντας τις συγκλίσεις, τις αποκλίσεις, τα προβλήματα, τους στόχους και, εν τέλει, τη «στρατηγική» των μεταρρυθμίσεων της εθνικής πολιτικής υγείας και τα οποία παρατίθενται παρακάτω.

Κυρίως όμως «διαφωτίζονται» αθέατες όψεις και πτυχές των υγειονομικών σχεδιασμών στην Ελλάδα - όπως εκφράστηκαν από τις εκθέσεις των εμπειρογνωμόνων που αποτέλεσαν αντικείμενο μελέτης της παρούσας - οι οποίες συνδέονται άρρηκτα με το πεδίο της μεταρρυθμιστικής πρακτικής και οι οποίες αφορούν:

i. την εξέταση του βαθμού συστηματικότητας των διαδικασιών σχεδιασμού πολιτικών υγείας.

ii. τη διερεύνηση του βαθμού διασύνδεσης των υγειονομικών σχεδιασμών με μείζονα κοινωνικο-οικονομικά και πολιτικά γεγονότα.

iii. τον προσδιορισμό και ιεράρχηση των μειζόνων προτεραιοτήτων πολιτικής για την μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας, όπως αυτές προκύπτουν από τις προτάσεις και τα συμπεράσματα των εκθέσεων.

iv. την ανίχνευση των αιτιακών παραγόντων που λειτουργούν ανασχετικά στην εφαρμογή των μεταρρυθμιστικών σχεδιασμών και των πολιτικών υγείας εν γένει.

Ειδικότερα:

i. Συστηματικότητα των σχεδιασμών για την πολιτική υγείας

Ένας σχεδιασμός στο πεδίο της πολιτικής υγείας θεωρείται συστηματικός όταν αυτός βασίζεται σε κατάλληλα δεδομένα, προσδιορίζει συγκεκριμένους στόχους και περιλαμβάνει στρατηγικές και δράσεις για την βελτίωση των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών και του επιπέδου υγείας του πληθυσμού (Hyman, 1982; Kaplan and Frosch, 2005).

Εξειδικεύοντας περαιτέρω τον ανωτέρω ορισμό και αξιοποιώντας τη σχετική βιβλιογραφία (Papoulias and Tsoukas, 1994; Παπούλιας και Τσούκας, 1998; Maani and Cavana, 2000; Midgley, 2006; Reynolds and Sutherland, 2013) εξετάστηκαν στο πλαίσιο της παρούσας διατριβής, εννέα κριτήρια, στη βάση των οποίων αξιολογήθηκε ο βαθμός συστηματικότητας των μεταρρυθμιστικών σχεδιασμών, όπως περιγράφονται στις εκθέσεις εμπειρογνωμόνων (Kouris et al., 2023).

Από τη μελέτη, ανάλυση και αξιολόγηση των εκθέσεων αλλά και λοιπού πληροφοριακού υλικού που συλλέχθηκε κατά τη διάρκεια της έρευνας, τόσο από πρωτογενείς πηγές (κυβερνητικά έγγραφα, επιστολές, κ.α.) όσο και από δευτερογενείς πηγές (εφημερίδες), προέκυψε ο βαθμός συστηματικότητας (υψηλός, μεσαίος, χαμηλός) των υγειονομικών σχεδιασμών που περιλαμβάνονται στις υπό μελέτη εκθέσεις εμπειρογνωμόνων της περιόδου 1920-2000 (Πίνακας 21).

Πίνακας 21: Βαθμός συστηματικότητας υγειονομικών σχεδιασμών στην Ελλάδα (1920-2000)

α/α	Κριτήρια συστηματικότητας	Εκθέσεις Εμπειρογνωμόνων							
		Έκθεση Κοινωνίας των Εθνών	Έκθεση Λούρου	Έκθεση Επιτρ. Κοινωνικών Ασφαλίσεων	Έκθεση Πάτρα	Έκθεση ΚΕΠΕ	Έκθεση Δοξιάδη	Έκθεση Επιτρ. Ξένων Εμπειρ/νων	Έκθεση Επιτρ. Σπράου
1	Η ύπαρξη μιας σαφούς πολιτικής /στρατηγικής που εκφράζεται με εξειδίκευση στόχων και μέτρων	✓			✓	✓		✓	
2	Ο προσδιορισμός των αιτιακών παραγόντων που καθιστούν αναγκαίο το σχεδιασμό	✓			✓	✓		✓	
3	Ο χρονικός προγραμματισμός των προωθούμενων μέτρων/πολιτικών	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
4	Η εκτίμηση των οικονομικών και ανθρώπινων πόρων	✓	✓	✓	✓				
5	Η εκτίμηση των απόψεων / αντιδράσεων των ενδιαφερόμενων μερών	✓			✓		✓	✓	
6	Η περίοδος προετοιμασίας μέσω συλλογής δεδομένων, διαβουλεύσεων και αναλύσεων	✓			✓	✓	✓	✓	
7	Η ύπαρξη προσώπου/ων που διαθέτουν την ισχύ για να υποστηρίξουν και προωθήσουν ενεργά τις αναγκαίες αλλαγές			✓	✓		✓		
8	Η διαμόρφωση εναλλακτικών επιλογών			✓		✓			
9	Η αξιοποίηση της αποκτηθείσας εμπειρίας από την εφαρμογή αντίστοιχων μέτρων ή πολιτικών	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Βαθμός συστηματικότητας*	**Υψηλός**	**Χαμηλός**	**Μεσαίος**	**Υψηλός**	**Μεσαίος**	**Μεσαίος**	**Μεσαίος**	**Χαμηλός**

* Βαθμός συστηματικότητας: 1-3 κριτήρια: Χαμηλός, 4-6 κριτήρια: Μεσαίος, 7-9 κριτήρια: Υψηλός

Γενική διαπίστωση υπήρξε πως στο σύνολο των υγειονομικών σχεδιασμών οι ειδικοί άντλησαν γνώση και παραδείγματα από τη διεθνή εμπειρία και πρακτική στο υγειονομικό πεδίο ενώ, σ' ένα πολύ μεγάλο βαθμό, οι προτάσεις μεταρρύθμισης περιλάμβαναν ένα σαφώς προσδιορισμένο χρονοπρογραμματισμό υλοποίησης.

Από την άλλη, διαπιστώθηκε πως σε ελάχιστες περιπτώσεις υπήρξε πρόβλεψη εναλλακτικού πλάνου στην περίπτωση αδυναμίας ή δυσκολίας εφαρμογής των προτεινόμενων μέτρων, ενώ στα αδύναμα χαρακτηριστικά των υγειονομικών σχεδιασμών συγκαταλέγεται η απουσία πρόβλεψης για την ενεργοποίηση ή προσέλκυση προσώπων-κλειδιών με κύρος και ισχύ που θα μπορούσαν να υποστηρίξουν και να προωθήσουν ενεργά τις μεταρρυθμιστικές αλλαγές.

