



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Πολιτικο-οικονομικές κρίσεις στην υγεία και στο υγειονομικό
σύστημα στην Ελλάδα από το 1900 έως σήμερα**

**Παπαδάκη Μαρία
Πολιτική Επιστήμων**

**Επιβλέπων: Κωνσταντίνος Τρομπούκης
Επίκουρος Καθηγητής,
Ιστορίας Ιατρικής,
Πανεπιστημίου Κρήτης**

Ηράκλειο, Μάρτιος 2013

Ευχαριστίες

Η εμπειρία και η γνώση που αποκομίζει κανείς μέσω της εκπόνησης μιας διπλωματικής εργασίας εξαρτάται, όχι μονάχα από το βαθμό της ατομικής προσπάθειας και του χρόνου που καταβάλλει, αλλά και από τη συμβολή μιας ομάδας ανθρώπων. Η συγκεκριμένη εργασία δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί χωρίς την συμμετοχή ορισμένων ατόμων, τα οποία και θα ήθελα να ευχαριστήσω προσωπικά.

Πρώτα από όλους, θέλω να ευχαριστήσω θερμότατα και με όλο μου το σεβασμό τον επιβλέποντα μου, Επίκουρο Καθηγητή Ιστορίας της Ιατρικής, Κωνσταντίνο Τρομπούκη, τόσο για την επιλογή του θέματος, όσο και για την τιμή που μου έκανε να επιβλέψει την διπλωματική μου εργασία, καθώς και για την εμπιστοσύνη που έδειξε στο πρόσωπο μου, αλλά και για το βιβλιογραφικό υλικό που μου παραχώρησε.

Στη συνέχεια, θέλω να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές μέσω της ιδιότητας τους ως μέλη της επιστημονικής επιτροπής, οι οποίοι βοήθησαν στην επιλογή μου γι' αυτό το μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών, το οποίο ξεκίνησε πριν από 1,5 χρόνο περίπου.

Ένα, ξεχωριστό, ευχαριστώ επίσης, στον κ. Τάσο Φιλαλήθη, καθώς στην αρχή της συγγραφής αυτής της εργασίας, τα λίγα λόγια -περί του θέματος- τα οποία μου εξέφρασε ήταν καθοριστικά για την έναρξη μου. Επίσης, ευχαριστώ όλους εκείνους που με τον τρόπο τους ενίσχυσαν την προσπάθειά μου.

Τελειώνοντας, ευχαριστώ θερμά στον κ. Μηνά Γεωργιάδη, ο οποίος υπήρξε ο υπεύθυνος του τμήματος όλων των πολιτικο-ιστορικών εφημερίδων της Βικελαίας Βιβλιοθήκης, Ηρακλείου και ο οποίος στο ξεκίνημα όλης αυτής της προσπάθειας με καθοδήγησε απλόχερα.

Τέλος, ευχαριστώ από καρδιάς το Βασίλη και την Άννα...

Π.Μ

Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος εργασίας: **Πολιτικές & Οικονομικές κρίσεις στην Ελλάδα και η επίπτωση τους σε Υγεία και Υγειονομικό σύστημα από το 1900 έως σήμερα**

Της: Παπαδάκης Μαρίας
Υπό την επίβλεψη του: Κωνσταντίνου Τρομπούκη

Ημερομηνία: Μάρτιος 2013

Λέξεις κλειδιά: υγεία, υγειονομικό σύστημα, μεταρρύθμιση, οικονομική κρίση, συνέπειες, φτώχεια, ιστορία

Η παρούσα εργασία εξετάζει τις πολιτικοοικονομικές κρίσεις στην Ελλάδα και τις επιπτώσεις που είχαν στην υγεία και το υγειονομικό σύστημα, από τις αρχές του 20ου αιώνα μέχρι σήμερα.

Η ιστορία, η Υγεία και η Εξέλιξη του ελληνικού Υγειονομικού χάρτη αποτελεί αναμφίβολα φλέγον ζήτημα στις μέρες μας. Ο τρόπος διοίκησης αλλά και η εξέλιξη ενός σωστά οργανωμένου και δομημένου υγειονομικού συστήματος αποτελεί την σημαντικότερη παράμετρο για ένα ισορροπημένο κοινωνικό πλαίσιο.

Από τις αρχές του περασμένου αιώνα -και λίγο νωρίτερα- με τον ελληνοτουρκικό πόλεμο του 1897 η Ελλάδα βίωσε πολύ μεγάλες και καθοριστικές, για το μέλλον της, πολιτικοοικονομικές περιόδους με σφοδρότατες συνέπειες σε όλους τους τομείς της, πολιτικό, οικονομικό, κοινωνικό, γεωγραφικό αλλά και υγειονομικό. Πολλές φορές κλήθηκε να διεκδικήσει και να πολεμήσει για τα συμφέροντα της αλλά και για τον ίδιο της το λαό.

Ύστερα από μια μακροχρόνια περίοδο αναταραχών και πολέμων, ύστερα από τους Βαλκανικούς πολέμους του 1912-1913, ύστερα από 2 παγκόσμιους πολέμους, την Κατοχή του 1940, μια τεράστια μεταναστευτική πρόκληση την οποία κλήθηκε να αντιμετωπίσει η χώρα, εκείνη της Μικρασιατικής Καταστροφής, έναν εμφύλιο και μια Χούντα, η ανάγκη μιας πολιτικής χάραξης, υγειονομικού περιεχομένου, η οποία θα μπορούσε να αντιμετωπίσει τα δεινά των πολέμων, ήταν επιτακτική. Η υγεία των Ελλήνων πολλές φορές άγγιζε πάτο καθώς η υγειονομική πραγματικότητα των εποχών εκείνων ήταν είτε ανύπαρκτη αρχικά, είτε υποβαθμισμένη κατά τη διάρκεια, οι υποδομές

άθλιες, τα χρηματικά κεφάλαια ελάχιστα έως ανύπαρκτα, τα μέσα ακατάλληλα και το ιατρονοσηλευτικό δυναμικό αδύναμο.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός πως και οι οικονομικές κρίσεις, διεθνείς και ελληνικές, δημιούργησαν ανάγκες πολύ μεγάλες, που κατά τη διάρκεια των ετών οι ελληνικές κυβερνήσεις καλέστηκαν να καλύψουν. Χαρακτηριστικές ήταν το οικονομικό κραχ του 1929 και η κρίση των subprimes του 2007 που ξεκίνησε από την Αμερική κι επηρέασε, εν συνεχεία, πολλές ευρωπαϊκές χώρες, συμπεριλαμβανομένης και την Ελλάδα(2009).

Η παρούσα κρίση ως επί το πλείστον πλήττει δυσανάλογα τις χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης αλλά και τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα στο εσωτερικό των χωρών. Η ανεργία, η ευπρόσβλητη εργασία και η ανασφάλεια έχουν σημαντική αρνητική επίδραση στην υγεία. Η αύξηση των ψυχικών διαταραχών, των προβλημάτων εθισμού και εξάρτησης σε ουσίες και των αυτοκτονιών είναι οι πιο εμφανείς επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία του πληθυσμού.

Η οικονομική κρίση δημιουργεί επίσης προβλήματα στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, απειλεί τη βιωσιμότητα των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών και επιβαρύνει τη λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης.

Υπό το πρίσμα αυτό, αναδεικνύεται η σημασία για την θέσπιση σωστών και μελετημένων πρωτοβουλιών, από μέρους του πολιτικού ή καλύτερα του υγειονομικού τομέα με στόχο την καθολική εδραίωση ενός ποιοτικού επιπέδου υγείας για τον κόσμο αλλά και για την αντιμετώπιση, κατάματα, των κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων στην υγεία.

Abstract

Title: **Political and economic crises in Greece and its impact on health and healthcare system in the twentieth century.**

By: Papadaki Maria

Supervisor: Trompoukis Constantinos

Date: March, 2013

Key words: health, health system reform, economic crisis, consequences, poverty, history

This paper examines the political and economic crises in Greece and the impact they had on the health and the health system, from the early 20th century until today.

History, Health and the Evolution of Greek health system is undoubtedly hot issue nowadays. The mode of administration, but also the development of a well organized and structured health system is the most important parameter for a balanced social context.

Since the beginning of the last century-and-a little earlier with the Greek-Turkish war of 1897, Greece has experienced very large and decisive, for its future, political and financial periods with fierce consequences in all areas of political, economic, social, geographical and health. Often called upon to assert and fight for the interests of Greece, but also for her own people.

After a long period of unrest and war, after the Balkan wars of 1912-1913, after two world wars, the occupation of 1940, a massive immigration challenge that had to deal with the country, that the Asia Minor Catastrophe, a civil and a military junta, the need for policy makers, health content, which could address the plight of war, was imperative. The health of Greeks often was miserable because of the reality of health at that time was either absent initially or degraded during, poor infrastructure, monetary funds little or nonexistent, the tools unsuitable and health professionals potential weakness.

Of particular interest is the fact that economic crises and, international and Greek, have created very high needs, who during the years the Greek governments was invited to fill. Typical was the economic crash of 1929 and the crisis of the subprimes of 2007 from America and affect, then, many European countries, including Greece, (2009).

This crisis mostly disproportionately affects low-and middle growth and lower social strata within countries. The unemployment, vulnerable

employment and insecurity have significant negative effects on health. The increase of mental disorders, problems of addiction and dependence on substances and suicide are the most obvious impact of the crisis on health.

The economic crisis also creates problems in financing health systems, threatens the viability of private insurance companies and complicate the operation of the public health service units due to increased demand.

In this context, highlights the importance of establishing a fair and researched initiatives on the part of political or better the health sector in order to establish a universal quality standard of health for the people but also to deal with, face to face, social and economic inequalities health.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες.....	2
Περίληψη μεταπτυχιακής εργασίας.....	3
Αγγλική περήληψη (Abstract).....	4
Πίνακας περιεχομένων.....	5
Κατάλογος συντομογραφιών.....	10
Πρόλογος	11
<u>1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u>	
1.1 Τύπος μελέτη.....	13
1.2 Σκοπός.....	13
1.3 Στόχοι.....	13
1.4 Μεθοδολογία.....	13
1.5 Δομή της μεταπτυχιακής εργασίας.....	14
<u>2. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ</u>	16
2.1 Η έννοια της υγείας.....	16
2.2 Η έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	16
2.3 Η έννοια της κοινωνικώς πολιτικής.....	18
2.4 Η έννοια της Δημόσιας Υγείας: Η εγκαθίδρυση της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα.....	18
2.5 Διεθνείς εξελίξεις.....	19
<u>3. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ</u>	23
<u>4. ΟΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΕΣ ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΑΓΚΟΣΜΙΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ</u>	26
4.1 Ο Ελληνοτουρκικός Πόλεμος του 1897.....	25
4.1.1 Η αθρόα συμμετοχή των υγειονομικών στον πανεθνικό συναγερμό του 1897.....	27
4.1.2 Το υγειονομικό στον πόλεμο του 1987.....	29
4.1.3 Αδελφές νοσοκόμες.....	31
4.2 Βαλκανικοί πόλεμοι 1912-1913.....	34
4.2.1 Η εποχή των μεταρρυθμίσεων: η Ελλάδα των Φιλελευθέρων.....	34
4.2.2 Το υγειονομικό έργο του Ελευθερίου Βενιζέλου.....	35
4.2.2.1 Περίοδος 1910-1916.....	35
4.3 Α' παγκόσμιος πόλεμος 1914-1918.....	37

4.3.1 Το υγειονομικό έργο του Βενιζέλου την Περίοδο 1917-1920.....	39
4.4 Μικρασιατική Καταστροφή 1920-1922-Μεσοπόλεμος 1923-1940.....	42
4.4.1 Η προνοιακή αντιμετώπιση του προσφυγικού ζητήματος.....	43
4.4.1.1 Το υγειονομικό έργο του Βενιζέλου 1928-1932.....	48
4.4.2 Η επιδημιολογική πραγματικότητα στην Ελλάδα την περίοδο του μεσοπολέμου.....	50
4.4.2.1 Ο ελληνικός πληθυσμός την περίοδο του μεσοπολέμου.....	50
4.4.3 Κοινωνική Πολιτική και Ιδεολογία στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου: Επιδράσεις και εξελίξεις με αφορμή το ζήτημα των κοινωνικών ασφαλίσεων.....	56
4.4.4 Αλληλοβοηθητικά ταμεία.....	60
4.5 Β' παγκόσμιος πόλεμος 1940-1944.....	64
4.5.1 Το ελληνικό υγειονομικό σύστημα του 1940.....	63
4.5.2 Τα στρατιωτικά νοσοκομεία του 1940.....	64
4.6 Μεταπολεμική περίοδος στην Ελλάδα 1945-1974.....	65
4.6.1 Η υγειονομική κατάσταση της Ελλάδας κατά τον εμφύλιο πόλεμο 1946-1949.....	66
4.6.2 Το σχέδιο «Marshal» 1947-1952.....	67
4.6.2.1 Το ιστορικό.....	67
4.6.3 Οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας από το 1950 έως την Μεταπολίτευση.....	69
4.7 Από τη Μεταπολίτευση έως σήμερα 1974-2013.....	71

5. ΟΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΕΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΕΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ ΤΟΥ 20ου ΑΙΩΝΑ 75

5.1 Το οικονομικό Κραχ του 1929.....	75
5.2 Οι πετρελαϊκές κρίσεις της δεκαετίας του 1970.....	77
5.3 Η «Μαύρη Δευτέρα» του 1987.....	78
5.4 Η “φούσκα” των μετοχών υψηλής τεχνολογίας του 2000.....	79
5.5 Η κρίση των subprimes του 2007.....	80

6. ΟΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΕΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΠΟ ΤΟ 1893 ΕΩΣ ΣΗΜΕΡΑ 82

6.1 Από το 1893 στο 1898: Η πτώχευση της Ελλάδας και ο Διεθνής Οικονομικός Έλεγχος.....	82
6.2 1929-1932: Η παγκόσμια οικονομική κρίση και η ελληνική πτώχευση.....	83
6.3 Η ελληνική κρίση χρέους του 2009.....	85

7.ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΕ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ ΑΠΟ ΤΟ 2008 ΕΩΣ ΣΗΜΕΡΑ

87

- 7.1 Επίδραση της οικονομικής κρίσης στην υγεία των πολιτών.....89
 7.2 Επίδραση της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας.....93

8.ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΕ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΕ ΕΘΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΑΠΟ ΤΟ 2009 ΕΩΣ ΣΗΜΕΡΑ

97

- 8.1 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία των Ελλήνων.....97
 8.2 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας.....101
 8.3 Η εμπορευματοποίηση της υγείας και η έλλειψη κινήτρων στις δημόσιες υπηρεσίες.....107
 8.4 Η κατάσταση στον κλάδο της ιδιωτικής υγείας.....108
 8.5 Κατάρρευση των ασφαλιστικών ταμείων.....110
 8.6 Το εγχείρημα του ΕΟΠΥΥ.....111
 8.7 Η εμφάνιση των «γενοσήμων» φαρμάκων στον χώρο της υγείας.....113

9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

115

- Κατάλογος πινάκων.....118
 Κατάλογος εικόνων.....119
 Βιβλιογραφία.....120
 Παράρτημα.....126

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

- Ν.Δ** : Νομοθετικό Διάταγμα
Α.Ν.: Αναγκαστικός Νόμος
Φ.Ε.Κ.: Φύλλα Εφημερίδας της Κυβερνήσεως
ΚτΕ.: Κοινωνία των Εθνών
Ε.Α.Π.: Επιτροπή Αποκατάστασης Προσφύγων
Ε.Σ.Δ.Υ.: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
Ι.Κ.Α.: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Τ.Α.Κ.: Ταμείο Ασφαλίσεων Καπνεργατών
Τ.Ε.Β.Ε.: Ταμείο Εμπόρων Βιοτεχνών Ελλάδος
Τ.Σ.Α.Υ.: Ταμείο Σύνταξης και Ασφάλισης Υγειονομικών
Ι.Λ.Ο.: International Labour Organization

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ένα από τα βασικά κοινωνικά αγαθά είναι η υγεία. Σήμερα η υγεία αποτελεί όχι μόνο αγαθό σημαίνουσας σημασίας για τις σύγχρονες κοινωνίες αλλά και επιτακτική ανάγκη. Δικαίωμα στην υγεία πρέπει να έχουν όλοι οι κάτοικοι ενός κράτους. Η εκάστοτε κυβέρνηση μέσα από τις μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιεί, τις πιλοτικές παρεμβάσεις της, στοχεύει όχι μόνο στην ισότητα και στην κοινωνική δικαιοσύνη ως προς τη χρήση και την κατανομή των πόρων υγείας, την προσπελασιμότητα και τα δικαιώματα των ασθενών, αλλά και στην όσο το δυνατόν αποτελεσματική και ορθολογική χρήση των πόρων του συστήματος υγείας. Αν και έχουν γίνει σπουδαία άλματα σχετικά με τη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό της υγείας, δυστυχώς ο τομέας της υγείας συνεχίζει να χωλαίνει σε ότι έχει σχέση με την ανάπτυξη και την εφαρμογή των νέων τεχνολογιών και θεραπευτικών μεθόδων. Βασικό εμπόδιο αποτελεί η αύξηση του λειτουργικού κόστους. Θέμα προς συζήτηση είναι το πώς θα υπάρχει μία συνεχής βελτίωση του συστήματος υγείας χωρίς την επιπλέον επιβάρυνση χρημάτων του κρατικού προϋπολογισμού.

Επιπλέον, εξίσου σημαντικό ζήτημα είναι η ενεργός συμμετοχή των ασθενών-ασφαλισμένων στη λήψη αποφάσεων που αφορούν στην παροχή υγείας μέσω του κρατικού συστήματος, αλλά και των ασφαλιστικών ταμείων, μιάς και σε μερικά χρόνια, οι συνταξιούχοι, άνθρωποι της τρίτης ηλικίας θα είναι περισσότεροι από τους εργαζομένους. Η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί δυσεπίλυτο πρόβλημα όχι μονάχα για την Ελλάδα αλλά και για ολόκληρο τον ανεπτυγμένο κόσμο. Αποτέλεσμα αυτού θα είναι η μεγάλη συρρίκνωση του εργατικού δυναμικού της χώρας μας και κατά συνέπεια θα υπάρχει μικρότερη εισροή χρημάτων στα ασφαλιστικά ταμεία που θα αδυνατούν να καλύψουν τις παροχές για την υγεία.

Σε όλα τα παραπάνω ερωτήματα και προβλήματα που παρουσιάζονται καλείται να δώσει απαντήσεις το σύστημα υγείας της κάθε χώρας. Το σύστημα υγείας είναι ένα οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο συνδυασμού, αλληλεξάρτησης, συντονισμού και αξιοποίησης των υφιστάμενων δυνατοτήτων για την κάλυψη αναγκών υγείας και το σχεδιασμό των προοπτικών στο χώρο της υγείας.¹ Βασική αρχή ενός ορθολογιστικού σχεδιασμού ενός συστήματος υγείας είναι ότι δεν πρέπει να ταυτίζεται μόνο με την υγειονομική περίθαλψη, αλλά πρέπει να αναπτύσσεται σε σχέση με τομείς και πολιτικές διατομεακού και διεπιστημονικού χαρακτήρα, οι οποίες αποτελούν αναπόσπαστα κομμάτια του πάζλ της εικόνας της δημόσιας υγείας

1 Σιγάλας, Ι. (1999). Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Στο : Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο. Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις (σελ. 15-97). Τόμος Δ', Πάτρα: Εκδ. ΕΑΠ

μιας χώρας. Αυτό έχει ως συνέπεια την άρρηκτη σχέση του συστήματος υγείας με υπηρεσίες οι οποίες σχετίζονται με την πρόληψη των ασθενειών και γενικότερα της εξάπλωσης επιδημιών, τον οικογενειακό προγραμματισμό, τις συνθήκες υγιεινής της εργασίας και τη κατοικίας, το περιβάλλον και γενικότερα με όσες διαμορφώνουν την πρόοδο στον τρόπο διαβίωσης του ανθρώπου.

Το σύστημα υγείας δέχεται πολλές επιρροές από διάφορους εξωτερικούς παράγοντες. Π.χ, πολλοί από αυτούς τους παράγοντες είναι οι οικονομικό-κοινωνικές συνθήκες μιας χώρας, η ανεργία, ο τρόπος ζωής του έλλογου όντος, οι περιβαλλοντικές συνθήκες μέσα στις οποίες διαβιώνει κανείς λ.χ., το κλίμα, η ρύπανση της περιοχής στην οποία και κατοικεί κ.α. Όλοι οι παραπάνω παράγοντες συμβάλλουν στην διαμόρφωση του επιπέδου υγείας ενός λαού και ταυτόχρονα παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της λειτουργίας και της γενικότερης δομής του συστήματος υγείας. Το τελευταίο, σκοπό έχει τη συνεχή βελτίωση των παροχών υγείας προς τον άνθρωπο, με απώτερο σκοπό τη συμβολή του, ως θεμελιώδους πολιτειακού στοιχείου του κοινωνικού κράτους, στη βελτίωση του επιπέδου ευμάρειας και της ποιότητας της ζωής του ατόμου. Κατά συνέπεια το σύστημα πρέπει να διέπεται από τις βασικές αρχές της αποδοτικότητας, της κλινικής αποτελεσματικότητας, της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης προκειμένου να εκπληρώσει με επιτυχία το σκοπό της δημιουργίας του ².

2Υφαντόπουλος Κ. «Τα Οικονομικά της Υγείας, Θεωρία και Πολιτική» εκδ. Δαρδανός, 2003.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ιστορία, η Υγεία και η Εξέλιξη του ελληνικού Υγειονομικού χάρτη αποτελεί αναμφίβολα φλέγον ζήτημα στις μέρες μας. Ο τρόπος διοίκησης αλλά και η εξέλιξη ενός σωστά οργανωμένου και δομημένου υγειονομικού συστήματος αποτελεί καθοριστική συνιστώσα για την εξασφάλιση ενός γενικότερου ισορροπημένου κοινωνικού πλαισίου.

1.1 ΤΥΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η παρούσα μελέτη είναι ιστορική έρευνα

1.2 ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της ιστορικής έρευνας είναι η περιγραφή των πολιτικοοικονομικών κρίσεων στην Ελλάδα και οι επιπτώσεις τους στην υγεία και το υγειονομικό σύστημα από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα έως τις μέρες μας.

1.3 ΣΤΟΧΟΙ

Οι στόχοι τους οποίους θέτει η έρευνα είναι η παρουσίαση των πολεμικών περιόδων μέσω των διενέξεων ανά τους καιρούς, η κατάσταση που επικρατούσε με την λήξη τους σε κοινωνικό και υγειονομικό σύστημα, οι βασικές νομοθετικές μεταρρυθμίσεις και οι διαρθρωτικές αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν καθ'όλη τη διάρκεια του 20 αιώνα έως και τις αρχές του 21^{ου} αιώνα στον υγειονομικό χάρτη της Ελλάδας. Επιπλέον, η παρουσίαση των μεγάλων οικονομικών κρίσεων, σε Ελλάδα και εξωτερικό και τέλος η ανάλυση της τελευταίας ελληνικής οικονομικής κρίσης του 2009 μέσω της παράθεσης των συνεπειών αυτής, στην υγεία του κόσμου και τον υγειονομικό τομέα γενικότερα.

1.4 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στην συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν τόσο ανέκδοτες όσο και αρχειακές πηγές μέσω της Βικελαίας Βιβλιοθήκης του Δήμου Ηρακλείου, της Βιβλιοθήκης της Βουλής των Ελλήνων, του κέντρου Νεοελληνικών Ερευνών αλλά και του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης. Επιπλέον, ακολούθησε βιβλιογραφική αναζήτηση άρθρων, μελετών και βιβλίων σε ελληνικές και διεθνείς βάσεις δεδομένων χρησιμοποιώντας λέξεις κλειδιά στην ελληνική και αγγλική γλώσσα ξεχωριστά ή με συζευκτική σχέση μεταξύ τους. Τέλος, καθοριστική ήταν η ελεύθερη αναζήτηση του υλικού από διαφορετικούς διαδικτυακούς ιστότοπους, ηλεκτρονικά περιοδικά και ηλεκτρονικές εφημερίδες.

Στην Ελληνική γλώσσα αναζητήθηκαν: υγεία, υγειονομικό σύστημα, μεταρρύθμιση, οικονομική κρίση, συνέπειες, φτώχεια, ιστορία

Στην Αγγλική γλώσσα αναζητήθηκαν: health, health system reform, economic crisis, consequences, poverty, history

Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση σε ελληνικές αλλά και διεθνείς βάσεις δεδομένων. Οι βάσεις δεδομένων είναι οι ακόλουθες:

1. Ψηφιακή Βιβλιοθήκη της Βουλής <http://www.hellenicparliament.gr/>
2. Ελληνικό Λογοτεχνικό και Ιστορικό Αρχείο <http://www.elia.org.gr/>
3. Ψηφιακή Βιβλιοθήκη Σωρανόσ <http://soranos.lib.uoc.gr/>
4. Ψηφιακή Βιβλιοθήκη Πανεπιστημίου Κρήτης <http://www.lib.uoc.gr/>
5. Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης <http://www.ekt.gr>
6. Βιβλιογραφική βάση επιστημονικών περιοδικών <http://www.scopus.com>
7. Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης(ΟΟΣΑ) <http://www.oecd.org/>
8. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας(ΠΟΥ) <http://www.who.int>

Τέλος, πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση, ανάλυση και κριτική αποτίμηση των πληροφοριών και των στοιχείων που προήλθαν από ερευνητικά άρθρα, μελέτες και βιβλία.

1.5 ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Στο πρώτο κεφάλαιο αυτής της εργασίας πραγματοποιείται η παράθεση και στη συνέχεια η ανάλυση ορισμένων πολύ βασικών ορισμών, όπως είναι η «υγεία», η «πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας», η «δημόσια υγεία» οι οποίοι θα βοηθήσουν να κατανοηθεί σε μεγαλύτερο βαθμό το θέμα με το οποίο καταπιάνεται το περιεχόμενο της συγκεκριμένης εργασίας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρατίθεται συνοπτικά όλη η πορεία του ελληνικού υγειονομικού συστήματος, συμπεριλαμβανομένου των βασικότερων ιδρύσεων και μεταρρυθμίσεων όσον αφορά την εξέλιξη και, τέλος, την εδραίωση ενός σωστά οργανωμένου και λειτουργικού υγειονομικού τομέα.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται αναλυτικά οι σημαντικότερες ελληνικές και παγκόσμιες πολιτικές κρίσεις, οι οποίες «σημάδεψαν» καθοριστικά την εκάστοτε εποχή σε κοινωνικό, πολιτικό, οικονομικό επίπεδο, καθώς επίσης περιγράφονται οι υπάρχουσες υγειονομικές δομές οι οποίες υπήρχαν ανά τις περιόδους αλλά και οι μεταρρυθμίσεις οι οποίες θεσπίστηκαν με απότερο σκοπό την ενίσχυση και την βελτίωση της καθημερινότητας όλων των ανθρώπων τις εποχές εκείνες.

Στο τέταρτο και το πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι μεγαλύτερες οικονομικές κρίσεις, σε εθνικό αλλά και διεθνές επίπεδο, οι οποίες με τη σειρά τους επηρέασαν και καθόρισαν τις ζωές των ανθρώπων, ως επί το πλείστον των μεσαίων στρωμάτων, όσον αφορά την υγεία τους, τις συνήθειες τους, τον τρόπο ζωής που ακολουθούν αλλά και των υγειονομικών τους συστημάτων.

Τέλος, στο έκτο και έβδομο κεφάλαιο, ξεχωριστά, παραθέτονται και αναλύονται οι σοβαρότατες επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων, στους τομείς της υγείας και των συστημάτων, επίσης σε εθνικό αλλά και διεθνές επίπεδο, αλλά με μεγαλύτερη και αναλυτικότερη αναφορά στην περίπτωση της Ελλάδας του 2009 προς την υγεία και τον ελληνικό υγειονομικό κλάδο.

2. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Η ΈΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σε βάθος χρόνου, ο προσδιορισμός της υγείας έχει γίνει αντικείμενο συλλογισμού για τους ειδικούς και έχει επιδεχθεί αρκετές τροποποιήσεις. Κατά ένα μεγάλο βαθμό η ανυπαρξία ενός απόλυτα κατοχυρωμένου ορισμού είναι αρκετά λογική, καθώς ακολουθώντας τα ειπωμένα από μέρους της Unesco (1972), με την πάροδο του χρόνου αλλάζει σημαντικά τόσο ο τρόπος που ο άνθρωπος εκλαμβάνει τον όρο “υγεία”, όσο οι γνώσεις και οι απαιτήσεις της³.

Ακολουθώντας την κλασική ιατροκεντρική θεωρία, ως υγεία ορίζεται η καθαρή απουσία νόσου. Ο ορισμός αυτός έχει μια αρνητική χροιά ουσιαστικά καθώς καθιστά την ιατρική επιστήμη και τους γιατρούς ως προστάτες της υγείας³. Στο Oxford Dictionary του 1993, οριζόταν η υγεία ως «η ηρεμία του σώματος, μια κατάσταση όπου οι λειτουργίες του εκφράζονται κανονικά και αποτελεσματικά»⁴.

Οι αμφιβολίες που αναπτύχθηκαν έκτοτε, οδήγησαν στην αναζήτηση ενός ευρύτερου ορισμού, ο οποίος να ικανοποιεί τα κοινωνικά δεδομένα. Υπό την έννοια αυτή, δόθηκε το 1946 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) στην ιδρυτική του διακήρυξη, ο ορισμός της υγείας ως μιας κατάστασης πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μονάχα ως απουσίας νόσου ή αναπηρίας³. Με τον ορισμό αυτόν, εδραιώθηκαν δυο νέες παράμετροι στην υγεία: η παράμετρος της απουσίας ασθένειας και η ύπαρξη της ευεξίας, ενώ επιπλέον αναγνωρίζεται και η ύπαρξη κοινωνικής και ψυχικής διάστασης, πέραν της σωματικής. Αυτός ο ορισμός αναφέρεται και ως ο θετικός ορισμός για την υγεία.

2.2 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η Διεθνής Συνδιάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας επιβεβαιώνει με έμφαση ότι η υγεία που είναι η πλήρης σωματική ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο η απουσία νόσου ή αναπηρίας, είναι βασικό ανθρώπινο δικαίωμα και ότι η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας είναι ένας από τους διεθνώς πιο σημαντικούς κοινωνικούς στόχους, για την πραγματοποίηση του οποίου απαιτείται η δραστηριοποίηση, εκτός από τον τομέα των υπηρεσιών υγείας και πολλών άλλων κοινωνικών, πολιτικών και οικονομικών τομέων.

3 Λιαρόπουλος Α. «Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας» Τόμ. Α', εκδ. Βήτα, Αθήνα 2007

4 Αθανασάκης Κ, Καρέλα Α, Καραμπλή Ε, Κυριόπουλος Ι, Λιονής Χ, Μυλωνά Κ, Σουλιώτης Κ, Τριτάκη Γ, Τσιάντου Β. «Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στην δημόσια υγεία. Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης-ΕΣΔΥ» 2009. Διαθέσιμο στο www.ita.org. [5.12.2012]

Η έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η οποία περιλαμβάνει και την πρόληψη, καθορίστηκε το 1978 με την διακήρυξη της Άλμα-Ατα και ορίζεται ως: «Ουσιαστική υγειονομική περίθαλψη που βασίζεται σε πρακτικές, επιστημονικά σωστές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία που προσφέρεται σε όλα τα άτομα και όλες τις οικογένειες μιας κοινότητας με την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που ανταποκρίνεται στις οικονομικές δυνατότητες της κοινότητας και της χώρας σε κάθε στάδιο ανάπτυξης, σύμφωνα με πνεύμα αυτοδυναμίας και αυτοδιάθεσης»⁵.

Η προσέγγιση αυτή έδωσε στον πολίτη την δυνατότητα ενεργού συμμετοχής, βγάζοντας τον από την θέση του παθητικού αποδέκτη των υπηρεσιών υγείας. Επίσης, για πρώτη φορά εστίασε στην βελτίωση του επιπέδου ζωής, με τρόπους στους οποίους εμπεριέχεται η αγωγή υγείας, η πρόληψη και η προστασία υγείας. Ωστόσο, η ΠΦΥ είναι ζήτημα και για τα υγιή άτομα, σε αντίθεση με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, η οποία ασχολείται με άτομα που έχουν ήδη νοσήσει και έχουν ήδη εκδηλώσει συμπτώματα.

Στόχοι της ΠΦΥ είναι η πρόληψη των διαταραχών της υγείας, η αποδοτική και έγκαιρη διάγνωση, η αντιμετώπιση του προβλήματος, η καλύτερη φροντίδα ασθενών με χρόνια νοσήματα ή και τελικού βαθμού καθώς και η εξασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας⁶.

Ακολουθώντας τον Π.Ο.Υ το 1994 η ΠΦΥ οφείλει να συγκεντρώνει τα εξής χαρακτηριστικά:

1. Γενική
2. Ολοκληρωμένη
3. Ομαδική
4. Προσβάσιμη
5. Συνεχής
6. Προσωπική
7. Προσανατολισμένη στην οικογένεια
8. Συντονισμένη
9. Εμπιστευτική
10. Υποστηρικτική

Σημασία έχει να αναφερθεί πως το 1981 η 34^η γενική συνέλευση του ΠΟΥ με το σχέδιο «Υγεία για Όλους το έτος 2000» τόνισε την ανάγκη για ενίσχυση της ΠΦΥ, με βασικούς σκοπούς την ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας, την πρόληψη των νοσημάτων, την αναβάθμιση του κοινωνικού αλλά και

5 Θεοδωράκης Π. (2009) Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Το παράδειγμα του Δήμου Αθηναίων. Παρουσίαση στην ημερίδα 'Τοπική αυτοδιοίκηση και ΠΦΥ', Θεσσαλονίκη, 27.11.09

6Τούντας Γ (2008). Αγωγή & Προαγωγή Υγείας. Διαθέσιμο στο www.asclepion.mpl.uoa.gr. [5.12.2012]

φυσικού περιβάλλοντος και τέλος την επιβολή πιο υγιεινών συμπεριφορών και προτιμήσεων.

2.3 Η ΈΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

Ως «κοινωνική πολιτική» ονομάζεται η ύπαρξη ενός συνόλου ενεργειών που ως βασικό αντικείμενο έχουν τις κάθε μορφής υπηρεσίες, παροχές και επιδοτήσεις προς το κοινωνικό σύνολο⁷. Μια διαφορετική ερμηνεία όσον αφορά τη συγκεκριμένη έννοια δόθηκε από τον Midgley (1997), ο οποίος διατύπωσε έναν αρκετά σύνθετο ορισμό, όπου αναφέρονται τέσσερις εννοιολογίες: α) η περιγραφή των κοινωνικών συνθηκών και προγραμμάτων, β) η διατύπωση θεωρητικής βάσης για παρέμβαση και ο έλεγχος της αποτελεσματικότητας των κοινωνικών μέτρων, γ) η ανάλυση και εξήγηση των αιτιακών παραγόντων που επηρεάζουν τις κοινωνικές συνθήκες και παροχές και δ) η προώθηση της κοινωνικής ευημερίας⁸. Σύμφωνα με τον ορισμό που δίδεται από το ESSPROS (Εναρμονισμένο Ευρωπαϊκό Σύστημα Στατιστικών Κοινωνικής Προστασίας) η έννοια της κοινωνικής πολιτικής δημιουργείται από το σύνολο των παροχών σε χρήμα ή είδος από προγράμματα κοινωνικής προστασίας, που αποσκοπούν στην αντιμετώπιση ενός καθορισμένου συνόλου κινδύνων και αναγκών, ενώ σε μελέτη του Ινστιτούτου Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ι.Τ.Α) αναφέρεται ως η «καταγραφή, ιεράρχηση και κάλυψη κοινωνικών κινδύνων και αναγκών μέσα από σύνολα ρυθμίσεων και παροχών σε τομείς όπως η ασφάλιση, η υγεία, η απασχόληση, η στέγαση και οι προνοιακές υπηρεσίες»⁹.

Τέλος, σύμφωνα με την σχολή Κοινωνικής Διοίκησης, η κοινωνική πολιτική απαρτίζεται από το σύνολο της διοίκησης, της πρόνοιας και των κρατικών υπηρεσιών που αντιμετωπίζουν συγκεκριμένα κοινωνικά προβλήματα, ενώ μια πιο θεωρητική άποψη των πραγμάτων αντιλαμβάνεται την κοινωνική πολιτική ως «ένα σχέδιο για την διαχείριση και την αλλαγή της κοινωνίας για την επίτευξη κοινωνικών στόχων, όπως η ισότητα, η ευημερία και η ασφάλεια των πολιτών μέσω υπηρεσιών που εμπλέκονται στις κοινωνικές και πολιτικές συγκρούσεις, την οικονομία και την πολιτική»⁸.

2.4 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ: Η ΕΓΚΑΘΙΔΡΥΣΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Οι πρώτες προσπάθειες που έγιναν στην Ελλάδα για την εδραίωση της δημόσιας υγείας ήταν στην Ζάκυνθο (1661) και την Κέρκυρα (1726), μέσω της

⁷Λιαρόπουλος Α. *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*. Τόμ. Α', εκδ. Βήτα, Αθήνα 2007

⁸Μακαρώνη Ν. Παλουκτσή Β. *Υπάρχει Νότιο Ευρωπαϊκό Μοντέλο Κοινωνικής Πρόνοιας; Πτυχιακή Εργασία*, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης. 2008

⁹Κοντιάδης Ξ, Καλατζής Ν, Μίχος Α, Μπιτσάνη Ε, Τσέκος Θ. *Κοινωνική πολιτική και τοπική αυτοδιοίκηση*. Αθήνα, ΙΤΑ, 2006

ίδρυσης των πρώτων νοσηλευτηρίων. Στην υπόλοιπη Ελλάδα δεν προχωρούσαν αντίστοιχες ενέργειες πέραν από κάποιες πρόχειρες εγκαταστάσεις για την περίθαλψη των τραυματιών από τις μάχες της Επανάστασης. Οι πρώτες σοβαρές δράσεις για την δημιουργία πιο οργανωμένων δομών γίνεται επί Καποδίστρια, η δολοφονία του οποίου όμως, θέτει τέρμα στην διαδικασία υλοποίησης και έκτοτε μόνο κάποιες περιστασιακές κινήσεις γίνονται, υπό την στήριξη δήμων, κοινοτήτων και ευεργετών¹⁰.

Αρκετά χρόνια μετά, και με την είσοδο της Ελλάδας στους μακρόχρονους πολέμους (Βαλκανικοί, Α' & Β' Παγκόσμιος κλπ) καθώς και με την προσάρτηση νέων περιοχών, την ραγδαία αύξηση πληθυσμού και το ξέσπασμα του προσφυγικού, έγινε πραγματικότητα η νομοθέτηση για την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Ενδεικτικά-καθώς θα γίνει εκτενέστερη αναφορά στη συνέχεια- ήταν: ο Ν. 346/14 «Περί επιβλέψεως της Δημόσιας Υγείας», ο Ν. 748/17 για τη «Σύσταση Υπουργείου Περιθάλψεως» και ο Ν. 2882/22 «Περί μεταρρυθμίσεως και συμπληρώσεως του Υπουργείου Περιθάλψεως, μετονομαζόμενου εις Υπουργείον Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας»¹⁰.

Ύστερα και από την Μικρασιατική καταστροφή του 22', η αδυναμία διαχείρισης του προσφυγικού ζητήματος κατέστησε αναγκαία την διεθνή συνδρομή. Το 1929, επιτροπή εμπειρογνομόνων της Οργάνωσης Υγείας της Κοινωνίας των Εθνών επισκέφθηκε την χώρα και αμέσως πρότεινε τη λήψη μέτρων. Στα αμέσως επόμενα χρόνια και μέχρι το 1938 η νοσοκομειακή φροντίδα εξ ολοκλήρου πέρασε στην αρμοδιότητα του Κράτους¹⁰.

Οι προσπάθειες ανακόπηκαν και πάλι με την έναρξη του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, οπότε οι μόνες απόπειρες δημιουργίας υγειονομικής πολιτικής γινόταν από τις αντάρτικες ομάδες του Εθνικού Απελευθερωτικού Μετώπου (ΕΑΜ) ΕΛΑΣ, με την εγκατάσταση νοσηλευτηρίων και χειρουργείων σε χωριά της ορεινής Στερεάς, για πολεμιστές αλλά και ντόπιους. Ύστερα από την λήξη και του Β' Παγκοσμίου ξεκινά μια νέα περίοδος, με σειρά νόμων και διαταγμάτων με κορύφωση την ψήφιση του Ν. 1397/83, που αποτέλεσε τον ιδρυτικό νόμο του Εθνικού Συστήματος Υγείας¹⁰.

2.5 ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ

Τα πρώτα βήματα για την εδραίωση της δημόσιας υγείας έγιναν την εποχή της Βιομηχανικής Επανάστασης, με την επικράτηση της αστικής και την ανάδειξη της εργατικής τάξης. Το υπόβαθρο για την παρέμβαση του κράτους

¹⁰ Αθανασάκης Κ, Καρέλα Α, Καραμπλή Ε, Κυριόπουλος Ι, Λιονής Χ, Μυλωνά Κ, Σουλιώτης Κ, Τριτάκη Γ, Τσιάντου Β. «Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στην δημόσια υγεία. Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης-ΕΣΔΥ» 2009. Διαθέσιμο στο www.ita.org. Επίσκεψη στις 5.12.2012

και την διαμόρφωση πολιτικών υγείας τέθηκε με τις παρατηρήσεις των Villerme, Engels και Edwin, με τις οποίες διαπιστώθηκε ότι οι εργάτες εμφάνιζαν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας. Οι παρατηρήσεις αυτές αποτέλεσαν προάγγελο των καινοτομιών που θα ακολουθούσαν πχ. Το “Public Health Act” στη Μ. Βρετανία το 1848 ή η πρώτη κοινωνική νομοθεσία του Otto von Bismarck, με διατάξεις για την γενική ασφαλιστική κάλυψη όλων των εργαζομένων¹¹.

Εν συνεχεία, κατά τον Α' Παγκόσμιο Πόλεμο, το Κραχ του 29' κλπ, ο κόσμος πέρασε μια δύσκολη περίοδο κοινωνικο-ιδεολογικών αντιθέσεων. Η καθολική επιθυμία για αλλαγή πολιτικών πρακτικών σε όλα τα επίπεδα μεγάλωσε, καθώς τα επίπεδα κρατικού παρεμβατισμού αυξανόταν ολοένα και περισσότερο. Με άλλα λόγια, η δημιουργία νέας κοινωνικής πολιτικής και η προάσπιση της υγείας αλλά και της ασφάλειας του πολίτη αποτελούσαν πλέον επιτακτική ανάγκη για όλους.¹¹

Υπό το όραμα αυτών των αλλαγών, το 1918 στην Σοβιετική Ένωση οργανώνεται το σύστημα Semashko, το οποίο έδινε καθολικό δικαίωμα, χωρίς κόστος, μιας και οι παροχές υπηρεσιών υγείας ήταν καθήκον και υποχρέωση της κοινωνίας ως συνόλου. Αντίστοιχα, το 1930 στην Γαλλία θεσμοθετήθηκε η δημιουργία γενικού ασφαλιστικού πλαισίου, ενώ το 1923 ιδρύθηκε η Οργάνωση Υγείας της Κοινωνίας των Εθνών, ως ανάγκη για διεθνοποίηση της υγειονομικής πολιτικής, για την άμεση αντιμετώπιση σοβαρών κινδύνων και για την ενίσχυση των θυμάτων του Α' Παγκοσμίου Πολέμου¹¹.

Όλη αυτή η προσπάθεια ανάπτυξης λαμβάνει τέλος με την έναρξη του Β' Παγκοσμίου. Στον μεταπολεμικό κόσμο η προσπάθεια θα αναγεννιόταν εκ νέου, με την προσπάθεια ανοικοδόμησης και δημιουργίας “κράτους πρόνοιας” (welfare state) όπου σημαντικό σημείο θα αποτελούσε η οργάνωση του Βρετανικού Εθνικού Συστήματος (NSH) από τον Beveridge¹² το 1948, το οποίο και θα σηματοδοτούσε μια πλήρη στροφή από τις μέχρι τότε δομές υγείας.

Τέλος, το 1948, με πρόταση της Κίνας και της Βραζιλίας προς τον ΟΗΕ, ιδρύεται ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ο οποίος αναλαμβάνει το έργο της Οργάνωσης Υγείας της Κοινωνίας των Εθνών. Στην αρχή οι χώρες-μέλη ήταν 51 (εντός και η Ελλάδα) ενώ σήμερα φθάνουν τα 139, με έδρα του

11 Αθανασάκης Κ, Καρέλα Α, Καραμπλή Ε, Κυριόπουλος Ι, Λιονής Χ, Μυλωνά Κ, Σουλιάτης Κ, Τριτάκη Γ, Τσιάντου Β. «Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στην δημόσια υγεία. Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης-ΕΣΔΥ» 2009. Διαθέσιμο στο www.ita.org. [5.12.2012]

12 Ο William Henry Beveridge (Μάρτιος 1879-Μάρτιος 1963) ήταν Βρετανός οικονομολόγος και κοινωνικός μεταρρυθμιστής. Είναι γνωστός για την έκθεση υπηρεσιών του (γνωστή ως έκθεση Beveridge), η οποία χρησίμευσε ως βάση για το κράτος πρόνοια για την μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο εποχή.

οργανισμού τη Γενεύη. Καθοριστικές στιγμές στην ιστορία του Π.Ο.Υ υπήρξαν η Διακήρυξη της Alma Ata (1978) και ο χάρτης της Οτάβα (1968)¹³.

¹³ Αθανασάκης Κ, Καρέλα Α, Καραμπλή Ε, Κυριόπουλος Ι, Λιονής Χ, Μυλωνά Κ, Σουλιώτης Κ, Τριτάκη Γ, Τσιάντου Β. «Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στην δημόσια υγεία. Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης-ΕΣΔΥ» 2009. Διαθέσιμο στο www.ita.org. [10.11.2012]

3. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Μετά τη σύσταση του ελληνικού κράτους δεν εφαρμόστηκε σαφής υγειονομική πολιτική. Το κράτος και διάφοροι φιλανθρωπικοί φορείς παρεμβαίνουν περιστασιακά και ασυντόνιστα, δίνοντας έμφαση στην αντιμετώπιση των επιδημιών και σε ρυθμίσεις σχετικά με την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος. Στη νοσοκομειακή περίθαλψη κυριαρχεί η ιδέα της φιλανθρωπίας και ιδρύονται τα πρώτα νοσοκομεία με ατομική πρωτοβουλία ευεργετών, ενώ ιδρύονται ταμεία αλληλοβοήθειας που παρείχαν κάλυψη για ατυχήματα και ασθένεια. Η απουσία εκπαιδευμένου ανθρώπινου δυναμικού διογκώνει την αδυναμία υλοποίησης υγειονομικών προγραμμάτων¹⁴.

Η πρώτη κρατική ενέργεια καταγράφεται το 1833, όταν η Γραμματεία Εσωτερικών επιφορτίζεται και με καθήκοντα της «υγειονομικής αστυνομίας» και αναλαμβάνει να συγκροτήσει την πρώτη κεντρική υγειονομική οργάνωση της χώρας, εξουσιοδοτημένη να ρυθμίζει όλα τα σχετικά με την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος θέματα, την ίδρυση υγειονομικών καταστημάτων και την καταπολέμηση των λοιμωδών νόσων. Την ίδια χρονιά εισάγεται ο θεσμός του νομιάτρου, που ήταν υπεύθυνος για όλα τα θέματα υγείας του νομού. Στο χώρο της εκπαίδευσης, ιδρύεται το 1837, η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών και ένα χρόνο αργότερα συστήνεται η μαιευτική σχολή. Το 1864 με πρώτη υγειονομική νομοθετική πράξη συστήνεται ο «Οργανισμός του Φρενοκομείου Κέρκυρας». Τα πρώτα αλληλοβοηθητικά ταμεία (του NAT, των Μεταλλωρύχων, και των Δημοσίων Υπαλλήλων) άρχισαν να ιδρύονται από το 1861 κι έπειτα. Το 1875 ιδρύεται το σώμα νοσοκόμων γυναικών του Ευαγγελισμού και το 1911 ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός ιδρύει μια σειρά νοσηλευτικών σχολών.

Το 1917 συστήνεται το Υπουργείο Περίθαλψης στο οποίο εντάχθηκαν αρμοδιότητες μέριμνας για την περίθαλψη θυμάτων του πολέμου, των ορφανών και των προσφύγων, καθώς και των οικογενειών των επιστράτων. Το 1922 ιδρύεται το Υπουργείο Υγιεινής Πρόνοιας και αντίληψης και με τον νόμο 2868 προβλέπονται για πρώτη φορά ενιαίοι και υποχρεωτικοί κανόνες για την σύσταση ταμείων ασφάλισης μισθωτών και καθιερώνεται η αρχή της ίσης εισφοράς εργοδότη και εργαζόμενο¹⁴.

Η οικονομική κρίση του 1929 σε συνδυασμό με την συσσώρευση προσφύγων της μικρασιατικής καταστροφής κάνουν επιτακτική την κρατική παρέμβαση στους τομείς στέγασης, συνθηκών υγιεινής και κοινωνικής ασφάλισης. Δημιουργούνται 35 νέα προσωρινά νοσοκομεία με 2.630 κλίνες για την αντιμετώπιση αυτών των πιεστικών αναγκών που δημιουργήθηκαν. Τα

¹⁴ Μανιού Μ, Ιακωβίδου Ε. Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. Το Βήμα του Ασκληπιού, τόμ. 8ος, τεύχ. 4ο, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 2009

περιορισμένα οικονομικά και κοινωνικά προγράμματα οδήγησαν πολλές επαγγελματικές κατηγορίες να δημιουργήσουν τα δικά τους ασφαλιστικά ταμεία. Κύριος στόχος των ταμείων ήταν η κάλυψη των κινδύνων γήρατος, ανεργίας και ασθένειας. Το 1934 ιδρύεται το ΙΚΑ (νόμος 6298), με σκοπό την ασφάλιση υγείας των μισθωτών, αστικών κέντρων και την παροχή συντάξεων. Το ΙΚΑ άρχισε να λειτουργεί τρία χρόνια αργότερα (1937) εξαιτίας οικονομικών προβλημάτων και κάλυπτε τους κινδύνους ασθένειας, γήρατος και ανεργίας των εργαζομένων στα αστικά κέντρα και ειδικότερα σε βιομηχανίες με πάνω από 70 εργαζόμενους. Την περίοδο αυτή μόνο το 1/3 του πληθυσμού είχε ασφαλιστική κάλυψη¹⁵.

Από το 1935 και έπειτα εκδίδονται διατάγματα για την οργάνωση της νοσοκομειακής περίθαλψης και με κρατική χρηματοδότηση συστήνονται κρατικά νοσοκομεία. Με τον νόμο 965/37 δημιουργήθηκαν οι προϋποθέσεις για την ενιαία οργάνωση και λειτουργία των δημοσίων νοσοκομείων. Από την στατιστική επετηρίδα της εποχής εκείνης φαίνεται ότι το 1934 λειτουργούσαν στην Ελλάδα 111 νοσοκομεία με 13.000 κλίνες, ενώ πέντε χρόνια αργότερα οι κλίνες έφθασαν τις 16.000 και ο αριθμός των νοσοκομείων τα 117. Η ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη την περίοδο αυτή διαθέτει 209 κλινικές με 2.300 κλίνες¹⁵.

Με τον Ν. 965/37 οργανώθηκε η δημόσια νοσοκομειακή περίθαλψη στη χώρα, ενώ με τον Ν 2769/1941 δίνεται η δυνατότητα στον εκάστοτε υπουργό υγείας και υπουργό οικονομικών να ιδρύουν προσωρινά κρατικά νοσοκομεία για την αντιμετώπιση των αναγκών του Β' Παγκοσμίου πολέμου. Τα νοσοκομεία που ιδρύθηκαν με τον νόμο αυτό παρέμειναν σε λειτουργία και μετά το τέλος του πολέμου για να καλύψουν τις σημαντικές ανάγκες νοσοκομειακής περίθαλψης¹⁶.

Είναι φανερό ότι οι χρονολογίες ορόσημα για την έναρξη υπηρεσιών υγείας ή ασφαλιστικής κάλυψης συνδέονται με σημαντικές κοινωνικοοικονομικές συγκυρίες, όπως με το τέλος του Α' Παγκοσμίου Πολέμου, τη Μικρασιατική καταστροφή, την παγκόσμια οικονομική κατάρρευση του 1929, αλλά και με τους κοινωνικούς αγώνες διάφορων κοινωνικών ομάδων για το δικαίωμα στην εργασία και την κοινωνική ασφάλιση.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1950, οι υποδομές του τομέα υγείας σε ειδικευμένο προσωπικό και εγκαταστάσεις παρουσίαζαν σημαντικές ελλείψεις. Πιο συγκεκριμένα, το νοσηλευτικό και τεχνικό προσωπικό παρουσίαζε υψηλό βαθμό συγκέντρωσης, αφού για παράδειγμα και οι 405 διπλωματούχες

15 Μανιού Μ, Ιακωβίδου Ε. Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. Το Βήμα του Ασκληπιού, τόμ. 8ος, τεύχ. 4ο, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 2009
16 Αλεξιάδης Α.Δ. Εισαγωγή στο δίκαιο της υγείας. Εκδόσεις Μ. Δημοπούλου, Θεσσαλονίκη, 1999

νοσοκόμες εργαζόντουσαν στην Αθήνα, ενώ στα επαρχιακά νοσοκομεία εργαζόντουσαν πρακτικές μονάχα νοσοκόμες.

Σύμφωνα με τα πρακτικά των συζητήσεων της Βουλής του 1953, υπήρχαν 3.456 νοσοκόμες και μαίες ενώ οι απαιτούμενες ανάγκες για την κάλυψη θέσεων εργασίας ήταν 8.676 νοσοκόμες. Σε πολλά μαιευτήρια χρησιμοποιούταν πρακτικές μαίες, ενώ η αναγνώριση της αξίας του νοσηλευτικού επαγγέλματος ήταν χαμηλή, γεγονός που καθυστερούσε πολύ την πραγματική κάλυψη των ανθρωπίνων αναγκών.

Με τον Ν. 2592/53 «περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως», αναδιοργανώνονται οι υπηρεσίες υγείας και εφαρμόζεται διοικητική αποκέντρωση στον τομέα της υγείας με βάση τον πληθυσμό και την νοσηρότητα. Δίνεται έμφαση στον κοινωφελή χαρακτήρα της νοσοκομειακής περίθαλψης και επιχειρείται η ορθολογική γεωγραφική κατανομή των υλικών και των ανθρωπίνων πόρων υγείας. Ο νόμος όμως εφαρμόστηκε μερικώς ή με κάποιες τροποποιήσεις. Τα χρόνια που ακολούθησαν ιδρύονται αρκετά ιατρεία και υγειονομικοί σταθμοί για τις ανάγκες του αγροτικού πληθυσμού, ενώ το ΙΚΑ και άλλοι φορείς συνεχίζουν ασυντόνιστα και απρογραμματίστα να δημιουργούν νέες μονάδες υγείας.

Στην δεκαετία του 1960 επεκτείνεται η κοινωνική ασφάλιση στους αγρότες, τους αυτοαπασχολούμενους και τους δημόσιους υπαλλήλους με κύριο χαρακτηριστικό την κατάτμηση πολλών φορέων με διαφορετικά νομικά καθεστάτα λειτουργία και διαφορετικά επίπεδα παροχών. Ως εκ' τούτου εμφανίστηκαν ανισότητες και διαφοροποιήσεις ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και ως προς τη χρηματοδότηση του συστήματος.¹⁷

Το ύψος των δαπανών υγείας δεν ξεπερνούσε το 2,5% του ΑΕΠ, τη στιγμή που οι ετήσιοι ρυθμοί ανάπτυξης της οικονομίας ήταν γύρω στο 8%, μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού δεν είχε ιατρική περίθαλψη, ενώ η απουσία κεντρικού συντονιστικού οργάνου συνέτεινε στην κακή γεωγραφική κατανομή των υλικών και ανθρωπίνων πόρων¹⁷.

Το 1961 ψηφίζεται ο νόμος 4169/61 με τον οποίο δημιουργήθηκε ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) για να καλύψει τον αγροτικό πληθυσμό. Ο νόμος αυτός, μαζί με εκείνο για την ίδρυση του ΙΚΑ αποτελούν τους δυο σημαντικότερους σταθμούς στην ιστορία της κοινωνικής ασφάλισης για την Ελλάδα. Στις δεκαετίες του '60 και '70 η ελληνική οικονομία σημειώνει ραγδαία ανάπτυξη (κυρίως στον κατασκευαστικό τομέα) και η χρηματοδότηση των ασφαλιστικών οργανισμών βασίζονταν κυρίως στις εισφορές των εργοδοτών και παρείχαν πλήρη και υψηλής ποιότητας ασφαλιστική κάλυψη.

17 Μανιού Μ, Ιακωβίδου Ε. Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. Το Βήμα του Ασκληπιού, τόμ. 8ος, τεύχ. 4ο, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 2009

Η δικτατορία της περιόδου εκείνης, παράλληλα, εμπόδισε την διαμόρφωση συγκεκριμένης πολιτικής για την υγεία, με αποτέλεσμα την υπανάπτυξη του χώρου για άλλη μια φορά. Το κύριο πρόβλημα δεν ήταν τόσο η ανισόρροπη ανάπτυξη μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, αλλά η ίδια η μεταξύ τους σχέση και λειτουργία.

Μια σχέση που υπάκουε όχι σε προκαθορισμένες ρυθμίσεις και κανόνες, αλλά αντίθετα βασιζόταν σε ένα πλέγμα καταστρατηγήσεων και ανεξέλεγκτων διαδικασιών παροχής υπηρεσιών και χρηματοδότησης. Το κυρίαρχο χαρακτηριστικό εκείνης της εποχής ήταν οι έντονες ανισότητες στην πρόσβαση του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας, έτσι όπως αυτές εκφράζονται μέσα από την ανισοκατανομή των νοσοκομειακών κλινών, του ιατρικού δυναμικού και των οικονομικών πόρων μεταξύ κέντρου και περιφέρειας¹⁸.

Στόχος ήταν να αντιμετωπιστούν όλα αυτά τα μεγάλα κολλήματα του υγειονομικού κλάδου και γι' αυτόν ακριβώς το λόγο υπήρξαν σειρές προτάσεων για την ανασύσταση του τομέα για τις οποίες αναλυτική αναφορά θα γίνει παρακάτω. Ενδεικτικά θα αναφερθούν: το σχέδιο Πάτρα (1968), η έκθεση του ΚΕΠΕ (1976), ο Ν.1397/1983 (Ε.Σ.Υ), ο Ν. 1759/1988 αναφορικά στον διορισμό των γιατρών, κ.α¹⁹.

18 Μαστρογιάννης Ι. Ιστορία της κοινωνικής πρόνοιας της νεωτέρας Ελλάδας, 1821, Αθήνα 1960.

19 Μανιού Μαρία, Ιακωβίδου Ελισάβετ, "Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα" τομ. 8ος, τεύχ. 4ο, 2009

4. ΟΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΕΣ ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΑΓΚΟΣΜΙΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ

4.1 Ο ΕΛΛΗΝΟΤΟΥΡΚΙΚΟΣ ΠΟΛΕΜΟΣ ΤΟΥ 1897

Από την εποχή κατά την οποία εμφανίστηκαν στο προσκήνιο της ιστορίας οι Τούρκοι, ο ελληνισμός υπερασπίζει τον πολιτισμό απέναντι στις αρπακτικές τους διαθέσεις. Αποτελεί μοναδικό και αξιοσημείωτο φαινόμενο στην παγκόσμια ιστορία το ότι, σε χρονική περίοδο χιλίων περίπου χρόνων, δεν υπάρχει ούτε μια γενιά Ελλήνων που να μην συγκρούστηκε με τους Τούρκους.²⁰

Στα χρονικά των ξένων έχει καταγραφεί ως γενεσιουργό αίτιο του πολέμου η συμμετοχή της Ελλάδας στα αιματηρά γεγονότα της υπόδουλης τότε Κρήτης, στις αρχές του 1897.²¹

Στις αρχές του 1897 οι Τούρκοι ξεκίνησαν μεθοδευμένες σφαγές κατά του ελληνικού πληθυσμού της Κρήτης. Το μουσουλμανικό στοιχείο κυριεύτηκε από ένα τραγικό ξέσπασμα αίματος, καταστροφών και λεηλασιών κατά των Ελλήνων. Οι τουρκικές εχθροπραξίες και ωμότητες πραγματοποιήθηκαν «υπό τα όμματα» των πληρωμάτων των στόλων των Μεγάλων Δυνάμεων, οι οποίες εκείνη την εποχή είχαν ξεχωριστό ενδιαφέρον όσον αφορά τη γεωπολιτική περιοχή της Ανατολικής Μεσογείου. Οι Κρητικοί επαναστάτησαν για πολλοστή φορά, κήρυξαν την ένωση με την Ελλάδα και αντιστάθηκαν στις σφαγές με ένοπλο αγώνα και ψυχική αφοσίωση. Οι Μεγάλες Δυνάμεις είχαν υιοθετήσει ουδέτερη στάση μεταξύ Ελλήνων και Τούρκων. Ίσες αποστάσεις μεταξύ των σφαγέων και των θυμάτων.

Οι ειδήσεις για τις σφαγές των Τούρκων όταν έφτασαν στην Ευρώπη προκάλεσαν την αγανάκτηση της κοινής γνώμης. Δεν είχαν ακόμη ξεχαστεί οι σφαγές των Αρμενίων και ήδη είχαν ξεκινήσει οι σφαγές των Ελλήνων της Κρήτης. Το ξέσπασμα διαμαρτυριών από μέρους της Ευρώπης ήταν άμεσο καθώς δημιουργήθηκε ένα ισχυρό φιλελληνικό ρεύμα, αποτέλεσμα του οποίου υπήρξε αργότερα η κάθοδος στην Ελλάδα εκατοντάδων εθελοντών και η αποστολή χρημάτων και εφοδίων, όχι φυσικά από τις επίσημες κυβερνήσεις, αλλά από τους απλούς ευρωπαίους πολίτες.

Στην Ελλάδα η θύελλα της λαϊκής οργής και της αγανάκτησης που ξέσπασε ύστερα από τα γεγονότα της Κρήτης ήταν πρωτόγνωρα. Τα μεθοδευμένα, από τους κρυφούς “κύκλους” των ευρωπαϊκών ανακτοβούλιων, γεγονότα στο νησί οδήγησαν στο αναμενόμενο αποτέλεσμα. Η Ελλάδα έπρεπε

20 Βλαδίμηρος Λ. «Το υγειονομικό στον ελληνοτουρκικό πόλεμο το 1897». Εκδ. Λογοθέτης 1997. σελ.19

21 Berard V. «Κρητικές υποθέσεις. Οδοιπορικό 1897». Αθήνα. Εκδ. Τροχαλία 1994 ΚΑΙ «Η Κρητική Επανάσταση και ο Ελληνοτουρκικός Πόλεμος του 1897». Αθήνα. Εκδ. Ειρμός 1991

να συρθεί σε πόλεμο, του οποίου το αποτέλεσμα ήταν προαποφασισμένη από τα αχόρταγα ευρωπαϊκά χρηματιστηριακά συστήματα.

Ύστερα από την πτώχευση του 1893, το καπιταλιστικό κατεστημένο της Ευρώπης ζητούσε επίμονα να τεθεί η χώρα κάτω από τον διεθνή οικονομικό έλεγχο. Με τον εικονικό πόλεμο του 1897 το κατόρθωσε.²² Δυστυχώς στο άνομο αυτό παιχνίδι έλαβαν μέρος και Έλληνες τραπεζίτες, όπως ο Α. Συγγρός και ο Α. Βλαστός.²³

4.1.1 Η ΑΘΡΟΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΤΟ ΠΑΝΕΘΝΙΚΟ ΣΥΝΑΓΕΡΜΟ ΤΟΥ 1897

Η ιστορία κατέγραψε το σύντομο Ελληνοτουρκικό Πόλεμο του 1897 στις μελανές σελίδες της, δίκαια βέβαια καθώς η ιστορία καταγράφει γεγονότα και αποτελέσματα και όχι προθέσεις, επιδιώξεις ή όνειρα. Διαχρονικά, οι ιστορικοί εστιάζουν το ενδιαφέρον τους στα αίτια του πολέμου, στα παρασκήνια, στα συμβάντα, τα αποτελέσματα. Η ενθουσιώδης συμμετοχή των Ελλήνων για την απελευθέρωση των υπόδουλων αδελφών τους, μόνο με την κινητοποίηση των απανταχού Ελλήνων κατά την εξόρμηση των Βαλκανικών Πολέμων μπορεί να συγκριθεί.²⁴

Είναι ιδιαίτερα χαρακτηριστικό πως ενώ στο έργο «Ιστορία του Ελληνικού Έθνους» γίνεται πλήρης και εκτενέστατη κάλυψη όλων των γεγονότων περί πολέμου, για την συσπειρωμένη και ενθουσιώδη προσέλευση εθελοντών απ'όλα τα σημεία του ελληνισμού δεν γίνεται ουδεμία αναφορά.

Το τραγικό αποτέλεσμα οδήγησε όλους όσους έγραψαν τις μνήμες τους από τα γεγονότα του 1897, αλλά και τους ιστορικούς να ασχοληθούν κυρίως με τους λαθεμένους πολιτικούς, διπλωματικούς και στρατιωτικούς μηχανισμούς, με την απουσία σωστής οργάνωσης και προετοιμασίας και όλα τα συναφή.

Στον πόλεμο όμως του 1897, όπως συμβαίνει και σε κάθε άλλο πόλεμο βέβαια, εκτός από την πολιτική – στρατιωτική ηγεσία συμμετέχει και ο ίδιος ο λαός. Το 1897 όλος ο ελληνικός λαός, απ'όλα τα σημεία του κόσμου, έπραξε το καθήκον του. Ακόμη κι αν οι ηγεσίες του έθνους ήταν ανίκανες, ο απλός Έλληνας του 1897 ήταν αποφασισμένος και ικανότατος.

Απ'όλες της περιοχές της ελεύθερης Ελλάδας, απ'όλα τα σημεία του αλύτρωτου ελληνισμού, από τις ακμαίες τότε παροικίες των Ελλήνων στη Βαλκανική, στην Ευρώπη, στη Μεσόγειο, από τους απόδημους, απ'όλο τον ελληνισμό γενικότερα απ'όπου κι αν βρισκόταν δημιουργήθηκε ένα κύμα για την απελευθέρωση των Ελλήνων υπόδουλων.

22 Βλαδίμηρος Α. Το υγειονομικό στον ελληνοτουρκικό πόλεμο το 1897. Εκδ. Λογοθέτης 1997. σελ.22

23 Μπαζίλης Γ. «Ανδρέας Συγγρός». Εκδ. Δημιουργία. Αθήνα 1996.

24 Βλαδίμηρος Α. ο.π. σελ.61

Χιλιάδες Έλληνες εθελοντές από την Κρήτη, την Κύπρο, την Μ. Ασία, τον Πόντο, την Αίγυπτο, τις χώρες της Ευρώπης και της Βαλκανικής, έως την μακρινή Γεωργία και την Αβησσυνία βρέθηκαν στο πλευρό των στρατευμένων Ελλήνων. Ένας ή με πολυάριθμες ομάδες κατέφθαναν για να προσφέρουν την βοήθεια τους. Όσοι δεν ήταν σε θέση να πολεμήσουν συγκέντρωναν χρήματα, εφόδια, φάρμακα και τα έστελναν στην πατρίδα. Άλλοι ενημέρωναν μέσω άρθρων και επιστολών τον τύπο, τη διεθνή κοινή γνώμη για το δίκαιο αγώνα της Ελλάδας. Αποτέλεσμα των ενεργειών αυτό ήταν η μεγάλη συγκέντρωση ξένων εθελοντών. Επίσης, άνθρωποι των γραμμάτων και των επιστημών έσπευσαν από διάφορες χώρες να καταταγούν ως εθελοντές.²⁵

Στην πανεθνική αυτή κινητοποίηση, ο υγειονομικός κόσμος δεν έμεινε αμέτοχος. Όσοι δεν επιστρατεύτηκαν προσέφεραν τις υπηρεσίες τους εντελώς εθελοντικά. Η συμβολή των Ελληνίδων στο υγειονομικό του στρατού υπήρξε καθοριστική. Εκτός από τους υγειονομικούς του στρατού, μόνιμους και έφεδρους, οι υπόλοιποι γιατροί έδρασαν επικουρικά, προσφέροντας σημαντικές υπηρεσίες στην περίθαλψη και τη νοσηλεία των τραυματιών. Κατά τη διάρκεια του πολέμου δημιουργήθηκαν ειδικές εθελοντικές ιατρικές μονάδες, από τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό και από διάφορα ιδρύματα, σωματεία ή ιδιώτες. Οι μονάδες αυτές συνεργάστηκαν άψογα με τις υγειονομικές μονάδες του στρατού. Μαζί με τις μονάδες του υγειονομικού στρατού και τις διάφορες αποστολές του Διεθνούς Ερυθρού Σταυρού, οι εθελοντικές αυτές μονάδες βρέθηκαν στις μάχες της πρώτης γραμμής, στα διάφορα νοσοκομεία εκστρατείας, στα πλωτά νοσοκομεία και στα μεγάλα νοσοκομεία των Αθηνών.²⁶

Θα ήταν ανέφικτη η δημιουργία των διάφορων κινητών χειρουργείων και νοσοκομείων, που σχηματίστηκαν από την «Ένωση των Ελληνίδων» αλλά και από άλλους συλλόγους, για την ενίσχυση των υγειονομικών υπηρεσιών του στρατού, εάν δεν υπήρχε η μαζική και απλόχερη αυτοστράτευση του ιατρικού κόσμου από την Ελλάδα αλλά και τον ελληνισμό της διασποράς γενικότερα.

Από τα πιο συγκινητικά της ιστορίας είναι πως πολλοί από τους κορυφαίους πανεπιστημιακούς ιατρούς και δασκάλους της εποχής, ενώ θα μπορούσαν λόγω ηλικίας να παραμείνουν στην Αθήνα, στα σπίτια τους, βρέθηκαν στο μέτωπο διευθύνοντας ιατρικές μονάδες. Ενδεικτικά θα αναφερθούν: ο καθηγητής Χειρουργικής του Παν/μίου Αθηνών και αντιπρύτανης Σπύρος Μαγγίνας(1839-1920),ετών 58. Ο καθηγητής Παθολογίας στο ίδιο Παν/μίο Γεώργιος Μακκάς(1818-1905),ετών 79. Ο

25 Βλαδίμηρος Α. Το υγειονομικό στον ελληνοτουρκικό πόλεμο το 1897. Εκδ. Λογοθέτης 1997. σελ.62.

26 Βλαδίμηρος Α ο.π.. σελ.66

καθηγητής Χειρουργικής Ιούλιος Γαλβάνης(1838-1901),ετών 59. Ο καθηγητής Οδοντιατρικής Δημήτριος Καρακατσάνης(1832-1926), ετών 65.²⁷

Εκτός από τους άνδρες γιατρούς, στον πόλεμο του 1897 εμφανίστηκαν για πρώτη φορά στο εθνικό προσκήνιο και οι Ελληνίδες γιατροί. Κατά τα τέλη του περασμένου αιώνα οι γυναίκες στην Ελλάδα κατακτούν με την αξία τους την ακαδημαϊκή μόρφωση και την επιστημονική καταξίωση. Έχει προηγηθεί και προετοιμάσει το έδαφος η ίδρυση της «Ενώσεως των Ελληνίδων» και η κυκλοφορία της «Εφημερίδος των Κυριών» από την πρωτοπόρο του φεμινιστικού κινήματος Καλλιρόη Παρρέν (1861-1940).²⁸

Ο ελληνισμός της διασποράς συμβάλλει μέσω της αποστολής εθελοντών, φαρμάκων, υγειονομικού υλικού κ.α. Η παροικία της Αλεξανδρείας έστειλε πλήρη νοσοκομειακή μονάδα από ιατρούς, αδελφές και άντρες νοσοκόμους του ελληνικού νοσοκομείου της πόλεως. Υγειονομικό υλικό και προσωπικό έστειλαν και οι ελληνικές κοινότητες του Παρισιού και της Μασσαλίας.

Πολλές φορές η συμμετοχή σε έναν αγώνα δεν προσμετράτε μόνο από την καθολική συστράτευση, αλλά και από την πεισματική άρνηση του συνόλου. Σε αντίθεση με τους Έλληνες του απόδημου ελληνισμού, οι αλύτρωτοι Έλληνες ήταν απόλυτα αρνητικοί στο να συνεισφέρουν βοήθεια ή χρήματα στους υποχρεωτικούς εράνους, τους οποίους οργάνωνε η τουρκική κυβέρνηση προκειμένου να καλύψει έξοδα για την περίθαλψη των τραυματιών του πολέμου. Εκτός από λίγους Έλληνες οι οποίοι κατείχαν τουρκικές διοικητικές θέσεις και που η συνεισφορά τους ήταν υποχρεωτική κανένας έλληνας της Τουρκίας δεν ενίσχυσε στους εράνους. Αρνητικοί προς την ενίσχυση βρέθηκαν οι Αρμένιοι.²⁹ Οι μόνη εθνότητα της οθωμανικής αυτοκρατορίας που ενίσχυσε τους εράνους-πέραν των τούρκων-ήταν οι Εβραίοι.

4.1.2 ΤΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΣΤΟΝ ΠΟΛΕΜΟ ΤΟΥ 1897

Το Φεβρουάριο του 1897 η κυβέρνηση του Δημητρίου Ράλλη κάλεσε σε επιστράτευση μικρό αριθμό εφέδρων. Γενικότερα, η επιστράτευση πραγματοποιήθηκε με βασιλικό διάταγμα (Β.Δ) την 1.3.1897. Το υγειονομικό ολοκλήρωσε την επιστράτευση με Β.Δ. στις 14.3.1897.³⁰

Την περίοδο εκείνη και για τις ανάγκες της εποχής ανατήχθηκαν πολλά κινητά χειρουργεία και πρόσκαιρα νοσοκομεία, τόσο στα διάφορα μέτωπα όσο και στην Αθήνα από τις διάφορες αντιπροσωπίες του Διεθνούς Ερυθρού

27 Βλαδίμηρος Α. ο.π. σελ.66

28 Βλαδίμηρος Α. ο.π. σελ.68

29 Την εποχή εκείνη είχε αρχίσει η περίφημη γενοκτονία των Αρμενίων από μέρους των Γερμανών

30 Μεγάλη Στρατιωτική και Ναυτική Εγκυκλοπαίδεια. Τόμ. 4ος, σελ. 161-162

Σταυρού και από εθελοντικά σώματα ιδιωτών. Όλες οι ιστορικές πηγές, ενώ είναι φειδωλές σε πληροφορίες για το υγειονομικό, ταυτίζονται στο ότι υπήρχε στις μονάδες ικανοποιητική στελέχωση από γιατρούς, μόνιμους ή εφέδρους. Η έλλειψη από την άλλη, εστιαζόταν στους τραυματιοφορείς και στα μεταφορικά μέσα για την διακομιδή των τραυματιών.³¹

Η έλλειψη σώματος μεταφορών και επιμελητείας δυσκόλευε κατά πολύ τις μεταφορές των τραυματιών και τον ομαλό εφοδιασμό σε τρόφιμα. Όπως όλο το στράτευμα, υπέφερε φυσικά και το υγειονομικό από τις σοβαρές ελλείψεις των εφοδίων. Σωστά διαρθρωμένη υπηρεσία μεταφορών και επιμελητείας ο ελληνικός στρατός απέκτησε μετά το 1909, με την αναδιοργάνωση που επιβλήθηκε από την επανάσταση στο Γουδί. Χαρακτηριστικό του πολέμου ήταν ότι οι αξιωματικοί ήταν αναγκασμένοι να αναζητούν την τροφή τους και να πληρώνουν το αντίτιμο από τους μισθούς τους.³²

Σε σύγκριση με το ελληνικό, το τουρκικό Υγειονομικό ήταν υποτυπώδες. Σε ορισμένα μόνο τάγματα του τακτικού στρατού υπήρχε γιατρός. Νοσοκομεία εκστρατείας και κινητά χειρουργεία είτε δεν επήραν, είτε ήταν ελάχιστα και μακριά από τη γραμμή του πυρός. Βασική κάλυψη στους τραυματίες παρείχαν τα πολύ απομακρυσμένα νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης, Μοναστηρίου κ.α. Οι Τούρκοι ήταν τυχεροί καθώς οι αποστολές του Διεθνούς Ερυθρού Σταυρού κάλυψαν πολλές ελλείψεις του υγειονομικού τους.

Καθ'όλη τη διάρκεια του πολέμου φάνηκε η διαφορά οργάνωσης του ελληνικού από το τουρκικό υγειονομικό. Δεν γίνεται βέβαια λόγος για την τεράστια διαφορά αξίας και ικανότητας του έμψυχου υλικού. Σε όλες τις μεγαλουπόλεις της Τουρκίας η εξάσκηση της ιατρικής και της φαρμακευτικής βρισκόταν σχεδόν αποκλειστικά στα χέρια των ελλήνων. Για παράδειγμα, στη Σμύρνη, στις αρχές του αιώνα, σε σύνολο 123 γιατρών οι 102 ήταν έλληνες, 8 τούρκοι, 4 εβραίοι, 2 αρμένιοι και 5 διάφορων άλλων εθνοτήτων. Οι τούρκοι γιατροί υστερούσαν κατά πολύ σε γνώσεις και ικανότητες από τους έλληνες. Επιπλέον, το ελληνικό σώμα διέθετε εκπαιδευμένο σώμα στρατιωτών νοσοκόμων.³³

Η διαφορά εντοπίζεται στη δομή και την επάρκεια οργάνωσης, εκπαίδευσης και λειτουργίας των υγειονομικών σωμάτων κατά τον πόλεμο. Φυσικά, δεν μπορεί να γίνει λόγος όσον αφορά την αντιμετώπιση των

31Ανώνυμος. «Στρατιωτική οργάνωση της Ελλάδος». Μεγάλη Στρατιωτική και Ναυτική Εγκυκλοπαίδεια. Τόμ. 3ος. Αθήνα 1929 σελ. 121

32 Θεοφιλόπουλος Ι. «Η επιμελητεία εν εκστρατεία». Εν Αθήναις. Τυπογραφείο Υπουργείου Στρατιωτικών 1909. Σελ. 464, 485

33Παπαδογιαννάκης Ν. «Το σύστημα υγείας στη Σμύρνη στις αρχές του αιώνα μας». Ιατρικό Βήμα τεύχ. 42 σσ 50-55, 1995

τραυματιών αιχμαλώτων. Οι έλληνες υγειονομικοί αντιμετώπιζαν τους τραυματίες τούρκους με γενναιοψυχία και λεβεντιά, σε αντίθεση με τους τούρκους, οι όποιοι συμπεριφέρθηκαν στους έλληνες αιχμαλώτους – τραυματίες με κτηνώδη και απάνθρωπο τρόπο.³⁴

Αποστολή του υγειονομικού στη μάχη είναι να επιλέξει κατάλληλη τοποθεσία για να μπορέσει να επιτύχει την εγκατάσταση του και να επιμείνει τις δυνάμεις του με τέτοιο τρόπο, ώστε τελικά να πετύχει προ, κατά και μετά τη μάχη τρεις βασικούς στόχους: 1) να προσφέρει βοήθεια στους τραυματίες στο πεδίο της μάχης, β) να μεταφέρει τους τραυματίες στους σταθμούς επιδέσεως, στα κινητά χειρουργεία και στα πρόσκαιρα νοσοκομεία του μετώπου και γ) να διακομίσει τους βαρύτερα τραυματισμένους για νοσηλεία στα μεγάλα νοσοκομεία του κέντρου.

Παρόλο τις όποιες αμφιβολίες για το αν τελικά πέτυχε το σκοπό του το υγειονομικό σώμα του 1897 και παρόλο τα ελλιπέστατα στοιχεία για τη δράση του υγειονομικού μέσα από τις υπάρχοντες βιβλιογραφίες, δεν μπορεί κανένας να αμφισβητήσει πως οι συνοδείες τραυματιών κατά τον πόλεμο δεν είναι το αποτέλεσμα τυχαίας συναθροίσεως πληγωμένων μαχητών, ούτε αυθόρμητη εκδήλωση. Συνιστούν ενέργεια συγκροτημένης υγειονομικής υπηρεσίας. Ανεξάρτητα από τις τυχόν ελλείψεις της υγειονομικής υπηρεσίας σε προσωπικό, μεταφορικά μέσα και υλικά, οι συνοδείες των ασθενών αποδεικνύουν την ύπαρξη και την λειτουργία της.

Υπάρχουν μαρτυρίες που αναφέρονται σε συνοδείες τραυματιών κατά τη διάρκεια των μαχών του Βελεστίνου, των Φαρσάλων, του Δομοκού. Μπορεί το υγειονομικό να είχε ελλείψεις σε μεταφορικά και τραυματιοφορείς, όμως είναι γεγονός πως με τα πενιχρά μέσα που διέθετε, έδρασε στις μάχες του πολέμου επάξια.³⁵

4.1.3 ΑΔΕΛΦΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΣ

Κατά τον Ελληνοτουρκικό Πόλεμο γεννήθηκε το σώμα των αδελφών νοσοκόμων του ελληνικού στρατού. Στην ιστοριογραφία μας είναι σχετικά άγνωστο το σημαντικό αυτό κεφάλαιο του υγειονομικού.³⁶

Από εκείνο τον πόλεμο και μέχρι τις μέρες μας, για έναν ολόκληρο αιώνα, με ηρωισμό και αυταπάρνηση νοσηλεύουν και περιθάλπουν τους τραυματίες των πολεμικών επιχειρήσεων ή προσφέρουν απλόχερα τις πολύτιμες υπηρεσίες τους στην κοινωνία κατά τις περιόδους ειρήνης³⁷.

34 Ευαγγελίδης Τ. «Ο Ελληνοτουρκικός Πόλεμος». Τόμοι Α' και Β'. Εν Αθήναις εκδ. 'Α.Δ. Φέξη. 1898

35 Βλαδίμηρος Λ. ο.π. σελ.89

36 Διευθυνσις Ιστορίας Στρατού. «Ιστορία της οργανώσεως του Ελληνικού Στρατού 1821-1954». Αθήνα 1957

37 Η σημερινή ονομασία είναι νοσηλεύτρια. Στην εργασία αναφέρεται η ονομασία που ίσχυε τότε.

Χρειάζεται να τονιστεί πως με τον όρο «αδελφή νοσοκόμα» γίνεται αναφορά στις αδελφές νοσοκόμες του στρατού και όχι στο θεσμό της αδελφής νοσοκόμας, ο οποίος εμφανίστηκε στην Ελλάδα το 1872 με την ίδρυση της πρώτης Σχολής αδελφών νοσοκόμων από τη βασίλισσα Όλγα.

Η ίδρυση του σώματος έγινε Β.Δ. στις 21.3.1897 κατά τη διάρκεια της επιστράτευσης. Μέσα στο Β.Δ. γίνεται ξεχωριστή αναφορά στις αλλοδαπές αδελφές για δύο λόγους: Πρώτον, υπήρξε έντονη η προσέλευση ξένων εθελοντριών νοσοκόμων και, δεύτερον, η εμπειρία των αλλοδαπών αδελφών ήταν σημαντική τόσο στη νοσηλευτική όσο και από συμμετοχή σε πολεμικές συγκρούσεις.³⁸

Σημαντικό κεφάλαιο στο θεσμό των αδελφών νοσοκόμων έπαιξε η Αγγλίδα Φλόρενς Νάιτινγκεϊλ (Florence Nightingale), γνωστή στη βιβλιογραφία και ως «Lady with the lamp» η οποία την εποχή του Κριμαϊκού Πολέμου το 1854 δημιούργησε το θεσμό αυτόν. Τριγύριζε ασταμάτητα και ακούραστα στα στρατιωτικά νοσοκομεία, προσφέροντας με στοργή τις υπηρεσίες της στους τραυματίες και φροντίζοντας για την καθαριότητα και την στοιχειώδη νοσηλεία. Έδωξε από τη νοσηλεία των ασθενών το ως τότε άθλιο νοσηλευτικό προσωπικό, αποτελούμενο κατά κανόνα από γριές ιερόδουλες και αλήτες. Έκτοτε, με το παράδειγμα της παρακίνησε όλες τις κυρίες των καλών οικογενειών να ασχοληθούν με τη νοσηλεία. Μέσα σε λίγα χρόνια η νοσηλεία των ασθενών στα νοσοκομεία και η περίθαλψη των τραυματιών στους πολέμους πέρασε από τα «κακώς κείμενα» της κοινωνίας στις εκπαιδευμένες και αφοσιωμένες στην αποστολή τους αδελφές νοσοκόμες. Σταδιακά σε όλα τα κράτη δημιουργήθηκαν σχολές αδελφών από τα πιο ηθικά και φιλόφρονα μέλη της κοινωνίας.³⁹

Εκτός από τις νοσοκόμες του στρατού και τις νοσοκόμες του Ερυθρού Σταυρού, στον πόλεμο έδρασαν πολυποίκιλες εθελόντριες. Χωρίς ειδικές γνώσεις ή εκπαίδευση, αναπλήρωναν την έλλειψη πείρας με την φλογερή τους επιθυμία να προσφέρουν όπως και όσο μπορούσαν σε εκείνους που το είχαν ανάγκη. Το παράδειγμα έδωσε πρώτη η ίδια η βασίλισσα Όλγα μαζί με τις πριγκίπισσες Σοφία και Μαρία.⁴⁰

Ακολουθώντας, το παράδειγμα αυτό όλα τα γνωστά ονόματα εκείνης της αριστοκρατικής αθηναϊκής εποχής εγκατέλειψαν την οικογενειακή θαλπωρή και ασφάλεια για να φορέσουν την ποδιά της αδελφής νοσοκόμας. Συνεισέφεραν όπως μπορούσαν στα κινητά χειρουργεία, τα πλωτά νοσοκομεία και τα μεγάλα νοσοκομεία της Αθήνας.

38 Βλαδίμηρος Λ. ο.π. σελ.130

39 Βλαδίμηρος Λ. ο.π. σελ.130

40 Βλαδίμηρος Λ. ο.π. σελ. 134

Από τον πόλεμο του 1897 δημιουργήθηκε η παράδοση του σώματος των εθελοντριών αδελφών νοσοκόμων, που πολλές φορές στους μετέπειτα αγώνες δεν δίστασαν να δώσουν και την ίδια τους τη ζωή προκειμένου να υπερασπιστούν τις αξίες που διέθεταν αλλά και τον ανθρωπισμό που ολοκληρωτικά τις διακατείχε.⁴¹

Για να μπορέσει να κάνει κανείς σωστή αποτίμηση του έργου του υγειονομικού σώματος τον καιρό εκείνο θα πρέπει να έχει κατά νου ότι το υγειονομικό περίθαλπε τραυματίες, δεν είχε σκοπό να κατακτήσει εδάφη αλλά ούτε και να προξενήσει φθορές στον εχθρό. Κοινή παραδοχή όλων όσων έχουν μελετήσει την ιστορία θα πρέπει να είναι ότι τελικά το υγειονομικό πέτυχε στην αποστολή του και δικαίως κρίνεται η δράση του ικανοποιητική.⁴²

Ένας από τους σημαντικότερους σταθμούς στην ιστορία της ιατρικής αποτελεί η ανακάλυψη και η εφαρμογή των αντισηπτικών ουσιών στη χειρουργική. Τα αντισηπτικά μείωσαν τη μεγάλη χειρουργική θνησιμότητα που παρατηρούνταν έως τότε.

Ο Ι. Παπαθεοδώρου από τη μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας εντοπίζει και επισημάνει ένα σημαντικό ζήτημα. Παραδέχεται, πως δεν αρκεί απλώς η χρήση των αντισηπτικών ουσιών για να πετύχει το υγειονομικό θετικά αποτελέσματα. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η επάρκεια του υλικού σε όλες τις ιατρικές μονάδες καθώς και η άμεση εφαρμογή στα τραύματα, όσο το δυνατό γρηγορότερα, όπως και η ταχεία διακομιδή των ασθενών. Είναι σημαντικό να τονισθεί το παραπάνω καθώς έτσι γίνεται σαφές το εκπληκτικά χαμηλό ποσοστό θνητότητας που κατάφερε να πετύχει το υγειονομικό κατά τη διάρκεια του πολέμου. Σε όλες σχεδόν τις εκθέσεις αποτελεσμάτων από τα νοσοκομεία της Αθήνας αναφέρεται ότι η πρώτη επίδεση των τραυμάτων διενεργήθηκε αμεσότατα. Αυτό αποδεικνύει πως η υγειονομική υπηρεσία του στρατού είχε καθορίσει εγκαίρως τους βασικούς τρόπους δράσεως του σώματος.⁴³

Η μείωση του ποσοστού θνητότητας των τραυματιών από 6% σε 2% (για την ακρίβεια σε 1,7%), αντιστοιχούσε σε μικρότερο αριθμό νεκρών του πολέμου κατά 15%. Πιο απλά, το 6% σήμαινε 110 περισσότεροι νεκροί. Το 1,7% επέτρεψε να επιστρέψουν 110 περισσότεροι στρατιώτες στα σπίτια τους υγιείς.⁴⁴

41 Βλαδίμηρος Λ. ο.π. σελ.134

42 Βλαδίμηρος Λ. ο.π. σελ.182

43 Παπαθεοδώρου Ι. «Περί Της Πρώτης Επίδεσεως Των Τραυματιών Επί Του Πεδίου Της Μάχης». Ιατρική Πρόοδος. 11:170 1906

44 Παπαθεοδώρου Ι. «Σπουδαιότης Των Νεοτέρων Πολέμων. Θνητότης Των Τραυματιών Των Κατά Τα Τελευταία Πεντήκοντα Έτη Πολέμων. Η Επίδρασις Της Αντισηπτικής Μεθόδου. Ο Ελληνοτουρκικός Πόλεμος». Ιατρική Πρόοδος 4:95 1899

Τελειώνοντας, πολύ ενδιαφέρον έχει να σημειωθεί πως κατά τη διάρκεια του συγκεκριμένου πολέμου πραγματοποιήθηκαν οι πρώτες ακτινογραφίες στον κόσμο σε πολεμικά τραύματα. Η ανακάλυψη των ακτινών Rontgen έγινε το 1895. Η αγγλική υγειονομική αποστολή, μαζί με την αποστολή του υγειονομικού προσωπικού, απέστειλε στην Ελλάδα και ένα φορητό ακτινολογικό μηχάνημα. Αντίστοιχο εστάλλει και στους τούρκους από μέρους του γερμανικού Ερυθρού Σταυρού. Έτσι, ο Ελληνοτουρκικός του 1897 έτυχε να είναι ο πρώτος πόλεμος στον οποίο χρησιμοποιήθηκαν ακτινολογικά μηχανήματα. Για την Ελλάδα, οι ακτινογραφίες εκείνου του πολέμου ήταν οι πρώτες ιατρικές ακτινογραφίες.⁴⁵

4.2 ΒΑΛΚΑΝΙΚΟΙ ΠΟΛΕΜΟΙ 1912-1913

Στις αρχές της δεκαετίας του 1910 ξεκινάει μία προσπάθεια συνεννόησης ανάμεσα στα βαλκανικά κράτη. Στόχος τους είναι να διεκδικήσουν και τέλος να κατακτήσουν τα εδάφη της Οθωμανικής Αυτοκρατορίας στην Βαλκανική χερσόνησο, την Μακεδονία και το μεγαλύτερο κομμάτι της Θράκης. Έτσι, υπογράφονται συνθήκες συμμαχίας μεταξύ της Σερβίας, του Μαυροβουνίου, της Βουλγαρίας και της Ελλάδας. Στη συνέχεια, ύστερα από τις διαφωνίες μεταξύ των νικητών για τον τελικό διαμοιρασμό των εδαφών, ξεσπάει και δεύτερος πόλεμος, αυτή τη φορά με την συμμετοχή επιπλέον της Ρουμανίας, από τον οποίο εξήλθε ηττημένη η Βουλγαρία, χάνοντας το μεγαλύτερο μέρος των εδαφών που είχε αρχικά κατακτήσει. Οι Βαλκανικοί πόλεμοι άλλαξαν τα σύνορα και προκάλεσαν μεγάλο κύμα προσφύγων στα Βαλκάνια. Ο Α' Βαλκανικός Πόλεμος τέλειωσε με τη συμφωνία του Λονδίνου, το Μαΐο του 1913, ενώ ο Β' Βαλκανικός με τη συνθήκη του Βουκουρεστίου, τον Ιούλιο του 1913.

Η τελική αποτίμηση για την Ελλάδα-μετά την λήξη των Βαλκανικών-ήταν αντιστρόφως ανάλογη, με τις απώλειες της. Δηλαδή, με μικρές απώλειες η Ελλάδα διπλασιάστηκε, έχοντας πάρει αρκετές περιοχές στη Μακεδονία, την Ήπειρο, την Κρήτη αλλά κατακτώντας και την Θεσσαλονίκη την οποία διεκδικούσε ταυτόχρονα και η Βουλγαρία. Το ελληνικό κράτος διπλασιάστηκε και σε έκταση και σε πληθυσμό με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν οι καλύτερες προϋποθέσεις για κοινωνική, πολιτική και οικονομική ανάπτυξη.

4.2.1 Η ΕΠΟΧΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΩΝ: Η ΕΛΛΑΔΑ ΤΩΝ ΦΙΛΕΛΕΥΘΕΡΩΝ

Μετά το κίνημα στο Γουδί (1909) ξεκινούν σημαντικές μεταρρυθμίσεις στην ελληνική κοινωνία. Νέες κοινωνικές και πολιτικές δυνάμεις παίρνουν την

⁴⁵Λειβαδάς Γ. «Οι Πρώτες Ιατρικές Ακτινογραφίες Στην Ελλάδα». Ελληνική Ακτινολογία 26:347 1995

εξουσία. Εκφραστής τους είναι ο Ελευθέριος Βενιζέλος και το κόμμα των Φιλελευθέρων. Οι πρώτες μεγάλες αλλαγές γίνονται με την αναθεώρηση του συντάγματος και ακολουθούν πολλές άλλες. Οι κυβερνήσεις την περίοδο αυτήν θέλουν να κάνουν την Ελλάδα μια σύγχρονη και ανεπτυγμένη χώρα, που να μπορεί να πραγματοποιήσει τη Μεγάλη Ιδέα ⁴⁶

Από το 1910 έως το 1920 το κόμμα του Βενιζέλου κυβερνά σχεδόν συνέχεια, εκτός από την περίοδο του Εθνικού Διχασμού. Στόχος του είναι να εξασφαλίσει μεγάλη κοινωνική υποστήριξη στην πολιτική του. Στήριξε τη βασιλεία, που ήταν πολύ δημοφιλής και έκανε παραχωρήσεις σε αυτή. Στην αρχή οι αντίπαλοι του δεν ήταν ισχυροί, όταν όμως ήρθε σε σύγκρουση με το βασιλιά, οι αντίπαλοι δημιούργησαν το κόμμα των Εθνικόφρων, το οποίο αργότερα θα ονομαστεί Λαϊκό Κόμμα, με αρχηγό το Δημήτριο Γούναρη.

Η κυβέρνηση των Φιλελευθέρων ψήφισε νέο σύνταγμα το 1911. Με αυτό, το κράτος έγινε πιο αποτελεσματικό, πιο δίκαιο και μπορούσε να παρεμβαίνει στην οικονομία για να ασκεί κοινωνική πολιτική. Κατά τη διακυβέρνηση των Φιλελευθέρων, σημαντικές ήταν οι μεταρρυθμίσεις για:

εργατική νομοθεσία: ψηφίστηκαν οι πρώτοι νόμοι για εργατικά ζητήματα. Οι νόμοι ρύθμιζαν ωράρια εργασίας, την ατομική ασφάλεια, την υγιεινή, τις αποζημιώσεις των εργατικών ατυχημάτων κ.α.

Βασικός νόμος που ψηφίστηκε το 1914, όριζε πώς πρέπει να οργανώνονται και να εκπροσωπούνται οι κοινωνικές και επαγγελματικές ομάδες, σύλλογοι, σωματεία, επιμελητήρια, συνεταιρισμοί κτλ. Ο συγκεκριμένος νόμος βοήθησε να ιδρυθούν συνδικαλιστικές ενώσεις και επαγγελματικά σωματεία ⁴⁷.

4.2.2 ΤΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΕΡΓΟ ΤΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ 1910-1916

4.2.2.1 ΠΕΡΙΟΔΟΣ 1910-1916

Η πρώτη περίοδος διακυβέρνησης της χώρας υπό τον Βενιζέλο(1910-1916) μπορεί να υποστηριχθεί πως χαρακτηρίζεται από μια προσπάθεια κρατικής παρέμβασης όσον αφορά μέτρα κοινωνικής πολιτικής αλλά και τον τομέα της υγείας.

Για παράδειγμα, ένα από τα μέτρα εκσυγχρονισμού που η κυβέρνηση λαμβάνει είναι η ψήφιση νέου νομοθετικού πλαισίου για τους όρους άσκησης της ιατρικής(σε συμφωνία και με τα τεκταινόμενα την ίδια περίοδο στις άλλες χώρες της Ευρώπης και της Β. Αμερικής) με το Ν. 4063/1912, αλλά και του νοσηλευτικού επαγγέλματος (1914). Άμεσος παρεμβατισμός

⁴⁶ Η Μ.Ιδέα δεν σήμαινε το ίδιο για όλους. Σε γενικές γραμμές σήμαινε ότι το ελληνικό κράτος έπρεπε να επεκταθεί σε όλες τις περιοχές όπου κατοικούσαν Έλληνες.

⁴⁷ Δημόσια Υγεία και Κοινωνική Πολιτική: ο Ε. Βενιζέλος και η εποχή του. Εθνικό Ίδρυμα ερευνών και μελετών Ε. Βενιζέλος, εκδ. Παπαζήση, 2008

πραγματοποιήθηκε στο κομμάτι του «κομπογιαννιτισμού» ή της «εμπειρικής» άσκησης της ιατρικής, όπως ονομαζόταν, αλλά και στη σωστή στελέχωση των υγειονομικών και νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Τα προβλήματα των ιδρυμάτων εκείνης της εποχής ήταν τεράστια. Συγκεκριμένα, στον τομέα του ανθρωπίνου δυναμικού αλλά και στο κομμάτι των υποδομών, γεγονός, που επέφερε τραγικές συνέπειες. Ο γιατρός Γ. Μάκκας στο βιβλίο του με τίτλο «Η θνησιμότητα της παιδικής ηλικίας εν Ελλάδι- Αίτια και μέσα προς περιστολήν» (1911) αποδίδει την συγκριτικά πολλαπλάσια βρεφική και παιδική θνησιμότητα των αστικών κέντρων αφενός στην διαφυγή καταγραφών προς την ύπαιθρο και αφετέρου στην πολλαπλάσια θνησιμότητα των φιλανθρωπικών βρεφοκομείων και ορφανοτροφείων. Τα παιδιά εκεί πέθαιναν το χειμώνα από αναπνευστικές λοιμώξεις λόγω του κρύου και της ελλιπέστατης ένδυσης και το καλοκαίρι από τις γαστρεντερικές παθήσεις λόγω της κακής σίτισης. Η συνολική θνησιμότητα(παιδική) αναφέρεται πως ανέρχεται την περίοδο εκείνη σε 30.4, 10.6 και 6.7 παιδιά στα 1000 για τις ηλικίες των 2-5, 6-10 και 11-15, ενώ η γενική βρεφική θνησιμότητα αγγίζει τους 106 θανάτους ανά 100 γεννήσεις στο σύνολο της χώρας και σε 177 θανάτους ανά 1000 γεννήσεις στα αστικά κέντρα.⁴⁸

Η σημαντικότερη, όμως, “τομή” από νομοθετικής πλευράς υπήρξε αναμφίβολα η ψήφιση του Ν. 346 της 1/11/1914 «Περί επιβλέψεως της Δημόσιας Υγείας», όπου για πρώτη φορά εγκαταλείπεται η φιλανθρωπική και τοπική πρωτοβουλία για τις υπηρεσίες υγείας, καθώς το κράτος πλέον αναγνωρίζει την ευθύνη του απέναντι στους πολίτες, σε εθνικό επίπεδο. Το νόμο αυτό, τον οποίο επεξεργάστηκε ο καθηγητής του Πανεπιστημίου Αθηνών και τότε Πρόεδρος του Ιατροσυνεδρίου Κ. Σάββας, τον διακατείχε μία αίσθηση κρατικής επιτήρησης προς το σύνολο των υγειονομικών υπηρεσιών από ολοκληρωτικά κρατικές δομές. Ωστόσο, ο νόμος αυτός εξαιτίας διαφόρων παραγόντων, π.χ. λόγω της πολεμικής περιόδου, της πολιτικής αστάθειας, οι ελλείψεις των πόρων (χρηματικών και ανθρωπίνων) δεν κατάφερε να υλοποιηθεί ποτέ.