Συμπερασματικά, από το σύνολο των οκτώ εκθέσεων/υγειονομικών σχεδιασμών που μελετήθηκαν, μόλις δύο - της Οργάνωσης Υγείας της ΚτΕ (1929) και του καθηγητή Λ. Πάτρα (1970) – χαρακτηρίζονταν από έναν υψηλό βαθμό συστηματικότητας ενώ οι υπόλοιπες έξι εκθέσεις/υγειονομικοί σχεδιασμοί διακρίνονταν από ένα μεσαίο ή χαμηλό βαθμό συστηματικότητας, καθότι δεν διαπιστώθηκε, στο πλαίσιο της έρευνας, η συμπερίληψη βασικών κριτηρίων κατά τη διαδικασία εκπόνησης αυτών.

ii. Κοινωνικο-πολιτικές κρίσεις και υγειονομικοί σχεδιασμοί

Η μεταρρυθμιστική πρακτική στον τομέα της υγείας έχει καταδείξει πως στις περιπτώσεις μειζόνων καταστάσεων έκτακτης ανάγκης ή συνθηκών κρίσης - σε κοινωνικό, οικονομικό ή και πολιτικό επίπεδο – τα θέματα της προστασίας υγείας των πολιτών και της ενίσχυσης των υπηρεσιών υγείας λαμβάνουν υψηλή θέση στις προτεραιότητες των εθνικών κυβερνήσεων στην μετά κρίση περίοδο (Howard-Jones, 1978; Saltman and Figueras, 1997; Shuey et al., 2003; Rubenstein, 2011; Stamati and Baeten, 2014; Economou et al., 2015; Martineau et al., 2017; Rutherford and Saleh, 2019; Burke et al., 2021; World Health Organization, 2023). Σε αυτές τις περιπτώσεις ο υγειονομικός σχεδιασμός συνδέεται άμεσα με τις ανάγκες που ανακύπτουν από την κρίση που ξέσπασε.

Στην περίπτωση της Ελλάδας, οι υγειονομικοί σχεδιασμοί που εξετάστηκαν στην παρούσα διατριβή, έλαβαν χώρα μέσα σ' ένα περιβάλλον σημαντικών κοινωνικο-οικονομικών και πολιτικών γεγονότων που – σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό – επηρέασαν τη φιλοσοφία του σχεδιασμού και κυρίως την αποτελεσματικότητα του. Αυτό ωστόσο δεν σημαίνει πως οι μείζονες συνθήκες κρίσεων που συνέβησαν - σε διάφορες χρονικές περιόδους - στη χώρα, αποτέλεσαν το πρωταρχικό ερέθισμα ή και την αιτία για να κινηθεί η διαδικασία σχεδιασμού παρεμβάσεων ή αλλαγών στο σύστημα υγείας, πολλώ δε μάλλον για να συνδεθεί ο εν λόγω σχεδιασμός με τις συνέπειες που άφησε πίσω της η κάθε συνθήκη.

Είναι χαρακτηριστικό πως σε μόλις δύο εκθέσεις, αυτές της Οργάνωσης Υγείας της ΚτΕ και της Επιτροπής Σπράου, υπήρξε σαφής αναφορά και σύνδεση με τα μείζονα κοινωνικο-πολιτικά γεγονότα της περιόδου σύνταξης τους, επιχειρώντας να αντιμετωπίσουν, μέσα από τις προτάσεις και τα μέτρα πολιτικής που διατύπωναν, προβλήματα και ανάγκες που εκπορεύονταν από τις συνθήκες που το εξωτερικό περιβάλλον υπαγόρευε.

Η μεν πρώτη έκθεση (της ΚτΕ), συνδέθηκε άρρηκτα με την προσπάθεια υγειονομικής ανασυγκρότησης της χώρας μετά τη Μικρασιατική Καταστροφή και τον προσφυγικό εποικισμό, ενώ η δεύτερη έκθεση (επιτροπή Σπράου) υπαγορεύτηκε από την ανάγκη δημοσιονομικής προσαρμογής του τομέα υγείας στο πλαίσιο της ενταξιακής πορείας της χώρας προς την ΟΝΕ (Πίνακας 22).

Πίνακας 22: Βαθμός διασύνδεσης υγειονομικών σχεδιασμών/εκθέσεων με μείζονες κρίσεις στην Ελλάδα κατά τον 20^{ο} αιώνα

Έκθεση	Μείζονες κρίσεις	Βαθμός διασύνδεσης		
		Χαμηλός	Μεσαίος	Υψηλός
Έκθεση Οργάνωσης Υγείας της Κοινωνίας των Εθνών (1929)	· Μικρασιατική Καταστροφή (1922) και προσφυγικός εποικισμός (1922-1928)			✓
Έκθεση Λούρου (1945)	· Πολιτική αστάθεια (1932-1935) και εγκαθίδρυση δικτατορίας (1936) · Συμμετοχή της Ελλάδας στον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, Κατοχή και Εθνική Αντίσταση (1940-1945)	✓		
Έκθεση Επιτροπής Κοινωνικών Ασφαλίσεων (1963)	- - -	✓		
Έκθεση Πάτρα (1970)	· Δικτατορία των συνταγματαρχών (1967-1974)		✓	
Έκθεση ΚΕΠΕ (1976)	· Εξέγερση του Πολυτεχνείου (1973) και Πτώση της Δικτατορίας (1974)	✓		
Έκθεση Δοξιάδη (1981)	· Μεταπολίτευση (1974-1981)	✓		
Έκθεση Επιτροπής Ξένων Εμπειρογνωμόνων (1994)	- - -	✓		
Έκθεση Επιτροπής Σπράου (1997)	Ενταξιακή πορεία Ελλάδας για είσοδο στην Ο.Ν.Ε. (1996-1999)			✓

iii. Προτεραιότητες της εθνικής πολιτικής υγείας

Η διαδικασία σχεδιασμού μέτρων και καθορισμού προτεραιοτήτων στην υγεία, αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της πολιτικής υγείας σε πολλές χώρες και καθοδηγείται κύρια από το - συνεχώς διευρυνόμενο - χάσμα μεταξύ αναγκών – ζήτησης και των περιορισμένων πόρων που διατίθενται για την υγεία (Heginbotham and Ham, 1992; Baltussen et al., 2017).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο καθορισμός στόχων και η ιεράρχηση προτεραιοτήτων σε συνδυασμό με τη διαμόρφωση τεκμηριωμένων θέσεων – που έχουν προκύψει από συστηματική και επιστημονική μελέτη - για τις αλλαγές που έχει ανάγκη το σύστημα υγείας, περιλαμβάνονται μεταξύ των παραγόντων εκείνων που δύναται να επηρεάσουν την επιτυχή ή μη εφαρμογή μιας μεταρρύθμισης στον υγειονομικό τομέα (World Health Organization, 2000).

Ο καθορισμός προτεραιοτήτων, ως διαδικασία και πρακτική, επηρεάζεται έντονα από διάφορους παράγοντες συμπεριλαμβανομένων των δημοσιονομικών περιορισμών, της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας και των πολιτικών πιέσεων (Saltman and Figueras, 1997), ενώ μπορεί να αφορά πολλά και διαφορετικά πεδία και περιοχές του υγειονομικού συστήματος (Spurgeon and Mullen, 2000, Hansen et al., 2021)

Υπό αυτό το πρίσμα, οι εκθέσεις εμπειρογνωμόνων – και ειδικότερα οι προτάσεις οργανωτικο-διοικητικών αλλαγών που περιλαμβάνονταν σε αυτές – διαμόρφωσαν στην Ελλάδα ένα θεμελιωμένο corpus διοικητικού και μεταρρυθμιστικού πράττειν στο υγειονομικό πεδίο, στο πλαίσιο του οποίου αναδεικνύονται οι μείζονες προτεραιότητες και οι τομείς δράσης που προσδιορίζουν την μεταρρυθμιστική ατζέντα της εθνικής πολιτικής υγείας κατά τον 20^{ο} αιώνα (Πίνακας 23).