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, την ίδια περίοδο αναπτύσσεται και ο τομέας της νοσοκομειακής περίθαλψης. Τα περισσότερα από τα ελληνικά νοσοκομεία όπως είναι γνωστό πριν το 1909 ήταν δημοτικά και φιλανθρωπικά με σημαντικές ελλείψεις. Οι επιδημίες όμως της χολέρας στην Μακεδονία το 1913, του εξανθηματικού τύφου και της πανώλης το 1914 σε συνδυασμό με τους Βαλκανικούς Πολέμους κατέστησαν την κατάσταση ανεξέλεγκτη. Οι ανθρώπινες μάζες που συχνά στοιβάζονταν για να κοιμηθούν στα πατώματα, οι άθλιες συνθήκες νοσηλείας και ο επιπολασμός πολλαπλών μεταδοτικών

48 Καπανίδης Ν. «Η Κλειστή Περίθαλψη στο νεοελληνικό κράτος» (1909-1940). Διδακτορική Διατριβή, Θεσσαλονίκη 1988: 42-43

νοσημάτων, εξαιτίας της υπερπληρότητας καθιστούσαν την κατάσταση ανεξέλεγκτη και δραματική. Ταυτόχρονα, ήδη από τις αρχές της πρώτης δεκαετίας του 20^{ου} αιώνα, ξεκινάνε να πολλαπλασιάζονται τα ειδικά νοσοκομεία πολλά εκ των οποίων ιδρύονται ή επεκτείνονται την περίοδο 1909-1916. Μερικά είναι: το «Α. Συγγρός» (1909) και το Σανατόριο Πάρνηθας, (1914) στην Αθήνα, το «Λοιμωδών» (1912) και το Ψυχιατρείο (1914) στην Θεσσαλονίκη, το Ψυχιατρείο της Σούδας (1910), το Λεπροκομείο (1909) και το Οφθαλμιατρείο (1914) στη Χίο, το Σανατόριο της Μυτιλήνης (1915), ενώ πολλά άλλα επεκτείνονται όπως το Σανατόριο «Σωτηρία» που έλαβε την περίοδο εκείνη για πρώτη φορά κρατική χρηματοδότηση, το «Δρομοκαΐτειο» Ψυχιατρείο στην Αθήνα και το Λεπροκομείο της Σπιναλόγκα. Ενδιαφέρον έχει να σημειωθεί, πως την περίοδο εκείνη παραγματοποιείται και το «Α' Ελληνικό κατά της φυματιώσεως συνέδριον», το 1909. Παρόλα, η κυβέρνηση του Ε. Βενιζέλου χρηματοδοτεί επιτροπές επιφανών πολιτών οι οποίοι αναλαμβάνουν φιλανθρωπικές δραστηριότητες στήριξης των πρώτων προσφύγων, ασθενών, τραυματιών και αναπήρων των Βαλκανικών Πολέμων. Την ίδια χρονική στιγμή μάλιστα ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός μαζί με τη συνδρομή του Ελβετικού, του Ιταλικού, του Ολλανδικού και του Ρωσικού δημιούργησε περίπου 20 “προσωρινά νοσοκομεία” για την αντιμετώπιση των πολεμικών αναγκών στην Αθήνα, την Θεσσαλονίκη, την Λάρισα, το Βόλο, την Άρτα, την Πρέβεζα, την Θήβα, την Αμφιλόχια και την Κοζάνη.⁴⁹

Άξιο αναφοράς αποτελεί και το γεγονός πως μέσα σε όλη αυτή την έκρυθμη κατάσταση της εποχής, αναδύεται σταδιακά και το φαινόμενο των κερδοσκοπικών μορφών νοσοκομειακής ιατρικής μέσω μιας σειράς ιδιωτικών κλινικών, τα οποία ξεκινάνε από την Αθήνα και τα οποία καθόλα θετικό αντίκτυπο δεν θα καταλάβουν καθώς η εξαθλίωση των ασθενών, η κακή τους λειτουργία και η εκμετάλλευση των νέων γιατρών από μέρους των κλινικαρχών, θα είναι που θα τα στιγματίσει.⁵⁰

4.3 Α' ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΠΟΛΕΜΟΣ 1914-1918

Ο Α' παγκόσμιος πόλεμος, γνωστός και ως «Μεγάλος Πόλεμος», όπως λεγόταν πριν το ξέσπασμα του Δεύτερου Πολέμου, ήταν μια γενικευμένη σύγκρουση των Ευρωπαϊκών Δυνάμεων που διήρκησε από τον Αύγουστο του 1914 έως τις 11 Νοεμβρίου 1918. Στην ουσία αν και ήταν μεγάλη ενδοευρωπαϊκή διένεξη με τα κύρια μέτωπα στη Γηραιά Ήπειρο, η επέκταση της ωστόσο και στην περιφέρεια, με ενεργό συμμετοχή αποικιακών

49 Καπανίδης Ν. «Η Κλειστή Περίθαλψη στο νεοελληνικό κράτος» (1909-1940). Διδακτορική Διατριβή, Θεσσαλονίκη 1988: 97-98

50 Καπανίδης Ν. ο.π. 92-94

στρατευμάτων και με την εμπλοκή ακόμα και αμερικανικών προσέδωσαν τελικά την έννοια του “παγκόσμιου”.

Οι Ενωμένες Δυνάμεις, καλούμενες και «Δυνάμεις της Αντάντ», κυρίως οι Μεγάλη Βρετανία, Γαλλία, ως τις αρχές του 1918, η Ρωσία και, από το 1917 οι ΗΠΑ, νίκησαν τις Κεντρικές Δυνάμεις, καλούμενες και «Τριπλή Συμμαχία», δηλαδή οι Γερμανία, Αυστροουγγαρία, Οθωμανική Αυτοκρατορία και Βουλγαρία και οδήγησαν αφενός στην κατάρρευση τεσσάρων αυτοκρατοριών και σε ριζικές αλλαγές στον χάρτη της Ευρώπης, εκ του κατακερματισμού αυτών, αφετέρου στη μεγάλη Ρωσική Επανάσταση και σε τελική φάση στην δημιουργία της «Κοινωνίας των Εθνών».⁵¹

Στην Ελλάδα ο Βενιζέλος πίστευε ότι η χώρα έπρεπε να είναι στο πλευρό της Αντάντ, διότι έτσι θα εξυπηρετούνταν τα συμφέροντα των Ελλήνων ενώ αντίθετη άποψη είχε ο βασιλιάς Κωνσταντίνος που σαν Γερμανόφιλος, επέμενε σε ουδετερότητα της Ελλάδας αφού προέβλεπε νίκη των Γερμανών. Έτσι, η διχόνοια έφερε διαμάχες και δίχασε τον ελληνικό λαό. Μάλιστα ο διχασμός εντάθηκε καθώς ο βασιλιάς δεν υποχωρούσε και ο Βενιζέλος παραιτήθηκε. Νικητές του πολέμου αναδείχθηκαν εν τέλει, οι Δυνάμεις της Αντάντ.

Ωστόσο, οι συνέπειες του πολέμου σε παγκόσμιο αλλά και σε ελληνικό επίπεδο χαρακτηρίζονται κοινώς απόλυτα καταστρεπτικές. Υπήρξαν συνέπειες σε όλους τους τομείς. Πολιτικές, οικονομικές, κοινωνικές, ταξικές, ακόμη και σε επίπεδο διεθνών σχέσεων υπήρξαν τεράστιες αρνητικές αλλαγές.

Ο πόλεμος είχε σαν συνέπεια την οικονομική εξάντληση αντιμαχόμενων μερών. Η εξάντληση των αποθεμάτων, οι καταστροφές των καλλιεργειών και των κατοίκων, των εργοστασίων, των ναυπηγιών, των ορυχείων και γενικά των πλουτοπαραγωγικών πηγών από τους βομβαρδισμούς είχαν μακροπρόθεσμες συνέπειες, με σημαντικότερη την οικονομική κρίση του 1929 που ξεκίνησε από τις ΗΠΑ, κύριο δανειστή των Ευρωπαϊκών χωρών κατά την διάρκεια του πολέμου, γεγονός που επηρέασε μέγιστα και την Ευρώπη. Τα δάνεια που είχαν παρθεί από Χώρες (Γαλλία, Γερμανία, Βρετανία) για να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στις υποχρεώσεις του πολέμου ήταν υπέρογκα, με αποτέλεσμα οι κυβερνήσεις να είναι υπερχρεωμένες. Συνέπεια υπήρξε ο πληθωρισμός και η αύξηση των τιμών των καταναλωτικών αγαθών αλλά και η επιβάρυνση του προϋπολογισμού των κρατών από τα έξοδα παροχής οικονομικής υποστήριξης προς ανάπηρους, χήρες και ορφανά.⁵²

51 Σιούσιουρας Π. *Γεωπολιτική των Μεγάλων Δυνάμεων*, εκδ. Σιδέρης, Αθήνα, 2011

52 Ferguson N. *Α' Παγκόσμιος Πόλεμος. Στρατιωτική, διπλωματική, οικονομική και κοινωνική ιστορία 1914-1918*. Εκδ. Ιωλκός, 2008

Η σημαντικότερη κοινωνική συνέπεια του τετραετούς πολέμου ήταν τα οκτώμισι εκατομμύρια νεκρών και τα είκοσι εκατομμύρια τραυματιών. Στην Ελλάδα, το μεγαλύτερο πλήγμα το δέχτηκε η αγροτική τάξη, αφού το μεγαλύτερο μέρος των στρατιωτών προερχόταν από αυτή. Παρατηρήθηκε σημαντική λειψανδρία καθώς αυξημένη ήταν η θνησιμότητα λόγω των στερήσεων, των ασθενειών και των κακών συνθηκών υγιεινής. Οι ακατάλληλες συνθήκες υγιεινής σε συνδυασμό με την καταστροφή των καλλιεργειών ενίσχυσαν την έναρξη των λοιμώξεων, με αποκορύφωμα την επιδημία της «ισπανικής γρίπης» το 1918 που εξόντωσε χιλιάδες άτομα. Κοινωνική απομόνωση, απαξίωση και ψυχολογικά προβλήματα, οδηγούσαν σε ακραίες συμπεριφορές τους άνδρες του πολέμου, καθώς έτρεφαν μίσος και καχυποψία για τους πολιτικούς που τους είχαν φέρει σε τέτοια εξαθλίωση.

Σε δημογραφικούς όρους ο θάνατος τόσων ανδρών είχε σαν συνέπεια τη μείωση του ποσοστού των γεννήσεων, την αύξηση της παιδικής θνησιμότητας (σε συνδυασμό με τις κακές συνθήκες υγιεινής) καθώς και την γήρανση του πληθυσμού.

4.3.1 ΤΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΕΡΓΟ ΤΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 1917-1920

Στον χώρο της υγείας, η περίοδος αυτή στιγματίζεται από την καθοριστική τομή της ίδρυσης για πρώτη φορά Υπουργείου για την υγεία. Ήδη, από τις ημέρες της Θεσσαλονίκης, ο Βενιζέλος είχε εγκαινιάσει την «Ανώτατη Διεύθυνση Περιθάλψεως» και η οποία οριζόταν υπεύθυνη για την υγεία και την πρόνοια των προσφύγων, των αναπήρων και γενικότερα των ατόμων που ήταν ανίκανοι να φροντίσουν τους ίδιους, λόγω των μακροχρόνιων πολεμικών αναμετρήσεων της χώρας. Μετά την επικράτηση του το 1917 υπό την απειλή των Γαλλικών κανονιοφόρων έξω από το λιμάνι του Πειραιά, ο Βενιζέλος σχηματίζει κυβέρνηση στην Αθήνα, όπου και απεξαρτά την Διεύθυνση αυτή από το Υπουργείο Οικονομικών.⁵³

Χαρακτηριστικό της εποχής, μέσω της μεγάλης σύγχυσης, είναι ότι πρώτα ορίστηκε το χαρτοφυλάκιο και ύστερα ψηφίστηκε το Διάταγμα «Περί της αρμοδιότητας του Υπουργείου Περιθάλψεως και περί της οργανώσεως των υπηρεσιών αυτού» (10/7/1917). Ταυτόχρονα, σε συζητήσεις του Ελληνικού Κοινοβουλίου εκφράζονται πολλών λογίων απόψεις όσον αφορά το νέο θεσμικό πλαίσιο που απειλεί να αναιρέσει την διαδικασία της “φυσικής επιλογής” που διασφαλίζει την ευρωστία του έθνους. Οι αντιλήψεις αυτές φαίνεται πως αποτελούσαν ευρύτερη στάση των παραγόντων της πολιτικής

53 Νικολαΐδης Γ., Σακελλαρόπουλος Σ., «Δημόσια Υγεία Και Κοινωνική Πολιτική: Ο Ελευθέριος Βενιζέλος και η εποχή του» ΕΣΔΥ-Εθνικό Ίδρυμα ερευνητών και μελετών Ελευθέριος Βενιζέλος. Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2008

πραγματικότητας και στο ζήτημα της εγκατάστασης των προσφύγων στον γεωγραφικό χώρο της τότε Ελλάδας, γεγονός που εξηγεί και τις ανάλογες αντιδράσεις και στο Διάταγμα της 10/7/1917 «Περί περιθάλψεως των προσφύγων» που τέθηκε σε ισχύ ταυτόχρονα με το ιδρυτικό του Υπουργείου Περιθάλψεως Διάταγμα. Έτσι, το 1918, ο τμηματάρχης του Υπουργείου Οικονομικών Κ. Παπακωσταντίνου με φυλλάδιο που τυπώνει από το Εθνικό Τυπογραφείο επιχειρεί να ανατρέψει τις απόψεις αυτές όσων αντιμάχονται την κρατική πρόνοια επειδή παρεμποδίζει τα “ευτυχή αποτελέσματα της φυσικής επιλογής, η οποία θα έτεινε να μας απαλλάξει από τους αδυνάτους, τους ανάπηρους, τους ανάικτους”.⁵⁴ Το ίδιο μοτίβο θα επαναληφτεί αργότερα με το πολύ ευρύτερο πλέον θέμα των προσφύγων, ύστερα από την Μικρασιατική Καταστροφή, την περίοδο 1922-1926, όπου θα επιλέγουν συγκεκριμένοι τόποι εγκατάστασης τους, απολύτως ακατάλληλοι και εντελώς μολυσματικοί με το ίδιο ακριβώς κριτήριο της σταδιακής “φυσικής επιλογής” των πλέων “ανθεκτικών”.

Με παρόμοιες αντιδράσεις και αντιφάσεις φαίνεται πως την εποχή εκείνη αντιμετωπίζει η κυβερνητική πολιτική και το ζήτημα του Λεπροκομείου της Σπιναλόγκα, σοβαρότατο θέμα που απασχολούσε την εποχή. Ενώ, ύστερα από τεράστιες ανθρωπιστικές εκλύσεις, η κυβέρνηση αποφασίζει να συγκροτήσει επιτροπή η οποία απαρτιζόταν από τους Καθηγητές Φωτεινό, Γεωργιάδη, Μαλανδρινό και Αρβαντινό και πέραν τις δηλώσεις του ίδιου του Βενιζέλου περί “βαρβαρότητας” της Σπιναλόγκα,⁵⁵ τελικά, ούτε η μεταφορά του ασύλου στη νόσο Διονυσάδες, ούτε η σύσταση Αντιλεπρικού Εργαστηρίου στην Πλάκα (απέναντι από την Σπιναλόγκα), αλλά ούτε και ουσιαστικός εκσυγχρονισμός της υποδομής της νήσου έγινε πραγματικότητα. Ο Ν. 2450/1920 που ψηφίζεται εν τέλει περικλύει ρυθμίσεις οι οποίες απαγορεύουν δια ροπάλου τους γάμους μεταξύ λεπρών ή μεταξύ λεπρών και υγείων, της φοίτησης τους στα σχολεία, της επικοινωνίας τους με υγιείς, ενώ επέβαλλε και την υποχρεωτικής τους εργασία αναλόγως της σωματικής τους ικανότητας. Η ενάργεια, ωστόσο, του αντιπολιτευτικού κόσμου φαίνεται να περιορίζεται περισσότερο στην πρόληψη των εξεργέσεων και των δραπετεύσεων των τροφίμων της Σπιναλόγκα παρά σε μια εποικοδομητική πολιτική αναμόρφωσης της.⁵⁶ Αντίστοιχα, άλλωστε διαμορφώθηκε η συζήτηση και του Ν. 1799/28/1/1920 «Περί ιδρύσεως αντιφυματικών ιατρείων, νοσοκομείων, αναρρωτηρίων και ορεινών θεραπευτηρίων» που συζητήθηκε την ίδια περίπου εποχή, όπου ο βουλευτής Σ. Παπαβασιλείου ζήτησε μεγαλεπήβολα “ου μόνο

⁵⁴ Το απόσπασμα αναφέρεται στο Καπανίδης 1988: 92

⁵⁵ Στην κοινοβουλευτική συζήτηση της 11/5/1920 του Ν. 2450/1920 «Περί μέτρων προς Περιστολήν της Λέπρας»

⁵⁶ Σαββάκης Μ. «Νόσος του Hansen και κοινωνικός μετασχηματισμός: το λεπροκομείο της Σπιναλόγκα 1903-1957» εκδ. Σύναψις, 05, 70-84 2007

*δια της απαγορεύσεως της γάμου κοινωνίας, εξητήθη η αποτροπή της μολύνσεως...αλλά και δια της επεκτάσεως του μέτρου αυτού μέχρι του σημείου να καταστήσωσιν άγωνα τα ούτω ασθενικά πρόσωπα. Δηλαδή δια της εκτομής των όρχεων και των ωοθηκών”.*⁵⁷

Το γενικότερο, λοιπόν, κοινωνικό κλίμα κάθε άλλο παρά ανεδείκνυε ως ώριμα αιτήματα της ελληνικής τότε κοινωνίας και των πολιτικών της αντιπροσώπων την εφαρμογή πολιτικών πρωτοβουλιών για την υγεία και την πρόνοια. Αντιθέτως, αυτό συχνά υπονομευότανε από σύγχυση, ασάφεια στόχων και αποπροσανατολισμό, αλλά και σε κάποιες περιπτώσεις εμφανέστατη αμάθεια (πχ. η επίγνωση της μη κληρονομικότητας της φυματίωσης είχε έρθει πολύ νωρίτερα από το κοινοβουλευτικό απόσπασμα το οποίο προαναφέρθηκε). Πιθανών, οι έντονες και πιεστικές εξωτερικές συνθήκες (μακροχρόνιοι πόλεμοι, προσφυγιά) ήταν οι οποίες επέβαλαν την λήψη κάποιων βασικών μέτρων παρά μια οργανωμένη πολιτική που εξαρχής είχε αναλάβει η Βενιζελική κυβέρνηση. Άλλωστε, αυτό γίνεται φανερό και από την πορεία επεκτάσεως του νοσοκομειακού τομέα την εποχή εκείνη. Πάλι τα ειδικά νοσοκομεία υπερτερούν φανερόνοντας την απομονωτική κλίση των πολιτικών της τότε δημόσιας υγείας. Με αυτήν την τακτική, την περίοδο εκείνη ιδρύονται το νοσοκομείο Αφροδίσιων Νοσημάτων στην Θεσσαλονίκη και τη Μυτιλήνη (1917), το Σανατόριο του Ασβεστοχωρίου της Σύρου και των Χανίων (1920), ενώ, παράλληλα ιδρύονται και λιγιστά Γενικά νοσοκομεία με σκοπό την νοσηλεία των προσφύγων όπως της Ν. Ιωνίας (1917) και ο «Ευαγγελισμός» της Καβάλας (1919).⁵⁸ Η κατάσταση θα αναδιαμορφωθεί ριζικά τα αμέσως επόμενα χρόνια με το πολύ μεγαλύτερο προσφυγικό κύμα που θα κατακλύσει τον ελληνικό γεωγραφικό χάρτη. Το ελληνικό κράτος θα αναγκάζοταν σε πολύ σύντομο χρονικό περιθώριο να δημιουργήσει “προσφυγικά” νοσοκομεία σε πάνω από 35 πόλεις, δυναμικότητας πάνω των 2638 κλινών, νούμερο πολύ σημαντικό αν υπολογίσει κανείς ότι με βάση τις στατιστικές του 1925, το σύνολο των νοσηλευτικών κλινών στην ελληνική επικράτεια δεν ξεπερνούσε τις 9000.⁵⁹

Ακόμη, όμως, και τα πιο αδύναμα νομοθετικά μέτρα του θεσμικού πλαισίου για την υγεία και την πρόνοια απέχουν πολύ από το να φέρουν το οποιοδήποτε αποτέλεσμα σε επίπεδο δεικτών υγείας του πληθυσμού. Για παράδειγμα, η επιδημία της γρίπης των χρονολογιών 1918-1919 σκόρπισε τον θάνατο σε πλήθος προσφύγων. Η βρεφική θνησιμότητα(που θεωρείτο από τους

57 Το απόσπασμα αναφέρεται στο Καπανίδης 1988: 84

58 Νικολαΐδης Γ., Σακελλαρόπουλος Σ., «Δημόσια Υγεία Και Κοινωνική Πολιτική: Ο Ελευθέριος Βενιζέλος και η εποχή του» ΕΣΔΥ-Εθνικό Ίδρυμα ερευνηών και μελετών Ελευθέριος Βενιζέλος. Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2008

59 Καπανίδης Ν. «Η Κλειστή Περίθαλψη στο νεοελληνικό κράτος» (1909-1940). Διδακτορική Διατριβή, Θεσσαλονίκη 1988: 126-127

πιο αξιόπιστους δείκτες καλής λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας) μάλλον επιβαρύνονταν παρά απέδιδαν θετικά αποτελέσματα από την λειτουργία ιδρυμάτων όπως το Δημοτικό Βρεφοκομείο Αθηνών (όχι αδικώς καθώς χαρακτηριζέτο και “βρεφοκτονείον”), όπου για τα έτη 1915-1919 αναφέρονται 3920 θάνατοι, δηλαδή το 82% των εισαγωγών του.⁶⁰ Τα χρόνια, δε, που ακολούθησαν (1920-1924) με τις εντονότερες κοινωνικές πιέσεις που επικράτησαν, η θνησιμότητα στο εν λόγω ίδρυμα εκτινάσσεται στο 92% των εισαγωγών του, ενώ σε άλλα ελληνικά βρεφοκομεία τα ποσοστά θνησιμότητας ποικίλλουν από 50 έως και 99% των εισαγωγών.⁶¹ Άλλωστε, και στο ιδρυτικό νομοθέτημα του Υπουργείου Περιθάλψεως συμπεριλάμβανε ως επί το πλείστον ελεγκτικές και εποπτικές λειτουργίες του κράτους στα υπάρχοντα νοσοκομεία, χωρίς κατ’ανάγκη την ενοποίηση των οργανωτικών και λειτουργικών χαρακτηριστικών των προϋπαρχόντων και των νέων προσφυγικών νοσοκομείων. Κατά κάποιο τρόπο, μάλιστα, επαναλήφθηκε το σκηνικό του Ν. 346/1914, καθώς τα πενιχρά οικονομικά του ελληνικού κράτους, οι ποικίλες πολιτικές αντιδράσεις, η πολιτική ρευστότητα αλλά και η έλλειψη εξασφάλισης πόρων δεν επέτρεπαν με κανέναν τρόπο την υλοποίηση πολλών εκ των προβλεπόμενων νομοθετημάτων.

Εν κατακλείδι, ύστερα από την παραπάνω ανάλυση, αντιλαμβάνεται κανείς πως στον χώρο της υγείας, οι πρωτοβουλίες των πολιτικών που επάρθηκαν θα παραμείνουν λυσιτελείς και ανολοκλήρωτες, χαρακτηριζόμενες από έλλειψη στόχων, ιδεών αλλά και χρηματικών πόρων για την επίτευξη τους. Ο άξονας ο οποίος φαίνεται να κινήθηκε το γενικότερο πολιτικό σύστημα της εποχής είναι κατά κύριο λόγο φιλανθρωπικού χαρακτήρα καθώς και ο κατασταλτικός χαρακτήρας των εφαρμοσμένων παρεμβάσεων. Κατά συνέπεια, οι πρώτες προσπάθειες διαμόρφωσης του κοινωνικού κράτους στην Ελλάδα έχουν να κάνουν κατά πολύ περισσότερο με την κατάσταση των κοινωνικών δυνάμεων εκείνης της συγκεκριμένης ιστορικής συγκυρίας κι όχι με τις προσωπικές επιδιώξεις ενός ατόμου ή την προφανή τάση ενός πολιτικού κέντρου προς τον εκσυγχρονισμό.

4.4 ΜΙΚΡΑΣΙΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗ 1920-1922- ΜΕΣΟΠΟΛΕΜΟΣ 1923-1940

Με τον όρο «Μικρασιατική καταστροφή» περιγράφεται περισσότερο η τελευταία φάση της Μικρασιατικής εκστρατείας, δηλαδή το τέλος του "ελληνοτουρκικού πολέμου του 1918-22", η φυγή από την Τουρκία της ελληνικής διοίκησης, που είχε εγκατασταθεί στα δυτικά μικρασιατικά παράλια,

⁶⁰ Νικολαΐδης Γ., Σακελλαρόπουλος Σ ο.π., 2008

⁶¹ Καπανίδης Ν. ο.π. 56-57 και 252-262)

στη Σμύρνη, κατά τη Συνθήκη των Σεβρών, όπως και η σχεδόν άτακτη υποχώρηση του ελληνικού στρατού μετά την κατάρρευση του μετώπου, και η γενικευμένη πλέον εκδίωξη μεγάλου μέρους του ελληνογενούς πληθυσμού από τη Μικρά Ασία.

Τα γεγονότα αυτά είχαν ως αποτέλεσμα, να επιφέρουν την τελική καταστροφή του Θρακικού και Μικρασιατικού ελληνισμού μαζί με του Πόντου. Ο πλήρης απολογισμός της καταστροφής αυτής που συντελέστηκε ιστορικά σε δύο περιόδους, 1914-1918 και 1920-1924 είναι πράγματι πολύ δύσκολος. Οι αρπαγές και οι λεηλασίες σπιτιών και περιουσιών, οι γεωργικές και κτηνοτροφικές καταστροφές, το γκρέμισμα σχολείων, ναών και άλλων ευαγών ιδρυμάτων, η χρεοκοπία και η καταστροφή βιοτεχνικών και βιομηχανικών επιχειρήσεων με τον παράλληλο ευτελισμό κάθε ανθρώπινης αξιοπρέπειας οι οποίες περιελάμβαναν μαρτυρικούς βασανισμούς αιχμαλώτων, βιασμούς και ηθική οδύνη υπό το κλίμα του τρόμου και της απειλής του θανάτου, αλλά και οι ατέλειωτες πορείες αιχμαλώτων, στα λεγόμενα "τάγματα εργασίας", με άγνωστο αριθμό ανθρώπων που χάθηκαν σ'αυτά, οι σφαγές, οι θηριωδίες μέχρι και οι εκτελέσεις.

4.4.1 Η ΠΡΟΝΟΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΟΥ ΖΗΤΗΜΑΤΟΣ

Η προνοιακή αντιμετώπιση των προσφύγων αναφέρεται στα ιδιαίτερα θεσμικά μέσα και τα μέτρα πολιτικής που ελήφθησαν από τις ελληνικές κυβερνήσεις για την υποδοχή των προσφύγων, την αποκατάσταση και την κοινωνική ένταξη τους στον εθνικό κορμό. Με άλλα λόγια, αναφέρεται σε όλο εκείνο το πλέγμα υπηρεσιών, παροχών και ρυθμίσεων για την εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης των προσφύγων.

Η ανάδειξη σημαντικών θεμάτων υγιεινής και η ανάγκη σχεδιασμού και εφαρμογής υγειονομικής πολιτικής λόγω της αστικής ανάπτυξης οδήγησαν στη διεύρυνση του Υπουργείου Περιθάλψεως (1917) με την εισαγωγή της «Υγιεινής» ως ενός εκ των πυλώνων του Υπουργείου. Αυτό έγινε πραγματικότητα το 1922 με την μετονομασία του Υπουργείου Περιθάλψεως σε Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως. Το Υπουργείο καταργήθηκε⁶². Επανιδρύθηκε με το ΝΔ της 28-8-1926⁶³ για μια περίπου περίοδο επτά μηνών από τη δικτατορική κυβέρνηση του Θ. Πάγκαλου, ενώ νέες θεσμικές εξελίξεις καταγράφονται το 1928, όταν ο Ε. Βενιζέλος διαχώρισε τον τομέα της Υγιεινής,

62 Ν.Δ. της 11/12-1-1926

63 Ν.Δ. Της 28-8-1926, ΦΕΚ 286

αρχικά ως Υφυπουργείο ⁶⁴ και στη συνέχεια ως αυτοτελούς Υπουργείου Υγιεινής⁶⁵.

Πλειάδα παραγόντων επιβάρυνε σημαντικά την ήδη κλονισμένη υγεία των προσφύγων. Η διατροφή τους ήταν κάκιστη, πολύ κάτω από τις ελάχιστες απαιτήσεις τόσο όσον αφορά την ποσότητα όσο και ως προς την ποιότητα της τροφής που λάμβαναν. Στα μέσα της δεκαετίας του '20 επιτόπιες έρευνες σε καταυλισμούς οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι πολλοί θάνατοι προσφύγων οφείλονταν όχι απλώς στην κακή διατροφή τους αλλά στην πλήρη ασιτία ⁶⁶. Ακόμα μεγαλύτερο ήταν το πρόβλημα της ύδρευσης. Το διαθέσιμο νερό ήταν σχεδόν πάντοτε μολυσμένο και προκαλούσε την εκδήλωση και τη μετάδοση επιδημικών ασθενειών όπως ήσαν οι δυσεντερίες και ο τύφος. Αρμόδιοι πρότειναν να συμπεριληφθούν στα πρώτα μέτρα για την αντιμετώπιση της προσφυγικής θνησιμότητας η παροχή σαπουνιού και ρουχισμού. Ο Ν. Αναγνωστόπουλος, παρατήρησε αργότερα, το 1936 για τα χωριά του κάμπου των Σερρών πως μία από τις κυριότερες αιτίες της εκδήλωσης ασθενειών ήταν το ότι το 60% των χωρικών πήγαινε για ύπνο με τα ενδύματα της ημέρας, ενώ άλλαζαν εσώρουχα μία ή δύο φορές το μήνα ⁶⁷. Το γεγονός ότι πολλοί πρόσφυγες προέρχονταν από μολυσματικές περιοχές του μικρασιατικού χώρου ή από περιοχές που ήταν ελώδεις, όπως το Αϊδίνι και η Αμισός του Πόντου, επιδείνωσε την κατάσταση της υγείας τους, αφού και στην Ελλάδα εγκαταστάθηκαν σε περιοχές επίσης βεβαρημένες. Στην περιοχή της Μακεδονίας, όπου εγκαταστάθηκε η πλειονότητα των προσφύγων, σε συνολική έκταση 3.000.000 εκταρίων τα 300.000 εκτάρια ήταν έλη ⁶⁸. Ας ληφθεί υπόψη ότι ο οργανισμός πολλών προσφύγων παρουσίασε δυσκολία να προσαρμοστεί σε κλιματολογικές συνθήκες, που τις περισσότερες φορές ήταν εντελώς διαφορετικές από αυτές στις οποίες είχαν συνηθίσει.

Όλοι οι παραπάνω παράγοντες είχαν αποτέλεσμα την εκδήλωση επιδημιών και τη γρήγορη εξάπλωσή τους στους προσφυγικούς πληθυσμούς. Ο εξανθηματικός τύφος ήταν η πρώτη δοκιμασία στην οποία υποβλήθηκαν όσοι κατάφεραν να επιβιώσουν από το πλήθος των ασθενειών που ενδημούσαν στα μικρασιατικά παράλια και στα καράβια που τους μετέφεραν στην Ελλάδα. Η Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας θεώρησε τους προσφυγικούς καταυλισμούς των πόλεων πραγματικές εστίες μόλυνσης για τη δημόσια υγεία και διέταξε την παρακολούθησή τους από υγειονόμους. Μέχρι τον Απρίλιο του 1923 είχαν

64 ΝΔ 25/1928, ΦΕΚ 174/ 25-8-1928

65 Νόμος 4172/1929, ΦΕΚ 201/16-6-1929

66 Κοπανάρης, Φ., Η δημόσια υγεία εν Ελλάδι (Αθήνα 1933), σελ. 49

67 Αναγνωστόπουλος, Ν., «Ο κάμπος των Σερρών: μελέτη συγκριτικής γεωπονικής» Αθήνα, 1936, σελ. 54

68 ΕΑΠ, Εποικισμός Μακεδονίας-Θράκης, Υγειονομική Υπηρεσία, Περίληψις πεπραγμένων υγειονομικής υπηρεσίας 1925-1929 (Αθήνα 1929), σελ. 4

εμβολιαστεί περίπου μισό εκατομμύριο πρόσφυγες⁶⁹ ενώ παράλληλα τέθηκε σε εφαρμογή εκτεταμένο πρόγραμμα αποφθειριάσεων στους προσφυγικούς καταυλισμούς.

Στους αγροτικούς πληθυσμούς τα πράγματα δεν ήταν καλύτερα, με μεγαλύτερη πληγή εκείνη της ελονοσίας. Το δεύτερο εξάμηνο του 1923, με βάση επίσημες στατιστικές, στους 100 θανάτους προσφύγων που διαπιστώθηκαν στη Μακεδονία, οι 70 οφείλονταν στην ασθένεια αυτή. Το ισοζύγιο γεννήσεων και θανάτων αποτελούσε ένα στατιστικό σοκ για τους υγειονομολόγους καθώς σε κάθε γέννηση αντιστοιχούσαν τρεις θάνατοι προσφύγων. Η ουσιαστική παράμετρος που διαμόρφωνε αυτή την κατάσταση δεν ήταν μονάχα η αυξημένη θνησιμότητα των προσφύγων, αλλά και το γεγονός ότι οι κακουχίες και τα βάσανα, ιδίως του πρώτου καιρού, οδηγούσαν σε χιλιάδες πρόωρους τοκετούς και αποβολές. Μονάχα η εφαρμογή ενός συστήματος υγειονομικής φροντίδας στους προσφυγικούς πληθυσμούς επέτρεψε τη βαθμιαία αντιμετώπιση του προβλήματος της βρεφικής θνησιμότητας. Το 1929 η κατάσταση είχε αντιστραφεί πλήρως και σε κάθε θάνατο πρόσφυγα αντιστοιχούσαν πλέον τρεις νέες ζωές⁷⁰.

Στις αρχές του 1929 η συνεργασία της ελληνικής κυβέρνησης με αντιπροσωπεία της Οργάνωσης Υγείας της Κοινωνίας των Εθνών απέφερε την πρόταση μιας σειράς μέτρων για την εξασφάλιση της δημόσιας υγιεινής στην Ελλάδα συμπεριλαμβανομένων της ίδρυσης Ελληνικής Υπηρεσίας Υγείας που θα απαρτιζόταν από Τεχνικές Υπηρεσίες, Σχολή Υγιεινής και Κέντρα Υγείας, που τελικά όμως το πρόγραμμα που είχε ήδη ξεκινήσει να εφαρμόζεται στην Αθήνα ματαιώθηκε⁷¹.

Σε μια κοινωνία όπου η λιτή διατροφή δεν ήταν η εξαίρεση, αλλά ο κανόνας, την εποχή του Μεσοπολέμου δεν είναι λίγες οι αναφορές που πιστοποιούν τη «λιτή διατροφή» των ελληνικών πληθυσμών⁷², η οποία δε συνέβαλλε στο να αντεπεξέλθει ο οργανισμός τους στις δυσκολίες της καθημερινής ζωής. Επιπλέον, η σκληρή εργασία τους, συνήθως κάτω από εξαιρετικά ανθυγιεινές συνθήκες, έθετε σε μια ακόμη δοκιμασία την ήδη κλονισμένη υγεία τους. Επιθεωρήσεις αρμοδίων σε όλη τη διάρκεια του Μεσοπολέμου περιέγραφαν τις συνθήκες εργασίας των προσφύγων με μελανά χρώματα ενώ, όχι σπάνια, διαπίστωναν ότι παιδιά κάτω των δέκα ετών εργαζόνταν σε βιομηχανικές μονάδες.

69 Λιάκος, Α., *Εργασία και πολιτική στην Ελλάδα του μεσοπολέμου: Το Διεθνές Γραφείο Εργασίας και η ανάδυση των κοινωνικών θεσμών*. Αθήνα, 1993 σελ. 323.,

70 ΕΑΠ, Εποικισμός Μακεδονίας-Θράκης, Υγειονομική Υπηρεσία, Περίληψις πεπραγμένων υγειονομικής υπηρεσίας 1925-1929 (Αθήνα 1929), σελ. 4

71 Λιάκος Α. ο.π. 314-335

72 Οικονομόπουλος, Ν., *Η φυματίωση ως κοινωνική νόσος και τα ενδεικνύμενα μέτρα προς καταπολέμησιν αυτής*, σελ. 28. Αθήνα 1930

Ακόμα χειρότερες ήταν οι συνθήκες της στέγασης. Στις παρυφές των αστικών κέντρων χιλιάδες αυτοσχέδια σπίτια-τρώγλες, ανήλιαγα και χωρίς εξαερισμό, στέγαζαν προσφυγικές οικογένειες για δεκαετίες ολόκληρες. Σε αυτές τις συνοικίες με παράγκες, η φυματίωση έβρισκε τις πιο κατάλληλες συνθήκες για να αναπτυχθεί. Ασθένεια που εξαρτιόταν κυρίως από τις συνθήκες της στέγασης, η φυματίωση δεν είχε αποκληθεί αναίτια από τους υγειονομολόγους «η νόσος της κατοικίας»⁷³. Μονάχα το 1933, με βάση επίσημες στατιστικές, περίπου 150.000 άνθρωποι ασθένησαν από τη φυματίωση, 8.070 άνθρωποι από αυτούς πέθαναν, ενώ ανεπίσημοι υπολογισμοί της εποχής κάνουν λόγο για υπερδιπλάσια θύματα της νόσου⁷⁴.

Ωστόσο, το πρόβλημα δεν οφειλόταν μονάχα στην έλλειψη των στοιχειωδέστερων ανέσεων σε σχέση με το ζήτημα της κατοικίας. Σημαντικότερα ήταν εκείνα τα προβλήματα που είχαν να κάνουν με την απουσία απαραίτητων για τη δημόσια υγεία υποδομών, όπως ύδρευση και αποχέτευση, των οποίων η έλλειψη δημιουργούσε ιδανικές συνθήκες για την εμφάνιση και την εξάπλωση λοιμωδών ασθενειών.

Στους συνοικισμούς των πόλεων η ύδρευση είχε εκχωρηθεί άτυπα σε ιδιώτες που μετέφεραν το νερό με τα κάρα τους σε στάμνες και το πουλούσαν στους κατοίκους, ενώ παράλληλα υπήρχαν βρύσες που εξυπηρετούσαν ολόκληρες γειτονιές συγκεκριμένες ώρες της ημέρας. Και στις δύο περιπτώσεις το νερό αυτό, στάσιμο εκ των πραγμάτων και μολυσμένο. Επιπλέον, η αποχέτευση ήταν σχεδόν ανύπαρκτη. Στους προσφυγικούς συνοικισμούς της Αθήνας και του Πειραιά αυτοσχέδια ρυάκια διέσχιζαν τους χωμάτινους δρόμους δίπλα στις κατοικίες των προσφύγων μεταφέροντας λύματα ελλείψει αποχετευτικού συστήματος. Η αποκομιδή των απορριμμάτων ήταν επίσης προβληματική στα μεγάλα αστικά κέντρα, ενώ στις αγροτικές περιοχές ο κοπροσωρός που συνήθιζαν οι αγρότες να διατηρούν στις αυλές των σπιτιών τους⁷⁵ αποτελούσε μία επιπλέον εστία μόλυνσης.

Η ένταση του προσφυγικού προβλήματος μετά το 1919 οδήγησε στην στρατηγική επιλογή της επίκλησης διεθνούς βοήθειας, αφού η Ελλάδα με ίδια μέσα(θεσμικά, οργανωτικά, οικονομικά) δεν μπορούσε πια να αντιμετωπίσει το μεγάλο κύμα προσφύγων από τη Μικρά Ασία. Η στρατηγική αυτή υλοποιήθηκε στη βάση συμφωνίας με την Κοινωνία των Εθνών και μέσω της

73 Οικονομόπουλος, Ν., Η φυματίωσις ως κοινωνική νόσος και τα ενδεικνύμενα μέτρα προς καταπολέμησιν αυτής, σελ. 28. Αθήνα 1930

74 Οικονομόπουλος, Ν., Η οργάνωσις του αντιφυματικού αγώνος: αι ενδεικνύμεναι κατευθύνσεις από ιατρικής, κοινωνικής και οικονομικής απόψεως, Αθήνα, 1936, σελ. 6

75 Ζηλίδης, Χ., Η ανοιχτή περιθαλψη στην ελληνική ύπαιθρο 1922-1983 (αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή, Θεσσαλονίκη 1988), σελ. 72

λειτουργίας της Επιτροπής Αποκατάστασης Προσφύγων που ιδρύθηκε βάσει του πρωτοκόλλου της Γενεύης της 29.9.1923, με έδρα την Αθήνα.⁷⁶

Οι πρώτες πιεστικές ανάγκες των προσφύγων αντιμετωπίστηκαν από το Ταμείο Περιθάλψεως Προσφύγων που ιδρύθηκε με το Νομοθετικό Διάταγμα της 3/9 Νοεμβρίου 1922 ως Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ). Βασικός σκοπός του Ταμείου ήταν η αντιμετώπιση των πρώτων αναγκών στέγασης και σιτισμού, οι ξύλινες παράγκες, η χρήση στρατώνων και άλλων δημόσιων κτιρίων, τα εγκαταλελειμμένα κτίσματα, τα υπόγεια και αποθήκες⁷⁷. Πόροι του Ταμείου προβλέπονταν να καλυφθούν από το κράτος με τη μορφή δανείου και από εράνους, δωρεές και κληροδοτήματα. Αρχικά επιχειρήθηκε η εγκατάσταση προσφύγων σε κενά ακίνητα με τη μέθοδο της «*επίταξης ακινήτων δι' εγκατάστασιν προσφύγων*» και της τοποθέτησης προσφύγων σε ευρύχωρες οικίες μικρών οικογενειών⁷⁸. Το ταμείο θα παραδώσει μέχρι το τέλος της δραστηριότητάς του, το 1925, συνολικά 4.000 κτήρια με 9.283 δωμάτια.⁷⁹ Η διάσταση για το χρόνο διάλυσης του ταμείου μάλλον έχει να κάνει με τη διάσταση λειτουργικής αδράνειας και θεσμικής κατάργησής του. Με άλλα λόγια, από το 1923 με τη δημιουργία της ΕΑΠ, το ταμείο λειτουργικά εισέρχεται σε περίοδο αδράνειας και το 1925 διαλύεται νομικά.

Σημαντική ήταν η προσφορά των προσφυγικών σωματείων και των διεθνών μη κυβερνητικών οργανισμών. Ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα, οργανώθηκαν προσφυγικά σωματεία στη βάση των αρχών της αλληλοβοήθειας και αρωγής με χαρακτηριστικό παράδειγμα το «Πολιτικόν Μικρασιατικόν Κέντρον» στην Αθήνα. Τα σωματεία αυτού του είδους δραστηριοποιήθηκαν ιδιαίτερα στην εύρεση εργασίας και την οικιστική αποκατάσταση⁸⁰. Μεταξύ των διεθνών μη κυβερνητικών οργανισμών ξεχώρισαν για την προσφορά αλλά και την αποτελεσματικότητα τους ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, η αμερικανική οργάνωση “Near East Relief”, η βρετανική οργάνωση “Save the Children Fund” και τα “American Women’s Hospitals”. Η αμερικανική Near East Relief δραστηριοποιήθηκε κυρίως στην ίδρυση και τη λειτουργία ορφανοτροφείων σε Αθήνα, Κόρινθο, Θεσσαλονίκη, Σύρο καθώς και στη συγκέντρωση και διανομή ένδυσης, πράξης που αποτέλεσε πεδίο εργασίας για πολλούς πρόσφυγες⁸¹. Η βρετανική οργάνωση Save the Children Fund

76 ΦΕΚ 289/13/10/1923

77 Ανδριώτης Ν., «Η αποκατάσταση των προσφύγων», στο «Η Ελλάδα τον 20ο αιώνα. 1920-1930», Επτά Ημέρες / Καθημερινή, 31 Οκτωβρίου 1999[β], σελ. 26-27.

78 Μαστρογιάννης Ι., «Ιστορία της Κοινωνικής Πρόνοιας της Νεοτέρας Ελλάδος (1821-1960)», Αθήνα 1960: 329-330.

79 ΙΜΕ (ηλεκτρονική εγκυκλοπαίδεια) και Ανδρώτης (199α). Σύμφωνα με τους Morgenthau (1994, σελ. 122), το Ταμείο διαλύθηκε στις 31 Οκτωβρίου 1923

80 Πελαγίδης Σ., Προσφυγική Ελλάδα (1913-1930). Ο πόνος και η δόξα, Αφοι Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη 2003.

81 Morgenthau, 1994, σελ. 385-394

δραστηριοποιήθηκε στην κάλυψη άμεσων διατροφικών αναγκών και στη δημιουργία κατασκηνώσεων προσφύγων, πχ. Αθήνα, Πειραιά, Αίγινα, Βόλος, Ύδρα, Κέρκυρα⁸². Τέλος, τα American's Women Hospitals δραστηριοποιήθηκαν στις επιχειρήσεις μεταφοράς προσφύγων και στην οργάνωση νοσοκομείων⁸³. Τα προβλήματα υγιεινής και απουσίας θεσμών οδήγησαν το κράτος να ζητήσει την αρωγή της Οργάνωσης Υγείας της ΚτΕ. Η οργάνωση έστειλε δύο μέλη της Επιτροπής Επιδημιών για να βοηθήσουν σε ζητήματα υγείας των προσφυγικών καταυλισμών και τον προληπτικό εμβολιασμό των ατόμων. Έως τον Απρίλιο του 1923 είχαν εμβολιασθεί 550.000 πρόσφυγες. Μετά από συμφωνία με την ΚτΕ ιδρύθηκαν 250 αγροτικά ιατρεία στην Μακεδονία⁸⁴. Η γενική υγειονομική κατάσταση της χώρας ήταν τραγική. Οι ξένες αποστολές διέκριναν αδιαφορία τόσο των κεντρικών όσο και των τοπικών αρχών για έργα υγειονομικών υπηρεσιών, ενώ διαπίστωσαν τη συμβολή και το ιδιαίτερο βάρος του ευεργετισμού. Συνολικά, εντοπίστηκαν ποσοτικές και ποιοτικές ανεπάρκειες, ενώ το σύστημα της τότε ισχύουσας υγειονομικής οργάνωσης ονομαζόταν «μη σύστημα»⁸⁵.

4.4.1.1 ΤΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΕΡΓΟ ΤΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ 1928-1932

Η δημιουργία του Ι.Κ.Α αλλά και γενικότερα τα μέτρα πολιτικής για τον τομέα της υγείας και της πρόνοιας της εποχής εκείνης, θα πρέπει να συσχετιστούν με τις συνέπειες της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης και των αποτελεσμάτων που είχε για την ελληνική οικονομία και την κοινωνία,⁸⁶ το πρόσθετο εργατικό δυναμικό το οποίο προήλθε από τη μαζική είσοδο των προσφύγων, καθώς και από τον περιορισμό των μεταναστευτικών ροών προς τις Η.Π.Α, λόγω της τροποποίησης της αμερικάνικης μεταναστευτικής πολιτικής από το 1921 και ύστερα.⁸⁷ Την ίδια στιγμή, το κόστος διαβίωσης αυτόματα πολλαπλασιάζεται- μεταξύ 1922 και 1935 οι τιμές εκτοξεύτηκαν κατά 207%, ενώ οι μισθοί μόνο κατά 83%. Τα ημερομίσθια, συρρικνώνονται- μεταξύ του 1928 και 1932 τα μεροκάματα μειώνονται περισσότερο από 11% ενώ οι εργαζόμενοι δυσκολεύονται ιδιαίτερος να ανταποκριθούν στις

82 Βαρλάς Μ., «Οι πρόσφυγες» στο Ιστορία των Ελλήνων, Δομή, Αθήνα 2000, τόμος 15, σελ. 238-283.

83 Για μια πιο εκτενή παρουσίαση των φιλανθρωπικών οργανώσεων και του έργου τους στο: Πελαγίδης, 2003, σελ.315-325.

84 Λιάκος Α., Εργασία και πολιτική στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου. Το Διεθνές Γραφείο Εργασίας και η ανάδυση των κοινωνικών θεσμών, Ίδρυμα Έρευνας & Παιδείας της Εμπορικής Τράπεζας της Ελλάδος, Αθήνα 1993.

85 Αναλυτικά για το μη σύστημα υγειονομικής φροντίδας, Κυριόπουλος, 1997.

86 Λιάκος Α. «Από το κράτος φύλαξ εις κράτος πρόνοια. Οι παράμετροι της εργατικής πολιτικής στο Μεσοπόλεμο». Στο: Συμπόσιο για τον Ελευθέριο Βενιζέλο. Εταιρία Ελληνικού Λογοτεχνικού και Ιστορικού Αρχείου-Μουσείο Μπενάκη, Αθήνα 1988: σελ.169-170

87 Βεργόπουλος Κ., χ.χ. «Η Ελληνική Οικονομία από το 1926 ως το 1935». Στο: Ιστορία του Ελληνικού Έθνους 1978 τ. 15: 341

υποχρεώσεις τους. Υπολογίζεται πως ούτε το 1/4 των εργατικών οικογενειών κατείχε το 1930 το ελάχιστο εκείνο για την συντήρηση εισόδημα.⁸⁸ Η ανεργία εκτοξεύεται από τις 75.000 ανέργους το 1928 στις 237.000 το 1932, περίπου δηλαδή το 40% των μισθωτών.⁸⁹

Όπως θα αναφερθεί και αναλυτικότερα παρακάτω, όλα τα παραπάνω υποδηλώνουν πως για άλλη μια φορά είχε έρθει ο χρόνος για να παρθούν μια σειρά από άμεσα μέτρα κοινωνικής πολιτικής, πόσο μάλλον που εξαιτίας όλης αυτής της κατάστασης και της αναγκαιότητας ύπαρξης δομών κοινωνικής ασφάλισης ο αριθμός των ασφαλιστικών ταμείων και των ασφαλισμένων είχε αυξηθεί δραματικά όπως φαίνεται και στον πίνακα 1.