Μεταξύ των πεδίων παρέμβασης που έλαβαν υψηλή μεταρρυθμιστική προτεραιότητα από τους εμπειρογνώμονες της υγείας, περιλαμβάνονται:

1. η οργάνωση και διοίκηση του υπουργείου υγείας και εν γένει του υγειονομικού συστήματος.
2. η αποκέντρωση - περιφερειακοποίηση των υπηρεσιών υγείας.
3. η αναδιοργάνωση της νοσοκομειακής περίθαλψης.
4. η ανάπτυξη των υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και ΠΦΥ.
5. η πολιτική διοίκησης του ανθρώπινου δυναμικού της υγείας.
6. η χρηματοδότηση των υπηρεσιών - ασφάλιση υγείας.
7. η πολιτική για το φάρμακο.

Οι παραπάνω προτεραιότητες – οι οποίες σε κάθε έκθεση εξειδικεύονται με συγκεκριμένα μέτρα και δράσεις - εντοπίζονται σε τουλάχιστον έξι ή και περισσότερες εκθέσεις εμπειρογνωμόνων, δείγμα της διάρκειας του προβληματισμού και της ανάγκης απρόσκοπτης εφαρμογής μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων για τη συνεχή βελτίωση διαφόρων τομέων του συστήματος υγείας και ενώ παρόμοιες προτεραιότητες πολιτικής καταγράφονται στην ατζέντα των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων αρκετών ευρωπαϊκών χωρών τα τελευταία 50 χρόνια (Saltman and Figueras, 1997; World Health Organization, 2000; Oliver and Mossialos, 2005; Hansen et al., 2021)

Από την άλλη, ζητήματα μεταρρύθμισης σε πεδία όπως αυτά της δημόσιας υγείας, των εργασιακών σχέσεων του υγειονομικού προσωπικού και της οργάνωσης και εποπτείας του ιδιωτικού τομέα υγείας, χαρακτηρίζονται από μια συγκυριακή και αποσπασματική προσέγγιση, δίχως να περιλαμβάνονται στο στενό πυρήνα του μεταρρυθμιστικού ενδιαφέροντος των συντακτών των εκθέσεων.

Πίνακας 23: Τομείς / πεδία μεταρρυθμιστικής προτεραιότητας για την πολιτική υγείας στην Ελλάδα βάσει των εκθέσεων εμπειρογνωμόνων (1920-2000)

α/α	Τομέας μεταρρύθμισης	Εκθέσεις Εμπειρογνωμόνων								Σύνολο Εκθέσεων
		Έκθεση Κοινωνίας των Εθνών	Έκθεση Λούρου	Έκθεση Επιτρ. Κοινωνικών Ασφαλίσεων	Έκθεση Πάτρα	Έκθεση ΚΕΠΕ	Έκθεση Δοξιάδη	Έκθεση Επιτρ. Ξένων Εμπειρ/νων	Έκθεση Επιτρ. Σπράου	
1	Οργάνωση και διοίκηση συστήματος υγείας - αναδιοργάνωση Υπουργείου Υγείας	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	**8**
2	Αποκέντρωση - περιφερειακοποίηση υπηρεσιών υγείας	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		**7**
3	Χρηματοδότηση υγειονομικών υπηρεσιών - ασφάλιση υγείας		✓	✓	✓	✓		✓	✓	**6**
4	Αναδιοργάνωση νοσοκομειακής περίθαλψης	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	**7**
5	Ανάπτυξη υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και ΠΦΥ	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	**7**
6	Πολιτική διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού (στελέχωση, εκπαίδευση, ανάπτυξη)	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	**7**
7	Ρύθμιση εργασιακών θεμάτων προσωπικού υγείας		✓		✓			✓		**3**

8	Βελτίωση υγειονομικών υποδομών / εξοπλισμού	✓				✓			**2**
9	Διασφάλιση δημόσιας υγείας και περιβαλλοντικής υγιεινής	✓				✓	✓		**3**
10	Προώθηση μέτρων φαρμακευτικής πολιτικής		✓	✓	✓	✓	✓	✓	**6**
11	Ρύθμιση θεμάτων λειτουργίας ιδιωτικού τομέα υγείας				✓	✓			**2**
12	Εθνικός προγραμματισμός - διατομεακή πολιτική υγείας	✓	✓		✓	✓	✓	✓	**6**
13	Υπερκομματική μεθοδολογία στο σχεδιασμό και υλοποίηση υγειονομικών μεταρρυθμίσεων	✓	✓				✓		**3**

iv. Παράγοντες που επηρέασαν το σχεδιασμό και την εφαρμογή των πολιτικών υγείας

Η μελέτη της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα, κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα, κατέστησε εμφανή την «επισφάλεια» που χαρακτηρίζει τους υγειονομικούς σχεδιασμούς στη χώρα μας και η οποία, ως επί το πλείστον, είχε ως αποτέλεσμα την αδυναμία μεταφοράς αυτών στο επίπεδο της πρακτικής εφαρμογής και συνακόλουθα την αδυναμία προώθησης των αναγκαίων μεταρρυθμίσεων (Κουρής και συν., 2006; Σουλιώτης, 2019).

Οι παράγοντες οι οποίοι επηρέασαν την έκβαση των περισσότερων υγειονομικών σχεδιασμών, όπως αυτοί διατυπώθηκαν στις εκθέσεις εμπειρογνωμόνων, διαμορφώνοντας συνθήκες ανάσχεσης ή αναστολής των προτεινόμενων μέτρων και πολιτικών, συμπυκνώνονται στους εξής :

i. στην απουσία της απαραίτητης πολιτικής βούλησης και δέσμευσης για την προώθηση των προτεινόμενων αλλαγών στο υγειονομικό πεδίο.

ii. στην αδυναμία εξασφάλισης των απαιτούμενων χρηματικών πόρων για την εφαρμογή των υγειονομικών σχεδιασμών, απόρροια της ανεπαρκούς οικονομικής βιωσιμότητας του συστήματος υγείας.

iii. στη μη οικοδόμηση συνθηκών συναίνεσης και συνεννόησης μεταξύ των εμπλεκομένων μερών σε ότι αφορά τα θέματα σχεδιασμού και – κυρίως - εφαρμογής των πολιτικών υγείας.

iv. στην αδυναμία διαχείρισης του – λεγόμενου - πολιτικού κόστους και συνακόλουθα των αντιδράσεων που εκδηλώνονταν, από την πλευρά επαγγελματικών ομάδων και ομάδων πίεσης του τομέα της υγείας, για τις προτεινόμενες αλλαγές και μεταρρυθμίσεις, γεγονός που είχε ως συνέπεια την υψηλή συχνότητα εμφάνισης του συνδρόμου της «μετάθεσης στόχων» δηλαδή της εφαρμογής των αναγκαίων αλλαγών από τη μία κυβέρνηση στην άλλη (Μουζέλης 2003).

v. στην ανεπάρκεια και αδυναμία του διοικητικού μηχανισμού του κράτους – συμπεριλαμβανομένου του ανθρώπινου δυναμικού - να υποστηρίξει επαρκώς τη διαδικασία σχεδιασμού και - ιδίως - την εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων.

vi. στη συστηματική υποβάθμιση της στρατηγικής σημασίας του υπουργείου υγείας, γεγονός που είχε ως συνέπεια τη διοικητική, λειτουργική και θεσμική αποδυνάμωση του ρόλου και του εύρους παρέμβασης αυτού, ιδιαίτερα σε ότι αφορούσε την προώθηση πολιτικών διατομεακού χαρακτήρα, για την υλοποίηση των οποίων απαιτούνταν η σύμφωνη γνώμη και συνεργασία και άλλων υπουργείων.

Πέραν των παραπάνω, η πραγματοποιηθείσα ανάλυση κατέδειξε επίσης τις διαχρονικές «δυστοπίες» του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα, οι οποίες συνθέτονταν, μεταξύ άλλων, από: σημαντικές ανισότητες στην υγειονομική φροντίδα, χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, απουσία προσανατολισμού στην πρωτοβάθμια φροντίδα, έλλειψη οργάνωσης προγραμμάτων πρόληψης και δημόσιας υγείας, αναποτελεσματική διοίκηση των υγειονομικών δομών, απουσία εθνικού προγραμματισμού για την υγεία και μεγάλα κενά και ανεπάρκειες στην εκπαίδευση και ανάπτυξη του υγειονομικού προσωπικού.

7.2. Κατευθύνσεις και προτάσεις για το σχεδιασμό της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα: Η αλλαγή παραδείγματος ως εθνικό ζητούμενο

Οι παραπάνω επισημάνσεις και διαπιστώσεις επιβεβαιώνουν τη θέση πως οι υγειονομικοί σχεδιασμοί – και συνακόλουθα οι μεταρρυθμίσεις – που επιχειρήθηκαν στην Ελλάδα, καθ' όλη τη διάρκεια του 20ου αιώνα, δεν κατόρθωσαν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τα προβληματικά χαρακτηριστικά, τις αδυναμίες και τις παθογένειες της πολιτικής υγείας και της λήψης αποφάσεων που την υποστήριζαν. Οι αιτίες μπορούν να αναζητηθούν, αφενός στην απουσία της απαραίτητης πολιτικής βούλησης και αφετέρου – και κυρίως – στην έλλειψη συστηματικότητας που διέκρινε την προπαρασκευή και εκτέλεση των μεταρρυθμιστικών σχεδιασμών από τις εκάστοτε κυβερνήσεις, κάτι που επιβεβαιώνεται και από την (διαχρονική) αδυναμία επίτευξης των προκαθορισμένων μεταρρυθμιστικών στόχων (Παπούλιας και συν., 2002; Kouris et al., 2023).

Και αν οι υγειονομικοί σχεδιασμοί που εκπονήθηκαν στο παρελθόν δεν κατόρθωσαν να συνδράμουν στη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας που θα ανταπόκρίνεται στις ανάγκες των πολιτών και θα χαρακτηρίζεται από ισότητα, οικονομική αποδοτικότητα και κλινική αποτελεσματικότητα, είναι σχεδόν βέβαιο ότι η επιτυχία των μελλοντικών μεταρρυθμιστικών σχεδιασμών θα εξαρτηθεί από τη δυνατότητα **αλλαγής παραδείγματος σε ότι αφορά τη διαδικασία – και τη μεθοδολογία – του σχεδιασμού και της εφαρμογής της πολιτικής υγείας** (Σισσούρας, 2012; 2016).

Υπό το πρίσμα αυτό και προκειμένου να καταστεί εφικτός ο στόχος της οργανωτικο-διοικητικής, λειτουργικής και θεσμικής ανασυγκρότησης του συστήματος υγείας αλλά και της βελτίωσης της κλινικής διακυβέρνησης αυτού (Halligan and Donaldson, 2001; Balding, 2008; Veenstra et al., 2017), απαιτείται να υπάρξει ένας σαφής επαναπροσδιορισμός της φιλοσοφίας σχεδιασμού και της στρατηγικής των μεταρρυθμίσεων (Walt, 1998), ο οποίος θα συνοδεύεται από συγκεκριμένες αρχές – παραδοχές. Οι βασικές αρχές που δύναται να αποτελέσουν τον **«καταστατικό χάρτη» για το νέο παράδειγμα της εθνικής πολιτικής υγείας** προσδιορίζονται ως εξής:

Πρώτον, η μεταρρύθμιση της υγείας προϋποθέτει τη χάραξη εμπεριστατωμένης πολιτικής.

Η αρχή αυτή αναγνωρίζει την τεκμηρίωση ως βασική προϋπόθεση οποιασδήποτε σχεδιαζόμενης παρέμβασης στο πεδίο της πολιτικής υγείας, υπό την έννοια ότι κάθε πρόταση ή σχεδιασμός για αλλαγές στο υγειονομικό σύστημα θα πρέπει να βασίζεται σε τεκμηριωμένες προσεγγίσεις-αξιολογήσεις και επιστημονικά δεδομένα και όχι σε απλουστευτικές γενικεύσεις ή ιδεοληπτικές θέσεις και προσεγγίσεις, όπως συχνά συμβαίνει στην Ελλάδα (Μπαλασόπουλος και Κυριόπουλος, 2016).

Ο εμπεριστατωμένος σχεδιασμός προϋποθέτει, μεταξύ άλλων, την ανάλυση και αξιολόγηση των προκλήσεων και των αδυναμιών του υπάρχοντος συστήματος υγείας, την ταυτοποίηση των περιοχών που απαιτούν αλλαγές και βελτιώσεις, τη συλλογή δεδομένων και την ανάλυση των επιδόσεων του συστήματος υγείας καθώς

και τη σύγκριση μεταξύ διαφορετικών πρακτικών και πολιτικών σε άλλες χώρες (Σουλιώτης, 2019).

Δεύτερον, ο μεταρρυθμιστικός σχεδιασμός στο υγειονομικό πεδίο οφείλει να διέπεται από μια ολιστική και διεπιστημονική προσέγγιση, ο οποίος θα αξιολογεί και θα ενσωματώνει τους παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας καθώς και τη ζήτηση και χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι στο πλαίσιο της διαδικασίας σχεδιασμού των πολιτικών για την υγεία θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη το σύνολο των παραγόντων που την επηρεάζουν, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών, οικονομικών, περιβαλλοντικών και πολιτισμικών παραμέτρων (π.χ. κοινωνικές ή οικονομικές ανισότητες, περιβαλλοντικές συνθήκες, τρόπος ζωής και συνήθειες, κ.α.) και ταυτόχρονα να επιδιώκεται η μέγιστη δυνατή συνεργασία μεταξύ διαφορετικών επιστημονικών πεδίων και κλάδων με ζητούμενο τη διαμόρφωση αποτελεσματικών και ολοκληρωμένων διατομεακών πολιτικών και λύσεων για τη βελτίωση της υγείας και των υπηρεσιών υγείας.