*Πίνακας 1 Ασφαλιστικοί Οργανισμοί στην Ελλάδα * Σε εκατομμύρια δραχμές*

Έτος	Ταμεία	Ασφαλισμένοι	Συνταξιούχοι	Έσοδα*	Έξοδα*	Περιουσία
1925	2.146	16.118	2.072	50.445	9.315	173.620
1930	105	199.303	18.215	745.740	220.135	1.894.957
1935	105	435.537	45.000	1.185.626	829.258	3.775.671

Πηγή: Ανώτατον Οικονομικών Συμβούλιον όπως αναφέρεται στο Σακελλαρόπουλος 1991: 116

Σε θεσμικό επίπεδο, η πρόοδος, επίσης, εξελίσσεται με αργούς ρυθμούς, επιλεκτικά και με πολλά κολλήματα. Ήδη κατά την περίοδο 1920-1928 το Υπουργείο Περιθάλψεως έχει αλλάξει πολλούς υπουργούς και κατευθύνσεις, έχει καταργηθεί από την δικτατορία του Πάγκαλου και επαυσταθεί αργότερα, όπως ήδη έχει επισημανθεί. Η πανδημία του δάγκειου πυρετού (1928), από την οποία θα νοσήσει και ο ίδιος ο Ε. Βενιζέλος, δημιουργεί συνθήκες μεγαλύτερης ευαισθητοποίησης από μέρους του πολιτικού κόσμου όσον αφορά τα θέματα δημόσιας υγείας. Για αυτόν το λόγο, η Βενιζελική κυβέρνηση το 1928, θα δημιουργήσει το Υφυπουργείο Υγιεινής, το οποίο με το Ν. 4172/1929 θα αυτονομηθεί από την αρχή σε Υπουργείο. Ο Α. Δοξιάδης στην σύντομη υφυπουργεία του (1928-1929) θα καταφύγει στην Κοινωνία των Εθνών παραδεχόμενος αφενός το μέγεθος του προβλήματος όσον αφορά την ελληνική δημόσια υγεία και αφετέρου την αδυναμία των εθνικών πόρων για την επίλυση του προβλήματος. Οι κατευθύνσεις οι οποίες δόθηκαν από τον τότε Υπουργό Υγιεινής Α. Παππά, ήταν η μείωση των κρατικών κονδυλίων για περιφερικές υπηρεσίες, νοσοκομεία κ.α, καθώς και η ανάλογη αύξηση των δαπανών για την

88 Βεργόπουλος Κ., ο.π. τ. 1978: 15: 342

89 Σακελλαρόπουλος Θ. «Οικονομία, Κοινωνία, Κράτος στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου». Πληροφόρηση Αθήνα 1991

πρόληψη, την υγιεινή και τις κεντρικές εποπτικές υπηρεσίες του νέου Υπουργείου. Η πολιτική αυτή αφαιρέθηκε, εν μέρει μόνο, από την ίδια κυβέρνηση με τον ψηφισμένο Ν. 4737 της 7/5/1930 με τίτλο «Περί οικονομικής ενισχύσεως δημοτικών νοσοκομείων και τοιούτων νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου κτλ.».

Με την πτώση, δε, του Βενιζέλου το 1932, οι αντιθέσεις αυτές στην πολιτική υγείας θα διογκωθούν πολύ περισσότερο με αποτέλεσμα για ακόμη μια φορά την κατάργηση εκ νέου του Υπουργείου Υγιεινής και κάποιων υπηρεσιών του 1932, καθώς και την ανασύσταση του ενοποιημένου ξανά Υπουργείου Κρατικής Υγιεινής και Πρόνοιας το 1933.⁹⁰

Ύστερα, από τις παραπάνω παραθέσεις, δεν είναι παράλογο να υποστηριχθεί πως οι αντιφάσεις παραμένουν σοβαρός παράγοντας της εποχής, επί της ουσιαστικής ανυπαρξίας μιας σταθερής εξέλιξης μέχρι την έξαρση των εργατικών και λαϊκών κινητοποιήσεων του 1936 και την επιβολή της Μεταξικής δικτατορίας. Σε όλο το προηγούμενο διάστημα, το σύνολο του πολιτικού σκηνικού της χώρας φαίνεται να ταλαντεύεται, παρασυρόμενο, από τα αρνητικά δρώμενα της εποχής και τον ακόμη πιο δυσάρεστο αντίκτυπο τους στις υγειονομικές ανάγκες του κόσμου.

4.4.2 Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΟΥ ΜΕΣΟΠΟΛΕΜΟΥ

4.4.2.1 Ο ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΟΥ ΜΕΣΟΠΟΛΕΜΟΥ

Μετά τη συνθήκη της Λωζάννης και το προσφυγικό κύμα που ακολούθησε, η Ελλάδα εισέρχεται στην περίοδο του μεσοπολέμου με έναν πληθυσμό 6.204.000 κατοίκων⁹¹ (απογραφή 1928), αριθμός που πιθανότατα υπολείπεται του πραγματικού, λόγω διαφυγών κατά την απογραφή.⁹² Πρόκειται για έναν πληθυσμό κατά βάση αγροτικό (σε ποσοστό 54,8%), ο οποίος είναι κατά 88% κάτω των 55 ετών, 32% κάτω των 14 και μόλις 5,9% άνω των 65⁹³ (Πίνακας 2)

90 Καπανίδης Ν. «Η Κλειστή Περίθαλψη στο νεοελληνικό κράτος» (1909-1940). Διδακτορική Διατριβή, Θεσσαλονίκη 1988: 99-101

91 Γενική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος, Στατιστική Επετηρίς της Ελλάδος 1932, Αθήναι, 1934. Οργανισμός Περιθάλψεως και Αποκαταστάσεως των Ηνωμένων Εθνών. UNRRA- Αποστολή της Ελλάδος, «Σχέδιον αξιοποιήσεως πλουτοπαραγωγικών πόρων Ελλάδος», Αθήναι, 1947, 1-3

92 Βαλαώρας Β. «Το πρόβλημα της θνησιμότητας εν Ελλάδι», Πρακτικά Ακαδημίας Αθηνών, 7. 15 Αθήνα, 1940, 205-218

93 Γενική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος, ο.π 1974

Πίνακας 2 Κατά φύλο και ηλικία πληθυσμός της Ελλάδος, το 1928

Ηλικία	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
0-14	33,7	31,0	32,3
15-34	33,5	35,3	34,4
35-54	20,5	21,3	20,9
55-64	6,6	6,4	6,5
65+	5,8	6,0	5,9
Σύνολο	100	100	100

Πηγή: Γενική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος, Στατιστική Επετηρίς της Ελλάδος 1932, Αθήναι, 1934.

Η αδρή γεννητικότητα, η οποία στα τέλη του 19^{ου} αιώνα υπολογίζεται σε 30/1000⁹⁴ ή κατ'άλλους 40 γεννήσεις ανά 1000 κατοίκους ετησίως⁹⁵ κατά την εμπόλεμη περίοδο(1912-1922), παρουσίασε μια σημαντική ελάττωση στο επίπεδο των 20 γεννήσεων/1000. Μετά τη λήξη του πολέμου, η γεννητικότητα εμφάνισε εκ νέου αύξηση και από 22,6/1000 το 1922, ανέρχεται γρήγορα σε 31,4/1000 το 1930, για να παραμείνει στη συνέχεια σχεδόν αμετάβλητη στα επίπεδα αυτά μέχρι το 1935⁹⁶ (Πίνακας 3).

Πίνακας 3: Εξέλιξη της γεννητικότητας στην Ελλάδα την περίοδο του μεσοπολέμου

Έτος	Υπαιθρος	Πόλεις	Σύνολο χώρας
1912-1921		-	30-40
1922		-	22,6
1924	23,6	16,3	21,2
1926	31,5	28,3	30,7
1928	31,9	27,6	30,5
1930	32,7	28,6	31,4
1932	30,2	24,7	28,5
1934	34,3	24,7	31,2
1936	30,4	23,0	28,1
1938	28,1	22,0	26,1

Πηγή: Βαλαώρας Βασίλειος, 1943, ο.π.

94 Βαλαώρας Β. «Στοιχεία Βιομετρίας και Βιοστατιστικής», Αθήναι, 1943, 79-84

95 Σιάμπος Γ. «Δημογραφική εξέλιξη της νεωτέρας Ελλάδος(1821-1985)», Αθήναι, 1973, 90-105. Κατσουγιαννόπουλος Β., Εδιπίδης Θ. «Σύγχρονοι δημογραφικά ροπαί της Ελλάδος 1951-1971», Επιστημονική Επετηρίς της Ιατρικής Σχολής του Α.Π.Θ., 1973, 449-554

96 Γενική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος, ο.π. Βαλαώρας Β., 1943, ο.π 1947

• **Η θνησιμότητα**

Γενική θνησιμότητα. Η γενική θνησιμότητα, καθ'όλη τη διάρκεια από το 1920 μέχρι και το 1934 βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα, μεταξύ 16 και 18 θανάτων ανά 1000 κατοίκους ετησίως (Πίνακας 4). Η αναλογία αυτή είναι από τις υψηλότερες στον ευρωπαϊκό χώρο καθώς είναι συγκρίσιμη μόνο με την αντίστοιχη των λοιπών βαλκανικών χωρών⁹⁷ (Πίνακας 5). Ο καθηγητής Βαλαώρας υπολογίζει πως το πραγματικό επίπεδο της γενικής θνησιμότητας είναι τουλάχιστον κατά 1 ως 2 μονάδες υψηλότερο.⁹⁸ Στον πίνακα 4 η θνησιμότητα της υπαίθρου παρουσιάζεται μέχρι το 1928 σημαντικά μικρότερη από εκείνη των πόλεων, χωρίς όμως αυτό να αποδίδει την πραγματικότητα. Οι χαμηλότεροι δείκτες θνησιμότητας οφείλονται κατά κύριο λόγο στην πλημμελή καταγραφή των θανάτων στην ύπαιθρο, όπως άλλωστε προκύπτει και από την ανώμαλη αυξητική πορεία της θνησιμότητας στην ύπαιθρο μέχρι το 1929. Από την άποψη αυτή, αποτελούν μάλλον ένδειξη χαμηλών υγειονομικών συνθηκών παρά υπεροχής.

Πίνακας 4. Γενική θνησιμότητα στην Ελλάδα, 1922-1938

Έτος	Παρατηρηθείσα		Διορθωμένη	
	Ύπαιθρος	Πόλεις	Σύνολο	Σύνολο
1922	-	-	16,9	-
1924	14,2	22,2	16,9	-
1926	12,8	17,4	14,2	-
1928	15,7	19,8	17,7	19,2
1930	16,2	16,7	16,4	17,6
1932	18,0	18,2	18,0	18,7
1934	14,5	16,3	15,1	15,7
1936	15,1	15,5	15,3	15,4
1938	12,8	14,3	13,3	13,4

Πηγή: Βαλαώρας Βασίλειος, 1940, ο.π. Βαλαώρας Βασίλειος, 1943, ο.π

97 Societe des Nations, Annuarrie Statistique de la Societe des Nations, 1936/37. Αλιβιζάτος Γ. «Μνημόνιον Υγεινής», Αθήναι, 1946, τ. 1 τχ. Α', 50-65, 93-129

98 Βαλαώρας Βασίλειος, ο.π., 1940

Πίνακας 5. Παρατηρηθείσα γενική θνησιμότητα σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες την περίοδο του μεσοπολέμου

Χώρες	1921	1925	1930	1935
Ελλάδα	15,8	15,2	16,4	14,9
Βουλγαρία	21,7	19,2	16,2	14,6
Αγγλία	12,1	12,2	11,4	11,7
Γερμανία	13,9	11,9	11,1	11,8
Ιταλία	17,3	16,8	13,8	13,9
Σουηδία	12,4	11,7	11,7	11,7

Πηγή: Societe des Nations. *Annuaire Statistique de la Societe des Nations, 1936/37.*

- **Η μητρική θνησιμότητα**

Η μητρική θνησιμότητα υπολογίζεται σε 7,7-7,9 μητρικούς θανάτους ανά 1000 γεννήσεις κατά την περίοδο 1921-1929 και σε 5,5/1000 την περίοδο 1930-1935.⁹⁹ Η υψηλή μητρική θνησιμότητα, συνέπεια της ανεπάρκειας ιατρικών φροντίδων κατά την περιγεννητική περίοδο, ήταν στην ύπαιθρο διπλάσια απ'ότι στις πόλεις, εξαιτίας της σχεδόν παντελούς έλλειψης περιγεννητικής φροντίδας στα χωριά.¹⁰⁰ Οι επιλόχειες λοιμώξεις αποτελούν την κύρια αιτία μητρικής θνησιμότητας, με δεύτερη κατηγορία τις “άλλες αιτίες”, που περιλαμβάνει κατά το πλείστον αδιάγνωστες καταστάσεις, εξαιτίας, ως επί το πλείστον, της απουσίας γιατρού.¹⁰¹

- **Το προσδόκιμο επιβίωσης**

Το προσδόκιμο επιβίωσης υπολογίζεται το 1928, σε 49 έτη για τους άνδρες και 51 για τις γυναίκες, τη στιγμή που στις αναπτυγμένες χώρες ήταν ήδη πάνω από τα 60 και σε ορισμένες πάνω από τα 65 χρόνια¹⁰².

- **Κύριες αιτίες θανάτου και νοσηρότητας**

Οι αιτίες θανάτου που κυριαρχούν την περίοδο του μεσοπολέμου (Πίνακας 6) είναι τα λοιμώδη νοσήματα και κυρίως οι λοιμώξεις του αναπνευστικού, οι εντερίτιδες, η φυματίωση και η ελονοσία. Οι τέσσερις αυτές κατηγορίες αιτιών, το 1931, προκαλούν αθροιστικά 793,6 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους και ευθύνονται περίπου για το 55% του συνόλου των θανάτων. Οι καρδιοπάθειες, τα εγκεφαλικά και οι νεοπλασίες προκαλούν

99 Βαλαώρας Β. «Η μητρική θνησιμότης εν Ελλάδι», *Πρακτικά Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών, 1941, 194-199. Αλιβιζάτος Γ., 1946, ο.π*

100 Βαλαώρας Β., 1943, ο.π

101 Ζαβιτσάνος Θ. «Η μητρική θνησιμότης εν Ελλάδι, Αθήναι, 1964. Χατζηδάκης Σ., «Η μητρότης στην ύπαιθρο», *Ακτίνες, 1952, τ. 128, 263-268. Παπακώστας Γ., «Η προστασία της μητρότης και της παιδικής ηλικίας», *Ελληνική Ιατρική, 1950, τ. 17, 405-417. Βαλαώρας Βασίλειος., 1941, ο.π.**

102 Βαλαώρας Βασίλειος «Η υγιεινή του χωριού, Αθήναι, 1947, 36-37. Αλιβιζάτος Γ., 1946, ο.π.

αθροιστικά μόλις 168,7 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους. Σε σχέση με τα ευρωπαϊκά δεδομένα, η Ελλάδα καταλαμβάνει την πρώτη θέση στην ειδική θνησιμότητα από τυφοειδή πυρετό, ελονοσία, γρίπη, κοκίτη και εξωπνευμονική φυματίωση, τη δεύτερη θέση στη θνησιμότητα από πνευμονία και νοσήματα της κύησης, του τοκετού και της λοχειάς και την τέταρτη θέση στη θνησιμότητα από εντερίτιδες καθώς και από πνευμονική φυματίωση.¹⁰³

Πίνακας 6. Ειδική κατά αιτία θνησιμότητα στην Ελλάδα

Αιτίες θανάτου	1931	1935	1938
Πνευμονία-Βρογχίτις	252,4	219,9	213,6
Διάρροια-εντερίτις	189,8	128,5	91,1
Φυματίωση	161,4	137,4	116,6
Γρίπη	87,5	77,2	47,9
Ελονοσία	102,5	53,0	40,0
Τυφοειδής πυρετός	22,2	18,6	15,2
Δυσεντερία	30,2	22,6	19,6
Κοκίτης	20,9	7,5	14,3
Οστρακιά	12,3	3,8	0,5
Διφθερίτις	9,6	4,1	4,1
Τοκετός-λοχειά	5,6	4,7	3,6
Καρδιοπάθειες	65,3	74,4	79,8
Εγκεφαλική αιμορραγία	55,7	62,9	65,8
Νεοπλασίες	47,7	51,4	59,8
ατυχήματα	33,0	29,9	28,5

Πηγή: Σιάμπος Γ., ο.π.

Στη δεκαετία του 1930, η νοσηρότητα από ελονοσία μειώθηκε και κυμάνθηκε ανά περιοχές στο 10-20%. Ενδιαφέρον, έχει να σημειωθεί, πως για τα έτη 1925-1929, η Ελλάδα εισήγαγε συνολικά 488 τόνους κινίνης,¹⁰⁴ ποσότητα που αντιστοιχούσε περίπου στο 1/4 της παγκόσμιας παραγωγής.¹⁰⁵ Η μεγάλη έκταση της ελονοσίας υπήρξε επιπλέον και ένας από τους λόγους εμφάνισης υψηλότερης θνησιμότητας από πνευμονία, στο βαθμό που η νόσος παρουσιάζει σημαντική συσχέτιση με την ελονοσία¹⁰⁶.

¹⁰³ Βαλαώρας Βασίλειος, 1940, ο.π.

¹⁰⁴ Λιβαδάς Γ., Σφάγγος Ι. «Η ελονοσία εν Ελλάδι(1930-40), Αθήναι, 1940, 56-69, 237-240., Κοπανάρης Φ. «Η δημόσια υγεία εν Ελλάδι», Αθήναι, 1933, 45-53, 466-485

¹⁰⁵ Αποστολή της Διοικήσεως Οικονομικής Συνεργασίας εν Ελλάδι, Τετραετές πρόγραμμα Ανασυγκροτήσεως δια την Ελλάδα, Αθήναι, 1948

¹⁰⁶ Βαλαώρας Β., 1947, ο.π., Βαλαώρας Β., 1943, ο.π., Αλιβιζάτος Γ., 1946, ο.π.

• Βρεφική θνησιμότητα

Σύμφωνα με τις επίσημες στατιστικές, η βρεφική θνησιμότητα εμφανίζει άνοδο από 68,1 βρεφικούς θανάτους ανά 1000γεννήσεις ζώντων το 1921, σε 133,8/1000 το 1931 (Πίνακας 7). Η περίεργη αυτή αυξητική πορεία, αντίθετη προς κάθε λογική εξήγηση, οφείλεται αποκλειστικά στις ελλείψεις καταγραφές των βρεφικών θανάτων και την σταδιακή τους βελτίωση. Δεν μπορεί να γίνει αποδεκτό πως η βρεφική θνησιμότητα στην ύπαιθρο ήταν το 1925 μικρότερη από εκείνη που παρουσίαζε η Αγγλία συνεχώς μέχρι το 1937.¹⁰⁷ Η πραγματική βρεφική θνησιμότητα υπολογίζεται από τους μελετητές σε επίπεδα διπλάσια από εκείνα που δείχνουν οι επίσημες στατιστικές. Συγκεκριμένα, ο Βαλαώρας, μέσω της χρήσης συγκεκριμένων λογαριθμικών μοντέλων, την υπολογίζει σε 208 βρεφικούς θανάτους ανά 1000 γεννήσεις το 1922 και 152/1000 το 1931. Με τις εκτιμήσεις αυτές συμφωνούν και οι μεταγενέστεροι μελετητές του θέματος.¹⁰⁸ Έτσι, η υπολογιζόμενη βρεφική θνησιμότητα συγκαταλέγεται ανάμεσα στις υψηλότερες της Ευρώπης¹⁰⁹

Πίνακας 7. Παρατηρηθείσα και διορθωμένη βρεφική θνησιμότητα στην Ελλάδα, 1921-1938. (Θάνατοι βρεφών ανά 1000 γεννήσεις ζώντων)

Έτος	Παρατηρηθείσα			Διορθωμένη	
	Κράτους	Υπαίθρου	Πόλεων	Κράτους	Υπαίθρου
1921	68,1	-	-	216	-
1922	82,3	-	-	208	-
1923	91,6	-	-	200	-
1924	97,5	-	-	193	-
1925	90,1	55,0	177,1	186	-
1926	75,2	56,9	162,3	179	-
1927	100,5	72,7	166,8	172	175
1928	93,7	66,8	159,4	165	167
1929	110,8	86,8	168,7	176	177
1930	99,7	84,7	134,7	139	141

¹⁰⁷ Αλιβιζάτος Γ., «Η κίνησης του πληθυσμού της υπαίθρου και των πόλεων» Αγροτικών Μέλλων, 16.12.1939

¹⁰⁸ Αλιβιζάτος Γ., 1946, ο.π., Σιάμπος Γ., ο.π., Κουτσογιαννόπουλος Β., Εδιπίδης Θ., ο.π., Παπακώστας Γ. «Η προστασία της μητρότης και της παιδικής ηλικίας», Ελληνική Ιατρική, 1950, τ. 17, 405-417

¹⁰⁹ Βαλαώρας Β., 1940, ο.π., Βαλαώρας Β., 1943, ο.π.

1931	122,8	128,8	147,1	152	154
1932	128,7	121,7	147,2	153	155
1933	122,7	122,2	124,1	128	130
1934	111,7	106,4	127,4	132	134
1935	112,8	110,0	120,7	125	127
1936	114,2	113,8	115,2	119	121
1937	122,2	122,4	121,6	126	128
1938	99,4	99,1	100,3	103	105

Πηγή: Βαλαώρας Βασίλειος, 1940, ο.π.

4.4.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΙΔΕΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΟΥ ΜΕΣΟΠΟΛΕΜΟΥ: ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΜΕ ΑΦΟΡΜΗ ΤΟ ΖΗΤΗΜΑ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Στις αρχές του 20ου αιώνα υπάρχει στην Ελλάδα μια ευνοϊκή συγκυρία για την ανάπτυξη της κοινωνικής πολιτικής: ανάπτυξη των συγκοινωνιών, διεύρυνση της εσωτερικής και εξωτερικής αγοράς, ένταση της συσσώρευσης κεφαλαίου και, κυρίως, ευρύτατες δημογραφικές ανακατατάξεις λόγω της προσάρτησης νέων εδαφών που οδήγησε στην αύξηση του αστικού, αλλά και γενικότερα του συνολικού πληθυσμού. Αυτά αποτελούν ευνοϊκές προϋποθέσεις για την βιομηχανική ανάπτυξη, συνεπιφέρουν όμως τη διεύρυνση της εξαρτημένης εργασίας και της εκμετάλλευσης, την ανεργία, τις κακές έως άθλιες συνθήκες διαβίωσης του εργατικού πληθυσμού στις πόλεις ¹¹⁰.

Σε έρευνα της Επιθεώρησης Εργατικών Κατοικιών το 1920 στην Αθήνα και τον Πειραιά διαπιστώνεται, ότι το 81% των κατοικιών αποτελούνται από ένα δωμάτιο που κατοικείται από 4-5 άτομα, τα οποία διαβιούν σε ανθυγιεινές συνθήκες. Μετά το 1922, η άνοδος του τιμαρίθμου θα κατεβάσει ακόμη περισσότερο το βιοτικό επίπεδο των μισθωτών, αφού τα εργατικά ημερομίσθια κάλυπταν μόλις το 1/3 των οικογενειακών αναγκών των βιομηχανικών εργατών ¹¹¹. Υπολογίζεται ότι, στις αρχές της δεύτερης δεκαετίας του 20ου αιώνα, το 90% περίπου του ελληνικού πληθυσμού παρέμενε ανασφάλιστο, κυρίως όμως η άφιξη των μικρασιατικών προσφύγων και διεθνής οικονομική βοήθεια για την αποκατάστασή τους θα δημιουργήσουν ευνοϊκό πλαίσιο για την διεύρυνση της κοινωνικής πολιτικής. Αυτή θα ταυτισθεί έκτοτε με την επέκταση των

¹¹⁰ Δεν υπάρχουν δημοσιεύσεις σχετικά με το βιοτικό επίπεδο των λαϊκών κοινωνικών στρωμάτων στις πόλεις κατά τις δύο πρώτες δεκαετίες του αιώνα.

¹¹¹ Ρηγίνου, «Παραγωγικές δομές και ημερομίσθια στην Ελλάδα, 1909-1936», Ίδρυμα Έρευνας και Παιδείας της Εμπορικής Τράπεζας της Ελλάδος, Αθήνα 1987, σσ. 163 κ. εξ.

κοινωνικών ασφαλίσεων, ζήτημα που θα παραμείνει στην επικαιρότητα σε ολόκληρη τη μεσοπολεμική περίοδο. Μάλιστα, μετά το 1922, οι συνθήκες μίας τέτοιας επέκτασης προβάλλουν ιδιαίτερα ευνοϊκές, αφού η ανάπτυξη της βιομηχανίας διευκόλυνε την αντιμετώπιση των ασφαλιστικών βαρών, ενώ το χαμηλό επίπεδο των ημερομισθίων συνέβαλε ώστε η επιβάρυνση της παραγωγής από την εφαρμογή των κοινωνικών ασφαλίσεων να μην είναι μεγάλη.

Το ζήτημα των κοινωνικών ασφαλίσεων στην Ελλάδα τίθεται περισσότερο επιτακτικά μετά τα μέσα της δεκαετίας του '20. Σ' αυτό συνηγορούν η βιομηχανική ανάπτυξη και η αστικοποίηση, η ανάγκη αποκατάστασης των μικρασιατικών προσφύγων, η οικονομική κρίση και η διογκούμενη ανεργία, καθώς και οι σημαντικές αδυναμίες των ασφαλιστικών ταμείων. Η διεθνής εμπειρία συντείνει με δύο τρόπους. Κατ' αρχήν, το διεθνές περιβάλλον, και ιδιαίτερα το Διεθνές Γραφείο Εργασίας (ΔΓΕ), θα συμβάλει αποφασιστικά σε μία κρίσιμη για την προώθησή τους συγκυρία. Κυρίως όμως, η διεθνής εμπειρία θα τροφοδοτήσει το ιδεολογικό οπλοστάσιο των ελλήνων διανοουμένων με επιχειρήματα και θεωρίες για την αναγκαιότητα επίταξης της κρατικής παρέμβασης και διεύρυνσης των κοινωνικών δικαιωμάτων. Τα επιχειρήματα αυτά θα υιοθετήσουν ανώτατα κρατικά στελέχη, τα οποία με τη σειρά τους προωθούν τις διεργασίες για την υλοποίηση ενός ολοκληρωμένου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Ταυτόχρονα, στις διεργασίες αυτές εμπλέκονται πολιτικά κόμματα και κυβερνήσεις, συνδικαλιστές εργατικοί ηγέτες αλλά και διανοούμενοι. Τροφοδοτείται έτσι ένας μακροχρόνιος διάλογος γύρω από την αναγκαιότητα, την υλοποίηση ή την έκταση της κοινωνικής ασφάλισης.

Όταν, κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '20, διεξάγεται στην Ελλάδα η συζήτηση σχετικά με τη διεύρυνση των κοινωνικών ασφαλίσεων, αυτές έχουν ήδη καθιερωθεί στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Η ασφάλιση ασθενείας θεσμοθετείται στη Γερμανία (1883), Αυστρία (1888), Ουγγαρία (1891), Λουξεμβούργο (1901), Νορβηγία (1909), Σερβία (1910), Αγγλία (1911), Ρουμανία (1912), Ολλανδία (1913) και Πορτογαλία (1919). Κατά των ατυχημάτων λειτουργούν ασφαλιστικοί οργανισμοί στη Γερμανία (1884), Αυστρία (1887), Νορβηγία (1894), Ιταλία (1895), Φιλανδία (1895), Ολλανδία (1901), Δανία (1905), Ουγγαρία (1907), Σερβία (1910), Ελβετία (1911), Ρωσία (1913) και Σουηδία (1918). Ασφάλιση αναπηρίας ή γήρατος έχει επίσης καθιερωθεί σε αρκετές από τις παραπάνω χώρες, ενώ ασφάλιση κατά της ανεργίας θεσμοθετείται στην Αγγλία (1911), Ελβετία (1917), Ρωσία (1917 και 1922), Ιταλία (1919), Αυστρία (1920) και με περιορισμένη μορφή

στην Βουλγαρία, στην Τσεχοσλοβακία και στην Ουγγαρία^{112 113}. Ο όρος «κοινωνική ασφάλιση» κυριάρχησε στην παγκόσμια βιβλιογραφία μετά τον Α΄ Παγκόσμιο Πόλεμο με πρωτοβουλία κυρίως του ΔΓΕ αντικαθιστώντας τον όρο «εργατική ασφάλιση», που δήλωνε την ασφάλιση ασθενειών, ατυχημάτων και αναπηρίας των βιομηχανικών εργατών, καθώς και τον όρο «εργατική και υπαλληλική ασφάλιση», που αναφερόταν αποκλειστικά στην ασφάλιση των μισθωτών. Αρκετές διαφωνίες εκφράζονταν σχετικά με το εύρος της κοινωνικής ασφάλισης, αφού από αρκετές πλευρές υποστηριζόταν ότι όφειλε να συμπεριλάβει την ασφάλιση κατά της ανεργίας.

Μέχρι την ίδρυση του ΙΚΑ το 1934, τα κλαδικά ασφαλιστικά ταμεία πολλαπλασιάστηκαν με ραγδαίους ρυθμούς.¹¹⁴ Σ' αυτό συνετέλεσε ο «περί σωματείων» νόμος του 1914, καθώς και το τροποποιητικό του διάταγμα της 15ης Μαΐου του 1920 με τίτλο «Περί επαγγελματικών σωματείων», ο οποίος παρείχε στα επαγγελματικά σωματεία τη δυνατότητα ίδρυσης «αλληλοβοηθητικών ταμείων», με τη μορφή νομικών προσώπων και υπό κρατική εποπτεία. Αρκετά εργατικά συνδικάτα ίδρυσαν τέτοια ταμεία, με τα οποία παρεχόταν στα μέλη τους ιατρική περίθαλψη, επιδόματα ασθενείας, βοηθήματα σε περιπτώσεις ανεργίας καθώς και συντάξεις.

Τα προβλήματα των πολλών και μικρών κλαδικών ταμείων, καθώς και το πρόβλημα ότι μεγάλες κατηγορίες εργαζομένων παρέμεναν ανασφάλιστες, θα επιχειρήσει να επιλύσει η ασφαλιστική νομοθεσία του 1922.¹¹⁵ Προωθείται από τον Δ. Γούναρη και αποτελεί το σημαντικότερο ως τότε βήμα προς αυτή την κατεύθυνση. Η νομοθεσία αυτή επέβαλε την υποχρεωτική ασφάλιση για τις περιπτώσεις ασθένειας, γήρατος, θανάτου και γενικά ανικανότητας προς εργασία κάθε προσώπου μη αυτοτελώς εργαζομένου σε βιομηχανική, βιοτεχνική ή εμπορική επιχείρηση.

Το νομοσχέδιο για τις κοινωνικές ασφαλίσεις κατατέθηκε στη Βουλή το Μάιο του 1932, συνοδευόμενο από εισηγητική έκθεση που είχε συντάξει ο Α. Ζάκκας, διευθυντής στο Τμήμα Εργασίας του υπουργείου Εθνικής Οικονομίας.¹¹⁶ Ακολουθεί το λεγόμενο συγκεντρωτικό σύστημα, επιδιώκει δηλαδή την υπαγωγή του μεγαλύτερου δυνατού αριθμού μισθωτών σε ένα

112 Φωτήλα Ν., Κοινωνική Πολιτική. ..., ό.π., σσ. 298-299, Σ. Σωμερίτη

113 «Η μισθωτή εργασία και η κοινωνική ασφάλισή της», εκδ. Σοσιαλιστική Επιθεώρηση, Αθήνα 1933, σσ. 37-42

114 Για μια καταγραφή των ασφαλιστικών ταμείων μέχρι το 1934, βλ. Α. Χρυσοχού, Ελληνική κοινωνική ασφάλιση: συμβολή εις την βελτίωσίν της, Αθήνα 1945, σσ. 16-24. Επίσης, Δ. Ροδάκη, Οι κοινωνικές ασφαλίσεις στις σημερινές και στις μελλοντικές κοινωνίες, Αθήνα 1933, σσ. 27-29,

115 Πρόκειται για το Ν. 2868/22 με τίτλο «Περί υποχρεωτικής ασφαλίσεως των εργατών και ιδιωτικών υπαλλήλων», καθώς και για το κωδικοποιητικό του διάταγμα της 8ης Δεκεμβρίου 1923.

116 Σκοπός της εισηγητικής έκθεσης ήταν η σύνδεση των κοινωνικών ασφαλίσεων με την παραγωγικότητα και τον κοινωνικό εκσυγχρονισμό, καθώς και τον ιδιαίτερο ρόλο που όφειλε να έχει ένα σύγχρονο κράτος ως «συμπαραστάτης» της εργατικής τάξης. Βλ. Έκθεσις Εισηγητική (Ν. 5733/32), Αθήνα 1933. Για μία σύντομη παρουσίαση του νομοσχεδίου, βλ. Ζάκκας, Α., «Αι κοινωνικά ασφαλίσεις», π. Εργασία, αρ. 127, της 4 Ιουν. 1932, σσ. 691-692.

κεντρικό αυτόνομο ασφαλιστικό οργανισμό, το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), που θα αναλάμβανε την κάλυψη απέναντι σε όλους τους κινδύνους: ασθένειες, εργατικά ατυχήματα, επαγγελματικές νόσους, αναπηρία, γήρας και θάνατο. Το ΙΚΑ θα παρείχε επίσης επιδόματα μητρότητας, δεν θα ασφάλιζε όμως από την ανεργία. Στην διοίκησή του θα μετείχαν ισομερώς εκπρόσωποι των εργοδοτών και των εργαζομένων, καθώς και τρεις κρατικοί εκπρόσωποι ειδικευμένοι σε θέματα κοινωνικής πολιτικής. Με την ίδια αναλογία εκπροσώπησης προβλεπόταν η ίδρυση μόνιμου Εποπτικού Συμβουλίου για τον έλεγχο της πορείας του Ιδρύματος. Το νομοσχέδιο προέβλεπε, επιπλέον, τη μελλοντική συγκρότηση ενός Συμβουλίου Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το οποίο, απαρτιζόμενο από πανεπιστημιακούς καθηγητές, εκπροσώπους των εργαζομένων, των εργοδοτών, των ιατρών και του κράτους, θα είχε ως στόχο την παρακολούθηση της εξέλιξης των κοινωνικών ασφαλίσεων στη χώρα. Η χρηματοδότηση της ασφάλισης στηρίχθηκε στις προτάσεις του Schoenbaum¹¹⁷ ο οποίος δεχόταν ότι ο κρατικός προϋπολογισμός αδυνατούσε να συνεισφέρει οικονομικά. Έτσι, η κοινωνική ασφάλιση θα στηριζόταν στην αυτοχρηματοδότηση, δηλαδή στην οικονομική συνεισφορά εργοδοτών και εργαζομένων. Οι ασφαλισμένοι χωρίζονταν σε ασφαλιστικές κλάσεις ανάλογα με το ύψος του μισθού τους, ενώ μειωμένα ασφάλιστρα προβλέπονταν για κάποιους επαγγελματικούς κλάδους, όπως οι ναυτικοί. Οι εργοδότες θα συνεισέφεραν περισσότερο από τους εργαζόμενους με το επιχείρημα ότι τα έξοδα ασφάλισης ασθενειών οφείλονται σε σημαντικό μέρος από τα εργατικά ατυχήματα.

Το νομοσχέδιο θα εγκριθεί τελικά από τη Βουλή στις 11 Οκτωβρίου 1932 με τις ψήφους των βενιζελικών¹¹⁸ και με αποχή ολόκληρης της αντιπολίτευσης, της οποίας η αρνητική στάση αφορούσε κυρίως τις οικονομικές βάσεις του νομοσχεδίου προσεγγίζοντας έτσι περισσότερο τις θέσεις των εργοδοτών. Ο νόμος δεν θα δοκιμασθεί στην πράξη: το Κόμμα των Φιλελευθέρων θα ηττηθεί στις επόμενες βουλευτικές εκλογές και, όταν το Νοέμβριο του 1932 θα σχηματίσει κυβέρνηση το Λαϊκό Κόμμα, ο πρωθυπουργός Τσαλδάρης θα αναστείλει την εφαρμογή του με το πρόσχημα της υποβολής του σε νέα επεξεργασία και θα προωθήσει την προετοιμασία και έγκριση νέου νομοσχεδίου.

Όπως αναφέρει ο Λιάκος Α. αποτελεί ιστορική ανακρίβεια η άποψη πως ο Μεταξάς ίδρυσε τις κοινωνικές ασφαλίσεις επειδή το ΙΚΑ ξεκίνησε να λειτουργεί το 1937. Εκείνη την χρονιά, μάλιστα, ο Μεταξάς εφάρμοσε το Νόμο 6298 «Περί κοινωνικών ασφαλίσεων» που είχε ψηφιστεί προ τριετίας από την

¹¹⁷ Πανεπιστημιακός καθηγητής και διευθυντής του οργανισμού κοινωνικών ασφαλίσεων Τσεχοσλοβακίας

¹¹⁸ Ν.5733/32

κυβέρνηση Τσαλδάρη, και ο οποίος είχε ακυρώσει τον αντίστοιχο νόμο, παρότι είχε στηριχθεί σε αυτόν- που είχε προηγουμένως καταρτίσει και ψηφίσει η κυβέρνηση Βενιζέλου ¹¹⁹.

Η κοινωνική ασφάλιση στο ΙΚΑ προχώρησε σταδιακά κατά τα χρόνια της δικτατορίας του Ι. Μεταξά αλλά οι εξελίξεις είχαν δρομολογηθεί σε όλη τη διάρκεια του Μεσοπολέμου και μέσα από ιστορικές συνθήκες που ευνοούσαν τέτοιου είδους συζητήσεις και νομοθεσία. Παρά τις αντιδράσεις που διατυπώθηκαν κατά καιρούς από ορισμένους ενδιαφερόμενους φορείς, η κοινωνική ασφάλιση που αφορούσε σε μεγάλο βαθμό τους εργάτες και τους μισθωτούς είχε γίνει πια πραγματικότητα.

Το ΙΚΑ δημιουργήθηκε το 1934¹²⁰. Το 1935 καθιερώθηκε η υποχρεωτική ασφάλιση όλων των μισθωτών στο Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), που αποτέλεσε το γενικό φορέα κοινωνικής ασφάλισης των μισθωτών. Αν και η λειτουργία του ΙΚΑ ξεκίνησε ουσιαστικά το 1937, η χορήγηση παροχών ρυθμίστηκε πολύ αργότερα το 1951 με τον αναγκαστικό νόμο 1846/51, ¹²¹ ο οποίος με τις διαδοχικές του τροποποιήσεις αντιπροσωπεύει το σημερινό θεσμικό πλαίσιο φορέα. ¹²²

4.4.4 ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΗΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ

Κατά τα πρώτα χρόνια της εκβιομηχάνισης στην Ελλάδα και εξαιτίας της έλλειψης κρατικής πολιτικής για τα εργατικά ζητήματα, τα εργατικά σωματεία προέβλεπαν μεταξύ άλλων και την εξυπηρέτηση αλληλοβοηθητικών σκοπών με μηνιαία συνδρομή που κάλυπτε την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη καθώς και τα έξοδα κηδείας χωρίς στην πραγματικότητα να είναι σε θέση να πραγματοποιήσουν τις υποσχέσεις τους λόγω έλλειψης μελών και κατά συνέπεια και οικονομικών εισφορών.

Ειδικά για την συνταξιοδότηση των εργαζομένων, ήδη από τα μέσα του δέκατου αιώνα, είχαν ιδρυθεί τα ταμεία συντάξεων δασκάλων, στρατιωτικών και δημοσίων υπαλλήλων, ενώ λίγο αργότερα (1861) ιδρύεται το Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο (NAT) και στις αρχές του 20^{ου} αιώνα ακολούθησαν τα ταμεία συντάξεων των σιδηροδρομικών διαφόρων πόλεων. Το ταμείο μεταλλευτών που ιδρύθηκε το 1882¹²³ δεν προέβλεπε αρχικά τη χορήγηση συντάξεων αλλά την αποζημίωση για εργατικά ατυχήματα που βέβαια ήταν πολύ συχνά με τις συνθήκες εργασίας εκείνης της εποχής αλλά γενικά ήταν δύσκολο να αναγνωριστούν ως τέτοια και επομένως οι εργαζόμενοι δεν αποζημιώνονταν τελικά. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η λειτουργία των

119 Λιάκος Α. (1993). «Εργασία και Πολιτική στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου», Αθήνα, MIET

120 βλ. Βάσει του νόμου 6298/1934 Εθνικό Τυπογραφείο

121 βλ. Αναγκαστικός νόμος 1846/1951 Εθνικό Τυπογραφείο

122 Βλ. Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων

123 Ο Νόμος 608/1861 προέβλεπε την βοήθεια των εργατών μεταλλείων και των οικογενειών τους

ταμείων αυτών ενισχύθηκε από τις διατάξεις του 12ου άρθρου του Νόμου 281/1914 «Περί Σωματείων», στο οποίο βασίζεται και η δημιουργία πολλών άλλων ταμείων, (όπως καπνεργατών –ΤΑΚ-(1926), ξενοδοχοϋπαλλήλων, λιμενεργατών κλπ.)¹²⁴ μετέπειτα, που προέβλεπε την δυνατότητα παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και επιδομάτων ασθενείας κλπ. στα μέλη των ταμείων αυτών. Στο πλαίσιο αυτό ιδρύονται διάφορα ταμεία περιλαμβανομένου του ταμείου νομικών, του ΤΣΑΥ(γιατροί) κλπ,¹²⁵ ενώ οι επαγγελματιοβιοτέχνες θα καλυφθούν με υποχρεωτική ασφάλιση στο ΤΕΒΕ με τον Νόμο 6364/1934. Το καταστατικό του ταμείου ενεκρίθη με υπουργική απόφαση στις 23 Απριλίου 1938 και το ταμείο ξεκίνησε να λειτουργεί πλήρως από την 1^η Ιανουαρίου 1939. Την περίοδο μετά το 1922 επίσης ιδρύονται κι άλλα αλληλοβοηθητικά ταμεία ανάμεσα στα οποία είναι και εκείνα των αρτεργατών και των τυπογράφων

Σε γενικές γραμμές η θέσπιση και η λειτουργία αυτών των ταμείων αποδείχθηκε προβληματική, όχι μονάχα εξαιτίας των περιορισμένων οικονομικών πόρων αλλά και λόγω του κατακερματισμού του συστήματος των αλληλοβοηθητικών ταμείων που δεν μπορούσαν να λειτουργήσουν σωστά εφόσον κάθε ταμείο συνέλεγε εισφορές από διαφορετικούς φορείς(εργαζόμενους, κράτος, εργοδότες ή τους ίδιους τους καταναλωτές μέσω έμμεσης φορολογίας) και κάλυπτε διάφορες ανάγκες(επιδόματα ασθενείας, ατυχήματα, συντάξεις).¹²⁶ Σημαντικό είναι βέβαια να αναφερθεί πως μετά τους Βαλκανικούς πολέμους και τον Α' παγκόσμιο πόλεμο οι κατά καιρούς κυβερνητικοί αξιωματούχοι προσπάθησαν με γνώμονα την κοινωνική πρόνοια αφενός να στηρίζουν την πλειοψηφία των στρατιωτών που κατά τη μακρά περίοδο των πολέμων θυσιάστηκαν για την πατρίδα τους(ανάπηρους, θύματα πολέμου κλπ.) αλλά και αφετέρου να απομακρύνουν το ενδεχόμενο μιας κοινωνικής ανατροπής που φοβόταν πως μπορεί να ξεσπάσει εάν οι έλληνες εργάτες απελπίζονταν όσον αφορά τα ασφαλιστικά τους θέματα. Γεγονός πάντως είναι πως οι ελληνικές κυβερνήσεις στις αρχές του μεσοπολέμου σχεδίασαν και προώθησαν σχέδια νόμων για τη γενίκευση των κοινωνικών ασφαλίσεων που δεν προχώρησαν σε εφαρμογή καθώς οι αλλαγές κυβερνήσεων ήταν τακτικές ενώ ο Μεγάλος Διχασμός είχε πολύ αρνητικές επιπτώσεις στην ισορροπημένη ανάπτυξη ενός γενικευμένου συστήματος κοινωνικών ασφαλίσεων¹²⁷.

124 Πανουτσοπούλου, Κασσιανή(1984), «Κοινωνική Πρόνοια:ιστορική εξέλιξη-σύγχρονες τάσεις-», Αθήνα. Εκδ. Γρηγόρη

125 Μαστρογιάννης, Ιωάννης(1960), «Ιστορία της Κοινωνικής Πρόνοιας της Νεοτέρας Ελλάδος (1821-1960)», Αθήνα.

126 Λιάκος Α. «Εργασία και Πολιτική στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου», ΜΙΕΤ Αθήνα, 1993

127Λιάκος Α. (1988) «Ο Ελ. Βενιζέλος και το Διεθνές Γραφείο Εργασίας», στο Μαυρογορδάτος, Γ. και Χατζηιωσήφ, Χρ. (επιμ.) Βενιζελισμός και Αστικός Εκσυγχρονισμός, Ηράκλειο, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης, σς. 255-270

4.5 Β' ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΠΟΛΕΜΟΣ 1940-1944

Ο Δεύτερος Παγκόσμιος Πόλεμος ήταν η πιο εκτεταμένη γεωγραφικά και δαπανηρή σε πλουτοπαραγωγικούς πόρους ένοπλη σύγκρουση στην ιστορία της ανθρωπότητας, στην οποία ενεπλάκη η πλειονότητα των εθνών, που πάλευαν ταυτόχρονα σε διάφορα σημαντικά θέατρα πολέμου, και που κόστισε περίπου 55,5 εκατομμύρια ζωές. Αρχισε στις 7 Ιουλίου 1937 στην Ασία και στις 1 Σεπτεμβρίου 1939 στην Ευρώπη και τελείωσε στις 2 Σεπτεμβρίου 1945. "Καινοτομία" αυτού του πολέμου: Η ατομική βόμβα. Οι «Συμμαχικές δυνάμεις» είναι η συνήθης ονομασία ενός από τους δύο μεγάλους συνασπισμούς του Β' Παγκοσμίου Πολέμου. Αποτελούνταν από τα κράτη που αντιστέκονταν στην επιθετικότητα του Άξονα, υπό την ηγεσία τριών μεγάλων δυνάμεων που αποκαλούνταν «Οι Τρεις Μεγάλοι»: Σοβιετική Ένωση, Μεγάλη Βρετανία, ΗΠΑ.¹²⁸

Η κατοχή της Ελλάδας κατά τη διάρκεια του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου ξεκίνησε τον Απρίλιο του 1941 και υπήρξε αποτέλεσμα της γερμανικής εισβολής. Η κατοχή τερματίστηκε με την αποχώρηση των γερμανικών στρατευμάτων από την Ελλάδα τον Οκτώβριο του 1944. Σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως στην Κρήτη ή σε άλλα νησιά, γερμανικές φρουρές παρέμειναν μέχρι τον Μάιο και τον Ιούνιο του 1945.¹²⁹

Η φασιστική Ιταλία είχε αρχικά εισβάλει στην Ελλάδα τον Οκτώβριο του 1940, άλλα ηττήθηκε και οπισθοχώρησε υπό την πίεση του ελληνικού στρατού στο εσωτερικό της Αλβανίας. Ακολούθησε τον Απρίλιο του 1941 η γερμανική εισβολή. Μέχρι τα τέλη Μαΐου του 1941 οι Γερμανοί είχαν υποτάξει το σύνολο της χώρας.

Η κατοχή επέφερε τεράστια δεινά στον ελληνικό λαό και προκάλεσε ανυπολόγιστες καταστροφές. Οι ανθρώπινες απώλειες της Ελλάδας κατά τη διάρκεια του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου υπολογίζονται μεταξύ 300.000 και 770.000 αμάχων και 20.000 έως 35.000 στρατιωτών. Ανυπολόγιστες υπήρξαν και οι υλικές καταστροφές, που οδήγησαν σε πλήρη κατάρρευση της ελληνικής οικονομίας.¹³⁰

Η Ελλάδα υπέφερε τα πάνδεινα κατά τη διάρκεια της κατοχής. Η οικονομία της χώρας είχε ήδη υποστεί μεγάλη καταστροφή από τον εξάμηνο πόλεμο με τους Ιταλούς και τους Γερμανούς. Η πλήρης καταστροφή της Ελληνικής οικονομίας ολοκληρώθηκε την περίοδο της κατοχής, κατά τη διάρκεια της οποίας οι πρώτες ύλες και τα τρόφιμα επιτάχθηκαν από τους κατακτητές, γεγονός που εκτίναξε την τιμή τους στο εσωτερικό της χώρας και υπήρξε εκρηκτική άνοδος του πληθωρισμού. Περαιτέρω επιδείνωση της

128 <http://el.wikipedia.org> πρόσβαση στις: 9.12.1012

129 <http://el.wikipedia.org> πρόσβαση στις: 9.12.1012

130 Gregory, Frumkin. *Population Changes in Europe Since 1939*, Geneva 1951. pp. 89-91

οικονομίας επήλθε με τη χορήγηση του κατοχικού δανείου στη Γερμανία το 1944¹³¹.

Η έλλειψη ειδών πρώτης ανάγκης είχε ως αποτέλεσμα το ξέσπασμα του λιμού τον χειμώνα του 1941-42, οπότε και υπολογίζεται πως 300.000 άνθρωποι έχασαν τη ζωή τους. Το γεγονός αυτό υπήρξε μία από τις μεγαλύτερες ανθρωπιστικές τραγωδίες κατά τη διάρκεια του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου. Οι αντίπαλοι συνασπισμοί αντιμετώπισαν την τραγωδία με αλληλοκατηγορίες. Για τους Άγγλους υπαίτιοι ήταν οι Γερμανοί, που λεηλάτησαν τη χώρα, ενώ για τους Γερμανούς υπαίτιοι ήταν οι Άγγλοι, που εφάρμοσαν στρατηγική αποκλεισμού εμποδίζοντας την ανθρωπιστική βοήθεια να φτάσει στην Ελλάδα. Τον Μάρτιο του 1942, όταν η κρίση βρισκόταν στην αιχμή της, επιτεύχθηκε συμφωνία μεταξύ των εμπόλεμων πλευρών για διανομή τροφίμων στην Ελλάδα, που πραγματοποιήθηκε με σουηδικά πλοία υπό την αιγίδα του Διεθνούς Ερυθρού Σταυρού.