Τρίτον, ο σχεδιασμός και η εφαρμογή μιας υγειονομικής μεταρρύθμισης προϋποθέτει τη διασφάλιση της οικονομικής/χρηματοδοτικής βιωσιμότητας αυτής.

Η αρχή αυτή αναφέρεται στην ικανότητα εξασφάλισης και κατανομής των απαραίτητων πόρων για την υλοποίηση των μέτρων και πολιτικών που προβλέπονται σ' έναν μεταρρυθμιστικό σχεδιασμό στον τομέα της υγείας και αναγνωρίζει ότι η παραγωγή υπηρεσιών υγείας οφείλει να γίνεται με βάση την αποδοτική χρήση των σπάνιων υγειονομικών πόρων. Αυτό πρακτικά σημαίνει πως ο σχεδιασμός μιας υγειονομικής μεταρρύθμισης θα πρέπει να λαμβάνει σοβαρά υπόψη του τις οικονομικές πτυχές της υγείας, όπως τις δαπάνες για την παροχή υπηρεσιών υγείας, τη διαχείριση των κινδύνων, τη διαθεσιμότητα των πόρων και τη βιωσιμότητα των συστημάτων χρηματοδότησης.

Είναι σαφές ότι στο πλαίσιο της προβληματικής για το πώς θα επιτευχθεί η βέλτιστη οικονομική υποστήριξη και βιωσιμότητα του μεταρρυθμιστικού εγχειρήματος, είναι επιβεβλημένη η ενδελεχής ανάλυση και εξέταση ζητημάτων όπως η δυνατότητα ανακατανομής των διαθέσιμων πόρων ή δημιουργίας νέων μηχανισμών για τη χρηματοδότηση των προτεινόμενων μέτρων, την ίδια στιγμή που η ικανοποίηση της συνθήκης αυτής συνδέεται άρρηκτα με την έννοια της πολιτικής δέσμευσης και προτεραιοποίησης στο πλαίσιο της γενικότερης οικονομικής πολιτικής του κράτους.

Άλλωστε, η ελληνική εμπειρία έχει καταδείξει πως πλείστες υγειονομικές μεταρρυθμίσεις απέτυχαν ακριβώς επειδή δεν είχαν ληφθεί σοβαρά υπόψη οι οικονομικές πτυχές των προτεινόμενων αλλαγών, ούτε είχαν διασφαλιστεί επαρκώς οι αναγκαίοι πόροι για την πλήρη εφαρμογή αυτών, γεγονός που και η παρούσα διατριβή ανέδειξε στην ανάλυση που προηγήθηκε.

Τέταρτον, η διαμόρφωση στρατηγικής «συμμαχιών» και συλλογικής στήριξης των αλλαγών αποτελεί sine qua non όρο της μεταρρυθμιστικής μεθοδολογίας που οφείλει να πρυτανεύει στο πρόγραμμα υγειονομικής αναδιοργάνωσης του κράτους.

Με δεδομένο ότι οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας εμπεριέχουν αλλαγές τόσο στο επίπεδο του θεσμικού πλαισίου και των διαδικασιών όσο και σε

χρηματοδοτικά μέσα και οργανωτικές δομές, είναι σημαντικό - για να καταστούν εφικτές αυτές οι αλλαγές - να υπάρχει το αναγκαίο πλαίσιο συναίνεσης και υποστήριξης από τους ενδιαφερόμενους φορείς και την κοινωνία των πολιτών. Επομένως, η ύπαρξη μιας στρατηγικής συνθέσεων, συναινέσεων και συνεννοήσεων στο πεδίο της πολιτικής υγείας, δύναται να συμβάλλει ουσιαστικά, αφενός στην αποδοχή και βιωσιμότητα ή διατηρησιμότητα μιας υγειονομικής μεταρρύθμισης – και των αλλαγών που αυτή πρόκειται να επιφέρει - και αφετέρου στον περιορισμό τυχόν αντιστάσεων ή αντιδράσεων από τα εμπλεκόμενα μέρη και τους ενδιαφερόμενους φορείς (Κυριόπουλος, 2020). Αξίζει να αναφερθεί πως η εμπειρία των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων στην Ελλάδα έχει καταδείξει την ελλειμματική προσέγγιση που ακολουθήθηκε διαχρονικά ως προς την διαμόρφωση συνθηκών συναίνεσης και συνεννόησης στα θέματα υγείας και η οποία αποτέλεσε ουκ ολίγες φορές καθοριστικό παράγοντα της μη εφαρμογής των μεταρρυθμιστικών σχεδιασμών (Wood-Ritsatakis, 1986; Κουρής και συν., 2007; Σισσούρας, 2012).

Υπό το πρίσμα αυτό, προκύπτει ως ανάγκη η εισαγωγή – και εμπέδωση- μιας σταθερής και οργανωμένης διαδικασίας λήψης αποφάσεων στο υγειονομικό πεδίο που από τη μία, θα αποτρέπει τη χειραγώγηση που συνήθως αναπτύσσεται στη χώρα μας για πολιτικούς και ιδεολογικούς λόγους και από την άλλη, θα προάγει με αποτελεσματικό και ουσιαστικό τρόπο τον κοινωνικό/δημόσιο διάλογο, τη διαβούλευση και την επικοινωνία μεταξύ των εμπλεκομένων μερών – συμπεριλαμβανομένων των ασθενών/χρηστών των υπηρεσιών υγείας - με βασικό ζητούμενο την επίτευξη συναίνεσης ως προς τις κατάλληλες επιλογές μεταρρύθμισης και ιεράρχησης τους.

Πέμπτον, η βελτίωση της κανονιστικής διακυβέρνησης και η αποκατάσταση της θεσμικής εμπιστοσύνης αποτελεί κρίσιμη προϋπόθεση της μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας.

Ως κανονιστική διακυβέρνηση νοείται το ρυθμιστικό και κανονιστικό (νομοθετικό) πλαίσιο που καθορίζει την οργάνωση και λειτουργία του συστήματος υγείας και το οποίο περιλαμβάνει τη διαμόρφωση, ανάπτυξη, εφαρμογή και παρακολούθηση των νομοθετικών κανόνων, κανονισμών, μέτρων και πολιτικών που διέπουν τον τομέα της υγείας. Από την άλλη, η θεσμική εμπιστοσύνη στον τομέα της υγείας αναφέρεται στο βαθμό εμπιστοσύνης που οι πολίτες έχουν προς τους θεσμούς και τις θεσμικές δομές που διαχειρίζονται το σύστημα υγείας, ήτοι προς την κυβέρνηση, τους υγειονομικούς φορείς, τους παρόχους υγείας, τις φαρμακευτικές εταιρείες και γενικότερα τους φορείς που είναι υπεύθυνοι για τη λειτουργία και παροχή υπηρεσιών στον υγειονομικό τομέα.

Η αλλαγή παραδείγματος στον τομέα της υγείας οφείλει να περιλάβει **μια νέα κουλτούρα «κανονιστικής διακυβέρνησης»** που θα προωθεί την απλούστευση και βελτίωση της ποιότητας του ρυθμιστικού και νομοθετικού πλαισίου που διέπει τη δράση των φορέων του συστήματος αλλά και της ίδιας της διοίκησης αυτού, υπερβαίνοντας το δαιδαλώδες και προβληματικό περιβάλλον της γραφειοκρατίας, της πολυνομίας και της κακονομίας που χαρακτηρίζει διαχρονικά το πεδίο της πολιτικής υγείας, αλλά και της δημόσιας διοίκησης εν γένει, στην Ελλάδα (Σωτηρόπουλος και Χριστόπουλος, 2016).

Ένα τέτοιο πλαίσιο δύναται να επενδύει σε μια συστηματική διαδικασία σχεδιασμού και να παράγει λιγότερους και καλύτερους νόμους και διατάξεις που

θα ρυθμίζουν με τρόπο περισσότερο καίριο και αποτελεσματικό τις βασικές παραμέτρους της υγειονομικής πολιτικής και διοίκησης στη χώρα, θέτοντας σαφείς και σταθερούς κανόνες (Bullock et al., 2001).

Στη βάση αυτών: α. θα αξιολογείται η αναγκαιότητα, η καταλληλότητα και η αναλογικότητα των ρυθμιστικών μέτρων σε συνάφεια με τον επιδιωκόμενο σκοπό των υγειονομικών σχεδιασμών και μεταρρυθμίσεων, β. θα προωθείται η απλότητα και η σαφήνεια του περιεχομένου των ρυθμίσεων και η εναρμόνισή τους με το ισχύον εθνικό, κοινοτικό και διεθνές δίκαιο, γ. θα διασφαλίζεται η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα, η διαφάνεια και η αποφυγή περιττών οικονομικών βαρών και δαπανών στο υγειονομικό σύστημα κατά το στάδιο εφαρμογής των ρυθμίσεων και δ. θα υπάρχει σαφής προσδιορισμός των οργάνων που θα είναι αρμόδια για την εφαρμογή και παρακολούθηση των σχεδιαζόμενων ρυθμίσεων και αλλαγών στο σύστημα υγείας (Μέργος και Μακρυδημήτρης, 2012; Δραμαλιώτη και Στεφοπούλου, 2018). Τούτο αναμένεται ότι θα συμβάλει στην ουσιαστική βελτίωση του ρυθμιστικού πλαισίου της υγειονομικής διοίκησης και διακυβέρνησης, αλλά και στον προσδιορισμό των κατάλληλων κριτηρίων για την αξιολόγησή της από τον πολίτη και την κοινωνία των πολιτών.

Η παραπάνω συνθήκη οφείλει ωστόσο να συνοδευτεί και από μια στρατηγική ανάκτησης ή αποκατάστασης της εμπιστοσύνης των πολιτών-χρηστών υπηρεσιών υγείας για το σύστημα και τους θεσμούς διακυβέρνησης που καλούνται να σχεδιάσουν και να υλοποιήσουν τις μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας, λαμβάνοντας υπόψη ότι στην Ελλάδα εντοπίζεται ένας χαμηλός βαθμός θεσμικής εμπιστοσύνης, ο οποίος υπονομεύει κάθε προσπάθεια ρύθμισης και αλλαγής και στο υγειονομικό πεδίο (Σουλιώτης, 2019). Επιστημονικές μελέτες έχουν δείξει ότι η θεσμική εμπιστοσύνη επηρεάζει την αποδοχή, συμμετοχή και υποστήριξη των πολιτών στις αλλαγές και μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας (Mechanic, 1998; Hall et al., 2001; Rowe and Calnan, 2006; Blendon, 2006; Abelson et al., 2009; Gille et al., 2015; Blendon and Benson, 2022). Αυτό σημαίνει πως όταν οι πολίτες εμπιστεύονται τις θεσμικές αρχές και αισθάνονται ότι οι αποφάσεις που λαμβάνονται στο σύστημα υγείας χαρακτηρίζονται από διαφάνεια, δικαιοσύνη, λογοδοσία και ενημέρωση, τότε είναι περισσότερο πιθανή η αποδοχή και υποστήριξη των προθέσεων ή/και των αποτελεσμάτων μιας σχεδιαζόμενης μεταρρύθμισης ενώ ο υψηλός βαθμός θεσμικής εμπιστοσύνης συνδέεται επίσης με την ικανοποίηση των πολιτών από το σύστημα υγείας, την αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης περίθαλψης και τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Υπό αυτό το πρίσμα είναι κρίσιμο, σε πολιτικό και θεσμικό επίπεδο, να γίνει πλήρως αντιληπτή: **α**. η ανάγκη **«υπέρβασης» των παραδοσιακών προτύπων ή μοντέλων λήψης αποφάσεων και διακυβέρνησης στον τομέα της υγείας** - τα οποία επί δεκαετίες, και υπό την «απειλή» του πολιτικού κόστους, συνέβαλαν στη διαιώνιση και αναπαραγωγή διαχρονικών παθογενειών, στρεβλώσεων και δυσλειτουργιών της πολιτικής υγείας - και **β**. η σημασία **διαμόρφωσης ενός αναθεωρημένου πλαισίου σχεδιασμού και παραγωγής πολιτικής** που θα παρέχει μία νέα προοπτική ρυθμίσεων για την ορθολογικοποίηση και ανασυγκρότηση του συστήματος και των υπηρεσιών υγείας, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στον ολοκληρωμένο και τεκμηριωμένο σχεδιασμό και στην ενίσχυση της θεσμικής συνέχειας και μνήμης εντός του υγειονομικού συστήματος (Δημητρόπουλος, 2022).

.....

Εν κατακλείδι, οι εκθέσεις εμπειρογνωμόνων για την πολιτική υγείας που προετοιμάστηκαν και εκπονήθηκαν κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα – και οι οποίες αποτέλεσαν αντικείμενο έρευνας της παρούσας διατριβής - συνιστούν **πολύτιμα τεκμήρια για την κατανόηση, ερμηνεία, αξιολόγηση και τεκμηρίωση του πλαισίου και της μεθοδολογίας του σχεδιασμού και της εφαρμογής των πολιτικών υγείας στην Ελλάδα**, με τους περιορισμούς και τα προβλήματα που αναπόφευκτα υπήρχαν καθ' όλη την πορεία ανάπτυξης του συστήματος υγείας.

Η μελέτη των εν λόγω εκθέσεων ανέδειξε εμφατικά τη **διάρκεια του προβληματισμού** σχετικά με τα μείζονα προβλήματα της πολιτικής υγείας στη χώρα μας και ταυτόχρονα **«φώτισε» αθέατες πτυχές του κανονιστικού χαρακτήρα των πορισμάτων και των συμπερασμάτων των εκθέσεων**, οι οποίες, σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό, απηχούσαν το πνεύμα, τις απόψεις, τις εμπειρίες, το επιστημονικό υπόβαθρο και την οπτική των συντακτών τους αλλά τον ειδικό ιστορικό χρόνο εντός του οποίου και υπό τις συνθήκες του οποίου κάθε έκθεση διαμορφώθηκε και κατατέθηκε.