Από το Φθινόπωρο του 1942 οι αντιμαχόμενες πλευρές συμφώνησαν στις λεπτομέρειες του σχεδίου επισιτισμού, οπότε ξεκίνησαν τα φορτία τροφίμων του Ερυθρού Σταυρού να εφοδιάζουν διάφορα μέρη της χώρας. Τα φορτία προέρχονταν αρχικά από τον Καναδά και μετά το 1943 και από τις ΗΠΑ¹³². Η έλλειψη τροφίμων κατά τη διάρκεια της κατοχής οδήγησε σε άνηση της μαύρης αγοράς με τους μαυραγορίτες εμπόρους συχνά να χρησιμοποιούν τις διασυνδέσεις τους με τις δυνάμεις κατοχής, ώστε να εξασφαλίζουν βασικά αγαθά, τα οποία στη συνέχεια πουλούσαν στον τοπικό πληθυσμό σε εξαιρετικά υψηλές τιμές⁸¹.

4.5.1 ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΟΥ 1940

Οι απόπειρες ανασυγκρότησης του υγειονομικού συστήματος ανακαλύπτονται, καθώς η χώρα εμπλέκεται στο Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο και την Κατοχή. Ορισμένες απόπειρες σύστασης υγειονομικής πολιτικής, ωστόσο, πραγματοποιούνται από τις αντάρτικες ομάδες του ΕΑΜ ΕΛΑΣ, με την εγκατάσταση νοσηλευτηρίων και χειρουργείων σε χωριό της ορεινής Στερεάς Ελλάδας, με γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων και νοσηλευτικού προσωπικού, όπου ιατροφαρμακευτική περίθαλψη παρέχεται ανεξαιρέτως στον εντόπιο πληθυσμό, όπως και στους πολεμιστές.

Παράλληλα, καταβάλλονται προσπάθειες αναδιοργάνωσης του υγειονομικού συστήματος από τις εκάστοτε κυβερνήσεις, αλλά ουσιαστικά με πενιχρό αποτελέσματα, αφού το κράτος βρίσκεται με τεράστιο δημοσιονομικό έλλειμμα, κατεστραμμένες υποδομές και στα πρόθυρα του Εμφυλίου Πολέμου. Με τη λήξη του πόλεμου, η κυβέρνηση Εθνικής Ενότητας του Γεωργίου

¹³¹ Reymond Cartie, Ιστορία του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου, Πάπυρος, Αθήνα, 1964

¹³² Καθημερινή, Επτά Ημέρες «Η Αθήνα της κατοχής»[17.12.12]

Παπανδρέου με το Νόμο 8/1944, διαχωρίζει το κατοχικό Υπουργείο Εθνικής Πρόνοιας σε δύο Υπουργεία, Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας. Όμως, τα δυο υπουργεία με τον Α.Ν.183/1945 τον επόμενο χρόνο επανενώνονται και δημιουργούν το Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας, το οποίο μόλις τρεις μήνες μετά, με τον Α.Ν. 363/1945 διασπάται εκ νέου στα Υπουργεία Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής, για να συσταθεί έξι χρόνια μετά, το ενιαίο Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας, με τον Ν. 1671/1951 με αρμοδιότητες κοινωνικής πρόνοιας, υγιεινής, οικισμού και ανοικοδομήσεως.

Η λήξη του πολέμου αποτέλεσε ευκαιρία για μία συστηματική προσπάθεια ανακούφισης του πληθυσμού από τις ασθένειες, οι οποίες είχαν εμφανισθεί κατά τη διάρκεια του πολέμου και συνέχιζαν να υφίστανται ως συνέπεια αυτού. Εκείνη την περίοδο επιχειρείται οργανωμένος και μεθοδικός έλεγχος των λοιμωδών νοσημάτων ενώ ταυτόχρονα έχουμε το σχεδιασμό και την υλοποίηση της επέκτασης των νοσοκομειακών μονάδων. Εκείνη η περίοδος θεωρείται καταλυτική για τη βελτίωση του συστήματος υγείας, η οποία συμπίπτει με την ανοικοδόμηση του σύγχρονου Κράτους. Γίνεται μία εμπειρισταωμένη προσπάθεια επίτευξης της επούλωσης των πληγών του πολέμου. Ταυτοχρόνως, η ταχεία οικονομική ανάπτυξη συμβάλλει στη βελτίωση του επιπέδου ζωής των Ελλήνων όλων των κοινωνικών στρωμάτων. Την ίδια στιγμή γίνεται αποτελεσματικός έλεγχος των λοιμωδών με αξιοποίηση των μέτρων και των υποδομών, που σε μεγάλο βαθμό προϋπήρχαν μέσω της υποστήριξης των ξένων οργανισμών. Με αυτό τον τρόπο εξαλείφθηκαν οριστικά νοσήματα, όπως η ελονοσία, η χολέρα, η πολιομυελίτιδα, η λύσσα, ο δάγκειος πυρετός, τα οποία τις περισσότερες φορές επέφεραν θάνατο ή είχαν σοβαρότατες επιπτώσεις στον ανθρώπινο οργανισμό, όπως τη νοητική στέρωση ή την παραπληγία.

4.5.2 ΤΑ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΟΥ 1940

Τα χρόνια που ακολούθησαν την επανάσταση του 1821, το πολύπαθο ελληνικό έθνος γνώρισε πολλές πολεμικές συρράξεις. Δύο βαλκανικούς πολέμους (1912-1913), δύο παγκόσμιους πολέμους (1917-1918, 1940-1941), τον ατυχή Ελληνοτουρκικό Πόλεμο του 1897, την εκστρατεία και καταστροφή στη Μικρά Ασία 1919-1922, και δύο εμφυλίους πολέμους (1823-1825 και 1946-1949). Οι πόλεμοι αυτοί προσέδωσαν εμπειρία στο ελληνικό υγειονομικό σώμα και την ιατρική τραυματολογία στην Ελλάδα. Επιπλέον, οδήγησαν σε δημιουργία πολλών καινούργιων στρατιωτικών νοσοκομείων λόγω της αύξησης των γεωγραφικών ορίων της χώρας και της αύξησης των υγειονομικών αναγκών σε ένα βαθμιαία αυξανόμενο, αριθμητικά, στράτευμα. Ο αριθμός των πρόσκαιρων-προσωρινών στρατιωτικών νοσοκομείων, των

στρατιωτικών νοσοκομείων εκστρατείας και διακομιδών στους πολέμους αυτούς αναδιαμορφώνονταν παράλληλα με τις αλλαγές του γεωγραφικού χάρτη και σύμφωνα με τις πολεμικές ανάγκες, τα μέτωπα και γενικότερα το “θέατρο” επιχειρήσεων.

Μόνιμα στρατιωτικά νοσοκομεία δημιουργήθηκαν στις μεγάλες πόλεις της Ελλάδας όπως η Θεσσαλονίκη, η Λάρισα, η Δράμα και η Αλεξανδρούπολη. Ιδιαίτερα τα στρατιωτικά νοσοκομεία των Αθηνών και της Θεσσαλονίκης, άνοιξαν το δρόμο στη σύγχρονη ιατρική ιστορία της νεότερης Ελλάδας με την εφαρμογή νέων ιατρικών μεθόδων και τη χρήση νέων τεχνολογιών.

Τα Στρατιωτικά Νοσοκομεία της εποχής, τα οποία κατάφεραν κι έμειναν σε λειτουργία ήταν το Στρατιωτικό στην περιοχή της Μονής Πετράκη και το Νοσοκομείο Αναπήρων στο Δημοτικό Νοσοκομείο «Η Ελπίς». Εκτός των νοσοκομείων λειτουργούσαν και κάποια τμήματα τραυματιών στα νοσοκομεία «Ευαγγελισμός», «Αρεταίειο» και ένα σανατόριο στα Μελίτσια¹³³. Ο έλεγχος της νομοθετικής εξουσίας από τις κατοχικές αρχές κατέστησε δύσκολη την ίδρυση νέων νοσοκομείων¹³⁴.

Μέσα σε αυτό το κλίμα παρόλα αυτά, στις 26 Ιανουαρίου 1942 πραγματοποιείται η έναρξη λειτουργίας ενός νέου νοσοκομείου με την ονομασία «Νοσηλευτικό Ίδρυμα ΜΤΣ» (NIMΤΣ), που τίθεται κάτω από τον άμεσο έλεγχο και εποπτεία του ΜΤΣ και σηματοδοτεί τη νεότερη ιστορία του Υγειονομικού Σώματος των Ενόπλων Δυνάμεων¹³⁵.

4.6 ΜΕΤΑΠΟΛΕΜΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ 1945-1974

Με το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, ξεκινάει Εμφύλιος Πόλεμος που θα διαρκέσει τρία έτη μεταξύ (1946-1949) και θα οδηγήσει σε κοινωνική και πολιτική πόλωση τη χώρα. Με τον όρο «Ελληνικός Εμφύλιος Πόλεμος» 1946-1949 εννοούμε την περίοδο ενόπλων συγκρούσεων που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα μεταξύ του Δημοκρατικού Στρατού Ελλάδας (υπό τον έλεγχο του Κομμουνιστικού Κόμματος Ελλάδας) και του Ελληνικού Στρατού. Διήρκεσε από τον Μάρτιο του 1946 έως τον Αύγουστο του 1949 και είχε ως αποτέλεσμα την ήττα των κομμουνιστών ανταρτών. Ο Ελληνικός Εμφύλιος θεωρείται διεθνώς ως η πρώτη πράξη του ψυχρού πολέμου στη μεταπολεμική ιστορία.

Ως κοινωνικό φαινόμενο αρχίζει να αναπτύσσεται ιδιαίτερα από τη δεκαετία του 1950 η αστυφιλία, δηλαδή η μαζική φυγή πληθυσμού από την ύπαιθρο προς τις πόλεις και ιδιαίτερα στην πρωτεύουσα, την Αθήνα.

¹³³ Γοργογιάννης Σ. «Η Ιατρική Περιθάλψη κατά τη διάρκεια της Γερμανοϊταλικής Κατοχής» Αθήνα, 1995

¹³⁴ Αγγελόπουλος Α. «Οικονομικά». Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 1974

¹³⁵ Αρχείο NIMΤΣ, Υπ' αριθμ. 597/6.10.41 Διάταγμα της ιδρύσεως του NIMΤΣ.

Παράλληλα, στο χώρο της οικονομίας σημειώνονται ταχύτατα βήματα οικονομικής ανάπτυξης. Σημαντικές πολιτικές μορφές της Ελλάδας την εποχή εκείνη υπήρξαν ο Κωνσταντίνος Γ. Καραμανλής και ο Γεώργιος Παπανδρέου.

Το 1967 το δημοκρατικό πολίτευμα της χώρας καταλύεται πραξικοπηματικά και για επτά έτη την εξουσία καταλαμβάνει στρατιωτική χούντα, αρχικά υπό τον συνταγματάρχη Γεώργιο Παπαδόπουλο. Το 1973 και 1974 διαδραματίζονται η εξέγερση του Πολυτεχνείου και η τουρκική εισβολή στην Κύπρο, γεγονότα που σηματοδοτούν την κατάρρευση του καθεστώτος και την πλήρη αποκατάσταση των κοινωνικών ελευθεριών.

4.6.1 Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΕΜΦΥΛΙΟ ΠΟΛΕΜΟ 1946-1949

Κατά την απελευθέρωση μετά από την αποχώρηση των Γερμανών τον Οκτώβριο του 1944, το υγειονομικό σύστημα καλείται να αναδιοργανωθεί σχεδόν από μηδενική βάση. Τα στρατιωτικά νοσοκομεία που λειτουργούσαν κατά τη γερμανική κατοχή έχουν ελλιπέστατα υγειονομικά εφόδια και ατελή επιστημονικό υλικοτεχνικό εξοπλισμό. Οι υγειονομικές μονάδες που στο πλάι των Άγγλων επιχείρησαν στη Μέση Ανατολή, και κυρίως το Στρατιωτικό Νοσοκομείο Μέσης Ανατολής (Χαντέρας-Ρίμινι), θα επιτελέσουν τον πυρήνα της προσπάθειας αυτής. Καθοριστική ήταν η συνδρομή της Αγγλίας και κυρίως των ΗΠΑ.

Το Μάρτιο του 1946 ξεκίνησαν επιχειρήσεις μεταξύ του Δημοκρατικού Στρατού Ελλάδας (υπό τον έλεγχο των Κομμουνιστών) και του Ελληνικού Στρατού οι οποίες συνεχίστηκαν με αμείωτη ένταση μέχρι τον Οκτώβριο του 1949. Ο θλιβερός απολογισμός για τον τακτικό στρατό άγγιζε τους 8.249 νεκρούς και 29.044 τραυματίες, ενώ από την άλλη πλευρά δεν υπάρχει σαφής εικόνα¹³⁶. Η ιδιαιτερότητα αυτού του πολέμου έγκειται στο δεδομένο της εκτενούς χρήσης ναρκών κατά προσωπικού. Οι νάρκες οδηγούσαν σε μαζικούς τραυματισμούς, τις περισσότερες φορές σοβαρούς ακρωτηριασμούς και βαριές βλάβες των ματιών. Επιπλέον, οι επιχειρήσεις διεξάγονταν σε όλη την ελληνική επικράτεια και είχαν τη μορφή του ανταρτοπόλεμου δημιουργώντας σοβαρότατα προβλήματα στις διακομιδές (εξαιτίας της παγίδευσης των αξόνων διακομιδών) και στη περίθαλψη, μιας και οι ίδιοι γιατροί στα ίδια νοσοκομεία καλούνταν να περιθάψουν τις απώλειες υγείας και από τις δύο πλευρές¹³⁷.

Στις 11 Μαΐου 1948 ιδρύεται στο Αρσάκειο Ψυχικού το 423 Στρατιωτικό Νοσοκομείο το οποίο εξοπλίστηκε εξολοκλήρου με

¹³⁶ Ανώνυμος. Στρατιωτικόν Τυπογραφείον(Εκδοση του Γραφείου Μελετών της Διεύθυνσης Υγειονομικού του Γενικού Επιτελείου Στρατού), Αθήνα, 1966

¹³⁷ Γκιάλας Μ. «Εμπειρίες ενός Χειρουργού από τον εμφύλιο πόλεμο 1946-1949» Αθήνα, 1995

φαρμακοεπιδεσμικό και υγειονομικό υλικό από τις ΗΠΑ.¹³⁸ Ήταν το νοσηλευτικό ίδρυμα το οποίο δέχτηκε τον μεγαλύτερο όγκο απωλειών υγείας από τον εμφύλιο αυτό. Συνολικά νοσηλεύτηκαν σε αυτό και μέχρι τη διάλυση του στις 7 Νοεμβρίου 1951, 17.000 τραυματίες¹³⁹.

4.6.2 ΤΟ ΣΧΕΔΙΟ «MARSHAL» 1947-1952

Με τον όρο σχέδιο Μάρσαλ εννοείται η οικονομική ενίσχυση κρατών της ευρωπαϊκής ηπείρου, αποκύημα της εξωτερικής πολιτικής των Η.Π.Α. μετά τη λήξη του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου και της αντίληψης ότι η επικράτηση του κομμουνισμού θα αποτελούσε κίνδυνο για τα συμφέροντα και των Ηνωμένων Πολιτειών. «[...]το κύριο χαρακτηριστικό της αμερικανικής πολιτικής απέναντι στην Σοβιετική Ένωση θα πρέπει να είναι μία υπομονετική αλλά σταθερή και άγρυπνη ανάσχεση (containment) των επεκτατικών τάσεων της [...]».¹⁴⁰ Με τα λόγια αυτά δόθηκε το στίγμα της αμερικανικής πολιτικής που ακολουθήθηκε τα επόμενα χρόνια¹⁴¹.

Στη μεταπολεμική περίοδο, στο Σχέδιο Μάρσαλ στάθηκε η πρώτη συστηματική προσπάθεια για να σταθεροποιηθεί η ελληνική οικονομία και να συμμετάσχει στις δραστηριότητες του παγκόσμιου εμπορίου. Λόγω των αδυναμιών της οικονομίας της, η Ελλάδα αποτέλεσε ειδική περίπτωση στην εφαρμογή του Σχεδίου Μάρσαλ στην Ευρώπη, ενώ η ανάπτυξή της έπρεπε να συμβαδίσει με τον οικονομικό προσανατολισμό των άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Η αναποτελεσματικότητα και η διαφθορά στην οικονομική και πολιτική ζωή της χώρας και ιδιαίτερα στη δημόσια διοίκηση επηρέασαν αρνητικά την αντιμετώπιση των οικονομικών προβλημάτων, ενώ οι εμπειρογνώμονες του Σχεδίου Μάρσαλ προώθησαν τη δημιουργία αναγκαίων οικονομικών θεσμών, ώστε να διευκολυνθεί η οικονομική ανόρθωση¹⁴².

4.6.2.1 ΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Στις 21 Φεβρουαρίου του 1947 η βρετανική κυβέρνηση ανακοίνωσε ότι θα διέκοπτε κάθε βοήθεια στην Ελλάδα στις 31 του Μάρτη μη μπορώντας πρακτικά να αντιμετωπίσει την κατάσταση που διαμορφωνόταν στη χώρα μας, αδυνατώντας να επωμιστεί το βάρος του αγώνα ενάντια στον Δημοκρατικό Στρατό Ελλάς (Δ.Σ.Ε).

¹³⁸ Αρχείο ΓΕΣ/ΥΣΑ, Διαταγή ΓΕΣ/Α3/12359/11-5-1948.

¹³⁹ Αρχείο ΓΕΣ/ΥΣΑ, Διαταγή ΓΕΣ/Α3/12359/1/0/14/5/1951

¹⁴⁰ George Kennan, Αμερικανός διπλωμάτης

¹⁴¹ Τσακαλογιάννης, Πάνος., 2000, Σύγχρονη Ευρωπαϊκή Ιστορία από την Βασίλη στο τείχος του Βερολίνου, τ. Β', Εστία, Αθήνα, 319 και Davies, Norman., 1996, Europe, A History, Pimlico, London, 1063.

¹⁴² Βετσόπουλος Α, «Η Ελλάδα και το σχέδιο Μάρσαλ», εκδ: Gutenberg, Αθήνα, 2007

Η αμερικανική κυβέρνηση αντέδρασε άμεσα, θεωρώντας ότι αν η Ελλάδα έπεφτε στα χέρια των κομμουνιστών, τότε όλη η Μέση Ανατολή και ένα μέρος της Βόρειας Αφρικής θα υπαγόταν στον έλεγχο της Μόσχας. Έτσι στις 12 Μάρτη 1947 ο αμερικανός πρόεδρος Χάρι Τρούμαν εξήγγειλε στο Κογκρέσο το περιβόητο «δόγμα» του τονίζοντας πως η χώρα του θα παρείχε γενναία οικονομική ενίσχυση στα κράτη που θα επιθυμούσαν και θα «...αντιστέκονταν σε απόπειρες καθυπόταξης από οπλισμένες μειοψηφίες ή από ξένες πιέσεις...». Το σχετικό νομοσχέδιο – γνωστό ως «Δόγμα Τρούμαν» υπογράφηκε στις 22 Μάρτη 1947 και προέβλεπε την «παροχήν βοήθειας εκ 400.000.000 δολαρίων προς την Ελλάδα και την Τουρκία»

Οι θέσεις, αυτές, της αμερικανικής κυβέρνησης εκδηλώθηκαν στην Ευρώπη δια μέσου του «Σχεδίου Μάρσαλ» στις 28 Μάη 1947 με ευθύνη του τότε υπουργού εξωτερικών. Επρόκειτο για οικονομική βοήθεια που χορηγήθηκε σε 16 συνολικά χώρες της Ευρώπης (Ισλανδία, Νορβηγία, Σουηδία, Βρετανία, Δανία, Ιρλανδία, Ολλανδία, Βέλγιο/Λουξεμβούργο, Δυτική Γερμανία, Αυστρία, Γαλλία, Πορτογαλία, Ιταλία, Ελλάδα και Τουρκία).

Τον Ιούλιο του 1947 ιδρύθηκε η «Επιτροπή για την Ευρωπαϊκή Οικονομική Συνεργασία» (ΟΕΕC), που αποσκοπούσε στη διαχείριση του Σχεδίου Μάρσαλ. Πρώτοι παραλήπτες της βοήθειας που παρείχε το σχέδιο Μάρσαλ, ήταν οι χώρες που κατά τη γνώμη της Αμερικανικής ηγεσίας κινδύνευαν άμεσα από την εξάπλωση του κομμουνισμού δηλαδή, της Ελλάδας και της Τουρκίας.

Το σύνολο της αμερικανικής μη στρατιωτικής βοήθειας προς την Ελλάδα από το 1944 ως το 1952 ανέρχεται σε 1.350 εκατ. δολάρια. Αν υπολογισθεί και η στρατιωτική βοήθεια, το ποσό προσεγγίζει τα 2 δις., ενώ το σύνολο της ξένης βοήθειας προς την Ελλάδα, τα ίδια χρόνια, είναι 2.287 εκατ. δολάρια. Πέρα από τα χρήματα ήλθε και σύγχρονο πολεμικό υλικό (οι βόμβες ΝΑΠΑΛΜ χρησιμοποιήθηκαν πρώτη φορά στη χώρα μας) που συνοδεύονταν και από 5.500 συνολικά αξιωματικούς και «ειδικούς». Χαρακτηριστική του κλίματος των «ελληνικών κυβερνήσεων» ήταν και η φράση του Παναγιώτη Κανελλόπουλου¹⁴³ προς τον Βαν Φλιτ¹⁴⁴ ως πραγματικός αρχιστράτηγος των «ελληνικών δυνάμεων», στο αεροδρόμιο(24/2/48) : «Στρατηγέ, καλώς ήλθατε στο σπίτι σας...Ιδού ο στρατός σας».

143 Ο Παναγιώτης Κανελλόπουλος (Πάτρα 1902-Αθήνα 1986) υπήρξε Έλληνας φιλόσοφος, πολιτικός και ακαδημαϊκός. Ανέλαβε για δύο σύντομες θητείες την προεδρία ελληνικών κυβερνήσεων το 1945 και το 1967. Η παρουσία του στη νεοελληνική γραμματεία και φιλοσοφία και η ταυτόχρονη ενασχόλησή του με την πολιτική τον ανέδειξε ως ιδιαίτερο φαινόμενο του σύγχρονου ελληνικού πολιτικού βίου ενώ η μετριοπάθεια, η αυτοκριτική του διάθεση και το ήθος του συνέτειναν, ειδικότερα μετά τη Μεταπολίτευση, στην απόδοση του τίτλου του "Νέστορα" της ελληνικής πολιτικής.

144 Ο Τζέιμς Όλγουορντ βαν Φλιτ (Κότεσβιλ, Νιού Τζέρσεϊ 1892-Πολκ Σίτι, Φλόριντα 1992) ήταν Αμερικανός στρατιωτικός, με σημαντική συνεισφορά στην έκβαση του ελληνικού εμφύλιου πολέμου κατά τη διάρκεια του ερχομού του στη χώρα

Αξίζει να σημειωθεί πως η Ελλάδα ήταν η μόνη χώρα όπου το σύνολο (94%) σχεδόν της βοήθειας που έλαβε σταδιακά από 1ης Ιουλίου 1947 ως το τέλος του 1952 και ανερχόταν σε 5 δισ. δολάρια (μαζί με την έκτακτη βοήθεια ως το 1960) δεν επεστράφη, όπως συνέβη με άλλες χώρες, αλλά εδόθη χαριστικά (granted aid) ¹⁴⁵.

Συνεχίζοντας, όσον αφορά την έκβαση του σχεδίου Μάρσαλ προς την Ελλάδα δεν ήταν και πολύ ενθαρρυντική. Το Νοέμβριο 1951 έφτασε στην Ελλάδα ο Τενενμπάουμ για να σχεδιάσει τη τελική φάση του σταθεροποιητικού προγράμματος. Η έκθεσή του αποτελούσε και έναν απολογισμό του Σχεδίου Μάρσαλ με τελικό συμπέρασμα πως τα αποτελέσματα ήταν αρνητικά. Είναι γεγονός πως το σχέδιο κατάφερε να μειώσει την ελληνική φτώχεια, ως απόρροια του τραγικού πολέμου και την πείνα χωρίς όμως να μπορέσει να εδραιώσει εν τέλει μία διαχρονική ανάπτυξη και βελτίωση των ζώων των ανθρώπων αλλά και της ίδιας της χώρας. Υποστήριξε πως σταμάτησαν τον κομμουνισμό, αλλά τίποτε το βιώσιμο δεν είχε παραμείνει στη χώρα. Με δηλώσεις του εξέφραζε ότι πολλή βοήθεια δόθηκε στην Ελλάδα αλλά ελάχιστη κατάφερε να φτάσει στους Έλληνες και την καθημερινότητα τους η οποία εξακολουθούσε να είναι τόσο δύσκολη. Το ελληνικό πολιτικό σκηνικό αποτελούνταν από διαδοχικές αδύναμες κυβερνήσεις, αντιδημοφιλείς, αναξιόπιστες και διαβρωμένες από τη διαφθορά. Κατασκευάστηκαν δρόμοι, για καλύτερη εξυπηρέτηση του κόσμου μέσω της διευκόλυνσης της καθημερινότητας οι οποίοι σύντομα κατέρρευσαν. Αυξήθηκαν οι μισθοί για να μπορέσει ο κόσμος να καλυτερεύσει τις συνθήκες ζωής, ύστερα και από τα δεινά του Β' Παγκοσμίου Πολέμου και ταυτόχρονα οι τιμές της εποχής εκτοξεύτηκαν στα ύψη. Σκιαγραφείται, τελικά, πως δεν υπήρξε ουσιαστική βοήθεια μέσω του σχεδίου κι αυτό δεν οφείλεται στην Αμερική αλλά μάλλον στον κακό σχεδιασμό και προγραμματισμό που αναδυόταν από το εσωτερικό της ελληνικής κυβέρνησης για άλλη μια φορά ¹⁴⁶.

4.6.3 ΟΙ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ 1950 ΕΩΣ ΤΗΝ ΜΕΤΑΠΟΛΙΤΕΥΣΗ

Στις αρχές της δεκαετίας του 1950, οι υποδομές του τομέα υγείας σε ειδικευμένο προσωπικό και εγκαταστάσεις παρουσίαζαν σημαντικές ελλείψεις. Πιο συγκεκριμένα, το νοσηλευτικό και τεχνικό προσωπικό παρουσίαζε υψηλό βαθμό στην πρωτεύουσα της χώρας, γεγονός που δημιουργούσε τεράστια προβλήματα στην οργανωμένη συνέχεια της κάλυψης των αναγκών σε περιφερειακό επίπεδο.

¹⁴⁵ Χατζηκώστας Α. «Το δόγμα Τρούμαν και το Σχέδιο Μάρσαλ» (Η αλήθεια μέσα από Ντοκουμέντα), 2007

¹⁴⁶ Ρωμαιοί Γ. «Πως η βοήθεια δεν έφτασε στους Έλληνες». ΤΑ ΝΕΑ, 2012

Λόγου χάρη, υπήρχαν 3.456 νοσοκόμες και μαίες ενώ οι απαιτούμενες ανάγκες για την κάλυψη θέσεων εργασίας ήταν 8.676 νοσοκόμες. Σε πολλά μαιευτήρια χρησιμοποιούνταν πρακτικές μαίες, ενώ η αναγνώριση της αξίας του νοσηλευτικού επαγγέλματος ήταν χαμηλή και σημαντικά υποβαθμισμένη.

Με τον Ν. 2592/53 «περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως», το οποίο ψηφίζεται επί πρωθυπουργίας Αλέξανδρου Παπάγου, αναδιοργανώνονται οι υπηρεσίες υγείας και εφαρμόζεται διοικητική αποκέντρωση στον τομέα της υγείας με βάση τον πληθυσμό και την νοσηρότητα. Δίνεται έμφαση στον κοινωφελή χαρακτήρα της νοσοκομειακής περίθαλψης καθώς επιχειρείται η ορθολογική γεωγραφική κατανομή ανθρώπινων πόρων αλλά και μηχανισμών υγείας. Ο νόμος όμως εφαρμόστηκε μερικώς ή με κάποιες τροποποιήσεις. Τα χρόνια που ακολούθησαν ιδρύονται αρκετά ιατρεία και υγειονομικοί σταθμοί για τις ανάγκες του αγροτικού πληθυσμού, ενώ το ΙΚΑ και άλλοι φορείς συνεχίζουν ασυντόνιστα και απρογραμματίιστα να δημιουργούν νέες μονάδες υγείας.

Στην δεκαετία του 1960 επεκτείνεται η κοινωνική ασφάλιση και στους αγρότες, τους αυτοαπασχολούμενους και στους ανθρώπους του δημοσίου με κύριο χαρακτηριστικό τον διαχωρισμό πολλών φορέων με διαφορετικά καθεστώτα λειτουργίας και διαφορετικά επίπεδα παροχών. Ως εκ' τούτου εμφανίστηκαν ανισότητες και διαφοροποιήσεις ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και ως προς τη χρηματοδότηση του συστήματος.

Το ύψος των δαπανών υγείας δεν ξεπερνούσε το 2,5% του ΑΕΠ, τη στιγμή που οι ετήσιοι ρυθμοί ανάπτυξης της οικονομίας ήταν γύρω στο 8%, μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού δεν είχε ιατρική περίθαλψη, ενώ η απουσία κεντρικού συντονιστικού οργάνου συνέτεινε στην έντονη γεωγραφική κατανομή των υλικών και ανθρώπινων πόρων.

Το 1961 ψηφίζεται ο νόμος 4169/61 με τον οποίο δημιουργήθηκε ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α) για να κατοχυρώσει τον αγροτικό πληθυσμό. Ο νόμος αυτός, μαζί με εκείνο για την ίδρυση του ΙΚΑ απαρτίζουν τους δύο σημαντικότερους σταθμούς στην ιστορία της ελληνικής κοινωνικής ασφάλισης. Στις δεκαετίες του '60 και '70 η ελληνική οικονομία σημειώνει ραγδαία ανάπτυξη και η χρηματοδότηση των ασφαλιστικών οργανισμών βασίζονταν κυρίως στις εισφορές των εργοδοτών, οι οποίοι παρείχαν πλήρη και υψηλής ποιότητας ασφαλιστική κάλυψη¹⁴⁷.

Η δικτατορία της περιόδου εκείνης εμπόδισε την διαμόρφωση συγκεκριμένης πολιτικής για την υγεία, με αποτέλεσμα την υποβάθμιση του χώρου, για άλλη μια φορά. Το κύριο πρόβλημα δεν ήταν τόσο η ανισόρροπη ανάπτυξη μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, αλλά η ίδια η μεταξύ τους

¹⁴⁷ Abel-Smith, 1992. Schieber G.J και Poulrier J.P., 1991

σχέση και λειτουργία. Μια σχέση που υπάκουε όχι σε προκαθορισμένες ρυθμίσεις και κανόνες, αλλά αντίθετα βασιζόταν σε ένα πλέγμα καταστρατηγήσεων και ανεξέλεγκτων διαδικασιών παροχής υπηρεσιών και χρηματοδότησης. Το κυρίαρχο χαρακτηριστικό εκείνης της εποχής ήταν οι έντονες ανισότητες στην πρόσβαση του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας, έτσι όπως αυτές εκφράζονται μέσα από την ανισοκατανομή των νοσοκομειακών κλινών, του ιατρικού δυναμικού και των οικονομικών πόρων μεταξύ κέντρου και μη¹⁴⁸.

Για την αντιμετώπιση των οξύτατων προβλημάτων του υγειονομικού τομέα διατυπώθηκαν προτάσεις για την αναδιοργάνωση του συστήματος, σημαντικότερες από τις οποίες είναι οι ακόλουθες:

Η έκθεση Πάτρα(1968), που πρότεινε τη δημιουργία ενιαίου ταμείου υγείας, τη σύσταση ενός συντονιστικού υγειονομικού οργάνου, την εισαγωγή του θεσμού των γενικών ιατρών, τη σύσταση περιφερειακών και νομαρχιακών νοσοκομείων και τη σύνταξη εθνικού συνταγολογίου.

Η έκθεση του Κέντρου Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (ΚΕΠΕ) του 1976 η οποία πρότεινε τη θέσπιση μηχανισμού συντονισμού και συνεργασίας των υφιστάμενων φορέων με την ίδρυση ενιαίου ταμείου υγείας καθώς και την ενοποίηση των υπηρεσιών υγείας των μεγάλων ασφαλιστικών οργανισμών.

Το νομοσχέδιο Δοξιάδη(1980) που πρότεινε τη δημιουργία εθνικού φορέα υγείας, το θεσμό του νοσοκομειακού γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, την περιφερειακή κατανομή των υπηρεσιών και την ίδρυση αγροτικών κέντρων υγείας.

4.7 ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΤΑΠΟΛΙΤΕΥΣΗ ΕΩΣ ΣΗΜΕΡΑ 1974-2013

Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '80 τα προβλήματα του υγειονομικού τομέα παρέμειναν σημαντικά και οι πιέσεις για μια δραστική κρατική παρέμβαση που θα περιόριζε την εμπορευματοποίηση και την παραοικονομία στο χώρο της υγείας γινόντουσαν ολοένα και μεγαλύτερες. Οι πρώτες ενέργειες ήταν η ψήφιση του νόμου 1278/82 για τη σύσταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) και του νόμου 1316/83 για τη σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκου (ΕΟΦ), της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας και της Εθνικής Φαρμακαποθήκης

Ο νόμος 1397/1983 θεσμοθετεί το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ), το οποίο αποτελεί τη μεγαλύτερη νομοθετική ρύθμιση στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα. Το ΕΣΥ ιδρύθηκε με το Ν.1397/1983 και ήταν μια πραγματική επανάσταση στον άναρχο μέχρι τότε χώρο της δημόσιας υγείας και αυτό

¹⁴⁸ Μαστρογιάννης Ι. «Ιστορία της κοινωνικής πρόνοιας της νεωτέρας Ελλάδας», Αθήνα 1960.

οφείλεται στον Ανδρέα Παπανδρέου, τον Παρασκευά Αυγερινό και τον Γιώργο Γεννηματά.¹⁴⁹ Στην πορεία έγιναν αρκετές νομοθετικές παρεμβάσεις προς την κατεύθυνση του εκσυγχρονισμού του. Όμως παρ' όλες τις προσπάθειες και τις αλλαγές που έγιναν στο σύστημα για να βελτιωθεί, να εξορθολογηστεί, να γίνει ευέλικτο, λειτουργικό και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του ελληνικού λαού, το ΕΣΥ μπήκε σε μια πορεία παρακμής και τελικά το 2009 κατέρρευσε.

Για πρώτη φορά έμπαιναν τα πλαίσια και οι βάσεις για την ανάπτυξη ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας στο οποίο θα είχαν δωρεάν πρόσβαση όλοι οι πολίτες ανεξαρτήτως πνευματικού, οικονομικού και κοινωνικού επιπέδου, απολαμβάνοντας με αυτόν τον τρόπο το ύψιστο κοινωνικό αγαθό της υγείας. Οι αρχές στις οποίες βασίζεται ο νέος νόμος είναι αυτές της αναγνώρισης της υγείας ως κοινωνικού αγαθού, της ισότητας στην παροχή των υπηρεσιών και στην κατανομή των πόρων, της αποκέντρωσης, της εφαρμογής ενιαίου πλαισίου ανάπτυξης, λειτουργίας, προγραμματισμού και σχεδιασμού κατάλληλων υπηρεσιών. Βασικός κατευθυντήριος άξονας είναι το ευρύτερο κοινωνικό και λαϊκό συμφέρον στο ενιαίο πλαίσιο της ανάπτυξης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας.

Ενδιαφέρον έχει να σημειωθεί πως την περίοδο αυτή ξεκινά να δίνεται έμφαση στο κομμάτι της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, τα κέντρα υγείας, τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και προληπτικής υγιεινής, της δευτεροβάθμιας περίθαλψης μέσω των νομαρχιακών νοσοκομείων και της τριτοβάθμιας περίθαλψης που υλοποιείται μέσα από τα περιφερειακά νοσοκομεία, τα ειδικά νοσοκομεία, τις ερευνητικές μονάδες και τα ειδικά επιστημονικά κέντρα.

Εν συνεχεία, το 1985 ψηφίζεται ο νόμος 1579/1985, συμπληρωματικός του νόμου του Ε.Σ.Υ, με τον οποίο ρυθμίστηκαν τόσο θέματα ειδίκευσης ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού, όσο και θέματα εκπαίδευσης νοσηλευτών. Έπειτα, εκδόθηκε ο νόμος 1759/1988 όπου γινόταν αναφορά και στον διορισμό των γιατρών του Ε.Σ.Υ.

Αν και ο 1397/83 θεωρήθηκε ως η σημαντικότερη προσπάθεια που έγινε ποτέ στην χώρα μας, στον τομέα ανάπτυξης μιας ενιαίας και ολοκληρωμένης πολιτικής υγείας, εντούτοις του καταλογίστηκαν σημαντικές ελλείψεις και παραλείψεις. Ενδεικτικά θα αναφερθούν:

1. η αδυναμία να αφομοιώσει και να αξιοποιήσει την εμπειρία άλλων χωρών αλλά και τα κριτικά συμπεράσματα του ΠΟΥ πάνω στις διαδικασίες ανάπτυξης εθνικών συστημάτων υγείας,

¹⁴⁹ Στασινός Π. «Αναβάθμιση του Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις» MEDVOI 365, 21 Ιουλίου, Αθήνα, 2010

2. στη μη πρόβλεψη ενός μηχανισμού διαχείρισης και χρηματοδότησης που θα λάμβανε υπόψη την εξελισσόμενη οικονομική κρίση και θα οδηγούσε σε περιορισμό του κόστους,
3. στον ιατροκεντρικό χαρακτήρα των περισσότερων ρυθμίσεων.

Ο Ν.2071/1992 αναδιοργανώνει το σύστημα υγείας και προβλέπει την υπαγωγή των κέντρων υγείας στις νομαρχίες. Επίσης δίνει την δυνατότητα στους νοσοκομειακούς γιατρούς να επιλέξουν μεταξύ της πλήρους και μερικής απασχόλησης με το δικαίωμα της παράλληλης άσκησης ιδιωτικής ιατρικής. Με τον νόμο αυτό παρέχεται η δυνατότητα ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών θεραπευτηρίων, ενώ με μια σειρά μέτρων αυξάνεται η συμμετοχή του χρήστη στην αγορά φαρμάκων, θεσπίζεται εισιτήριο για τις επισκέψεις στα εξωτερικά των νοσοκομείων και τέλος αυξάνονται τα ημερήσια νοσήλια¹⁵⁰. Όσον αφορά την δομή και την οργάνωση των νοσοκομείων, καθίστατο ενιαία η σύνθεση των ΔΣ όλων των νοσοκομείων της χώρας ανεξαρτήτως του αριθμού των κλινών τους. Παράλληλα, θεσπίστηκε για πρώτη φορά ο θεσμός του Γενικού Διευθυντή, ρυθμίστηκαν θέματα προγραμματισμού και ελέγχου των λειτουργικών δαπανών των δημόσιων φορέων και προβλέφθηκε η δημιουργία νέων επιστημονικών φορέων καθώς και η αναδιάρθρωση της ιατρικής υπηρεσίας.

Με τον Ν. 2194/1994 για την «αποκατάσταση του εθνικού συστήματος υγείας» καταργήθηκαν μια σειρά άρθρων του Ν.2071/1992 και επανατέθηκαν σε ισχύ τόσο η φιλοσοφία, όσο και ειδικότερες διατάξεις του Ν.1397/1983. Η απουσία επαρκών μηχανισμών σχεδιασμού, προγραμματισμού και διαχείρισης καθώς και οι πιέσεις από εξωγενείς προς το σύστημα παράγοντες, όπως η αλλαγή του διεθνούς περιβάλλοντος και τα δημοσιονομικά προβλήματα της χώρας, οδήγησαν στη διατύπωση νέων προτάσεων μεταρρύθμισης του ΕΣΥ.

Ο Ν. 2519/1997 ενσωματώνει μερικές από αυτές τις προτάσεις και θεσπίζει κανόνες για την ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στις αστικές περιοχές. Η φιλοσοφία αυτού του νόμου ήταν παρόμοια με αυτή του νόμου για το ΕΣΥ, διευρύνοντας τον δημόσιο και κοινωνικό χαρακτήρα του ΕΣΥ και παρέχοντας στους πολίτες ίσες ευκαιρίες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Όσον αφορά τη νομική μορφή των νοσοκομείων, αυτά συστήνονταν, όπως προέβλεπε ο νόμος, ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) και υπάγονταν στην εποπτεία τους Υπουργείου Υγείας.

¹⁵⁰ Κυριόπουλος Γ. Ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα: από την υπανάπτυξη στην κρίση. Στο βιβλίο Οι Υπηρεσίες Υγείας: Οργάνωση, Διοίκηση, Προγραμματισμός. European Institute of Social Security, Αθήνα, 1999

Με την διάταξη του άρθρου 21 του Ν. 2703/1999 επέρχονται κάποιες αλλαγές στην σύνθεση του Διοικητικού Συμβουλίου των νοσοκομείων και κυρίως στα πρόσωπα που διορίζει ο Υπουργός και ο Γενικός Γραμματέας της Περιφέρειας ανάλογα με τον αριθμό των κλινών του νοσοκομείου. Οι διατάξεις αυτές αφορούν περισσότερο τον Πρόεδρο των νοσοκομείων, τις αρμοδιότητες του, την αξιολόγηση του. Επιπλέον, θεσπίζεται ο Ν. 2716/Φ. 96^A /17.4.99 «Περί Ανάπτυξης και εκσυγχρονισμού των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας», καθώς και ο Ν. 2737/Φ. 174^A /27.8.99 «Περί Μεταμοσχεύσεων ανθρωπίνων ιστών και οργάνων».

Στη συνέχεια, κατά την περίοδο 2000-2010 θεσπίζεται μία ακόμη σειρά νομοθετικών μεταρρυθμίσεων με σκοπό την ενίσχυση και την βελτίωση του υγειονομικού χάρτη. Μερικές από τις μεταρρυθμίσεις είναι οι εξής: ο Ν. 2889/Φ. 37A/2.3.01 «Περί βελτίωσης και εκσυγχρονισμού του εθνικού συστήματος υγείας», ο Ν. 3106/Φ. 30A/10.2.03 «Περί αναδιοργάνωσης του εθνικού συστήματος κοινωνικής φροντίδας», ο Ν. 3235/Φ. 53A/18.2.04 «Περί Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», ο Ν. 3252/Φ. 132A/16.7.04 «Περί Σύστασης Ένωσης νοσηλευτών-τριών», ο Ν. 3370/Φ. 176A/11.7.05 «Περί οργάνωσης και λειτουργίας των υπηρεσιών δημόσιας υγείας», ο Ν. 3402/Φ. 258A/17.10.05 «Περί αναδιοργάνωσης του συστήματος αιμοδοσίας», ο Ν. 3457/Φ. 93A/8.5.06 «Περί μεταρρύθμισης του συστήματος φαρμακευτικής περίθαλψης», ο Ν. 3459/Φ. 103A/25.5.06 «Κώδικας νόμων για τα ναρκωτικά», ο Ν. 3730/Φ. 262A/23.12.08 «Περί προστασίας ανηλίκων από τον καπνό και τα αλκοολούχα ποτά» και ο Ν. 3868/2010 «Περί αναβάθμισης του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης»¹⁵¹.

151 Ελληνική Δημοκρατία. Υπουργείο Υγείας, Αθήνα, 2013. Διαθέσιμο: <http://www.yyka.gov.gr>

5. ΟΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΕΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΕΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ ΤΟΥ 20ου ΑΙΩΝΑ

Άνοιξη του 2008 και άλλη μια οικονομική κρίση φαίνεται να έχει χτυπήσει την πόρτα πολλών χωρών. Τι ακριβώς εννοείται όμως με τον όρο «κρίση»; Ως κρίση ορίζεται «μία σοβαρή απειλή κατά της υφιστάμενης δομής, των θεμελιωδών αρχών και κανόνων του κοινωνικού συστήματος, η οποία επιβάλλει τη λήψη κρίσιμων αποφάσεων εντός περιορισμένου χρόνου και υπό συνθήκες αβεβαιότητας»¹⁵².

Αδιαμφισβήτητα οι οικονομικές κρίσεις αποτελούν ένα συχνό φαινόμενο, καθώς απασχολούν την ανθρωπότητα τουλάχιστον από τότε που αναδύθηκαν οι κοινωνίες της αγοράς. Διερωτάται όμως κανείς, πώς είναι δυνατόν μέχρι σήμερα να μη γνωρίζουμε πώς να αποφύγουμε τέτοια φαινόμενα. Φαίνεται ότι η ανθρώπινη φύση παραμένει αναλλοίωτη και επαναλαμβάνει τα λάθη της, θα μπορούσαμε να απαντήσουμε. Είτε γιατί έχει προηγηθεί μία πολιτική κρίση, είτε γιατί η κερδοσκοπία «βασίλευσε» το αποτέλεσμα είναι το ίδιο. Επενδυτές σε πανικό, εκτόξευση των τιμών, πλήθος ανέργων και πολλές αλυσιδωτές αντιδράσεις που οδηγούν την παγκόσμια οικονομία σε κρίση. Το βέβαιο είναι ότι ο εντοπισμός των πραγματικών αιτιών μίας κρίσης απαιτεί μία εις βάθος ανάλυση. Για να γίνει όμως αυτό, είναι πάντα χρήσιμη μία ανασκόπηση στις μεγαλύτερες οικονομικές κρίσεις του παρελθόντος.

5.1 ΤΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΚΡΑΧ ΤΟΥ 1929

Ως μεγαλύτερη οικονομική κρίση στην παγκόσμια ιστορία καταγράφεται το κραχ του 1929. «Μαύρη Πέμπτη» αποκαλείται η Πέμπτη 24 Οκτωβρίου του 1929, όταν η Wall Street (το χρηματιστήριο της Νέας Υόρκης) έκλεισε με απώλειες 13%. Ήταν η «Μαύρη Πέμπτη», κατά την οποία 12 εκατομμύρια μετοχές έπεσαν στην αγορά χωρίς να βρουν αγοραστή. Όλοι δοκίμαζαν να ξεφορτωθούν τους τίτλους τους μια ώρα αρχύτερα, ενώ οι τιμές έπεφταν κατακόρυφα, ύστερα από μία συνεχή άνοδο δέκα συνεχόμενων ετών. Πολλές ήταν οι τράπεζες οι οποίες είχαν επενδύσει σε καταθέσεις πελατών τους και οι οποίες με μαθηματική ακρίβεια κατευθυνόντουσαν στην χρεοκοπία. Τρεις μήνες μετά το κραχ της Wall Street, η παραγωγή αυτοκινήτων είχε κιάλας μειωθεί στο μισό, παρασύροντας τις βιομηχανίες εξαρτημάτων, ελαστικών και πετρελαίου. Σημαντικό ρόλο έπαιξε ο πανικός των επενδυτών, οι οποίοι πουλούσαν μετοχές σε ταχύτατους ρυθμούς, ωστόσο καταλυτικός ήταν ο ρόλος των τραπεζών και της κυβέρνησης. Οι μεν πρώτες συμμετείχαν

¹⁵² Rosenthal, U., Charles, M., Hart, P. Coping with crises: The management of disasters, riots, and terrorism. C.C. Thomas, Springfield, IL

άμεσα στις κερδοσκοπικές κινήσεις, ενώ η δεύτερη δεν τόλμησε να επέμβει τη στιγμή που ήταν απαραίτητο.

Αναζητώντας τα βαθύτερα αίτια της κρίσης, εντοπίζουμε μια ανισορροπία στην οικονομία των ΗΠΑ, από όπου και ξεκίνησε η κρίση. Η υπερπαραγωγή πρώτων υλών και γεωργικών προϊόντων οδήγησε στην πτώση των τιμών και τη μείωση της αγοραστικής δύναμης των αγροτών. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τις υπεραισιόδοξες βιομηχανικές επενδύσεις στους αναδυόμενους τεχνολογικούς τομείς, είχε ως αποτέλεσμα να δημιουργηθεί μία προσφορά που ξεπερνούσε τη ζήτηση στην αγορά. Αυτό που ακολούθησε δεν είχε προηγούμενο. Η Wall Street κατέρρευσε, με τους επενδυτές να χάνουν συνολικά 40 δισ. δολάρια.¹⁵³

Σε κοινωνικό επίπεδο το πλήγμα αυτής της οικονομικής καταστροφής ήταν τεράστιο. Οι πλούσιοι αγοράζουν χρεοκοπημένες επιχειρήσεις, οι αγρότες δεν έβρισκαν πλέον να πουλήσουν τα προϊόντα τους, οι εργάτες και οι υπάλληλοι αντιμετωπίζουν μειώσεις μισθών καθώς οι μικρομεσαίες επιχειρήσεις πουλιούνται ή κλείνουν. Συνολικά, στις ΗΠΑ έμειναν άνεργοι περίπου 12 εκατομμύρια άνθρωποι, πτώχευσαν πάνω από 1600 τράπεζες, έκλεισαν 20.000 επιχειρήσεις και από απελπισία αυτοκτόνησαν 23.000 άνθρωποι.¹⁵⁴

Παράλληλα, διεθνώς επικρατούσε ένα ευάλωτο κλίμα. Οι οικονομίες όλων των χωρών ήταν ήδη εξασθενημένες από τον Α' Παγκόσμιο Πόλεμο. Το γερμανικό και το βρετανικό εμπόριο είχαν σημειώσει σημαντική πτώση, ενώ ο αμερικανικός προστατευτισμός και η εμμονή στην αποπληρωμή των δανείων από τις ευρωπαϊκές χώρες επιδείνωσαν περισσότερο το πρόβλημα. Η Γερμανία και η Αυστρία επλήγησαν πρώτες. Στη συνέχεια, ο πανικός εξαπλώθηκε σε όλους τους χρηματιστηριακούς κύκλους της Ευρώπης. Επιχειρήσεις και τράπεζες κατέρρευσαν αλυσιδωτά και επήλθε μία παγκόσμια οικονομική ύφεση. Ο αριθμός των ανέργων εκτοξεύθηκε στα 30 εκατομμύρια.

Οι αντιδράσεις που ακολούθησαν την εκδήλωση της κρίσης δεν ήταν ιδιαίτερα συντονισμένες. Τα επιμέρους κράτη δεν επεδίωξαν την ευρύτερη διεθνή συνεργασία, αλλά προτίμησαν να περιοριστούν στη ρύθμιση της εθνικής τους πολιτικής μειώνοντας τις δαπάνες τους. Στον αντίποδα, βρισκόταν η πολιτική του New Deal που ακολούθησε ο Αμερικανός Franklin Roosevelt, σύμφωνα με την οποία το κράτος οφείλει να παρεμβαίνει στην οικονομία με μεγάλες επενδύσεις, για να κτυπηθεί η ανεργία και να αρχίσουν να αγοράζονται τα προϊόντα που έμεναν απούλητα.