Σε ότι αφορά το απόθεμα γνώσης που παρήχθη μέσω των εν λόγω εκθέσεων δύναται να συνεισφέρει χρήσιμα συμπεράσματα και κατευθυντήριες γραμμές στο μελλοντικό σχεδιασμό των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων στην Ελλάδα, ιδιαίτερα σε ότι αφορά τις **προτεραιότητες πολιτικής** που οφείλουν να διέπουν την μεταρρυθμιστική πρακτική στο υγειονομικό πεδίο και στο επίκεντρο της οποίας η παρούσα έρευνα τοποθετεί τη χάραξη τεκμηριωμένων και συστηματικά επεξεργασμένων πολιτικών που θα αξιοποιούν τα διδάγματα του παρελθόντος, εντάσσοντας τα στις σημερινές ανάγκες και προκλήσεις του συστήματος υγείας.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Δημητρόπουλος, Α. (2022), *Η συγκρότηση «Θεσμικής Μνήμης» στο Ελληνικό Διοικητικό Σύστημα*, Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης.
- Δραμαλιώτη, Ε. και Στεφοπούλου, Ε. (2018), *Καλή Νομοθέτηση. Σημειώσεις Μαθήματος,* Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης.
- Κουρής, Γ., Σουλιώτης, Κ., Φιλαλήθης, Α. (2006), Οι υγειονομικές μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα. Παράγοντες αποτυχίας και κανόνες ορθού μεταρρυθμιστικού σχεδιασμού, *Διοικητική Ενημέρωση*, 39: 82-90.
- Κουρής, Γ., Σουλιώτης, Κ., Φιλαλήθης, Α. (2007), Οι "περιπέτειες" των μεταρρυθμίσεων του ελληνικού συστήματος υγείας: Μία ιστορική επισκόπηση, *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, 1: 35-67.
- Κυριόπουλος Γ., (2020), Η αναζήτηση ομοφωνίας για τις μεταρρυθμίσεις στην υγεία και στην ιατρική περίθαλψη, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής,* 37(1): 7-14.
- Μέργος, Γ. και Μακρυδημήτρης, Α. (2012), *Η προώθηση των μεταρρυθμίσεων στην ελληνική οικονομία*, Αθήνα: Ακαδημία Αθηνών.
- Μουζέλης, Ν. (2003), Γιατί αποτυγχάνουν οι μεταρρυθμίσεις, *Το Βήμα, 29 Ιουνίου*. Διαθέσιμο στο: https://www.tovima.gr/2008/11/24/opinions/giati-apotygxanoyn-oi-metarrythmiseis/ [Ανακτήθηκε: 20/03/2023].
- Μπαλασόπουλος, Θ. και Κυριόπουλος, Η. (2016), *Ας αλλάξουμε το Εθνικό Σύστημα Υγείας προς το καλύτερο*. Διαθέσιμο στο: https://ekyklos.gr/sb/96-as-allaksoume-to-ethniko-systima-ygeias-pros-to-kalytero.html [Ανακτήθηκε: 15/04/2023].
- Παπούλιας, Δ., Τσούκας, Χ. (1998), *Κατευθύνσεις για τη Μεταρρύθμιση του Κράτους,* Αθήνα: Καστανιώτη.
- Παπούλιας, Δ., Σωτηρόπουλος, Δ., και Οικονόμου, Χ. (2002), *Το εκκρεμές της Διοικητικής Μεταρρύθμισης: το παράδειγμα της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Διοίκησης*, Αθήνα: Ποταμός.
- Σισσούρας, Α. (2012), *Τα μετέωρα βήματα του ΕΣΥ: Τριάντα χρόνια Εθνικού Συστήματος Υγείας: Ανάλυση της υλοποίησης και μαθήματα πολιτικής υγείας*, Αθήνα: Καστανιώτη.
- Σισσούρας, Α. (2016), *Η συζήτηση για τις μεταρρυθμίσεις στην Υγεία*. Διαθέσιμο στο: https://ekyklos.gr/sb/147-i-syzitisi-gia-tis-metarrythmiseis-stin-ygeia.html#1b [Ανακτήθηκε: 15/04/2023].
- Σουλιώτης, Κ. (2019), *Τεκμηριωμένη πολιτική υγείας: Μια πρόταση για την Ελλάδα,* Αθήνα: Παπαζήση.

- Σωτηρόπουλος, Α. και Χριστόπουλος, Λ. (2016). *Πολυνομία, Κακονομία καιΓραφειοκρατία στην Ελλάδα: Ανάλυση Αποτυχιών του Παρελθόντος και Προτάσεις Βελτιωτικών Παρεμβάσεων*, Αθήνα: Διανέοσις. Διαθέσιμο στο: https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2016/07/polynomia_final2.pdf [Ανακτήθηκε: 15/04/2023].

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Abelson, J., Miller, F.A. και Giacomini, M. (2009), What does it mean to trust a health system? A qualitative study of Canadian health care values, *Health Policy,* 91: 63–70.
- Balding, C. (2008), From quality assurance to clinical governance, *Australian health review: a publication of the Australian Hospital Association*, *32*(3): 383–391.
- Baltussen, R., Mitton, C., Danis, M., Williams, I., Gold, M. (2017), Global developments in priority setting in health, *International Journal of Health Policy and Management*, 2017, 6(3): 127-128.
- Blendon, R. (2006), Why Americans don't trust the government and don't trust healthcare, In: Shore D.A. (eds.), The trust crisis in healthcare, Oxford: Oxford University Press.
- Blendon, R. και Benson, J. (2022), Trust in Medicine, the Health System και Public Health, *Daedalus*, 151 (4): 67–82.
- Bullock, H., Mountford, J. και Stanley, R. (2001), *Better Policy Making*, London : Centre for Management and Policy Studies, Cabinet Office. Available at: https://www.wacm.org.uk/files/betterpolicymaking.pdf [Accessed: 16/04/2023].
- Burke, S., Parker, S., Fleming, P., Barry, S., και Thomas, S. (2021), Building health system resilience through policy development in response to COVID-19 in Ireland: From shock to reform, *The Lancet regional health. Europe*, *9*: 100223. Available at: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666776221002088 [Accessed: 04/03/2023].
- Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., et al. (2015), The impact of the crisis on the health system and health in Greece, In: Maresso, A., Mladovsky, P., Thomson, S., et al. (eds), *Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience*, Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies (Observatory Studies Series, No. 41.). Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK447857/ [Accessed: 15/03/2023].
- Gille, F., Smith, S., και Mays, N. (2015), Why public trust in health care systems matters and deserves greater research attention, *Journal of health services research και policy*, *20*(1): 62–64.

- Hall, M. A., Dugan, E., Zheng, B., και Mishra, A. K. (2001), Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter?, *The Milbank quarterly*, *79*(4): 613–v.
- Halligan, A., και Donaldson, L. (2001), Implementing clinical governance: turning vision into reality, *BMJ (Clinical research ed.)*, *322*(7299): 1413–1417. Available at: https://www.bmj.com/content/322/7299/1413.long [Accessed: 17/03/2023].
- Hansen, J., Haarmann, A., Muscat, N. A., Tomaselli, G. και Poldrugovac, M. (2021), *What are the key priority areas where European health systems can learn from each other?*, World Health Organization - Regional Office for Europe. Available at: https://apps.who.int/iris/handle/10665/341698 [Accessed: 16/03/2023].
- Heginbotham, C., Ham, C. (1992), *Purchasing dilemmas*, London: Kings Fund Institute.
- Howard-Jones, N. (1978), International public health between the two World Wars: The organizational problems, Geneva: World Health Organization. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39249/9241560584_eng.pdf;sequence=1 [Accessed: 15/03/2023].
- Hyman, H.H. (1982), *Health Planning: A Systematic Approach*, Rockville, Md: Aspen.
- Kaplan, R. M. και Frosch, D. L. (2005), Decision making in medicine and health care. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*(1): 525–556.
- Kouris, G., Trompoukis, C., Contiades, X., Philalithis, A. (2023), The contribution of expert reports to the formulation of health policy in Greece during the period 1920-2000, *Archives of Hellenic Medicine*. [in press].
- Maani, K. E. και Cavana, R. Y. (2000), *Systems thinking and modelling: Understanding change and complexity*, New Zealand: Prentice Hall.
- Martineau, T., McPake, B., Theobald, S., et al. (2017), Leaving no one behind: lessons on rebuilding health systems in conflict- and crisis-affected states, *BMJ Global Health*, 2(2): e000327.
- Mechanic, D. (1998), The functions and limitations of trust in the provision of medical care, *Journal of health politics, policy and law*, *23*(4): 661–686.
- Midgley, G. (2006), Systemic intervention for public health, *American Journal of Public Health*, 96(3): 466-472.
- Oliver, A., Mossialos, E. (2005), European health systems reforms: Looking backward to see forward? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30 (1-2): 7–28.
- Papoulias, D. B., Tsoukas, H. (1994), Managing Reforms on a Large Scale: What Role for OR/MS? *Journal of the Operational Research Society*, 45(9): 977-986.

- Pavignani, E., Colombo, S. (2009), *Analysing disrupted health sectors. A modular manual*, Geneva: World Health Organization. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44299/9789241599269_eng.pdf?sequence=1καιisAllowed=y [Accessed: 15/03/2023].
- Reynolds, H.W., Sutherland, E.G. (2013), A systematic approach to the planning, implementation, monitoring, and evaluation of Integrated Health Services, *BMC Health Services Research*, 13: 168.
- Rowe, R., και Calnan, M. (2006), Trust relations in health care - the new agenda, *European Journal of Public Health*, 16(1): 4–6.
- Rubenstein L.S. (2011), Post-conflict health reconstruction: Search for a policy, *Disasters*, 35(4): 680–700.
- Rutherford, S., Saleh, S. (2019), Rebuilding health post-conflict: case studies, reflections and a revised framework, *Health policy and planning*, *34*(3): 230–245.
- Saltman, R., Figueras, J. (1997), *European Health Care Reform: Analysis of current strategies*, Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Stamati, F., Baeten, R. (2014), Health care reforms and the crisis, Brussels: ETUI. Available at: https://www.epsu.org/sites/default/files/article/files/ETUI_EPSU-OSE-Study-Healthcare-Reforms_Crisis-Full-Report-01-15-EN.pdf [Accessed: 15/03/2023].
- Spurgeon, P., Mullen, P. (2000), *Priority setting and the public*, Abingdon, UK: Radcliffe Medical Press.
- Shuey, D. A., Qosaj, F. A., Schouten, E. J., Zwi, A. B. (2003), Planning for health sector reform in post-conflict situations: Kosovo 1999-2000, *Health policy,* 63(3): 299–310.
- Veenstra, G. L., Ahaus, K., Welker, G. A., Heineman, E., Van der Laan, M. J., και Muntinghe, F.L. (2017), Rethinking clinical governance: healthcare professionals' views: a Delphi study, *BMJ open*, *7*(1): e012591. Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5253713/ [Accessed: 17/03/2023].
- Walt, G. (1998), Implementing healthcare reform: a framework for discussion, In: Saltman, R., Figueras, J. and Sakellarides C. (eds), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, Buckingham: Open University Press.
- Wood-Ritsatakis, A. (*1986*), *Unified Social Planning in the Greek Context,* Athens: Centre of Planning and Economic Research.
- World Health Organization (2000), *Health Sector Reform: Issues and Opportunities*, Nepal: World Health Organization -Regional Office For South-East Asia. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/127574/WP_HlthSecRefm_Final%20Version.pdf;sequence=1 [Accessed: 03/03/2023].

- World Health Organization (2023), *Public health emergencies: Preparedness and response*. Available at: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB152/B152_15-en.pdf [Accessed: 15/03/2023].

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Παραγόμενο επιστημονικό έργο κατά την περίοδο συγγραφής της Διδακτορικής Διατριβής

Α. Άρθρα σε επιστημονικά περιοδικά με σύστημα κριτών

i. Kouris, G., Trompoukis, C., Contiades, X., Philalithis, A. (2023), The contribution of expert reports to the formulation of health policy in Greece during the period 1920-2000, *Archives of Hellenic Medicine*. [in press].

ii. Kouris, G., Trompoukis, C., Contiades, X., Philalithis, A. (2023), Health reform initiatives in the Interwar era: The case of Greece and the role of the League of Nations Health Organization, *Acta medico-historica Adriatica.* [in press].

Β. Άρθρα σε περιοδικά

iii. Κουρής, Γ., Σουλιώτης, Κ., Φιλαλήθης, Α. (2006), Οι υγειονομικές μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα. Παράγοντες αποτυχίας και κανόνες ορθού μεταρρυθμιστικού σχεδιασμού, *Διοικητική Ενημέρωση*, 39: 82-90.

iv. Κουρής, Γ., Σουλιώτης, Κ., Φιλαλήθης, Α. (2007), Οι "περιπέτειες" των μεταρρυθμίσεων του ελληνικού συστήματος υγείας: Μία ιστορική επισκόπηση, *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, 1: 35-67.

Γ. Συμμετοχή σε συλλογικούς τόμους

v. Κουρής, Γ. και Φιλαλήθης, Α. (2009), Αξιολόγηση της πολιτικής για την υγεία στην Ελλάδα (2000-2006): Ασυνέχεια πολιτικής και μετάθεση στόχων, στο Δικαίος, Κ., Πεμπετζόγλου, Μ., Πετμεζίδου, Μ. (επιμ.), *Κοινωνική Πολιτική, Κοινωνική Διοίκηση, Κοινωνική Εργασία και Κοινωνική Παρέμβαση: Παρούσα κατάσταση και μελλοντικές τάσεις και προοπτικές*, Αθήνα: Κριτική. [σελ. 347-367].

vi. Κουρής, Γ. και Φιλαλήθης, Α. (2010), Ο Μεταβαλλόμενος ρόλος του κράτους στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας: Ο Ιδιωτικός Τομέας Υγείας σε ρόλο οδηγού; στο Πετμεζίδου, Μ. και Παπαθεοδώρου, Χ. (επιμ.), *Κοινωνική Μεταρρύθμιση και Αλλαγές στο Μείγμα «Δημόσιου» - «Ιδιωτικού» στο πεδίο της κοινωνικής πολιτικής*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. [σελ.: 164-201].