153 Μαργάρου, Γ., «Flash back στις οικονομικές κρίσεις: Από το 1929 μέχρι σήμερα» 19 Μαΐου, *enThesis*, Αθήνα 2013

154 Το ίδιο

Όπως ήταν αναμενόμενο, τις επιπτώσεις της κρίσης δεν απέφυγε ούτε η Ελλάδα. Το Χρηματιστήριο Αθηνών έκλεισε επ' αόριστον και τα αποθέματα της Τράπεζας της Ελλάδος σε συνάλλαγμα και χρυσό εξανεμίστηκαν λόγω της κερδοσκοπίας. Ακολούθησε η μείωση των εισαγωγών και η διαμόρφωση μιας συναλλαγματικής πολιτικής ιδιαίτερα προστατευτικής με έντονο τον κρατικό παρεμβατισμό. Την υποτίμηση του εθνικού νομίσματος συνόδευσε η επιβολή καθεστώτος αναγκαστικής κυκλοφορίας της δραχμής, κατάργησης της αγοράς συναλλάγματος και αναστολής πληρωμής χρεολυσίων και τόκων για το σύνολο των κρατικών δανείων.

Ενδεικτικό του αντίκτυπου της κρίσης είναι ότι η αμερικανική οικονομία χρειάστηκε μια δεκαετία για να συνέλθει. Αυτρωτικά λειτούργησε ο Β' Παγκόσμιος Πόλεμος, καθώς οι τεράστιες στρατιωτικές δαπάνες εκμηδένισαν την ανεργία και εκτόξευσαν την ανάπτυξη.

5.2 ΟΙ ΠΕΤΡΕΛΑΪΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΔΕΚΑΕΤΙΑΣ ΤΟΥ 1970

Μετά τον πόλεμο οι περισσότερες οικονομίες γεύτηκαν τη μακρύτερη περίοδο ανάπτυξης στην ιστορία των κοινωνιών της αγοράς. Από το 1950 μέχρι και τα μέσα της δεκαετίας του '70 οι οικονομίες αναπτύσσονταν με χαμηλά ποσοστά ανεργίας και πληθωρισμού.

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '70 έκαναν την εμφάνισή τους δύο πετρελαϊκές κρίσεις. Αυτές έφεραν στο προσκήνιο το φαινόμενο του στασιμοπληθωρισμού, δηλαδή τη συνύπαρξη πληθωρισμού και αυξημένης ανεργίας. Ως επίσημη ημερομηνία έναρξης της πρώτης κρίσης καταγράφεται η 17η Οκτωβρίου του 1973, όταν τα μέλη του ΟΑΡΕΚ (Οργανισμού Αραβικών Χωρών-Εξαγωγέων Πετρελαίου Οργανισμού Αραβικών Πετρελαιοπαραγωγών Κρατών) ανακοίνωσαν ότι δεν θα προμήθευαν πλέον με πετρέλαιο τις χώρες που υποστήριζαν το Ισραήλ στη διαμάχη του με τη Συρία και την Αίγυπτο. Σε αυτές τις χώρες συμπεριλαμβάνονταν οι ΗΠΑ, οι σύμμαχοι τους στη Δυτική Ευρώπη και η Ιαπωνία.

Παράλληλα, τα μέλη του ΟΡΕΚ (Οργανισμός Πετρελαιοπαραγωγών χωρών) συμφώνησαν να εκμεταλλευτούν την επιρροή τους στο μηχανισμό καθορισμού της τιμής του πετρελαίου, έτσι ώστε να αυξηθεί η τιμή του παγκοσμίως. Έτσι, η εξάρτηση του βιομηχανοποιημένου κόσμου από το αργό πετρέλαιο και ο κυρίαρχος ρόλος του ΟΡΕΚ ως παγκόσμιου προμηθευτή, οδήγησαν σε δραματικά πληθωριστικές αυξήσεις τιμών, ενώ ήταν κατασταλτικές για την οικονομική δραστηριότητα. Έξι χρόνια μετά, το 1979, ακολούθησε η δεύτερη πετρελαϊκή κρίση. Έκανε την εμφάνισή της στις ΗΠΑ, στον απόηχο της ιρανικής επανάστασης. Μετά την πολιτική κρίση και τον Ayatollah Khomeini να ανακτά τον έλεγχο του Ιράν, οι διαμαρτυρίες γκρέμισαν τον πετρελαϊκό τομέα του Ιράν. Παρόλο που το νέο καθεστώς

επανέλαβε τις εξαγωγές πετρελαίου, ήταν ασυνεπείς και λιγότερες οδηγώντας τις τιμές να εκτοξευθούν στα ύψη.

Οι χώρες του OPEC για να αντιμετωπίσουν την κατάσταση, αύξησαν την παραγωγή τους και η συνολική απώλεια έφτασε στο 4%. Ωστόσο, επικράτησε ένας διαδεδομένος πανικός που ανέβασε την τιμή πολύ περισσότερο από όσο θα αναμενόταν. Μετά το 1980 οι τιμές του πετρελαίου έπεφταν για έξι συνεχόμενα έτη και κορυφώθηκαν το 1986 με μία πτώση 46%. Αυτό ήταν αποτέλεσμα της μειωμένης ζήτησης και της υπερβολικής παραγωγής, οδηγώντας τον OPEC στο να χάσει την ενότητα του. Εξαγωγείς πετρελαίου, όπως το Μεξικό, η Νιγηρία και η Βενεζουέλα επεκτάθηκαν σημαντικά, ενώ οι ΗΠΑ και η Ευρώπη πήραν περισσότερο πετρέλαιο από το Prudhoe Bay και τη Βόρειο Θάλασσα.¹⁵⁵

Αναμενόμενο ήταν η ελληνική οικονομία να πληγεί κι εκείνη από τις πετρελαϊκές κρίσεις της δεκαετίας του 1970, όπου ο περιορισμός της προσφοράς πετρελαίου αύξησε απότομα και υπερβολικά τις τιμές παρασύροντας την παγκόσμια οικονομία, σε υψηλούς ρυθμούς πληθωρισμού και συνεπώς, σε ύφεση.

Η Ελλάδα όπως και άλλες χώρες βρέθηκαν απροετοίμαστες στο γεγονός. Η κρίση, λοιπόν, στην Ελλάδα προέρχεται από τις επιπτώσεις της διεθνούς κρίσης. Ενδεικτικά θα αναφερθεί ότι, την περίοδο 1975-1983, ο μέσος ρυθμός αύξησης του εθνικού εισοδήματος μειώθηκε σε 5,5%, των βιομηχανικών επενδύσεων στο 1,9%, ο ρυθμός πληθωρισμού άγγιξε το 17,9% και τα επιτόκια έφτασαν εξίσου σε υψηλά επίπεδα, 43,5% το 1982, αποθαρρύνοντας τις επενδύσεις¹⁵⁶. Πλήγμα δέχθηκε και η παραγωγικότητα εργασίας καθώς ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής της από 8,4% την περίοδο 1965-1973, έπεσε στο 1,7 το 1975-1981¹⁵⁷.

5.3 Η «ΜΑΥΡΗ ΔΕΥΤΕΡΑ» ΤΟΥ 1987

Από τα μέσα της δεκαετίας του '80 και σχεδόν μία δεκαετία μετά την τελευταία κρίση παρατηρήθηκε μία σημαντική οικονομική ανάκαμψη. Οι οικονομίες αναπτύχθηκαν και πάλι, ο πληθωρισμός υποχώρησε και τα χρηματιστήρια έζησαν μεγάλες δόξες. Η ταχύτερη πτώση των μετοχών που ακολούθησε, τον Οκτώβριο του '87, έφερε μήνες από τον Οκτώβριο του '29. Τη Δευτέρα 19 Οκτωβρίου του 1987 ο δείκτης Dow Jones έχασε το 22% της

155 Μαρμάρου, Γ., «Flash back στις οικονομικές κρίσεις: Από το 1929 μέχρι σήμερα» 19 Μαΐου, ενThesis, Αθήνα 2013

156 Γιαννίτσης Τ., 1986.

157 Πατρώνης Β. και Λιαργκόβας Π., 2003

αξίας του μέσα σε λίγες ώρες, δίνοντας το έναυσμα για ένα μαζικό ξεπούλημα μετοχών στην Ευρώπη και την Ιαπωνία.¹⁵⁸

Τα αίτια της κρίσης προκύπτει ότι ήταν οικονομικοπολιτικά. Τα στοιχεία για το εμπορικό έλλειμμα των ΗΠΑ το Σεπτέμβριο ήταν δυσμενή. Παράλληλα, οι εξελίξεις στο πολιτικό σκηνικό ήταν αρνητικές, καθώς ο πρόεδρος Reagan δεν ήταν σε θέση, για λόγους υγείας, να ελέγχει την κατάσταση στις ΗΠΑ και η κρίση στον Περσικό Κόλπο κλιμακωνόταν.

Όσον αφορά στο Χρηματιστήριο Αθηνών παρατηρήθηκε πρωτοφανής πτώση των τιμών των μετοχών, ενώ έμεινε κλειστό από τις 20 Οκτωβρίου έως τις 23 Οκτωβρίου του 1987. Ωστόσο, ακόμα και όταν άνοιξε, η πτώση εξακολούθησε να είναι σημαντική και η προσφορά καταγιγιστική. Η απογοήτευση ήταν διάχυτη στους επενδυτές. Ο τότε πρωθυπουργός, Ανδρέας Παπανδρέου, κατηγορούσε τις ΗΠΑ για την κρίση και στη Βουλή οι κατηγορίες εκτοξεύονταν κατά πάντων.

Βέβαια, αυτή τη φορά ο αντίκτυπος της κρίσης δεν ήταν τόσο δραματικός όσο το 1929. Η αμερικανική οικονομία ήταν πλέον πιο ισχυρή και ανθεκτική σε τέτοιου είδους «χτυπήματα». Επιπλέον, η επέμβαση της κυβέρνησης και της κεντρικής τράπεζας των ΗΠΑ, με τη διάθεση μεγάλων ποσοτήτων ρευστού στην αγορά, υπήρξε καθοριστική. Με αυτόν τον τρόπο επωφελήθηκαν οι τράπεζες, μείωσαν τα επιτόκια και έδωσαν σημαντικά δάνεια στις μεγαλύτερες εισηγμένες επιχειρήσεις. Παρόλα αυτά, θεωρείται ότι η εν λόγω κρίση σήμανε τη νέα μείωση της οικονομικής δραστηριότητας που παρατηρήθηκε την περίοδο 1989-1992 στην παγκόσμια οικονομία.

5.4 Η «ΦΟΥΣΚΑ» ΤΩΝ ΜΕΤΟΧΩΝ ΥΨΗΛΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ 2000

Στα τέλη της δεκαετίας του '90, οι εταιρείες του internet βρέθηκαν στο απόγειο τους. Η τάση για επένδυση σε μετοχές υψηλής τεχνολογίας ήταν γενικευμένη. Το φαινόμενο κορυφώθηκε τον Ιανουάριο του 2000, όταν η AOL εξαγόρασε με το αστρονομικό ποσό των 200 δισ. δολαρίων τον όμιλο Time Warner. Το Μάρτιο του 2000 ο δείκτης μετοχών υψηλής τεχνολογίας Nasdaq έφτασε το ιστορικό του υψηλό άνω των 5.000 μονάδων. Η φούσκα έσκασε, με το δείκτη Nasdaq να χάνει μέχρι τον Οκτώβριο του 2002 το 78% της αξίας του.¹⁵⁹

Ως κύρια αίτια αυτής της πτώσης θεωρούνται οι υπερτιμημένες μετοχές των εταιρειών υψηλής τεχνολογίας, αλλά και η διαφθορά των εταιρειών μιας

158 Μαρμάρου, Γ., «Flash back στις οικονομικές κρίσεις: Από το 1929 μέχρι σήμερα» 19 Μαΐου, ενThesis, Αθήνα 2013

159 Μαρμάρου, Γ., «Flash back στις οικονομικές κρίσεις: Από το 1929 μέχρι σήμερα» 19 Μαΐου, ενThesis, Αθήνα 2013

και πολλές από αυτές δήλωναν κέρδη υψηλότερα του πραγματικού. Συχνά επίσης, οι χρηματιστηριακοί αναλυτές έδιναν θετικές εισηγήσεις για μετοχές εταιρειών που είχαν σημαντικά οικονομικά προβλήματα. Οι συνέπειες για την αμερικανική οικονομία ήταν ευρύτερες. Η πτώση ήταν απότομη, οι επενδύσεις «πάγωσαν» και η 11η Σεπτεμβρίου αποτέλεσε τη χαριστική βολή. Η Fed όμως παρενέβη εγκαίρως, μειώνοντας διαδοχικά τα επιτόκια και βοηθώντας τη μεγαλύτερη οικονομία του πλανήτη να ανακάμψει.

5.5 Η ΚΡΙΣΗ ΤΩΝ SUBPRIMES ΤΟΥ 2007

Στις αρχές του καλοκαιριού του 2007 οι ΗΠΑ είδαν για άλλη μια φορά την οικονομία τους να συρρικνώνεται. Μία νέα λέξη άρχισε να απασχολεί όσους ασχολούνται με τα οικονομικά: τα subprimes δάνεια. Πρόκειται για στεγαστικά δάνεια που χρηματοδοτούν πέραν του 100% της αξίας του ακινήτου, καθώς επίσης και δάνεια με υψηλότερο επιτόκιο σε μη φερέγγυους δανειολήπτες. Αυτό σημαίνει ότι χορηγούνταν σε δανειολήπτες με μεγάλη πιθανότητα να μην μπορέσουν να τα αποπληρώσουν, είτε γιατί έχουν χαμηλό εισόδημα, είτε γιατί δεν έχουν μόνιμη εργασία. Επιπλέον, οι τόκοι είναι εξαιρετικά υψηλοί αλλά και κυμαινόμενοι, δίνοντας το έναυσμα δημιουργίας ενός κερδοσκοπικού συστήματος γύρω από αυτά. Με μόνο στόχο την επίτευξη κέρδους, τα δάνεια χορηγήθηκαν στα αμερικανικά νοικοκυριά, χωρίς προηγουμένως οι τράπεζες να ελέγξουν τη δυνατότητα αποπληρωμής τους. Αυτό σε συνδυασμό με την κρίση της αγοράς ακινήτων και την πτώση των τιμών επέφερε μία γενικευμένη κρίση. Ακολούθησαν κατασχέσεις σπιτιών και χιλιάδες εξώσεις. Η πώληση αυτών απλά επιδείνωσε την κατάσταση. Μέσα από αλυσιδωτές αντιδράσεις η ύφεση της αμερικανικής οικονομίας θεωρήθηκε πλέον δεδομένη.

Οι ανησυχίες όμως, έχουν εξαπλωθεί και στις ευρωπαϊκές και ασιατικές αγορές. Το αποτέλεσμα είναι οι κεντρικές τράπεζες να διοχετεύουν δισεκατομμύρια ευρώ ή δολάρια σε αυτές. Το συνολικό ύψος της ζημίας για το σύνολο της παγκόσμιας αγοράς αποτιμάται σε πάνω από 400 δισ. ευρώ, από τα οποία πάνω από 150 δισ. ευρώ εκτιμάται ότι θα είναι η ζημία που θα επιβαρύνει τις μεγάλες ξένες τράπεζες.

Ο αντίκτυπος της κρίσης δεν άργησε να εμφανιστεί και στην Ελλάδα. Ήταν φανερό πως δεν είχαν επηρεαστεί μόνο οι τράπεζες αλλά και η αγορά ακινήτων, δημιουργώντας σαφείς προϋποθέσεις για να αυξηθεί το κόστος του χρήματος. Οι μετοχές του Χρηματιστηρίου Αθηνών, στις οποίες έχουν κάνει σημαντικές επενδύσεις οι ξένες τράπεζες έχουν πιεστεί πολύ. Από τα τέλη του Β' παγκοσμίου πολέμου ως σήμερα όλες οι ελληνικές κυβερνήσεις υποστήριξαν το μοντέλο «ανάπτυξης» στον εξωτερικό δανεισμό. Η παραγωγικός τομέας της χώρας συρρικνώθηκε ενώ οι φορολογικές

μεταρρυθμίσεις διαμορφώνονταν πάντοτε προς όφελος του κεφαλαίου και εις βάρος των φτωχών στρωμάτων.

Η παγκόσμια οικονομική κρίση του 2007 σε σχέση με την Ελλάδα έδειξε αφενός την εμφανή αδυναμία του ελληνικού καπιταλιστικού συστήματος να ανταπεξέλθει και αφετέρου την ανικανότητα της Ε.Ε να διαχειριστεί την κρίση προς όφελος των μικρομεσαίων πολιτών.

Η ύφεση που παρατηρήθηκε στην παγκόσμια οικονομία και το 1929 και το 2007 οδήγησε σε μεγαλύτερη φτώχεια και εξαθλίωση. Και αν τότε, ο παγκόσμιος καπιταλισμός υιοθέτησε τον «κενσιανισμό» η αναδιανομή δηλαδή μέρους των κερδών του κεφαλαίου στις κατώτερες τάξεις, με τη μορφή κοινωνικών και άλλων παροχών, προκειμένου να αποφεύγεται η κοινωνική δυσарέσκεια και οι αναταραχές. για να ανακάμψει, σήμερα, μπροστά στην κρίση απαντάει, σίγουρα, με ακόμη πιο βάρβαρα νεοφιλελεύθερα μέτρα.

Η σημερινή κατάσταση της Ελλάδας μέσω της πλήρης εξάρτησης από τους μηχανισμούς του Δ.Ν.Τ και της Ε.Ε εμφανίζει σοβαρές ομοιότητες με τις περιόδους των πτωχεύσεων του παρελθόντος. Τρεις είναι οι πιο βασικές:

1. Ο ανεξέλεγκτος επαχθής δανεισμός ως μοντέλο «ανάπτυξης» και το τεράστιο εξωτερικό χρέος
2. Οι απροκάλυπτες ξένες επεμβάσεις που ασκούν απόλυτο έλεγχο τόσο στην οικονομία όσο και στους πολιτικούς θεσμούς και κατ'επέκταση και σε άλλους
3. Η δυσарέσκεια του ελληνικού λαού απέναντι στο πολιτικό σύστημα.

6. ΟΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΕΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΠΟ ΤΟ 1893 ΕΩΣ ΣΗΜΕΡΑ

Η μελέτη της σύγχρονης ελληνικής ιστορίας μας βοηθάει να ερμηνεύσουμε σε βάθος καλύτερα τα σημερινά φαινόμενα καθώς και να “προβλέψουμε” τις επερχόμενες πολιτικές και κοινωνικές εξελίξεις. Η εμπλοκή της διεθνούς παραμέτρου στο εσωτερικό της Ελλάδας, σε οικονομικοπολιτικό επίπεδο, εμφανίζεται από τα πρώτα χρόνια της ελληνικής επανάστασης έως τις μέρες μας. Η ευθύνη ωστόσο για τις ιμπεριαλιστικές επεμβάσεις, που ανά τα χρόνια βιώνουμε, πρωτίστως βαραίνει την ελληνική ιθύνουσα τάξη(αστική και αριστοκρατική) και στη συνέχεια τους πολιτικούς εκπροσώπους που ανέλαβαν την ηγεσία του τόπου από τη μέρα της «ανεξαρτησίας» μέχρι το σήμερα.

Ενώπιον, λοιπόν μιας πιθανής πτώχευσης εξαιτίας του τεράστιου εξωτερικού δημόσιου χρέους είναι απαραίτητο να ανακινήσουμε αντίστοιχες περιπτώσεις του 19^{ου} και του 20^{ου} αιώνα.

6.1 ΑΠΟ ΤΟ 1893 ΣΤΟ 1898: Η ΠΤΩΧΕΥΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΙ Ο ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΣ ΈΛΕΓΧΟΣ

Όταν ο Τρικούπης αναλαμβάνει την πρωθυπουργία το 1881 παρά τις προσπάθειες του για εξορθολογισμό της λειτουργίας του κράτους, στην οικονομική του πολιτική ακολουθεί πιστά τις ανάγκες του μεγάλου κεφαλαίου. Την ίδια χρονιά στην Ελλάδα προσαρτάται η Θεσσαλία και η Άρτα. Το εξωτερικό χρέος μεγαλώνει λόγω και των οικονομικών αποζημιώσεων που χρειάζεται να καταβληθούν στην Τουρκία για την παραχώρηση των περιοχών αυτών.

Από το 1879 ως το 1890 η χώρα δανείζεται παράλογα ενώ αναγκάζεται να καταθέτει σε δάνεια το 40 με 50% των εσόδων της. Ο κρατικός προϋπολογισμός τις χρονιές εκείνες είναι σταθερά ελλειμματικός και το ισοζύγιο πληρωμών αρνητικό. Τη δεκαετία του 1880 υπάρχει κατακόρυφη πτώση στις εξαγωγές του κύριου εξαγωγικού προϊόντος, της σταφίδας, εξαιτίας της ανάκαμψης των γαλλικών εξαγωγών. Η ελληνική οικονομία φτάνει στο ναδήρ καθώς τα έσοδα από την εξαγωγή της σταφίδας διοχετεύονταν στην αποπληρωμή του εξωτερικού δανείου. Το 1893 ο Τρικούπης ανακοινώνει από το βήμα της βουλή το ιστορικό «Κύριοι, δυστυχώς επτωχεύσαμεν». Η πτώχευση του ελληνικού κράτους ήταν γεγονός. Η χρεοκοπία οδήγησε στις πρώτες εργατικές κινητοποιήσεις και απεργίες με πιο σημαντική εκείνη των μεταλλωρύχων του Λαυρίου το 1896¹⁶⁰.

Η αντιπολίτευση με αρχηγό τον Δηλιγιάννη αντέδρασε με επιθετικότητα στην βουλή για τον όρο αυτό υποστηρίζοντας πως ο δανεισμός εξευτέλιζε για

160 X. Τρικούπης, Η ιστορία της ελληνικής επανάστασης, τόμος Γ, Γιοβάνη, Αθήνα, 1978

ακόμη μια φορά την Ελλάδα και αναιρούσε την εθνική της κυριαρχία. Ο Βασιλιάς επηρεάστηκε τόσο από τις αντιδράσεις οι οποίες είχαν μεγάλη απήχηση στην κοινή γνώμη και στον Τύπο όσο και στους επιχειρηματίες που αντιπροσώπευαν Γαλλικά συμφέροντα. Ο Βασιλιάς Γεώργιος φοβήθηκε ότι επωμιζόταν όλη την ευθύνη ενός αβέβαιου και δυσβάστακτου δανεισμού απέναντι στην εξαγριωμένη κοινή γνώμη κι έτσι αρνήθηκε να υπογράψει το διάταγμα.

Η κυβέρνηση του Τρικούπη παραιτήθηκε υπό το βάρος των εξελίξεων και το "άδειασμα" του Βασιλιά. Στις εκλογές του 1895, τη μάχη κέρδισε ξανά ο Δεληγιάννης, ο οποίος με τη βοήθεια των ξένων συμμάχων μας κατέληξε σε πόλεμο με τους Τούρκους, τον Απρίλη του 1897, ο οποίος και κατέληξε σε πανωλεθρία για τους Έλληνες. Πριν τα τέλη Απρίλη του 1897, ανέλαβε πρωθυπουργός ο Ράλλης, τον οποίο διαδέχτηκε στη συνέχεια ο Ζαΐμης. Η συνέχεια του «δυστυχώς επτωχεύσαμεν» ήταν ο Διεθνής Οικονομικός Έλεγχος που επέβαλαν στην Ελλάδα, με το δάνειο των 150 εκατομμυρίων φράγκων το 1897 προς τους Τούρκους, συνέπειες του οποίου πληρώνουμε έμμεσα ακόμη σήμερα.

6.2 1929-1932: Η ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΤΩΧΕΥΣΗ

Η ελληνική πτώχευση το 1932 έγινε μέσω της κήρυξης παύσης πληρωμών από την κυβέρνηση του Ε. Βενιζέλου, ως αποτέλεσμα της διόγκωσης του εξωτερικού χρέους της χώρας εξαιτίας της διεθνούς οικονομικής κρίσης και της μείωσης των εξαγωγών. Τα διεθνή αιτήματα του Ε. Βενιζέλου για την στήριξη της Ελλάδας όσον αφορούσε τις δανειακές της συμβάσεις δεν είχαν θετικό αποτέλεσμα, με αποτέλεσμα να εγκαταλειφθεί ο κανόνας του χρυσού, την ραγδαία αποτίμηση και την αναπόφευκτη χρεωκοπία.

Το 1927 ο Ελευθέριος Βενιζέλος επέστρεψε στην Ελλάδα και έγινε δεκτός ως «μεσσίας» από τον ελληνικό λαό. Μετά από σκέψη και πιέσεις από το περιβάλλον του αναίρεσε την απόφαση του προ τετραετίας για παραίτηση από την πολιτική και επανήλθε σε αυτή ως αρχηγός του Κόμματος των Φιλελευθέρων στις 23 Μαΐου 1928.

Η Ελληνική οικονομία είχε κάνει βήματα σταθεροποίησης την διετία 1926-1928. Η δραχμή σταθεροποιήθηκε μετά από δεκαπέντε χρόνια συνεχούς υποτίμησης. Έτσι, το 1928 η δραχμή εντάχθηκε στον περίφημο "κανόνα του χρυσού". Ο "κανόνας του χρυσού" ήταν ένας μηχανισμός μετατροπής των νομισμάτων μέσω μιας ισοτιμίας σε σχέση με τις τιμή του χρυσού¹⁶¹.

¹⁶¹ Κωνσταντίνος Βεργόπουλος, «Η Ελληνική οικονομία από το 1926 έως το 1935», Ιστορία του Ελληνικού Έθνους, τ. ΙΕ, εκδόσεις "Εκδοτική Αθηνών".

Όταν ανέλαβε την διακυβέρνηση της χώρας ο Ελευθέριος Βενιζέλος, παρουσίασε ένα ιδιαίτερα αισιόδοξο και φιλόδοξο πρόγραμμα δημόσιων επενδύσεων που χρειάζονταν για να μπει η Ελλάδα σε αναπτυξιακή τροχιά και να αποκαταστήσει τους πρόσφυγες από την Μικρασιατική Καταστροφή. Ο εκτεταμένος αυτός δανεισμός θα καλυπτόταν κυρίως από Άγγλους κεφαλαιούχους που ήδη μετά το 1922 είχαν επενδύσει μικρά κεφάλαια, αλλά τώρα ήταν πρόθυμοι να μεγαλώσουν την παρουσία τους στην Ελλάδα.

Μέχρι το 1931 δεν υπήρχε τίποτα που να προμήνυε τη χιονοστιβάδα των αρνητικών γεγονότων που θα ακολουθούσαν. Η Ελλάδα είχε τρεις συνεχόμενους πλεονασματικούς προϋπολογισμούς, όμως το εξωτερικό της χρέος είχε διογκωθεί από δάνεια που είχε συνάψει η κυβέρνηση Βενιζέλου κυρίως στο Σίτυ του Λονδίνου. Συγκεκριμένα το εξωτερικό χρέος την τετραετία 1928-1932 αυξήθηκε από 27,8 δισεκατομμύρια δραχμές στα 32,7 δισεκατομμύρια.

Η μεγάλη διεθνής χρηματοπιστωτική κρίση άρχισε με την αδυναμία της Γερμανίας να εξακολουθήσει να εξυπηρετεί τις δυσβάσταχτες οικονομικές τις υποχρεώσεις από τον Α' Παγκόσμιο Πόλεμο και κορυφώθηκε με την κατάρρευση των τιμών των μετοχών στο Αμερικάνικο Χρηματιστήριο της Wall Street. Η οικονομία της Ελλάδας βρέθηκε αμέσως υπό πίεση, καθώς μειώθηκαν δραστικά οι εξαγωγές της σε καπνά και άλλα γεωργικά προϊόντα. Επιπλέον, τα εμβάσματα από τους Έλληνες της Αμερικής έδειχναν σημαντική μείωση, που για εκείνη την εποχή ήταν σημαντικός οικονομικός παράγοντας για την χώρα.

Ο Βενιζέλος αποφάσισε να δώσει την «μάχη της δραχμής». Αν η δραχμή δεν παρέμενε ισχυρή έναντι της στερλίνας και των άλλων νομισμάτων, θα ήταν αδύνατο να εξυπηρετήσει το ήδη υπερχρεωμένο δημόσιο χρέος. Αν δηλαδή γινόταν η υποτίμηση της δραχμής, τότε το εξωτερικό χρέος θα διπλασιαζόταν. Ο συνεπέστερος επικριτής της κυβερνητικής πολιτικής, εκτός από τον Δημήτριο Μάξιμο, ήταν τότε ο Κυριάκος Βαρβαρέσος, ειδικός σύμβουλος της τράπεζας της Ελλάδος και ένας από τους κορυφαίους Έλληνες οικονομολόγους του Μεσοπολέμου.¹⁶²

Η Βενιζελική πολιτική, για να καταφέρει να διατηρήσει τις νομισματικές της ισορροπίες ανάγκαζε την Τράπεζα της Ελλάδος να χρησιμοποιεί τα αποθέματα της σε χρυσό και συνάλλαγμα για να στηρίζει την δραχμή. Ως αποτέλεσμα ήταν να εξανεμιστούν πολύ σύντομα τα μικρά αποθεματικά της, φέρνοντας το οικονομικό επιτελείο της Ελλάδας, αρχές του 1932 σε πολύ δύσκολη θέση. Ταυτόχρονα, το κράτος φορολογούσε τις εισαγωγές και μείωνε τις δραχμές στην αγορά, προσπαθώντας να ελέγξει τις

¹⁶² Μαρκ Μαζάουερ, Η Ελλάδα και η οικονομική κρίση του μεσοπολέμου, εκδ. ΜΙΕΤ

κερδοσκοπικές πιέσεις που δεχόταν η Ελλάδα. Η μόνη λύση από το διαφαινόμενο αδιέξοδο, ήταν για ακόμη μια φορά ο εξωτερικός δανεισμός, όχι για χρηματοδότηση έργων, αλλά για την στήριξη της δραχμής με ξένο συνάλλαγμα. Ο Ελευθέριος Βενιζέλος αποφάσισε να χειριστεί το θέμα προσωπικά και να εξασφαλίσει τα εξωτερικά δάνεια που θα ενίσχυαν την νομισματική πολιτική του. Δυστυχώς, οι προσπάθειες του δεν απέφεραν καρπούς καθώς το κλίμα που αντιμετώπισε στο εξωτερικό δεν ήταν καθόλου ενθαρρυντικό, μιας και το μόνο που συνάντησε ήταν αόριστες υποσχέσεις και ευχολογίες.

Τελικά, Την Τετάρτη 27 Απριλίου 1932, η Ελλάδα εγκατέλειψε επισήμως τον «κανόνα του χρυσού». Η δραχμή υποτιμήθηκε ραγδαία και στις 5 Μαΐου η ισοτιμία της με την στερλίνα έπεσε από τις 456 δραχμές στις 539. Τον ίδιο μήνα το κράτος επισημοποίησε την χρεοκοπία του κηρύσσοντας παύση πληρωμών. Το κύρος του Βενιζέλου είχε πληγεί ανεπανόρθωτα στην λαϊκή συνείδηση, ενώ ένα πανελλαδικό απεργιακό κύμα παρέλυε την χώρα. Στις 21 Μαΐου 1932, ο Ελευθέριος Βενιζέλος παραιτήθηκε από πρωθυπουργός.

6.3 ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΡΙΣΗΣ ΧΡΕΟΥΣ ΤΟΥ 2009

Στα μέσα του 2010 και ύστερα από τις αποκαλύψεις ότι το ελληνικό δημοσιονομικό έλλειμμα έκλεισε για το 2009 σε επίπεδα πολύ πάνω από αυτά που θα καθιστούσαν το δημόσιο χρέος βιώσιμο, η ελληνική κυβέρνηση αδυνατούσε να δανειστεί με φυσιολογικά επιτόκια από τις αγορές για τη χρηματοδότηση του τρέχοντος δημοσιονομικού ελλείμματος αλλά και την αναχρηματοδότηση του χρέους. Ως αποτέλεσμα ήταν ο άμεσος κίνδυνος προς χρεοκοπία αλλά και στάση των πληρωμών προς το ελληνικό δημόσιο. Η προσπάθεια της τότε κυβέρνησης να ανακτήσει την ελληνική αξιοπιστία στις διεθνείς αγορές και να πετύχει μείωση των επιτοκίων οδήγησε στη λήψη σκληρών μέτρων μείωσης των δαπανών, τα οποία όμως δεν κατάφεραν τελικά να αντιστρέψουν το αρνητικό κλίμα. Ύστερα όλων αυτών, η Ελλάδα αναπόφευκτα κατέφυγε στη βοήθεια του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου, της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας, που σχημάτισαν από κοινού μηχανισμό βοήθειας για την Ελλάδα. Η ανακοίνωση της προσφυγής στον μηχανισμό στήριξης πραγματοποιήθηκε στις 23 Απριλίου 2010 από τον τότε πρωθυπουργό, Γεώργιο Παπανδρέου. Με τη χρηματοδότηση από το μηχανισμό αποφεύχθηκε ο άμεσος κίνδυνος για χρεοκοπία της χώρας, γεγονός που θα είχε καταστρεπτικές συνέπειες για όλη τη ζώνη του ευρώ. Τα πρώτα μέτρα ανακοινώθηκαν την Κυριακή 2 Μαΐου 2010. Η ελληνική οικονομία εξακολούθησε να βρίσκεται σε κατάσταση δημοσιονομικής ανισορροπίας και τον επόμενο χρόνο, με αποτέλεσμα, τον Ιούνιο του 2011, η κυβέρνηση Παπανδρέου να καταλήξει στην ψήφιση του

μεσοπρόθεσμου προγράμματος, το οποίο περιελάμβανε νέα μέτρα λιτότητας και σκληρών περικοπών.

Οι οικονομικές κρίσεις, κατά γενική ομολογία, προκαλούν οδυνηρές συνέπειες στην κοινωνική ζωή των ανθρώπων, δεδομένου ότι η απουσία του εισοδήματος, ακόμη και η μείωση του, σαν αποτέλεσμα, έχουν μεγάλες απώλειες στην ευημερία του ατόμου καθώς οδηγούν τεράστια τμήματα του κόσμου στην εξαθλίωση και τη φτώχεια ¹⁶³.

163 Marmot Mg, Bell R.,(2009) , «How the financial crisis affect health?», Department of Epidemiology and Public Health, London. Συνέπειες, αλλαγές, επιπτώσεις που απορρέουν από το φαινόμενο «οικονομική κρίση» θα αναφερθούν αναλυτικότερα παρακάτω, ειδικότερα για τον τομέα της υγείας, τον οποίο και μελετά η παρούσα εργασία.

7. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΕ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ ΑΠΟ ΤΟ 2008 ΕΩΣ ΣΗΜΕΡΑ

Οι καλές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες ήταν εκείνες που έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στην σωστή ανάπτυξη των υγειονομικών συστημάτων και κατά συνέπεια στην βελτίωση των δεικτών υγείας¹⁶⁴.

Τα διαθέσιμα δεδομένα μέσω της βάσης του ΟΟΣΑ φανερώνουν πως ενώ οι ΗΠΑ έχουν το μεγαλύτερο κατά κεφαλήν ΑΕΠ ταυτόχρονα παρουσιάζουν τους χειρότερους δείκτες υγείας, ενώ κράτη όπως η Κούβα, η Κίνα κατάφεραν να επιτύχουν υψηλά επίπεδα υγείας σε σχέση με το κατά κεφαλήν εισόδημά τους. Από την άλλη μεριά, ο μέσος όρος του προσδόκιμου επιβίωσης στις χώρες του Τρίτου Κόσμου είναι 20-30 χρόνια μικρότερος από αυτό των Δυτικών κρατών. Η σχέση έτσι μεταξύ οικονομίας και υγείας δεν είναι μονοσήμαντη ούτε και γραμμική¹⁶⁵.

Λαμβάνοντας έτσι υπόψη μόνο το ΑΕΠ προκειμένου να αξιολογηθεί το επίπεδο υγείας του πληθυσμού δεν αποτελεί σωστή πρακτική. Δείκτες όπως είναι ο δείκτης Gini, ο δείκτης SES (Socio-economic status) οι οποίοι αξιολογούν εισόδημα, επάγγελμα, εκπαίδευση περιγράφουν πολύπλευρα τη σχέση του ατόμου με την οικονομία¹⁶⁵.

Είναι γεγονός πως η υγεία του ανθρώπου βρίσκεται περισσότερο σε κίνδυνο τις περιόδους ταχείας οικονομικής αλλαγής. Ωστόσο, ο αντίκτυπος για τη θνησιμότητα επιδεινώνεται όπου τα άτομα έχουν εύκολη πρόσβαση σε μέσα για να βλάψουν τον εαυτό τους και βελτιώνεται από την παρουσία ισχυρής κοινωνικής συνοχής και της κοινωνικής προστασίας. Είναι φανερό ότι η έκταση των επιπτώσεων της οικονομικής αλλαγής στην υγεία εξαρτώνται από το βαθμό στον οποίο οι άνθρωποι ταυτόχρονα είναι και προστατευμένοι. Τρία είναι τα καίρια ζητήματα που απαραίτητο είναι να βρίσκονται σε συνεχή διερεύνηση: ποια η έκθεση σε παράγοντες κινδύνου, εάν υπάρχει κοινωνική συνοχή(υπό μορφή άτυπης πρόνοιας), εάν υπάρχει κοινωνική προστασία(επίσημη πρόνοια)¹⁶⁶

Γενικότερα, η οικονομική κρίση οδηγεί στην ανασφάλιστη εργασία, την ανεργία, τη μείωση του εισοδήματος, την εργασιακή ανασφάλεια και τελικά στην φτώχεια και λόγω του ότι το επίπεδο υγείας σχετίζεται με το εισόδημα, άρα και η οικονομική κρίση επιδρά και στην υγεία των πολιτών αλλά και στα συστήματα υγείας. Σύμφωνα με το Διεθνές Γραφείο Εργασίας(International

164 Μάντη Π, Τσελέπη Χ. «Κοινωνιολογική και Ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων/υπηρεσιών υγείας». Τόμος Α. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 2000.

165 Πραντσιδου Δ. «Σύνδεση οικονομικής ανάπτυξης και υγειονομικών ανισοτήτων». Επιθεώρηση Υγείας 2010; 21(126): 10-14

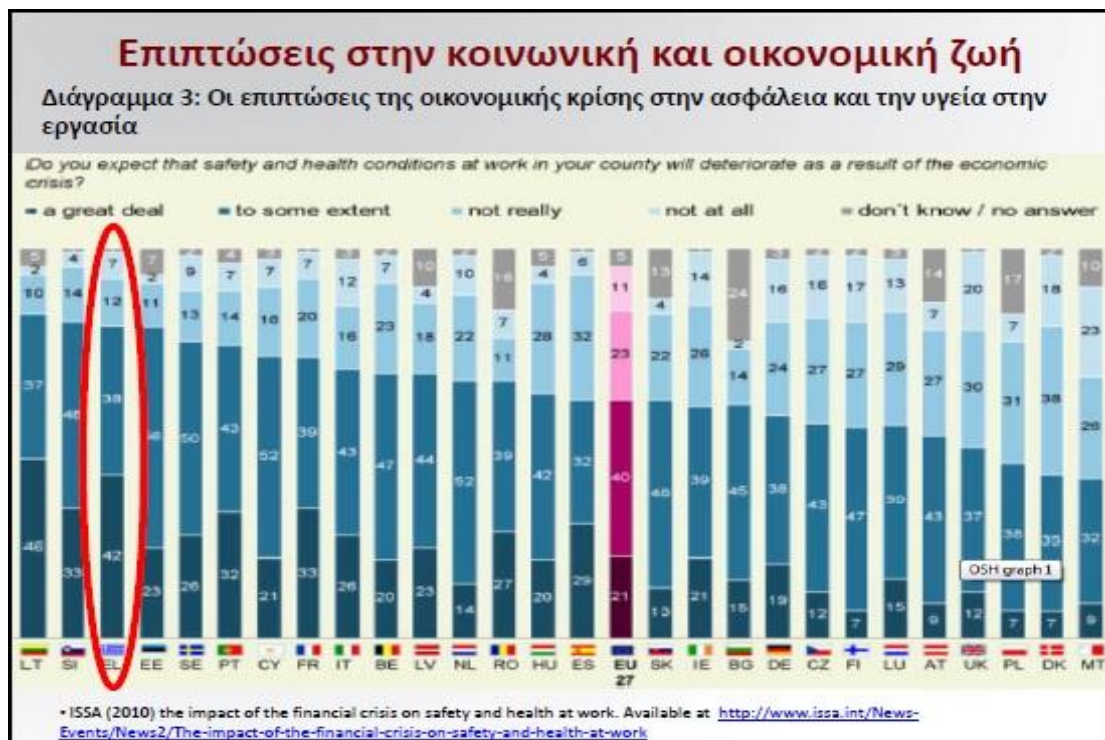
166 David Stuckler, Sanjay Basu, Marc Suhrcke, Martin McKee. *The health implications of financial crisis: A review of the evidence. Ulster Med J 2009; 78(3): 142-145*

Labour Organization, ILO), ο αριθμός των φτωχών εργαζομένων θα αυξηθεί παγκόσμια κατά 200 εκατομμύρια και θα ανέλθει στο επίπεδο των 700-800 εκατομμυρίων ¹⁶⁷.

Επιπλέον, ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία πραγματοποίησε πρόσφατα (2010) μία έρευνα σχετικά με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στις

συνθήκες ασφάλειας και υγείας στην εργασία. Η πλειοψηφία των ευρωπαίων θεώρησε πως η κρίση θα οδηγούσε σε μια βέβαιη επιδείνωση στις συνθήκες εργασίας. Τα αποτελέσματα της μελέτης παρουσιάζονται στο παρακάτω Διάγραμμα.

Εικόνα 1 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ασφάλεια και την υγείας στην εργασία



Πηγή: ISSA 2010

Η κατάσταση αυτή, όπως περιγράφηκε παραπάνω, απειλεί κυρίως τις χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης, καθώς και στο εσωτερικό των χωρών τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα, ενώ αποδεικνύει τρία βασικά αλληλοσυνδεδεμένα προβλήματα:

1. Την αυξανόμενη τάση των ανισοτήτων στο εσωτερικό των χωρών,

167 International labour organization. Global employment trends 2009. ILO, Geneva, 2009.: διαθέσιμο: <http://www.ilo.org> [10-12-12]

2. Την ανισοτιμία στις συνθήκες κοινωνικής προστασίας και υγείας, και
3. Τα επείγοντα ζητήματα της κλιματικής αλλαγής και της οικολογικής υποβάθμισης¹⁶⁸

7.1 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ

Οι Χαραλάμπους και Τσίτση¹⁶⁹ αναφέρουν ότι τόσο το γενικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού όσο και η διάχυση της καλής υγείας ισότιμα στα μέλη του, εξαρτώνται από την επιρροή των ατομικών κινδύνων(διατροφή, συμπεριφορά), από το κοινωνικό και το πολιτισμικό πλαίσιο καθώς και τους συλλογικούς κινδύνους υγείας (μόλυνση του περιβάλλοντος, διάθεση επικίνδυνων προϊόντων, μολυσματικές ασθένειες) και τέλος από την οργάνωση και τη λειτουργία του συστήματος φροντίδας υγείας που προσδιορίζει την πρόσβαση αλλά και την ποιότητα των υπηρεσιών.

Η οικονομική κατάσταση των ανθρώπων επιδρά άμεσα στους δείκτες υγείας, όπως το προσδόκιμο επιβίωσης, τη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα αλλά και τη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Το γεγονός αυτό, αποτέλεσε το συμπέρασμα μελετών από πλήθος ερευνητών, οι οποίοι στην πλειοψηφία τους κατέληξαν ότι υπάρχει πολύ σημαντική συσχέτιση μεταξύ της οικονομικής κατάστασης του ατόμου και του επιπέδου της υγείας του^{170 171 172}. Στις δυτικές χώρες, οι οικονομικές κρίσεις συχνά σχετίζονται με την επιδείνωση των διαιτητικών συνηθειών, καθώς οι άνθρωποι στρέφονται σε φθηνό πλαστικό φαγητό. Ωστόσο, υπάρχουν και διαπιστώσεις που φανερώνουν ότι μπορεί να υπάρξουν κάποιες διατροφικές βελτιώσεις καθώς σε περιόδους ύφεσης οι άνθρωποι τείνουν να απευθύνονται λιγότερο σε εξωτερικό (μη-σπιτικό) φαγητό και να μαγειρεύουν περισσότερο εντός της οικίας¹⁷³.

Η ισότητα στην υγεία είναι μια έννοια η οποία αντανακλά ίσες ευκαιρίες στη διανομή και στην προσπέλαση των υπηρεσιών υγείας. Έχει βρεθεί ότι οι υγειονομικές ανισότητες συνδέονται με κοινωνικούς δείκτες,

168 Βισβίξη Άννα , «The crisis in Greece and the EU-IMF rescue package: Determinants and pitfalls» 2012

169 Χαραλάμπους Α, Τσίτση Θ. «Οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στον τομέα της υγείας και η ανάπτυξη ενός υπερεθνικού ρυθμιστικού πλαισίου». Αθήνα, 2009

170 Mackenbach JP. Health Inequalities: Europe in profile. Expert report, UK Presidency of the EU, 2005

171 Wagstaff A. Poverty and health sector inequalities. Bulletin of the World Health Organization 2002; 80:97-105

172 Sells CW, Blum RW. Morbidity and mortality among US adolescents: an overview of data and trend. American Journal of Public Health 1996; 86(4): 513-519

173 Ruhm C. Macroeconomic conditions, health and government policy. In: Schoeni R, House JS, Kaplan GA, Pollack H. Making Americans healthier: Social and economic policy and health policy. Russell Sage, New York, 2008

όπως η κοινωνική τάξη, η ανεργία πράγμα που αποδεικνύει την σχέση μεταξύ της οικονομικής κατάστασης των πολιτών και της υγείας τους.

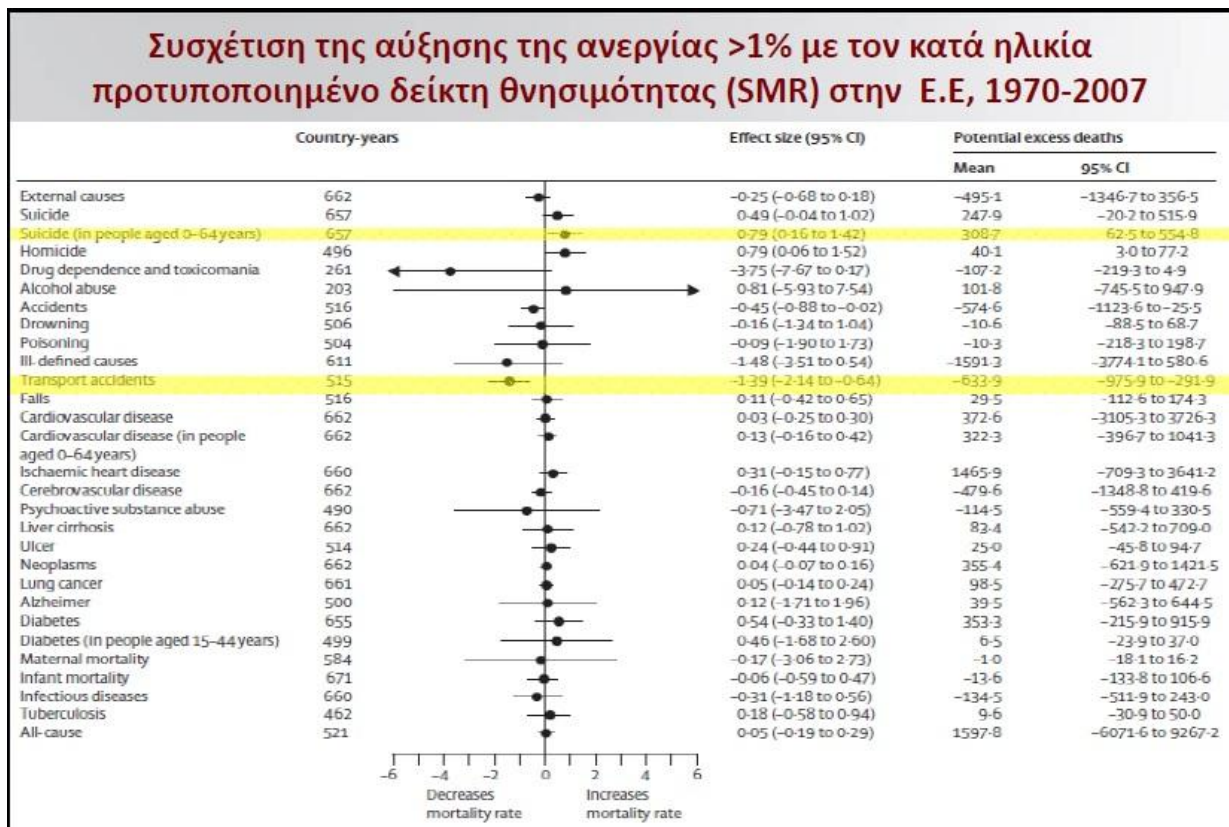
Η ανεργία, η μερική απασχόληση, οι εισοδηματικές ανισότητες, η επισφάλεια στην εργασία, η έλλειψη στέγης καταλήγουν στον κοινωνικό αποκλεισμό όλο και περισσότερων ομάδων, πράγμα που αποτελεί πηγή για διάφορες ψυχολογικές διαταραχές (πχ. Stress, κατάθλιψη). Οι άνεργοι και οι οικογένειες τους υφίστανται σημαντικά αυξημένο κίνδυνο πρόωρου θανάτου. Επιπλέον, έχουν πιο σοβαρές χρόνιες ασθένειες καθώς και μεγαλύτερα ποσοστά πιθανότητας για αναπηρία. Η μακροχρόνια ανεργία παράλληλα θεωρείται υπεύθυνη και για την αύξηση του κινδύνου όσον αφορά αυτοτραυματισμούς ανθρώπων και αυτοκτονίες¹⁷⁴. Η ανεργία συχνά σχετίζεται επίσης με αύξηση της ημερήσιας κατανάλωσης αλκοόλ, με προφανείς και βέβαιες μακροπρόθεσμες συνέπειες για την υγεία. Η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος μπορεί να οδηγήσει τους ανθρώπους να τρώνε λιγότερο υγιεινές τροφές καθώς δύναται επίσης να υπάρξει μια μακροπρόθεσμη μείωση στα ποσοστά του καπνίσματος, συνέπεια, μολονότι, θετική. Ακόμη, πιθανό είναι να υπάρξουν βραχυπρόθεσμες μειώσεις στις ανθρώπινες απώλειες από αυτοκινηστικά ατυχήματα δεδομένου ότι ο όγκος της κυκλοφορίας των οχημάτων ελαττώνεται¹⁷⁵. Σε έρευνα των McKee και των συνεργατών του, σε 26 χώρες της Ε.Ε., της οποίας τα αποτελέσματα ανακοινώθηκαν στο Lancet το 2009, καταδεικνύεται ότι αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνδέεται με παράλληλη αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79%¹⁷⁶. Αντιθέτως, η ίδια έρευνα έδειξε μείωση της θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα κατά 1,39% και μη στατιστικά σημαντική σχέση με τη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα και την θνησιμότητα από όλες τις αιτίες, όπως διακρίνεται στην εικόνα 2.

174 Independent Inquiry into Inequalities in Health Report. The Stationery Office, London, 1999

175 McKee M, Suhrcke M, Nolte E, Lessof S, Figueras J, Duran A, Menabde N. Health systems, health and wealth: a European perspective. Lancet 2009; 373(9660):349-351

176 McKee M, Suhrcke M, Stuckler D, Basu S, Coutts A. The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis. Lancet 2009; 374:315-323

Εικόνα 2 Συσχέτιση της αύξησης της ανεργίας 1970-2007¹⁷⁷



Άλλη, ελληνική μελέτη από τον κ. Οικονόμου και τους συνεργάτες του, το 2007¹⁷⁷ κατέληξε στο ότι η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνεπάγεται αυτομάτως σε αύξηση του δείκτη θνησιμότητας κατά 2,18.

Μέσω της οικονομικής κρίσης το άτομο, ως ον, οδηγείται χωρίς το ίδιο να το επιθυμεί, στην μακροχρόνια ανεργία, όπως προαναφέρθηκε, η οποία οδηγεί με τη σειρά της στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια, με αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα. Ειδικότερα, η πενία έχει να κάνει με την εμφάνιση ασθενειών καθώς τα άτομα αναγκάζονται να διαβιώνουν σε απόλυτα υποβαθμισμένο περιβάλλον, να τρέφονται ανεπαρκώς αλλά και να εργάζονται σε επικίνδυνα και ανθυγιεινά περιβάλλοντα. Επιπλέον, το χαμηλό συνήθως εκπαιδευτικό επίπεδο των φτωχών, τους στερεί τη δυνατότητα γνώσης σχετικά με τους κινδύνους οι οποίοι απειλούν την υγεία τους αλλά και την υιοθέτηση ενός σωστού τρόπου διαβίωσης. Τέλος, τα άτομα αυτής της κοινωνικής κατηγορίας αντιμετωπίζουν πολλά περισσότερα προβλήματα όσον αφορά την προσπελασιμότητα τους σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, λόγω του χαμηλών

177 Economou A, Nikolaou A, Theodossiou I. Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Labour Market Research. University of Aberdeen, UK, Business School Working Paper Series, 2007 διαθέσιμο: <http://abdn.ac.uk>

εισοδηματικών δυνατοτήτων που έχουν¹⁷⁸. Σύμφωνα με το Βρετανικό Public Health Association (2005) τα άτομα που ζουν σε συνθήκες κοινωνικού αποκλεισμού εκτίθενται σε διπλάσιο κίνδυνο να νοσήσουν από σοβαρές ασθένειες ή ακόμα και να πεθάνουν από πρόωρο θάνατο¹⁷⁹. Μελέτη των Black και των συνεργατών του, το 1980, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο κίνδυνος θανάτου των φτωχότερων κοινωνικοοικονομικών τάξεων είναι 2,5 φορές μεγαλύτερος από τον κίνδυνο θανάτου της υψηλότερης τάξης¹⁸⁰.

Η πτώση της αγοραστικής δύναμης των νοικοκυριών αλλά και άλλων μηχανισμών κοινωνικής προστασίας, μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της χρήσης υγειονομικής περίθαλψης. Δύο έρευνες οι IFLS και SUSENAS με ίδια αποτελέσματα διενεργήθηκαν στην Ινδονησία με στόχο να καταμετρηθεί ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης στην χρήση υπηρεσιών υγείας και στην κατάσταση υγείας του πληθυσμού και τα αποτελέσματα της ήταν ότι η συνολική χρήση στα εξωτερικά ιατρεία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων του δημόσιου τομέα μειώθηκε κατά 8% από το 1997 έως το 1998, ενώ η χρήση ιδιωτικών ιδρυμάτων σε εξωτερική βάση μειώθηκε κατά 3,5%. Η νοσοκομειακή χρήση δεν φάνηκε να επηρεάζεται σημαντικά από την κρίση¹⁸¹. Άλλες μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα χαμηλού εισοδήματος περιορίζουν κατά πολύ τη χρήση εκείνων των υπηρεσιών, που πρέπει τα ίδια να καταβάλουν μεγάλο μέρος της αντίστοιχης δαπάνης, όπως συμβαίνει για παράδειγμα στην περίπτωση της οδοντιατρικής περίθαλψης καθώς και άλλων υγειονομικών υπηρεσιών που δεν καλύπτονται επαρκώς από τους ασφαλιστικούς φορείς¹⁸².

Τελειώνοντας, σημαντικό είναι να αναφερθεί πως το χαμηλό εισόδημα συνεπάγεται με μικρότερη πρόσβαση σε προληπτικές (συμβουλευτικές) και θεραπευτικές (συνταγογραφία φαρμάκων και νοσοκομειακή περίθαλψη) υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου, ενώ τα άτομα ανώτερων εισοδηματικών κλιμακίων προσφεύγουν συχνότερα σε γιατρούς ειδικοτήτων σε σχέση με τους φτωχότερους¹⁸³.

178 Σουλιάτης Κ. Ο ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2000

179 Health Inequalities. UK Public Health Association; 2005

180 Black D, Morris J, Snith, C, Townsend P. The Black Report. Department of Health and Social Security. London HMSO, 1980

181 Waters H, Saadah F, Pradham M. The impact of the 1997-97 East Asian economic crises on health and health care in Indonesia. Health policy and planning 2003; 18(2): 172-181

182 Health Inequalities. UK Public Health Association; 2005

183 European Commission. The Social Situation in the European Union. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities, 2003

7.2 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Τα βιώσιμα συστήματα υγείας βασίζονται στην αξιόπιστη πρόσβαση σε ανθρώπινο κεφάλαιο και αναλώσιμους πόρους. Η εξασφάλιση αυτών των εισροών απαιτεί οικονομικούς πόρους για επενδύσεις σε κτίρια και εξοπλισμό, για αποζημίωση του προσωπικού υγείας, για τα φάρμακα και αναλώσιμα. Οι περισσότερες χώρες αισθάνονται συνεχή πίεση λόγω των αυξανόμενων δαπανών και των περιορισμένων πόρων. Οι πολιτικοί ιθύνοντες έχουν 3 εναλλακτικές: συγκράτηση του κόστους, αύξηση της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας ή και τα δύο. Ήδη από την δεκαετία του 1970 υπήρξε συζήτηση για την επιτακτική ανάγκη λήψης μέτρων συγκράτησης του κόστους στις βιομηχανικές χώρες ¹⁸⁴. Δεδομένου ότι η μεγάλης κλίμακας δημόσιου δανεισμού δεν θεωρείται πλέον να είναι υγιής οικονομική πολιτική, όπως συνηθιζόταν σε πολλές χώρες, όπως και η Ελλάδα, η ανησυχία επικεντρώνεται σήμερα στις πολιτικές εσόδων, πώς να χρηματοδοτηθεί δηλαδή η υγειονομική περίθαλψη σε βιώσιμη βάση ¹⁸⁵.

Τα συστήματα υγείας στην οικονομική κρίση αντιμετωπίζουν προβλήματα χρηματοδότησης λόγω μείωσης των κρατικών δαπανών για την υγεία εξαιτίας της οικονομικής στενότητας και λόγω της διακοπής της εξωτερικής ενίσχυσης από τις πλουσιότερες χώρες, οι οποίες καλύπτουν ένα μεγάλο τμήμα της χρηματοδότησης για την υγεία και οι οποίες θα επιχειρήσουν να περικόψουν τις δαπάνες τους. Τα ελλείμματα όμως στον δημόσιο τομέα και η ανεργία ασκούν ασφυκτικές πιέσεις τόσο στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης όσο και στις επιχειρήσεις υγείας ιδιωτικού χαρακτήρα, που αντιμετωπίζουν προβλήματα ρευστότητας και εξυπηρέτησης των δανειακών τους αναγκών.

Η έκθεση του WHO «The Financial Crisis and Global Health» τον Ιανουάριο του 2009 επιβεβαίωσε ότι, εάν οι δημόσιοι προϋπολογισμοί, το οικογενειακό εισόδημα υφίστανται πιέσεις, η ζήτηση για τις δημόσιες υπηρεσίες αυξάνονται. Η πείρα έχει δείξει ότι οι δαπάνες στον ιδιωτικό κλάδο τείνουν να μειώνονται σε περιόδους οικονομικής ύφεσης, καθώς οι ασθενείς είτε αναβάλλουν την φροντίδα εντελώς ή στρέφονται από τον ιδιωτικό στον δημόσιο τομέα, εφόσον η περίθαλψη είναι διαθέσιμη σε μικρότερο κόστος. Αν δεν εξασφαλισθεί επαρκή οικονομική στήριξη της δημόσιας περίθαλψης, η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι πιθανόν να επιδεινωθεί. Η μείωση του προϋπολογισμού για την υγεία θα μπορούσε να αποδειχθεί προβληματική,

¹⁸⁴ Mossialos E, Le Grand J. Health Care and Cost Containment in the European Union. Aldershot, Ashgate, 1999

¹⁸⁵ Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J. Funding health care: options for Europe. OpeUniversityPress, Philadelphia, 2002

εφόσον οι απαιτήσεις για υγειονομική περίθαλψη, όπως η ψυχική υγεία, αυξάνεται κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής ύφεσης. Η ίδια έκθεση επιβεβαιώνει ότι τα συστήματα υγείας επιβαρύνονται λόγω αύξησης της ζήτησης κυρίως υπηρεσιών δημόσιου χαρακτήρα καθώς οι ασθενείς στρέφονται εκεί όπου τους παρέχεται ασφαλιστική κάλυψη¹⁸⁶.

Παράδειγμα προς αποφυγήν, αποτελούν οι ΗΠΑ οι οποίες αποτελούν ένα από τα πλέον σπάταλα έθνη σε δαπάνες υγείας. Ερωτήματα κόστους ιατρικών πράξεων, λόγω της πλήρους ιδιωτικής ασφαλιστικής κάλυψης της πλειοψηφίας των Αμερικανών πολιτών, σπάνια απασχολούσαν μέχρι σήμερα τις κυβερνήσεις των ΗΠΑ. Στις ΗΠΑ επικρατεί η τακτική να προσέρχεται κάποιος ασθενής στα επείγοντα περιστατικά σε νοσοκομείο της Νέας Υόρκης με πρησμένους αστραγάλους λόγω διαστρέμματος και υποβάλλεται απευθείας σε μαγνητική τομογραφία (αντί για έναν επίδεσμο, ένα αναλγητικό χαπάκι, συμβουλές για ανάπαυση με το πόδι σε υψηλή στάση και ίσως μια ακτινογραφία που θα ελάμβανε στο ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο). Η ασφαλιστική κάλυψη χωρίς όρια έχει οδηγήσει στο να γίνονται π.χ. τρεις φορές περισσότερες μαγνητικές τομογραφίες στις ΗΠΑ σε σχέση με τον Καναδά όπου η περίθαλψη έχει χαρακτήρα δημόσιου συστήματος υγείας. Και ενώ οι ΗΠΑ σπαταλούν υπέρογκα χρήματα στην υγεία, παράλληλα δεν φαίνεται να έχουν τόσο καλή συνολική υγεία ως έθνος, καθώς, σύμφωνα με τις επιστημονικές εργασίες του κοινωνικού επιδημιολόγου Richard Wilkinson οι δείκτες θνητότητας και νοσηρότητας (σωματικής και ψυχικής υγείας) στις ΗΠΑ είναι πολύ χειρότεροι σε σχέση με χώρες που διαθέτουν ένα δημόσιο σύστημα υπηρεσιών υγείας (π.χ., Σκανδιναβικές χώρες, Καναδάς, Ιαπωνία, Μ. Βρετανία).

Είναι πολύ ενδιαφέρον ότι στις ΗΠΑ έχει αρχίσει πρόσφατα μια γόνιμη δημόσια συζήτηση σχετικά με τη σχέση κόστους-ωφέλειας στον τομέα των ιατρικών πράξεων. Μάλιστα, εξαιρετικά ενδεικτικό της αλλαγής του κλίματος είναι ότι ο καθηγητής Victor Fuchs από το Πανεπιστήμιο Stanford σχολιάζει στις 18 Αυγούστου 2011, στο επιστημονικό περιοδικό *New England Journal of Medicine* το ζήτημα της φροντίδας των ασθενών σε σχέση με το «κόστος».

Στο άρθρο του με τίτλο «Το δίλημμα του γιατρού: Ποια είναι η ιδανική φροντίδα», ο Fuchs θεωρεί π.χ. ότι αρκετές νεώτερες απεικονιστικές μέθοδοι (όπως π.χ. η μαγνητική τομογραφία) δεν έχουν αξιολογηθεί αντικειμενικά όσον αφορά την πραγματική βοήθεια που προσφέρουν σε σχέση με το υπέρμετρο κόστος τους και εννοεί ότι η ιατροβιολογική αγορά ρίχνει γρήγορα στο παιχνίδι την ακριβή τεχνολογία χωρίς να έχει εκτιμηθεί επαρκώς η κλινική και προγνωστική ωφέλεια σε σχέση με φθηνότερες μεθόδους. Είναι δεδομένο ότι

186 WHO, «The financial crisis and global health». Geneva: 2009. Διαθέσιμο: <http://www.who.int>

προηγείται η φροντίδα του ασθενούς ως ηθική προτεραιότητα, είναι όμως πάντα το ακριβότερο, οπωσδήποτε, και το καλύτερο για τον ασθενή; Το γεγονός ότι οι γιατροί λόγω της άνευ ορίων ασφαλιστικής κάλυψης γράφουν με ευχέρεια τις πλέον δαπανηρές εξετάσεις, έχει οδηγήσει σε εκρηκτική αύξηση τις δαπάνες για την υγεία. Ο Fuchs πιστεύει ότι αν ίσως οι ασθενείς πλήρωναν περισσότερα από την τσέπη τους ή αν υπήρχε ένα δεδομένο ανώτατο ετήσιο όριο ασφαλιστικής δαπάνης κατά κεφαλήν, πέρα από το οποίο αναλαμβάνει η ασφαλιστική εταιρεία, οι γιατροί θα ήσαν αναγκασμένοι να αναθεωρήσουν την πάγια τακτική τους να συνταγογραφούν ακριβή τεχνολογία ή ακριβά φάρμακα.

Η οικονομική κρίση και οι συνέπειες της προς τα συστήματα υγείας αποτέλεσε θέμα συζήτησης της Επιτροπής Υγείας του ΟΟΣΑ τον Ιούλιο του 2009. Η έκθεση επικεντρώθηκε στις συνέπειες της κρίσης όσον αφορά την χρηματοδότηση του τομέα της υγείας και ένα από τα πορίσματα που βγήκαν ήταν: «η συνέχιση της χρηματοδότησης μπορεί να συμβάλει στην αντιμετώπιση μέρους των αρνητικών επιπτώσεων της κρίσης». Άρα, προτείνεται να μην επηρεαστούν οι δημόσιοι πόροι στη χρηματοδότηση της υγείας αρνητικά ¹⁸⁷. Αρνητικό παράδειγμα, έχει υπάρξει και η Λατινική Αμερική, όπου η οικονομική κρίση που ξεκίνησε το 1982 οδήγησε σε μείωση των δημόσιων δαπανών για την υγεία επηρεάζοντας δυσανάλογα τις φτωχότερες και πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες ¹⁸⁸. Αναλυτές όπως οι νομπελίστες Αμάρτσα Σεν και Paul Krugman συμφωνούν ότι απάντηση στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία αποτελούν τα εθνικά συστήματα υγείας και η εθνική ασφάλιση υγείας ¹⁸⁹.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ προτείνονται διάφοροι τομείς στους οποίους η οργανωμένη δράση σε παγκόσμιο, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο, με την υποστήριξη από τον ίδιο, θα ενισχύσουν να εξασφαλιστεί πως ο τομέας της υγείας θα προστατευθεί από την κρίση. Είναι πολύ σημαντικό να αντιληφθεί κάθε κράτος, πως ο εκάστοτε εκπρόσωπος, ο κάθε ηγέτης στον τομέα της υγείας πρέπει να είναι προετοιμασμένος να διεκδικήσει για τον τομέα της υγείας. Εξίσου απαραίτητο είναι να υπάρχει ορθή παρακολούθηση αλλά και ανάλυση των πληροφοριών σχετικά με τις επιπτώσεις της κρίσης σε κάθε χώρα, οπουδήποτε κι αν υπάρχει. Η παροχή οικονομικής βοήθειας ή χρηματοδότησης για την έρευνα της υγείας, από τις οικονομικά εύρωστες χώρες είναι ένα ξεχωριστό κεφάλαιο το οποίο πρέπει συστηματικά να βρίσκεται στην πολιτική ατζέντα των κυβερνήσεων. Δυστυχώς, το θέμα της ισότητας, της αλληλεγγύης σχετικά με τον υγειονομικό τομέα ακόμη

187 Λιαρόπουλος Λ. Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας. Διεθνή Συστήματα Υγείας. Β τόμος. Εκδ. Βήτα medical arts, Αθήνα, 2010

188 Musgrove P. The economic crisis and its impact on health and health care in Latin America and the Caribbean. *International Journal of Health Services* 1987; 17: 411-441.

189 [The financial crisis and global health. Geneva: WHO; 2009](#)

απασχολεί την Ελλάδα -κι όχι μόνο- γεγονός που πρέπει κάποια στιγμή να λάβει τέλος και στη θέση του να εξασφαλιστούν πολιτικές υγείας, εφαρμογή δηλαδή νέων τρόπων για την επιχειρηματική δραστηριότητα της υγείας. Οι πολιτικές αυτές θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν τρόπους για το πώς να μειωθούν οι αλληλεπικαλύψεις μεταξύ του έργου των διαφόρων οργανισμών, πώς να προωθηθεί μεγαλύτερη συνέργεια μεταξύ των επιμέρους προγραμμάτων υγείας αλλά και το πώς θα ήταν δυνατό να εδραιωθεί στις αντιλήψεις όλων πως οι βασικές παρεμβάσεις προαγωγής της υγείας σε τομείς όπως η διατροφή και η υγιεινή, δεν θα πρέπει να παραμελούνται ποτέ ¹⁹⁰.

¹⁹⁰ Κυριόπουλος Γ. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. 16ο Πανελλήνιο Συνέδριο εσωτερικής Παθολογίας. Αθήνα 13.10.2010

8. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΕ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΕ ΕΘΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΑΠΟ ΤΟ 2009 ΕΩΣ ΣΗΜΕΡΑ

8.1 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ

Το 2009 υπήρξε κατά μέσο όρο 1 αυτοκτονία την ημέρα στην Ελλάδα. Το 2010 υπήρξαν 2. Οι διπλασιασμός αυτός αποδίδεται κυρίως στην οικονομική κρίση. Οι αυτοκτονίες για οικονομικούς λόγους αφορούν κυρίως άνδρες 35-50 ετών επιχειρηματίες ή ανέργους. Ενδεικτικά, εκτιμάται ότι η ανεργία συνδέεται με αύξηση της θνησιμότητας κατά 20% έως 25%¹⁹¹ ενώ συνοδεύεται από ψυχικές διαταραχές, προβλήματα εθισμού αλλά και υιοθέτηση μη υγιεινών συνηθειών. Πρόσφατη έρευνα σε 26 χώρες της Ε.Ε. έδειξε ότι η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνδέεται με παράλληλη αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79%.¹⁹² Αντίστοιχα, όταν ο δείκτης ξεπερνά το 3% για μεγάλο διάστημα, η επίπτωση στη θνησιμότητα από αυτοκτονίες ανέρχεται σε 4% έως 4,5%.¹⁹³ Σε έρευνά που δημοσιεύεται στο έγκυρο επιστημονικό περιοδικό «The Lancet» εντοπίζουν οι επιστήμονες την ρίζα του προβλήματος στην δραστική περικοπή των κρατικών δαπανών για την Υγεία, αλλά και στην αγωνία για το αύριο που έχει οδηγήσει σε κατακόρυφη αύξηση των αυτοκτονιών και σπρώχνει πολύ κόσμο στις ουσίες.¹⁹⁴

Σε σύγκριση με το 2007, πριν από την κρίση δηλαδή του 2009, σημαντική παρουσιάζεται η αύξηση των ανθρώπων που αναφέρουν ότι δεν πήγαν στον γιατρό ή τον οδοντίατρο, παρόλο που πίστευαν ότι ήταν απαραίτητο. Οι βασικοί λόγοι που δεν ζητήθηκε ιατρική βοήθεια δεν φαίνεται να συνδέονται με την αδυναμία πληρωμής, αλλά με τον μεγάλο χρόνο αναμονής, την απόσταση που πρέπει να διανυθεί, την προσδοκία βελτίωσης και άλλους λόγους. Εφόσον το δημόσιο σύστημα υγείας στην Ελλάδα δίνει τη δυνατότητα στους πολίτες και τους ασφαλισμένους να επισκέπτονται γενικούς γιατρούς δωρεάν, και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων έναντι 0-5 ευρώ, οι παρατηρούμενες μειώσεις στην πρόσβαση πιθανώς οφείλονται σε προβλήματα στην προσφορά υπηρεσιών: περικοπές κατά 40% περίπου στη

191 Bethune A. Unemployment and mortality in: Drever F & Whitehead M. Ed Health inequalities. London, H.M. stationery Office, 1997

192 Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. Lancet 2009;374:315-23

193 Κυριόπουλος Γ., Τσιάντου Β. «Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη», ΕΣΔΥ, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2010, 27(5) 834-840

194 Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanicolas I., Basu S., Mckee M., Stuckler D. «Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy» THE LANCET, October 10, 2011, p. 1457

χρηματοδότηση των νοσοκομείων¹⁹⁵ ελλείψεις προσωπικού, περιστασιακές ελλείψεις σε ιατρικό υλικό, και το “λάδωμα” του προσωπικού για παράκαμψη της ουράς στις υπερφορτωμένες λίστες αναμονής των νοσοκομείων.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι η κατάσταση της υγείας έχει επιδεινωθεί, ειδικά στις ευπαθείς ομάδες. Παρατηρείται σημαντική αύξηση στον επιπολασμό των ανθρώπων που δηλώνουν ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι «κακή» ή «πολύ κακή» εξαιτίας διαφόρων παραγόντων, όπως συνοπτικά παρουσιάζει η παρακάτω εικόνα(3). Στην Ελλάδα οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν κατά 17% το 2009 σε σχέση με το 2007, και ανεπίσημα στοιχεία που κατατέθηκαν στη Βουλή δείχνουν αύξηση 25% το 2010 σε σχέση με το 2009¹⁹⁶. Ο υπουργός Υγείας ανέφερε αύξηση 40% το πρώτο μισό του 2011 σε σχέση με την αντίστοιχη περίοδο του 2010¹⁹⁷. Η εθνική γραμμή πρόληψης των αυτοκτονιών ανέφερε ότι το 25% των ανθρώπων που τηλεφώνησαν αντιμετώπισε οικονομικές δυσκολίες το 2010,^{198 199} ενώ έρευνες στα ΜΜΕ υποδεικνύουν ότι η αδυναμία αποπληρωμής προσωπικών δανείων μπορεί να αποτελεί βασική αιτία της αύξησης των αυτοκτονιών.²⁰⁰(Εικόνα 4). Πρέπει να αναφερθεί ωστόσο, πως στην Ελλάδα, το ποσοστό των αυτοκτονιών είναι σχετικά χαμηλό (από τα χαμηλότερα διεθνώς) με 5/100.000, ενώ στις Βαλτικές χώρες, πχ. είναι 70/100.000²⁰¹.

195 Τέλλογλου Τ., συνέντευξη με τον υπουργό Υγείας Ανδρέα Λοβέρδο στους «Φακέλους» της τηλεόρασης ΣΚΑΙ, 2011

196 Ε. Αυγενάκης, «Ερώτηση: Δραματική αύξηση του αριθμού αυτοκτονιών λόγω οικονομικής κρίσης και φημολογία για τη λειτουργία των κυκλωμάτων τοκογλύφων και εκβιαστών», αρ. 16171, Βουλή των Ελλήνων, 2011

197 Α. Λοβέρδος, Απάντηση [στην ερώτηση που αναφέρεται στη σημ. 9], αρ. 56885, 2011

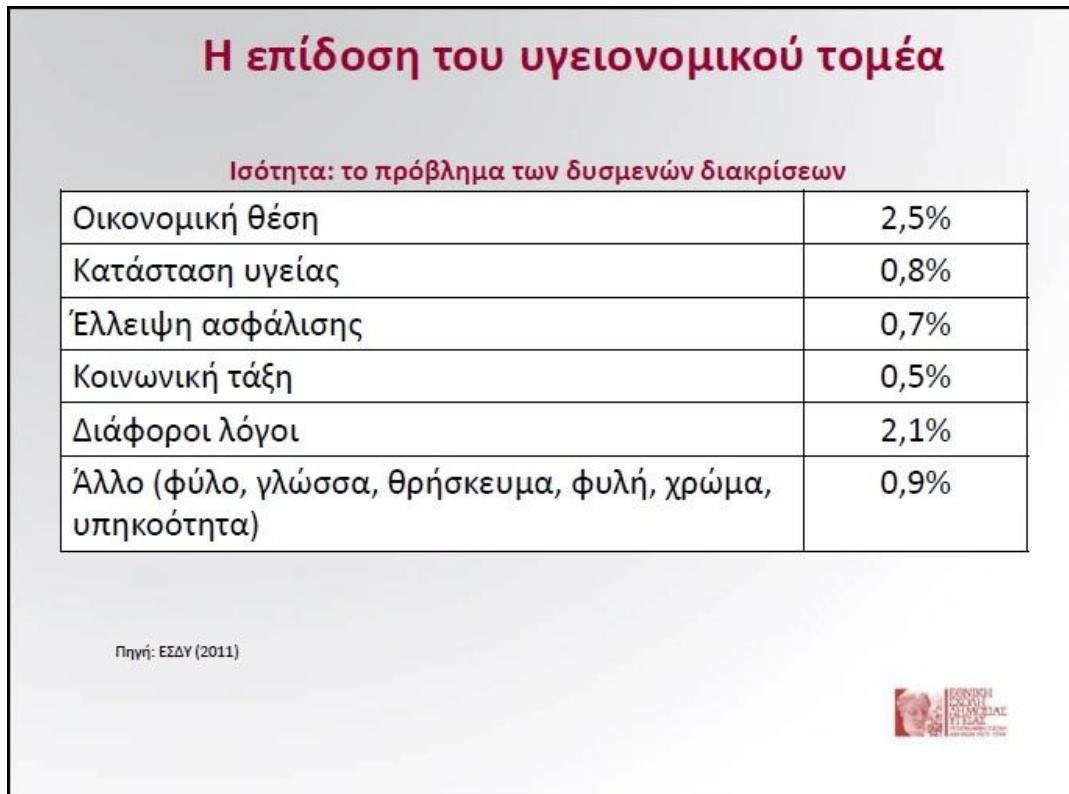
198 Δ. Κατσαδώρας, Ε. Μπεκιάρη, Κ. Καρύδη κ.ά., «Γραμμή Βοήθειας για την αποτροπή των αυτοκτονιών 1018: χαρακτηριστικά των καλούντων, Ιανουάριος-Δεκέμβριος 2010»

199 21ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Αθήνα, 5-7 Μαΐου 2011

200 Π. Τσίμας, έρευνα για το ΜΕΓΑ, 2011.

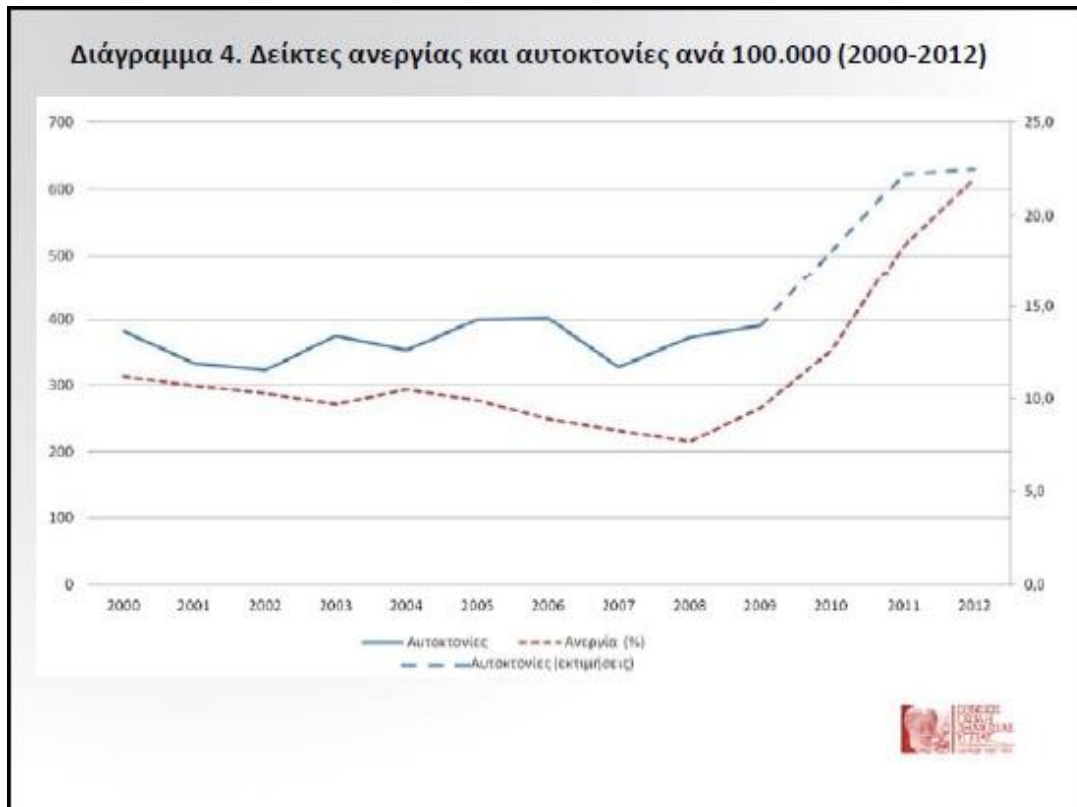
201 Κυριόπουλος Γ., Τσιάντου Β. «Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη», ΕΣΔΥ, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2010, 27(5) 834-840

Εικόνα 3 Η επίδοση του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα



Πηγή: ΕΣΔΥ 2011

Εικόνα 4 Δείκτες ανεργίας και αυτοκτονίες ανά 100.000 (2000-2012)



Το κομμάτι της βίας έχει επίσης αυξηθεί: οι ανθρωποκτονίες και οι κλοπές σχεδόν διπλασιάστηκαν μεταξύ 2007 και 2009^{202 203}. Ο αριθμός όσων δικαιούνται επιδόματα πρόνοιας μειώθηκε μεταξύ 2007 και 2009, πιθανόν εξαιτίας της περικοπής των κρατικών δαπανών, ενώ με την πλήρη εφαρμογή των μέτρων λιτότητας αναμένεται περαιτέρω μείωση τόσο των δικαιούχων όσο και του ύψους των επιδομάτων. Την ίδια στιγμή, στο ναδίρ φαίνεται πως βρίσκεται η «ψυχολογία των Ελλήνων», καθώς σύμφωνα με έρευνα της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, το 25% του πληθυσμού παρουσιάζει συμπτώματα κατάθλιψης. Πρέπει να σημειωθεί, ότι βιώνεται πιο επώδυνα, από τους άνδρες μεταξύ 35-55 ετών.²⁰⁴

Όμως δεν είναι μόνο αυτά τα προβλήματα. Συγκλονιστικά στοιχεία για εγκατάλειψη παιδιών σε ορφανοτροφεία ή χωριά SOS, λόγω αδυναμίας των γονέων να τα συντηρήσουν δίνει στο φως της δημοσιότητας η Εισαγγελία.²⁰⁵ Παράλληλα αυξάνονται δραματικά οι περιπτώσεις κακοποίησης παιδιών σε σπίτια όπου επικρατεί απόλυτη φτώχεια. Σοκ προκαλεί το γεγονός ότι το 80% των ανθρώπων που δίνουν τα παιδιά τους σε ιδρύματα είναι Έλληνες υπήκοοι, οι οποίοι τα παραδίδουν στα παιδικά χωριά SOS προκειμένου να μην αναγκαστούν να τα δώσουν για υιοθεσία.²⁰⁶

Στο τέλος του 2010 είχαμε σημαντική αύξηση των κρουσμάτων του HIV. Τα πιο πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι τα κρούσματα θα αυξηθούν κατά 52% το 2011 συγκριτικά με το 2010 (922 νέες περιπτώσεις έναντι 605), ενώ η μισή από την παρατηρούμενη αύξηση οφείλεται στη μόλυνση από ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών²⁰⁷. Τα στοιχεία για τους πρώτους εφτά μήνες του 2011 δείχνουν δεκαπλασιασμό των νέων κρουσμάτων σε χρήστες ναρκωτικών σε σχέση με την αντίστοιχη περίοδο του 2010²⁰⁸. Ο επιπολασμός της χρήσης ηρωίνης αυξήθηκε κατά 20% το 2009, από 20.200 σε 24.100, σύμφωνα με εκτιμήσεις του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά. Οι περικοπές δαπανών του 2009 και 2010 είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση των προγραμμάτων βοήθειας στο δρόμο κατά το ένα τρίτο. Έρευνα

202 A. Carassava, «Crime casts long shadow over Athens», Los Angeles Times, 31.5.2011· E.G. Krug, J.A. Mercy, L.L. Dahlberg, A.B. Zwi, «The world report on violence and health», Lancet, τόμ. 360 (2002), σ. 1083-1088

203 K. Sundquist, H. Theobald, M. Yang, X. Li, S.E. Johansson, J. Sundquist, «Neighborhood violent crime and unemployment increase the risk of coronary heart disease: a multilevel study in an urban setting», Soc Sci Med, τόμ. 62 (2006), σ. 2061-2071

204 Δρίτσας Α., Κυρζόπουλος Σ., Πάλμος Ε., Πολυζόπουλος Ε., «Οικονομική κρίση και υγεία» ΙΑΤΡΟΙ, 22 Νοεμβρίου. Αθήνα, 2011 [12.12.2012]

205 Δρίτσας Α., Κυρζόπουλος Σ., Πάλμος Ε., Πολυζόπουλος Ε., «Οικονομική κρίση και υγεία» ΙΑΤΡΟΙ, 22 Νοεμβρίου, Αθήνα 2011. Διαθέσιμο: <http://www.iatroi.blog.com>

206 Το ίδιο

207 D. Paraskevis, A. Hatzakis, «An ongoing HIV outbreak among intravenous drug users in Greece: preliminary summary of surveillance and molecular epidemiology data», EMCDDA Early Warning System, 2011

208 D. Paraskevis, G. Nikolopoulos, C. Tsiara κ.ά., «HIV-1 outbreak among injecting drug users in Greece, 2011: a preliminary report», Eurosurveillance, τ. 16, 2011

μεταξύ 275 χρηστών στην Αθήνα, τον Οκτώβριο του 2010, εντόπισε ότι το 85% δεν συμμετείχε σε πρόγραμμα επανένταξης.²⁰⁹ Πολλά νέα κρούσματα του HIV σχετίζονται επίσης με την αύξηση της πορνείας (και το σεξ χωρίς προφύλαξη που συνδέεται με αυτή)²¹⁰. Μια έγκυρη έρευνα αναφέρει περιπτώσεις εκούσιας αυτομόλυνσης από κάποια άτομα με σκοπό να λάβουν το μηνιαίο επίδομα των 700 ευρώ ή να εισαχθούν ταχύτερα σε προγράμματα απεξάρτησης. Τα προγράμματα αυτά παρέχουν πρόσβαση σε συνθετικά

Τελειώνοντας, άλλος δείκτης των επιπτώσεων της κρίσης είναι η χρήση των κινητών μονάδων υγείας διαφόρων ΜΚΟ. Μέχρι πρόσφατα, οι μονάδες αυτές χρησιμοποιούνταν κυρίως από μετανάστες, αλλά οι Έλληνες Γιατροί του Κόσμου εκτιμούν ότι το ποσοστό των Ελλήνων που απευθύνονται στις μονάδες τους αυτές έχει αυξηθεί, από 3-4% πριν την κρίση, σε περίπου 30%²¹¹. Οι άνθρωποι που στρέφονται για βοήθεια στους Γιατρούς του Κόσμου είναι κυρίως χαμηλοσυνταξιούχοι, ηλικιωμένοι, νέοι άνεργοι, άνθρωποι με χρόνιες παθήσεις, που δεν μπορούν να αγοράσουν ούτε τα φάρμακά τους. Αλλά και εκείνοι που μπορούν να αγοράσουν τα φάρμακά τους, προσφεύγουν στην αυτοθεραπεία επιλέγοντας, μάλιστα, οι ίδιοι την αγωγή. Μόνο τα αντικαταθλιπτικά χάπια, τα τελευταία χρόνια, παρουσιάζουν κατακόρυφη αύξηση κατά 35%. (βλ. Εικόνα 5)

8.2 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η πρόσφατη δημοσιονομική κρίση και οι συνέπειες της στην κοινωνική και οικονομική ζωή, αναδεικνύουν με ένταση-μεταξύ των άλλων- τα εμφανέστατα προβλήματα λειτουργίας του υγειονομικού χάρτη στη χώρα μας.

209 ΕΚΤΕΠΝ (Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά), «Ετήσια έκθεση: Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οινοπνευματωδών στην Ελλάδα», 2010

210 ΕΚΤΕΠΝ, «Report of the ad hoc expert group of the Greek focal point on the outbreak of HIV/AIDS in 2011»

211 Καρατζιού, Ντ., «Η κοινωνία σε ανθρωπιστική κρίση», Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία, 24.7.2011.

Εικόνα 5 Κατανάλωση φαρμάκων για ψυχικές νόσους την περίοδο 2006-2011

Κατανάλωση φαρμάκων για ψυχικές νόσους (καθορισμένη ημερήσια δόση DDD) την περίοδο 2006-2011.			
	2006	2011	% μεταβολή 2006-2011
Αντιψυχωσικά	65.689.555,7	75.108.018,75	18,59 %
	16,08DDD/1000 άτομα	19,07DDD/1000 άτομα	
Ηρεμιστικά	125.309.735	121.549.353	00,52 %
	30,7DDD/1000 άτομα	30,87DDD/1000 άτομα	
Αντικαταθλιπτικά	165.521.219	215.343.679,5	34,80 %
	40,57DDD/1000 άτομα	54,69DDD/1000 άτομα	

Πηγή: ΕΣΔΥ 2012

Παρά το γεγονός ότι οι στρεβλώσεις και οι δυσλειτουργίες του ελληνικού συστήματος υγείας έχουν επισημανθεί πολλαπλώς, η διαδικασία απεμπλοκής παρεμποδίζεται αφενός από τη ρητορική των (θεωρητικά) ορθών πεποιθήσεων και αφ'ετέρου από τον φετιχισμό των αγορών. Ως εκ τούτου η προσπάθεια προσέγγισης μέσω της οποίας δύναται να εξασφαλιστεί πρωτίστως, η ιατρική αποτελεσματικότητα, στη συνέχεια η κοινωνική ισότητα αλλά και η οικονομική αποδοτικότητα, παρεμποδίζεται από την αδράνεια η οποία χαρακτηρίζει το παρόν σύστημα.

Ο διεθνής οικονομικός έλεγχος στον οποίο έχει περιέλθει η χώρα, πλην των γενικών δραματικών επιπτώσεων στην κοινωνικοοικονομική καθημερινότητα, επιβάλλει, ειδικότερα στον υγειονομικό τομέα, ο οποίος αντιστοιχεί σε σημαντικό τμήμα της κοινωνικής παραγωγής, μια μεγάλη μείωση των ανθρώπινων, οικονομικών και τεχνολογικών πόρων.

Με βάση την ερμηνεία των όρων των εκάστοτε μνημονίων, ήδη, το ελληνικό υγειονομικό σύστημα βιώνει μια τεράστια μείωση όσον αφορά τις δημόσιες δαπάνες της υγείας, η οποία, σημειωτέον, είναι από τις χαμηλότερες μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ ως ποσοστό του ΑΕΠ(από 5,7% το 2009 σε 4,0% περίπου το 2012 με βάση το 2009). Το αποτέλεσμα αυτό απορρέει από τον δραστικό περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης, στόχος ο οποίος μερικώς επιτεύχθηκε, της δαπάνης λειτουργίας του νοσοκομειακού τομέα και ειδικότερα της βιοϊατρικής τεχνολογίας, καθώς και από την μείωση της

δαπάνης της δημόσιας ασφάλισης υγείας. Εξαιτίας της γενικότερης οικονομικής ύφεσης και της δραστηκής μείωσης της αγοραστικής δύναμης των νοικοκυριών παρατηρήθηκε σημαντικός περιορισμός της ιδιωτικής δαπάνης για αγαθά και υπηρεσίες υγείας το προηγούμενο διάστημα (>35% το 2011 και >50% το 2012), η οποία πριν την κρίση αντιστοιχούσε περίπου στο 40% της συνολικής δαπάνης υγείας. Κατά συνέπεια, προβλέπεται ότι η συνολική δαπάνη για την υγεία πρόκειται να μειωθεί από το 9,7% του ΑΕΠ το 2009, σε επίπεδα κάτω του 6% του ΑΕΠ με βάση το 2009, δηλαδή η συνολική εθνική δαπάνη από 22,5 δις ευρώ θα κυμανθεί σε επίπεδο κάτω των 15 δις ευρώ²¹².

Πέρα από την υποχρηματοδότηση, η κατασπατάληση των πόρων της υγείας, έκανε πιο έντονο το οικονομικό πρόβλημα. Ο αναχρονιστικός τρόπος διοίκησης, η κακή διαχείριση των δημόσιων νοσοκομείων, η ανεξέλεγκτη διαρροή πόρων προς τον ιδιωτικό τομέα μέσω συμβάσεων με την κοινωνική ασφάλιση, η σκόπιμη υπερσυνταγογράφηση, η μη λειτουργία της ΕΠΥ με αποτέλεσμα την υπερτιμολόγηση των προμηθειών και η κατασπατάληση των υλικών επιδείνωσαν την οικονομική κατάσταση των νοσοκομείων.

Τρίτος παράγοντας είναι η υποστελέχωση του ΕΣΥ. Υπάρχουν μεγάλες ελλείψεις σε ιατρικό, νοσηλευτικό, παραϊατρικό και διοικητικό προσωπικό καθώς και μη ιατρικό επιστημονικό προσωπικό. Στις λειτουργικές αδυναμίες του συστήματος μπορεί να προστεθεί η ανισοκατανομή των κονδυλίων των εφημεριών. Με αυτόν τον τρόπο εξηγείται και το παράδοξο σε ορισμένα νοσοκομεία οι γιατροί να αμείβονται μέχρι και την οροφή (πλαφόν) των εφημεριών, ενώ σε άλλα το κονδύλιο να μην επαρκεί για την στοιχειώδη εφημέρευση. Η συνειδητή υποβάθμιση των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας και η συνεχής αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας, ιδιαίτερα κατά τα προηγούμενα 5 χρόνια, συντέλεσαν στη διεύρυνση των ανισοτήτων και στην οικονομική κατάρρευση του ΕΣΥ αλλά και των ασφαλιστικών ταμείων.

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα είναι μικτό με συνύπαρξη ιδιωτικού και δημοσίου τομέα. Οι δαπάνες υγείας κατά 53% είναι δημόσιες. Οι δαπάνες της κοινωνικής ασφάλισης αποτελούν περίπου το 30% πόρων του ΕΣΥ, ενώ το υπόλοιπο 70% προέρχεται από τον προϋπολογισμό.²¹³ Το ΕΣΥ διαθέτει το 69% των νοσοκομειακών κλινών, ο ιδιωτικός τομέας το 28% και το υπόλοιπο 3% νοσοκομεία που είναι Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ). Η αναλογία αυτή τείνει να αλλάξει τα τελευταία χρόνια προς όφελος του ιδιωτικού τομέα.

Την ίδια στιγμή, στην Ελλάδα παρατηρείται πως η ζήτηση και η χρήση των υπηρεσιών υγείας στρέφει το “βλέμμα” προς το δημόσιο και ασφαλιστικό

212 Κυρόπουλος Γ. «Η υγεία στη δίνη της οικονομικής κρίσης» ΕΣΔΥ, Αθήνα, 2012

213 Στασινός Π. «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις» *MEDVOI* 365, 21 Ιουλίου, Αθήνα 2012

τομέα με αύξηση των εισαγωγών κατά 24% προς τα δημόσια νοσοκομεία και μείωση της ζήτησης στα εξωτερικά ιατρεία και τα εργαστήρια κατά 9% και 11% αντιστοίχως²¹⁴ εξαιτίας της υψηλότερης οικονομικής δαπάνης που απαιτείται από μέρους των ασθενών στον ιδιωτικό τομέα σε σχέση με τον δημόσιο. Ενδεικτικά, κάποιες οικονομικές διαφορές παρουσιάζει ο παρακάτω εικόνα 6. Επιπλέον, είναι ξεκάθαρη η μείωση από 18% έως 25% περίπου στη χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και κυρίως στα ιδιωτικά μαιευτήρια, την οδοντιατρική περίθαλψη καθώς και τις χειρουργικές επεμβάσεις στα ιδιωτικά νοσοκομεία.²¹⁵ Η κατάσταση αυτή προβλέπεται να δημιουργήσει ακόμη μεγαλύτερες πιέσεις στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του δημόσιου συστήματος.

Εικόνα 6 Η επίδοση του υγειονομικού τομέα

Η Επίδοση του Υγειονομικού Τομέα							
Συγκριτικός Πίνακας Κόστους, Τιμών και Αποζημίωσης Επιλεγμένων Εργαστηριακών Εξετάσεων (σε €)							
	Γενική Αίματος	Αξονική Τομογραφία	Μαγνητική Τομογραφία	Γενική Εξέταση Ούρων	Μέτρηση Σακχάρου	Απλή Ακτινογραφία	Απλή Υπερηχογραφία
Κρατικό Τιμολόγιο	2,88	71,11	236,95	1,76	2,26	4,05	8,28
Τιμές Ιδιωτικού Τομέα	15 – 30	150 – 180	415 – 440	11 – 20	9 – 25	30 – 45	55 – 95
Κόστος Νοσοκομείων	3,93-7,34	29,77-153,86	158,97-438,11	5,55-13,95	1,42-2,51	2,04-14,46	12,23-31,10

Πηγή, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2010)



Πηγή: ΕΣΔΥ 2010

Εκτός των άλλων το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από ανεπαρκή ανάπτυξη ειδικών μονάδων περίθαλψης, όπως είναι η νοσηλεία στο σπίτι, μονάδες ημερήσιας νοσηλείας, κέντρα αποκατάστασης, από αποσπασματικότητα των μονάδων πρωτοβάθμιας υγείας καθώς, επίσης, διαθέτει μεγάλο αριθμό γιατρών (ένας γιατρός ανά περίπου 100 κατοίκους ή και λιγότερο και μεγάλες ελλείψεις στο νοσηλευτικό και παραϊατρικό τομέα). Στην εικόνα 7 που ακολουθεί καταγράφονται χαρακτηριστικά κάποια

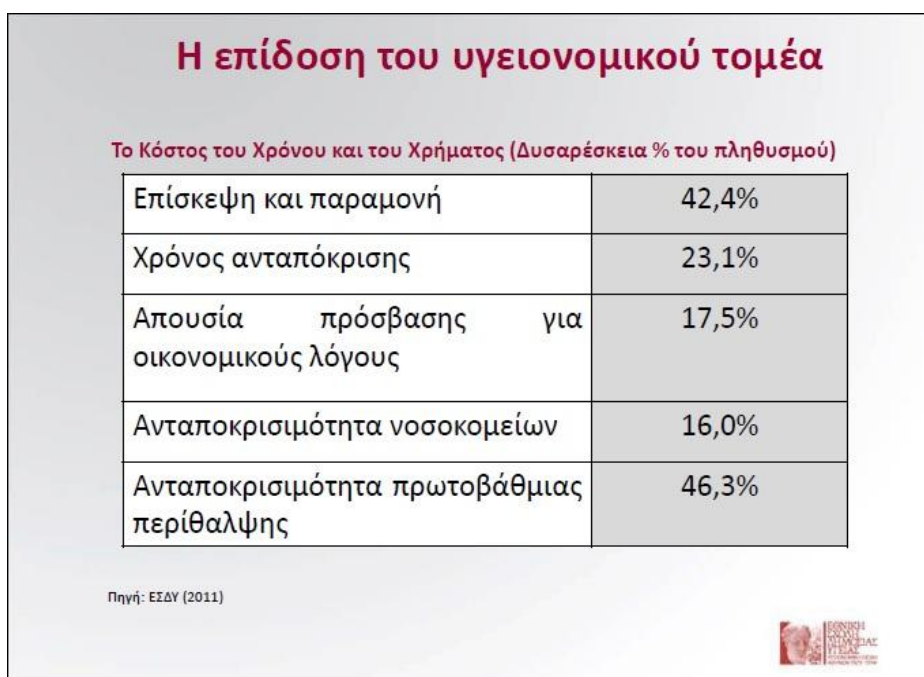
214 Ελληνική Δημοκρατία, Υπουργείο Υγείας, 2011 Διαθέσιμο: <http://www.yyka.gov.gr/>

215 Κυρόπουλος Γ. «Η υγεία στη δίνη της οικονομικής κρίσης» ΕΣΔΥ, Αθήνα, 2012

“αρνητικά” ποσοστά όσον αφορά κωλυσιεργίες του υγειονομικού κλάδου. Άλλες αδυναμίες του συστήματος είναι η ανυπαρξία της προληπτικής ιατρικής, το ανεπαρκές και αναχρονιστικό διοικητικό μοντέλο, η απουσία μηχανισμών ελέγχου, η δημιουργία κοινωνικών ανισοτήτων λόγω της παραοικονομίας, της άνισης κατανομής και της κακής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, ο υδροκεφαλισμός του συστήματος και οι ανισότητες ακόμη και μέσα στις ίδιες τις περιφέρειες, η κακή κτιριακή υποδομή και ο εξοπλισμός καθώς η τεράστια δυσαναλογία της σχέσης του υψηλής τεχνολογίας ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα. Η σχέση αυτή ήταν 1/4 το 2004 και το 2009 έγινε 1/11 υπέρ του ιδιωτικού τομέα.²¹⁶

Κάθε χρόνο ξοδεύονται 3 δις ευρώ για την αγορά ιατρικών υλικών και περίπου 2 δις για την αγορά φαρμάκων. Η εκτίμηση είναι ότι 30 με 40% των δαπανών είναι σπατάλες και θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί.²¹⁶ Υπάρχουν ποικίλλα παραδείγματα που εξηγούν την παραπάνω εκτίμηση. Π.χ. πολλά από τα υγειονομικά υλικά είναι υπερτιμολογημένα 500% ή και περισσότερο πολλές φορές, σε σύγκριση με τις χώρες της ευρωζώνης (λχ. Φίλτρα αιμοκάθαρσης, ορθοπεδικά υλικά, καρδιολογικά υλικά κ.α). μεγάλη συμμετοχή στα ελλείμματα των νοσοκομείων κατέχει και η σπατάλη υγειονομικού υλικού(πχ. υλικού οστεοσυνθέσεων, stents, μοσχεύματα, αιμοποιητικοί παράγοντες, ογκολογικά φάρμακα κ.α). επίσης, “μαύρη” τρύπα αποτελεί και η τοποθέτηση υλικών όπου δεν είναι κατ’ανάγκην απαραίτητα(βηματοδότες, απινίδωσης).

Εικόνα 7 Η επίδοση του υγειονομικού τομέα



Πηγή: ΕΣΔΥ 2011

216 Στασινός Π. «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις» MEDVOI 365, 21 Ιουλίου, Αθήνα 2012

Αποτέλεσμα όλων των παραπάνω παραγόντων είναι η δημιουργία ενός τεράστιου χρέους των νοσοκομείων. Ρυθμίσεις και αποπληρωμές των χρεών των νοσοκομείων έγιναν το 1997, το 2001 και το 2004. Στην τελευταία ρύθμιση το χρέος ήταν 2,5δισ. Παρόλα αυτά, τα τελευταία χρόνια η κατάσταση έχει ξεφύγει από κάθε έλεγχο, με αποτέλεσμα το έλλειμμα να εκτιναχθεί στα 6,2 δισ, από τα οποία 3δισ οφείλονται στα φάρμακα και το 3,2 δισ στο υγειονομικό υλικό και τα συναφή²¹⁶.

Ενδιαφέρον έχει να σημειωθεί πως η δημόσια αναγνώριση, οι αμοιβές και οι συνθήκες υπηρεσίας των ιατρών δημόσιας υγείας είναι πολύ χαμηλές σε σύγκριση με αυτές των κλινικών ιατρών. Με αυτό τον τρόπο οι γιατροί που ασχολούνται με τη δημόσια υγεία θεωρούνται από πλευράς ποιότητας δευτέρας διαλογής σε σχέση με την ιδιωτική ιατρική στη συνείδηση των πολιτών. Η εκπαίδευση στη δημόσια υγεία στις ελληνικές ιατρικές σχολές, πριν την απόκτηση πτυχίου, φαίνεται ότι είναι φτωχή σε πρακτικό επίπεδο. Η εκπαίδευση κατά τη διάρκεια της απόκτησης τίτλου ιατρικής είναι εν μέρει ικανοποιητική, αλλά από πολλές πλευρές ανεπαρκής σε σχέση με τα σημερινά προβλήματα και σε μεγάλο βαθμό θεωρητική, αντί να επικεντρώνεται στα πρακτικά προβλήματα²¹⁷. Υπάρχει μικρή συνειδητοποίηση των προβλημάτων που προκύπτουν από την έλλειψη οργάνωσης και επαρκούς προσδιορισμού στόχων και ευθυνών, την αδυναμία παρεμβάσεων σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού, την έλλειψη ικανοποιητικών αρχείων(π.χ. γεννήσεων και θανάτων), την έλλειψη εργαστηριακών εγκαταστάσεων για την διερεύνηση επιδημιών και καμία πραγματική αντίληψη της ανάγκης για τη συστηματική θέσπιση διατομεακών συνδέσεων και προγραμμάτων. Έτσι, δεν προκαλείται έκπληξη από το γεγονός ότι η κατάσταση από πλευράς εμβολιασμών στην Ελλάδα είναι φτωχή σε σχέση με την ΕΕ και ότι έχει υπάρξει ένας αριθμός από σοβαρές επιδημίες συνηθισμένων μεταδοτικών ασθενειών, όπως ερυθρά και γαστρεντερίτιδα, που θα μπορούσαν να είχαν ανατραπεί.

Ολοκληρώνοντας, πρέπει να αναφερθεί πως αν η Ελλάδα επιθυμεί να αναπτύξει μια συγκροτημένη πολιτική υγείας καθώς και να αξιοποιήσει με τρόπο αποτελεσματικό τους όποιους πόρους διαθέτει για την περίθαλψη όσων έχουν ανάγκη, είναι ουσιαστικό να δημιουργήσει μια πολιτική για την αναβάθμιση του κλάδου της δημόσιας υγείας και όσων τον υπηρετούν, καθώς είναι εμφανές πως με την παρούσα του μορφή δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στον κοινωνικό του ρόλο, εξαιτίας των εγγενών αδυναμιών και της δημοσιονομικής κρίσης.

217 Μανιού Μ., Ιακωβίδου Ε. «Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα». τόμ. 8ος, τεύχ.4ο, 2009

8.3 Η ΕΜΠΟΡΕΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΕΛΛΕΙΨΗ ΚΙΝΗΤΡΩΝ ΣΤΙΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας συστηματικά υποβαθμίζονται με την υποχρηματοδότηση, την ιδιωτικοποίηση του συστήματος υγείας, την μετατροπή του κοινωνικού αγαθού και πολιτικού δικαιώματος σε εμπόρευμα. Οι παραπάνω πρακτικές στον κλάδο της υγείας είναι σύνηθες φαινόμενο. Ο πολίτης στην προσπάθεια του να επιτύχει την μέγιστη φροντίδα υγείας φτάνει σε ακραίες καταστάσεις και πολλές φορές σε ενέργειες χωρίς ηθικό δισταγμό, προσφέροντας χρήματα με αντάλλαγμα την υγείας του. Από την ίδια τη φύση τους δεν είναι δυνατόν να εξακριβωθεί πόσο εκτεταμένες είναι αυτές οι ενέργειες και ποια είναι τα συνολικά ποσά χρημάτων τα οποία διακινούνται εντός των νοσοκομειακών και των ιατρικών χώρων. Ενδεικτικά, τέτοιες ενέργειες είναι:

1. Πληρωμές σε “φακελάκια” τα οποία δίδονται συχνά και μερικές φορές απαιτούνται από αρκετούς ιατρούς οι οποίοι εργάζονται στα νοσοκομεία ή και αλλού. Μερικές εταιρίες φαρμάκων είναι διατεθειμένες να δώσουν μηνιαία αμοιβή σε μετρητά σε όσους γιατρούς συστήνουν στους ασθενείς τους τα προϊόντα τους. Εναλλακτικά, οι γιατροί αποκτούν τη δυνατότητα να έχουν κάλυψη του κόστους συμμετοχής τους σε “συνέδρια” που διοργανώνουν αυτές οι εταιρίες σε μακρινές και ακριβές τοποθεσίες, αρκεί να προωθούν τακτικά τα προϊόντα τους.
2. Προμήθειες μπορεί να πληρώνονται για την παραπομπή ασθενών σε κάποιο συγκεκριμένο διαγνωστικό κέντρο ή την εισαγωγή τους σε ένα ιδιωτικό νοσοκομείο. Συμβαίνει επίσης ο ιατρός να είναι εκ των ιδιοκτητών του νοσοκομείου ή του διαγνωστικού κέντρου στο οποίο οι ασθενείς παραπέμπονται.
3. Υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες γιατροί του ΙΚΑ παίρνουν προμήθειες από τα φαρμακεία.
4. Δεν είναι καθόλου ασύνηθες το φαινόμενο ιατρών στις κλινικές του ΙΚΑ και άλλων γιατρών να χρησιμοποιούν τις θέσεις τους προκειμένου να αποκτούν πελατεία και στα ιδιωτικά τους ιατρεία.
5. Ιδιαίτερα στο σύστημα παροχής ιατρικών υπηρεσιών προς τους δημόσιους υπαλλήλους, υπάρχουν γιατροί οι οποίοι ζητούν αμοιβή για πολλαπλές επισκέψεις ασθενών όταν στην πραγματικότητα έχει υπάρξει μια μόνο επίσκεψη.

6. Γιατροί αποφεύγουν να τηρούν ιατρικά αρχεία για να μην μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως αποδεικτικά στοιχεία εις βάρος τους για την διάπραξη αδικημάτων φοροδιαφυγής²¹⁸.

Το γεγονός ότι ένας μεγάλος αριθμός υπαλλήλων των υπηρεσιών υγείας είναι δημόσιοι υπάλληλοι οδηγεί σε ένα άκαμπτο σύστημα αμοιβών καθώς και στην αδυναμία της τοπικής διοίκησης των μονάδων να ανταμείψουν την παροχή σωστών υπηρεσιών, αλλά ταυτόχρονα να τιμωρήσουν κι εκείνους που παραμελούν την εργασία τους ή την κάνουν αδιάφορα. Επιπλέον, σημαντικός παράγοντας για την κακή κατάσταση του συστήματος αποτελεί η έλλειψη κινήτρων σε όλες τις ομάδες του προσωπικού, εκτός του κινήτρου να φύγουν νωρίς από την εργασία τους για να κάνουν τη δική τους δουλειά. Είναι γεγονός πως υπάρχει περιορισμένη επαγγελματική ικανοποίηση από μέρους των γιατρών, των νοσηλευτών καθώς και περιορισμένη ικανοποίηση των χρηστών όσον αφορά την έλλειψη συνέχειας στην ιατρική περίθαλψη, την έλλειψη φιλικής συμπεριφοράς απέναντι στους ίδιους τους χρήστες από μέρος των ειδικών, αλλά και για το ότι δεν υπάρχει ακόμα στο υγειονομικό σύστημα η παραμικρή εκπροσώπηση των ίδιων των χρηστών²¹⁹.

8.4 Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το έτος 2011 που πέρασε βρέθηκε ζημιογόνο για τις περισσότερες εταιρίες του κλάδου της ιδιωτικής υγείας. Οι προ τριετίας εκτιμήσεις ότι η ιδιωτική υγεία θα συγκαταλεγόταν στους “αμυντικούς” κλάδους δεν επαληθεύτηκε καθώς παρατηρήθηκε πτώση τόσο στον αριθμό των ασθενών όσο και στο ύψος των τιμολογίων. Παρ όλα αυτά ο ανταγωνισμός αυξάνεται με την προσθήκη νέων μονάδων, ενώ οι μεγάλες καθυστερήσεις πληρωμών από τα κρατικά ασφαλιστικά ταμεία και ο κίνδυνος επισφαλειών από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες μεταφέρουν το πρόβλημα στις ιδιωτικές κλινικές και στα διαγνωστικά κέντρα. Ο ρυθμός αύξησης των συνολικών εσόδων των ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας τα τελευταία χρόνια βαίνει μειούμενος, ενώ ισχυρή διατηρείται η παρουσία των μεγάλων επιχειρηματικών ομίλων στον κλάδο σύμφωνα με μελέτη της Icar. Ήδη από το 2009 η συνολική αγορά αυξήθηκε μόλις κατά 3,6%, έναντι 10,8% το 2008 και 16% το 2007. Τα παραπάνω προκύπτουν από την κλαδική μελέτη «Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας» που εκπόνησε πρόσφατα η Διεύθυνση Οικονομικών Μελετών της ICAP Group. Η εν λόγω μελέτη πραγματεύεται τους τομείς των γενικών θεραπευτηρίων, των

218 Μανιού Μ., Ιακωβίδου Ε. «Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα». τόμ. 8ος, τεύχ.4ο, 2009

219 Υφαντόπουλος Ι. Κοινωνικό-οικονομική ανάπτυξη και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Ιατρική τεύχ. 50, σελ 14-25, Αθήνα, 1986

μαιευτικών κλινικών και των διαγνωστικών κέντρων, εξετάζοντας την πορεία και τις προοπτικές τους. Σύμφωνα με τη μελέτη, το επίπεδο των νοσηλευτικών υπηρεσιών του δημόσιου τομέα, χαρακτηρίζεται ως ο πλέον σημαντικός παράγοντας για τη στροφή του κοινού στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, εκτός από τους δημογραφικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες.

Βάσει στοιχείων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, το 2008 καταγράφηκαν σε ολόκληρη τη χώρα 15.028 κλίνες σε ιδιωτικά θεραπευτήρια επί συνόλου 53.652 κλινών. Τα ιδιωτικά θεραπευτήρια, διακρίνονται σε μεγάλες πολυδύναμες κλινικές, σε μεσαίες και μικρότερες μονάδες, ενώ ξεχωριστή κατηγορία αποτελούν τα νευροψυχιατρικά θεραπευτήρια και οι μαιευτικές κλινικές. Όσον αφορά στα διαγνωστικά κέντρα, σε ολόκληρη τη χώρα εκτιμάται ότι λειτουργούν περίπου 400 κέντρα κάθε μορφής και μεγέθους.

Η συνολική αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (βάσει αξίας), παρουσίασε αύξηση κατά 3,6% το 2009 σε σχέση με το 2008. Ειδικότερα κατά κατηγορία, τη μεγαλύτερη αύξηση εμφανίζουν τα έσοδα των διαγνωστικών κέντρων (ποσοστό 5,2%) και ακολουθεί η αγορά των γενικών κλινικών με ποσοστό 3,4%. Σχετικά με τις μαιευτικές-γυναικολογικές κλινικές, η αύξηση των εσόδων τους διαμορφώθηκε στο 2,5% το 2009. Οι γενικές κλινικές αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο μερίδιο στο σύνολο της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, το οποίο εκτιμάται στο 67% για το 2009. Οι μαιευτικές κλινικές συγκεντρώνουν το 14% των συνολικών εσόδων, ενώ το υπόλοιπο 19% μοιράζονται τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα. Σήμερα, στον κλάδο δραστηριοποιούνται ισχυροί επιχειρηματικοί όμιλοι πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, στα επενδυτικά σχέδια των οποίων περιλαμβάνεται και η περαιτέρω ισχυροποίησή τους, όχι μόνον στην εσωτερική αγορά αλλά και σε χώρες του εξωτερικού.

Παρόλο αυτά, Οι επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης είναι πλέον ορατές και στον κλάδο των ιδιωτικών θεραπευτηρίων, όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα μελέτης της Hellastat ΑΕ η οποία εξετάζει τον εγχώριο κλάδο των υπηρεσιών δευτεροβάθμιας υγείας.

Ενδεικτικά, ο συνολικός κύκλος εργασιών των 4 εισηγμένων ιδιωτικών ομίλων υγείας το πρώτο εξάμηνο του 2010 εμφάνισε υποχώρηση 8,5% σε ετήσια βάση, τη στιγμή που βάσει εκτιμήσεων της αγοράς η νοσηλευτική κίνηση στα δημόσια νοσοκομεία από την αρχή του έτους παρουσιάζεται αυξημένη έως και 20-30%. Το περιβάλλον αυτό έχει διαφοροποιήσει το στρατηγικό προσανατολισμό των εταιρειών. Έτσι, οι επιθετικές επενδυτικές κινήσεις των προηγούμενων ετών έχουν αντικατασταθεί από αμυντική τακτική, που σκοπό έχει την προστασία των μεριδίων αγοράς (μείωση των λειτουργικών εξόδων, χαμηλότερη τιμολόγηση, παροχή υπηρεσιών υψηλής προστιθέμενης

αξίας που απευθύνονται σε εξειδικευμένες αγορές, υλοποίηση των απαραίτητων κυρίως επενδύσεων και διασφάλιση των απαιτήσεων έναντι των ασφαλιστικών ταμείων).

Στο χώρο των μαιευτηρίων, η είσοδος του "Γαία" στα τέλη του 2009 κλιμάκωσε τον τιμολογιακό ανταγωνισμό, με τις υπόλοιπες εταιρείες να απαντούν ανάλογα. Το "Ρέα" αναμένεται να ακολουθήσει παρόμοια πολιτική. Τα χαμηλότερα τιμολόγια, αν και αναγκαία κίνηση που υποδεικνύεται από τον ανταγωνισμό, εκτιμάται ότι θα οδηγήσουν σε υποχώρηση του κύκλου εργασιών και των περιθωρίων κερδοφορίας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας έχουν επηρεαστεί δυσμενώς από το αρνητικό οικονομικό περιβάλλον. Το κακό κλίμα προμηνύεται πως θα εξακολουθήσει να υφίσταται, ενώ εκτιμάται ότι η αγορά θα καταγράψει επιπλέον σημαντική υποχώρηση.

Πολλές μονάδες αντιμετωπίζουν προβλήματα ρευστότητας, καθώς η είσπραξη των πληρωμών από τα δημόσια ταμεία καθυστερεί λόγω των διογκούμενων ελλειμμάτων. Το μειονέκτημα αυτό είναι ιδιαίτερα εμφανές στις κλινικές μεσαίου και μικρού μεγέθους που είναι περισσότερο εκτεθειμένες στο δημόσιο τομέα. Ακόμα, τα επενδυτικά προγράμματα των προηγούμενων ετών απαιτήσαν σημαντικά δανειακά κεφάλαια, κυρίως μακροπρόθεσμα, γεγονός που αύξησε το χρηματοοικονομικό κόστος και τις ταμειακές ανάγκες εξυπηρέτησης του χρέους. Οι κλινικές μικρότερου μεγέθους, μην έχοντας τη δυνατότητα να εκσυγχρονιστούν, λειτουργούν με απαξιωμένο εξοπλισμό και υστερούν σε ανταγωνιστικότητα, αποτελώντας πιθανούς στόχους εξαγορών. Τέλος, δυσχέρειες προκαλεί και η χαμηλή επάρκεια σε νοσηλευτικό προσωπικό.

Οι εταιρίες του κλάδου πρέπει να εστιάσουν περισσότερο σε εκσυγχρονισμό και παροχή νέων εξειδικευμένων υπηρεσιών ενώ άμεση προτεραιότητα αποτελεί και ο περιορισμός των λειτουργικών εξόδων.

8.5 ΚΑΤΑΡΡΕΥΣΗ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ

Τα ασφαλιστικά ταμεία έχουν πλέον ξεπεράσει κατά πολύ την «κόκκινη γραμμή». Με αυτόν τον χαρακτηρισμό περιγράφεται, από μέρους της Ομοσπονδίας των εργαζόμενων στα ταμεία η κατάσταση στην οποία έχουν περιέλθει οι οργανισμοί κοινωνικής πολιτικής, εξαιτίας της βαθιάς ύφεσης της οικονομίας και της πρωτοφανούς ανεργίας των τελευταίων ετών²²⁰.

Ειδικότερα η κατάσταση ανά ασφαλιστικό ταμείο περιγράφεται ως εξής:

ΙΚΑ. Χρειάζεται 1,4 δισ. ευρώ έως το τέλος του έτους για να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις του. Έχει ήδη απορροφήσει το 66% της

220 Παπαδής Κ. (2012), «Εικόνα κατάρρευσης και διάλυσης στα ασφαλιστικά ταμεία», Το Βήμα, 5 Ιανουαρίου

κρατικής επιχορήγησης δηλαδή 2,7 δισ. ευρώ από τα 4,1 δισ. ευρώ που έχουν προβλεφθεί. Παρουσιάζει σημαντική μείωση εσόδων, καθώς ένας στους τρεις εργαζόμενους παραμένει ανασφάλιστος (εισφοροδιαφυγή ύψους 6 δισ. ευρώ ετησίως). Απώλεια εσόδων λόγω υψηλής ανεργίας (450 εκατ. ευρώ για κάθε ποσοστιαία μονάδα) αδυναμία είσπραξης 6,7 δισ. ευρώ βεβαιωμένων εισφορών και συσσώρευση οφειλών προς τρίτους 7,5 δισ. ευρώ. Την ίδια ώρα τα έξοδα του ΙΚΑ παρουσιάζουν αύξηση από 10,8 σε 11,08 δισ. ευρώ (από το 2011 στο 2012) λόγω αυξημένης συνταξιοδότησης.

ΟΑΕΕ. Το ταμείο των αυτοαπασχολούμενων εμφανίζει έλλειμμα ύψους 830 εκατ. ευρώ. Η μείωση των εισφορών αγγίζει το 35% καθώς μόλις το 55% των ασφαλισμένων καταβάλλει εισφορές. Το ταμείο κατά το πρώτο πεντάμηνο του 2012 έχει απορροφήσει το 71% της επιχορήγησης το 44% της συμμετοχής του κράτους και το 63% του συνόλου της αρχικής εγγεγραμμένης πίστωσης.

ΟΓΑ. Μόνο το 58% των ασφαλισμένων καταβάλλει τις εισφορές του και μόλις το 6% έχει ενταχτεί σε ρύθμιση οφειλών. Γεγονός που σημαίνει ότι το 36% δηλαδή 241.814 σε σύνολο 664.376 ασφαλισμένων του Οργανισμού δεν καταβάλλουν εισφορές.

Επικουρικά ταμεία. Τα περισσότερα αντιμετωπίζουν προβλήματα με τη μείωση των ασφαλισμένων έναντι των συνταξιούχων (ΤΕΑΠΟΚΑ, ΤΕΑΔΥ), αλλά και την απομείωση της περιουσίας τους λόγω του κουρέματος των ομολόγων. Η πλειοψηφία των ταμείων δεν επιθυμεί την ένταξή της στον ενιαίο επικουρικό ΕΤΕΑ που ανακοίνωσε η προηγούμενη κυβέρνηση, γεγονός που οδηγεί σε αδιέξοδο αυτή την λύση.

Ταμείο Πρόνοιας Δημοσίων Υπαλλήλων. Εκκρεμούν 52.000 αιτήσεις για εφάπαξ βοήθημα και για να ικανοποιηθούν θα χρειαστούν περίπου 2 δισ. ευρώ. Τα έσοδα του ταμείου αρκούν για να καλύψουν 500 εφάπαξ το μήνα. Σήμερα ικανοποιούνται αιτήσεις για εφάπαξ όσων συνταξιοδοτήθηκαν πριν από δύο έτη, ενώ εφόσον δεν βρεθεί λύση στο πρόβλημα όσοι υποβάλλουν τις αιτήσεις τους σήμερα θα λάβουν το εφάπαξ μετά επτά έτη.

8.6 ΤΟ ΕΓΧΕΙΡΗΜΑ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ

Η καθοδική πορεία της οικονομίας και η απουσία αναπτυξιακών μηχανισμών επιδεινώνει τους μακροοικονομικούς δείκτες της χώρας, ωθεί την ανεργία σε –πρωτοφανώς- αυξημένα ποσοστά και το διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών σε επίπεδα, τα οποία απειλούν την αξιοπρεπή διαβίωση μεγάλου μέρους του πληθυσμού.

Οι παράγοντες αυτοί έχουν άμεσο αντίκτυπο στην υγεία του πληθυσμού καθώς συνδέονται με την επιδείνωση της νοσηρότητας και ιδίως των χρόνιων παθήσεων. Επιπλέον, δεδομένης της μείωσης της δημόσιας, αλλά και της ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία, (η οποία αποτελεί συνάρτηση του

εισοδήματος) παρατηρείται χρηματοδοτική δυσκαμψία στο σύστημα υγείας και εμφανής μείωση της προσφοράς. Ως εκ τούτου δημιουργούνται ερωτηματικά για την εφικτότητα ενός ικανοποιητικού επιπέδου υπηρεσιών υγείας σε συνθήκες δραματικής μείωσης των διαθέσιμων υγειονομικών πόρων²²¹.

Κατά συνέπεια, η διασφάλιση αγαθών και υπηρεσιών υγείας στις περιοριστικές συνθήκες της εποχής απαιτεί αλλαγή της «τεχνολογίας παραγωγής», δηλαδή διαρθρωτικές αλλαγές στο «παράδειγμα» του υγειονομικού τομέα για τη βελτίωση της παραγωγικής και αποδοτικότητας, ώστε η ποσότητα υπηρεσιών υγείας να παραμείνει σε καλό επίπεδο και η διανομή να εστιαστεί στους χρόνιους πάσχοντες, τους ηλικιωμένους, τους φτωχούς και τους άνεργους, οι οποίοι πλήττονται σε τεράστιο βαθμό.

Υπό το πρίσμα αυτό, τα κριτήρια της υγειονομικής ισότητας και της αποδοτικότητας αποκτούν μέγιστη σημασία και το εγχείρημα του ΕΟΠΥΥ αποκτά άμεση σπουδαιότητα για την εθνική πολιτική υγείας.

Η συνένωση των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών οργανισμών (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ και ΟΓΑ) σε έναν ενιαίο οργανισμό, αποτελεί την βασική αλλαγή στην κοινωνική ασφάλιση και την αγορά υπηρεσιών υγείας στην πρόσφατη περίοδο. Ο νέος οργανισμός καλύπτει το 90% του πληθυσμού και κατ' επέκταση κατέχει (θεωρητικά) ισχυρή διαπραγματευτική ισχύ απέναντι στους προμηθευτές υγείας²²². Η συγκρότηση του ΕΟΠΥΥ αναμένεται – σύμφωνα τουλάχιστον με τον αρχικό σχεδιασμό - να αποτελέσει το βασικό μοχλό ελέγχου του κόστους και συγκράτησης της δαπάνης και η οποία θεωρητικά έχει ήδη ευρεία αποδοχή από την πλειοψηφία των εμπλεκόμενων εταίρων²²² εξαιτίας του προσδοκώμενου οφέλους το οποίο εκτιμάται πως μπορεί να φέρει, στην αγορά υπηρεσιών υγείας. Η διαπίστωση αυτή δικαιολογείται σε μεγάλο βαθμό εξαιτίας της οικονομικής συγκυρίας στην οποία βρίσκεται η χώρα και των πιέσεων οι οποίες ασκούνται προς περικοπή της δημόσιας δαπάνης και εξορθολογισμό του υγειονομικού συστήματος.

Στην προοπτική αυτή, οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης (πολυϊατρεία ΙΚΑ και άλλων ασφαλιστικών οργανισμών, συμβεβλημένοι γιατροί και άλλες υπηρεσίες με εξαίρεση τα κέντρα υγείας του ΕΣΥ) συνιστούν το προνομιακό πεδίο εφαρμογής της πολιτικής του ΕΟΠΥΥ υπό τις παρούσες συνθήκες.

Παρά ταύτα, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εξακολουθεί να χαρακτηρίζεται από πληθώρα στρεβλώσεων με κυριότερες το υψηλό κόστος

221 Σκρουμπέλος Α., Καπάκη Β., Αθανασάκης Κ., Σουλιώτης Λ., Κυριόπουλος Γ. «Ανασυγκρότηση και Χρηματοδότηση της Ασφάλισης Υγείας. Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)». Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, 2012

222 Mylona K., Karabli E., Kardala O., Skroumpelos A., Tsiantou V., Kyriopoulos J. "Stakeholders Perceptions of Health Care Reforms in Greece and Implications for the Pharmaceutical Industry". Department of Health Economics, National School of Public Health, 2012: Athens

χρήματος και χρόνου για τα νοικοκυριά, την δυσχέρεια στην πρόσβαση και κυρίως στη συνέχεια της φροντίδας, την μικρή ανταποκρισιμότητα στις προσδοκίες των πολιτών, τις εκτεταμένες ιδιωτικές πληρωμές και παραπληρωμές, την αδυναμία στην ανάσχεση του κύματος της ζήτησης προς τα νοσοκομεία και τις χαμηλές επιδόσεις σε κλινικές δραστηριότητες διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων και την υστέρηση στην ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης²²³.

8.7 Η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΩΝ «ΓΕΝΟΣΗΜΩΝ» ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Κεντρικό ρόλο στην περικοπή των δαπανών, στον χώρο της υγείας, έχει και το φάρμακο. Αρχικά ενδιαφέρον έχει να σημειωθεί το εξής: Το 2011 το ελληνικό δημόσιο ξόδεψε για φάρμακα ένα ποσό που αντιπροσώπευε μόνο το 16% της συνολικής δαπάνης υγείας και το 12% του συνολικού κόστους λειτουργίας των νοσοκομείων. Κατά συνέπεια, περίπου το 85% της δαπάνης υγείας αφορούσε άλλα είδη κόστους και όχι φάρμακα. Παρόλο αυτά, το φάρμακο, με τη μικρή συμμετοχή του στη δαπάνη υγείας, έχει δεχτεί ομοβροντία μέτρων, ενώ ελάχιστη πρόοδος σημειώνεται για τα υπόλοιπα που συνθέτουν τη δαπάνη της υγείας.²²⁴

Ήδη, στον τομέα της περίθαλψης σημειώνονται ραγδαίες αλλαγές, με απώτερο σκοπό να εξισορροπηθεί η φαρμακευτική δαπάνη της Ελλάδας, σε αντιστοιχία με τα επίπεδα των άλλων κρατών-μελών της Ευρωζώνης. Ως ζητούμενο, είναι μέχρι το τέλος του 2014 να μειωθεί η δημόσια δαπάνη της υγείας στο 6% ή κάτω από το 6% του ΑΕΠ και για τα εξω-νοσοκομειακά φάρμακα από το 1,9% στο 1%²²⁵. Για να επιτευχθεί, όμως, κάτι τέτοιο, θα πρέπει να γίνουν κάποιες ενέργειες. Ενδεικτικά αναφέρονται:

1. Να αυξηθεί το ποσοστό συνταγογράφησης γενόσημων φαρμάκων, κάτι το οποίο ήδη γίνεται μέσω της υποχρεωτικής συνταγογράφησης με βάση την ενεργό ουσία
2. Να μειωθεί κατά 15% η μέγιστη τιμή των γενόσημων φαρμάκων σε σχέση με τα επώνυμα φάρμακα.
3. Να μειωθούν τα περιθώρια κέρδους των φαρμακοποιών
4. Να επεκταθεί η κάλυψη των φαρμάκων για τα οποία ισχύει η συμμετοχή

223 Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, *Η Αναζήτηση της Αποδοτικότητας ως Προϋπόθεση της Υγειονομικής Ανάπτυξης: από τα Ταμεία και τον ΕΟΠΥΥ στα Ολοκληρωμένα Δίκτυα Υγείας*. 2011, Αθήνα, διαθέσιμο στο: http://www.esdy.edu.gr/default.aspx?page=toy_meletes_toy

224 Κουρλιμπίνη Β. (2012), «Η λιτότητα ανοίγει το φάκελο «γενόσημα»», *ΥΓΕΙΑ*, 30 Ιουνίου, σελ. 8-9

225 Κουρλιμπίνη Β. (2012), «Η λιτότητα ανοίγει το φάκελο «γενόσημα»», *ΥΓΕΙΑ*, 30 Ιουνίου, σελ. 8-9

Εύστοχο, ωστόσο, αποτελεί το ερώτημα, εάν μπορούν τα μέτρα που αφορούν τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης να αποτελέσουν «αντίβαρο» της εξάλειψης των φαινομένων κατασπατάλησης που συντελούνταν όλα τα προηγούμενα χρόνια στον κλάδο της υγείας. Είναι γεγονός πως βασικό μέσο για τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης αποτελεί η αύξηση διάθεσης των γενόσημων φαρμάκων. Όπως υποδεικνύει το Μνημόνιο μέχρι το τέλος του 2013 η χρήση των γενόσημων φαρμάκων θα πρέπει να έχει αυξηθεί κατά 60%, σε σχέση με 35% που είχε οριστεί για το τέλος του 2012²²⁶.

Για να μπορέσει να πραγματοποιηθεί αυτό το ποσοστό, η μέγιστη τιμή του γενόσημου πρέπει να μειωθεί στο 40% της τιμής του πατενταρισμένου φαρμάκου μετά τη λήξη της πατέντας, ενώ απαιτείται υποχρεωτική συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία, αντί του ονόματος του φαρμάκου. Τέλος, το σκεύασμα, με την ίδια δραστική ουσία, που θα προμηθεύονται πλέον οι ασφαλισμένοι θα είναι εκείνο με την πιο χαμηλή τιμή.

Την ίδια ώρα, τουλάχιστον το 40% της ποσότητας των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται από τα δημόσια νοσοκομεία αποτελείται από γενόσημα με τιμή χαμηλότερη από αυτήν των παρόμοιων πρωτότυπων προϊόντων. Επιπλέον, έχει ξεκαθαριστεί πως όλα τα δημόσια νοσοκομεία πρέπει να προμηθεύονται τα φαρμακευτικά τους προϊόντα ανά δραστική ουσία, κάνοντας χρήση κεντρικών διαγωνιστικών διαδικασιών

Η πρόωση γενόσημων με μοναδικό κριτήριο την τιμή έχει εγείρει, φυσικά, αντιδράσεις. Πολλοί, εκ των έσω, υποστηρίζουν πως τα μέτρα που προωθούνται στην Ελλάδα αυτήν την κρίσιμη, οικονομικά, περίοδο οδηγούν την χώρα ολοκληρωτικά στον πλήρη αφελλητισμό της αγοράς φαρμάκου, με ότι αυτό συνεπάγεται, όπως, την διάλυση της εγχώριας φαρμακοβιομηχανίας, την πλήρη εξάρτηση από τις εισαγωγές και την δημιουργία μονοπωλίων-ολιγοπωλίων, επιπτώσεις τεράστιες για τον κλάδο της υγείας αλλά και την οικονομία της Ελλάδας.

Ορατός, τέλος, είναι και ο κίνδυνος «άλωσης» της αγοράς από συγκεκριμένες πολυεθνικές γενόσημων που έχουν την παραγωγή τους σε τρίτες χώρες. Οι μεγαλοεισαγωγείς αυτές εταιρείες, εκμεταλλευόμενες την πολιτική των χαμηλών τιμών αλλά και το γεγονός ότι διαθέτουν τεράστια αποθέματα ρευστότητας, είναι πολύ πιθανό να εκτοπίσουν τις ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες μέσω των εισαγόμενων πάμφθηνων γενόσημων.

226 Κουρλιμπίνη Β. (2012), «Η λιτότητα ανοίγει το φάκελο «γενόσημα»», ΥΓΕΙΑ, 30 Ιουνίου, σελ. 8-9

9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Πολιτική υγείας (health policy) είναι το σύνολο των προσπαθειών που αποβλέπουν στην επίτευξη πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας, σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει ο WHO για την υγεία. Εξαρτάται άμεσα από τις διάφορες κοινωνικές πολιτικές της εκάστοτε χώρας και αποτελεί σημαντικό μέρος των κρατικών πολιτικών (policies) αυτής. Καταλυτικό ρόλο στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας μίας χώρας έχουν οι εν γένει πολιτικές (politics) δομές και η οικονομική κατάσταση της χώρας ²²⁷. Επιπλέον παράγοντες που λαμβάνονται υπ' όψιν στο σχεδιασμό μίας πολιτικής υγείας είναι η γενικότερη προϋπάρχουσα κατάσταση υγείας του πληθυσμού, οι συνθήκες διαβίωσης του, οι συνθήκες που υπάρχουν τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο ²²⁷. Σκοπός της εφαρμογής της πολιτικής υγείας κάθε χώρας είναι η διασφάλιση και η βελτίωση του επιπέδου υγείας των κατοίκων της, με στόχο πρώτα την πρόληψη και μετά τη θεραπεία, «το προλαμβάνειν κάλλιον του θεραπεύειν εστί» (Ιπποκράτης).

Η ανάπτυξη της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα έγινε δίχως να υπάρχει αυστηρό πλαίσιο σχεδιασμού και στοχοθεσίας. Η ανάπτυξη της έγινε με αργό ρυθμό κατά το πέρασμα των χρόνων. Η διαμόρφωση της δέχθηκε σημαντική επιρροή από την πρόοδο και την εξέλιξη των πολιτικών περιόδων, των εχθροπραξιών, της κοινωνίας, τα υπάρχοντα ήθη, τις διάφορες ανθρώπινες αξίες αλλά και από τη σημαντική πρόοδο της ιατρικής, της οικονομίας και των άλλων σχετικών επιστημών με τη βελτίωση του επιπέδου ζωής των Ελλήνων.

Ο Παπάγος και η κυβέρνηση του ήταν ο πρώτος που επιχείρησε την εγκαθίδρυση ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας που θα είχε αποκεντρωτικό χαρακτήρα. Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο το 1953 με το ΝΔ 2592/1953 «Περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως» το σχέδιο του νέου συστήματος γίνεται πράξη. Έπρεπε, όμως, να περάσουν πολλά χρόνια για να πραγματοποιηθεί μία ευρεία μεταρρύθμιση στον τομέα της πολιτικής υγείας. Το καινοτόμο στοιχείο στη μεταρρύθμιση αυτή είναι ο ορισμός των πλαισίων και των βάσεων ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας με άμεσο στόχο την παροχή υγείας σε όλα τα κοινωνικά στρώματα. Με τον τρόπο αυτό η παροχή υπηρεσιών υγείας γίνεται ένα βασικό αγαθό στο οποίο δύναται να έχουν πρόσβαση όλοι οι κάτοικοι της Ελλάδας είτε ζουν στις μεγάλες πόλεις, είτε στην περιφέρεια, τα χωριά και τα νησιά. Το ΕΣΥ καλείται να φέρει εις πέρας βασικούς στόχους στον τομέα της υγείας. Πολλοί από τους στόχους αυτούς αποτελούν ρηξικέλευθες ενέργειες στα μέχρι τότε δεδομένα του χώρου της υγείας στην Ελλάδα. Οι στόχοι, λοιπόν, είναι η αποκέντρωση, με τη δημιουργία νέων νοσοκομειακών εγκαταστάσεων και δημοτικών ιατρείων στην

227 Κωνσταντοπούλου, Αικ. (2004) «Η Πρόληψη στην Υγεία στην Ελλάδα» διαθέσιμο: <http://www.archive.gr>

επαρχία, ο κοινωνικός έλεγχος και η δυνατότητα συμμετοχής όλων στις υπηρεσίες υγείας, το ενιαίο πλαίσιο λειτουργίας και ανάπτυξης των νοσοκομείων, των κέντρων υγείας και των δημοτικών ιατρείων, η καλύτερη οργάνωση και παροχή της νοσοκομειακής φροντίδας, ο ενιαίος προγραμματισμός του συστήματος υγείας, η δικαιότερη κατανομή των πόρων για την υγεία, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε απομακρυσμένα χωριά και κωμοπόλεις και τέλος η καθιέρωση του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

Η εφαρμογή των παραπάνω μέτρων θα έλυne πολλά προβλήματα στον τομέα της υγείας. Δυστυχώς, όμως, μερικά είτε δεν εφαρμόστηκαν ορθά, είτε δεν υλοποιήθηκαν, είτε με τον άκυρο ατόνησαν, είτε κάποια δεν μπήκαν ποτέ σε εφαρμογή και έμειναν μόνο στα χαρτιά και τα προσχέδια. Οι συνέπειες της μη σταθερής και συνεχούς εφαρμογής των μέτρων του 1397/1983 είχαν ως συνέπεια τη συσσώρευση διαφόρων σοβαρών προβλημάτων στην πολιτική ατζέντα της υγείας που μετά από το 1990 έως το σήμερα ταλανίζουν τη χώρα. Μία από τις βασικές αιτίες δημιουργίας των προβλημάτων αυτών αλλά και η μη επίλυσή τους βρίσκεται στη χρηματοδότηση και την αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας, αφού από μία πλευρά υπάρχει το ΕΣΥ και από την άλλη υπάρχουν πολλά και διάφορα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Από την άλλη πλευρά υπάρχει μία μεγάλη ανισότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας στις διάφορες περιφέρειες. Στο σημείο αυτό οφείλεται να τονισθεί η λανθασμένη χωροταξική κατανομή των υπηρεσιών υγείας ανά την Ελλάδα. Τροχοπέδη αποτελεί η εσωτερική οργάνωση των δημοσίων νοσοκομείων και κυρίως το υπερσυγκεντρωτικό σύστημα διοίκησης και ελέγχου που ασκεί το Υπουργείο Υγείας, το οποίο στην πραγματικότητα είναι απών.

Άξιο παρατήρησης και θετικό βήμα στην πολιτική υγείας είναι η προσπάθεια καθολικής κάλυψης και της ισότιμης διάθεσης των υπηρεσιών υγείας, προσπαθώντας να επιτευχθεί όσον το δυνατόν καλύτερη ποιότητα και αποτελεσματικότητα κατά την παροχή τους. Για τον εκσυγχρονισμό των νοσοκομείων και τη γενικότερη εξέλιξή τους λαμβάνεται υπ' όψιν οι ανάγκες του εκάστοτε τοπικού και καθολικού πληθυσμού της χώρας. Επιπλέον η πολιτική υγείας καλείται να είναι άρτια προετοιμασμένη για τυχόν εμφάνιση νέων ασθενειών ή για την αντιμετώπιση των ήδη υπάρχουσών.

Το μόνο θετικό στοιχείο σχετικά με την τρέχουσα οικονομική κατάσταση στην Ελλάδα είναι ότι υπάρχει μεγάλο περιθώριο βελτίωσης. Πράγματι, υπάρχουν συγκεκριμένες μεταρρυθμίσεις που θα επιτρέψουν στη χώρα να ανακτήσει το χαμένο έδαφος. Σε ότι αφορά στα συστήματα υγείας, ενδεχομένως η οικονομική κρίση να έχει, τελικά, θετικά αποτελέσματα, οδηγώντας σε δημιουργικές σκέψεις για διαρθρωτικές αλλαγές με έμφαση στη

δημόσια υγεία, στην ανασυγκρότηση της ασφάλισης υγείας και στην εισαγωγή οιοει αγορών στην παροχή υπηρεσιών υγείας²²⁸.

Είναι προφανές ότι η αναστροφή των υφιστάμενων κοινωνικών όρων και η επιστροφή στην αναπτυξιακή διαδικασία συνιστούν παράλληλα την ικανή και αναγκαία συνθήκη υπεράσπισης του δημόσιου ελέγχου του συστήματος υγείας στη χώρα ετούτη.

228 Ράπανος, (2009) , «Μέγεθος και Εύρος Δραστηριοτήτων του Δημοσίου Τομέα», Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

1. Πίνακας 1 Ασφαλιστικοί Οργανισμοί στην Ελλάδα.....	48
2. Πίνακας 1 Κατά φύλο και ηλικία πληθυσμός της Ελλάδος, το 1928.....	50
3. Πίνακας 2 Εξέλιξη της γεννητικότητας στην Ελλάδα την περίοδο του μεσοπολέμου.....	50
4. Πίνακας 3 Γενική θνησιμότητα στην Ελλάδα, 1922-1938.....	51
5. Πίνακας 4 Παρατηρηθείσα γενική θνησιμότητα σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες την περίοδο του μεσοπολέμου.....	52
6. Πίνακας 5 Ειδική κατά αιτία θνησιμότητα στην Ελλάδα.....	53
7. Πίνακας 6 Παρατηρηθείσα και διορθωμένη βρεφική θνησιμότητα στην Ελλάδα, 1921-1938. (Θάνατοι βρεφών ανά 1000 γεννήσεις ζώντων).....	55

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

1. Εικόνα 1 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ασφάλεια και την υγείας στην εργασία.....88
2. Εικόνα 2 Συσχέτιση της αύξησης της ανεργίας 1970-2007.....91
3. Εικόνα 3 Η επίδοση του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα.....99
4. Εικόνα 4 Δείκτες ανεργίας και αυτοκτονίες ανά 100.000 (2000-2012).....99
5. Εικόνα 5 Κατανάλωση φαρμάκων για ψυχικές νόσους την περίοδο 2006-2011.....102
6. Εικόνα 6 Η επίδοση του υγειονομικού τομέα-Συγκριτικός Πίνακας.....104
7. Εικόνα 7 Η επίδοση του υγειονομικού τομέα-Το κόστος χρόνου και χρήματος.....105

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αγγελόπουλος Α. «Οικονομικά». Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 1974
2. Αθανασάκης Κ, Καρέλα Α, Καραμπλή Ε, Κυριόπουλος Ι, Λιονής Χ, Μυλωνά Κ, Σουλιώτης Κ, Τριτάκη Γ, Τσιάντου Β. «Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στην δημόσια υγεία. Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης-ΕΣΔΥ» 2009. Διαθέσιμο στο www.ita.org. [5.11.2012]
3. Αθανασάκης Κ, Καρέλα Α, Καραμπλή Ε, Κυριόπουλος Ι, Λιονής Χ, Μυλωνά Κ, Σουλιώτης Κ, Τριτάκη Γ, Τσιάντου Β. «Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στην δημόσια υγεία. Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης-ΕΣΔΥ» 2009. Διαθέσιμο στο www.ita.org. Επίσκεψη στις [5.12.2012]
4. Αλεξιάδης Α.Δ. Εισαγωγή στο δίκαιο της υγείας. Εκδόσεις Μ. Δημοπούλου, Θεσσαλονίκη, 1999
5. Αλιβιζάτος Γ. «Μνημόνιον Υγιεινής», Αθήναι, 1946, τ. 1 τχ. Α', 50-65, 93-129
6. Αλιβιζάτος Γ., «Η κίνησης του πληθυσμού της υπαίθρου και των πόλεων» Αγροτικών Μέλλον, 16.12.1939
7. Αναγνωστόπουλος, Ν., Ο κάμπος των Σερρών: μελέτη συγκριτικής γεωπονικής (Αθήνα 1936), σελ. 54
8. Ανδριώτης Ν., «Η αποκατάσταση των προσφύγων», στο «Η Ελλάδα τον 20ο αιώνα. 1920-1930», Επτά Ημέρες / Καθημερινή, 31 Οκτωβρίου 1999[β], σελ. 26-27.
9. Ανώνυμος. «Στρατιωτική οργάνωσις της Ελλάδος». Μεγάλη Στρατιωτική και Ναυτική Εγκυκλοπαιδεία. Τόμ. 3ος. Αθήνα 1929 σελ. 121
10. Ανώνυμος. Στρατιωτικόν Τυπογραφείον(Εκδοση του Γραφείου Μελετών της Διεύθυνσης Υγειονομικού του Γενικού Επιτελείου Στρατού), Αθήνα, 1966
11. Βαλαώρας Β. «Η μητρική θνησιμότης εν Ελλάδι», Πρακτικά Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών, 1941, 194-199.
12. Βαλαώρας Β. «Στοιχεία Βιομετρίας και Βιοστατιστικής», Αθήναι, 1943, 79-84
13. Βαλαώρας Β. «Το πρόβλημα της θνησιμότητος εν Ελλάδι», Πρακτικά Ακαδημίας Αθηνών, 7. 15 Αθήνα, 1940, 205-21
14. Βαρλάς Μ., «Οι πρόσφυγες» στο Ιστορία των Ελλήνων, Δομή, Αθήνα 2000, τόμος 15, σελ. 238-283.
15. Βαρλάς Μ., «Οι πρόσφυγες» στο Ιστορία των Ελλήνων, Δομή, Αθήνα 2000, τόμος 15, σελ. 238-283.
16. Βεργόπουλος Κ., χ.χ. «Η Ελληνική Οικονομία από το 1926 ως το 1935». Στο: Ιστορία του Ελληνικού Έθνους 1978
17. Βετσόπουλος Α, «Η Ελλάδα και το σχέδιο Μάρσαλ», εκδ: Gutenberg, Αθήνα, 2007
18. Βισβίζη Άννα , «The crisis in Greece and the EU-IMF rescue package: Determinants and pitfalls» 2012
19. Βλαδίμηρος Λ. «Το υγειονομικό στον ελληνοτουρκικό πόλεμο το 1897». Εκδ. Λογοθέτης 1997.

20. Γιαννίσης Τ., 1986.
21. Γκιάλας Μ. «Εμπειρίες ενός Χειρουργού από τον εμφύλιο πόλεμο 1946-1949» Αθήνα, 1995
22. Γοργογιάννης Σ. «Η Ιατρική Περίθαλψη κατά τη διάρκεια της Γερμανοϊταλικής Κατοχής» Αθήνα, 1995
23. Δ. Κατσαδώρας, Ε. Μπεκιάρη, Κ. Καρύδη κ.ά., «Γραμμή Βοήθειας για την αποτροπή των αυτοκτονιών 1018: χαρακτηριστικά των καλούντων, Ιανουάριος-Δεκέμβριος 2010»
24. Δημόσια Υγεία και Κοινωνική Πολιτική: ο Ε. Βενιζέλος και η εποχή του. Εθνικό Ίδρυμα ερευνών και μελετών Ε. Βενιζέλος, εκδ. Παπαζήση, 2008
25. Διεύθυνσις Ιστορίας Στρατού. «Ιστορία της οργανώσεως του Ελληνικού Στρατού 1821-1954». Αθήνα 1957
26. Δρίτσας Α., Κυρζόπουλος Σ., Πάλμος Ε., Πολυζόπουλος Ε., «Οικονομική κρίση και υγεία» ΙΑΤΡΟΙ, 22 Νοεμβρίου, Αθήνα 2011. Διαθέσιμο: <http://www.iatroi.blog.com> [12.1.2013]
27. ΕΑΠ, Εποικισμός Μακεδονίας-Θράκης, Υγειονομική Υπηρεσία, Περίληψις πεπραγμένων υγειονομικής υπηρεσίας 1925-1929 (Αθήνα 1929), σελ. 4
28. ΕΚΤΕΠΙΝ (Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά), «Ετήσια έκθεση: Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οιοπνευματωδών στην Ελλάδα», Αθήνα, 2010
29. Ευαγγελίδης Τ. «Ο Ελληνοτουρκικός Πόλεμος». Τόμοι Α' και Β'. Εν Αθήναις εκδ. 'Α.Δ. Φέξη. 1898)
30. Ζαβιτσάνος Θ. «Η μητρική θνησιμότης εν Ελλάδι, Αθήναι, 1964. Χατζηδάκης Σ., «Η μητρότης στην ύπαιθρο», Ακτίνες, 1952, τ. 128, 263-268. Παπακώστας Γ., «Η προστασία της μητρότης και της παιδικής ηλικίας», Ελληνική Ιατρική, 1950, τ. 17, 405-417
31. Ζάκκα, Α., «Αι κοινωνικαί ασφαλίσεις», π. Εργασία, αρ. 127, της 4 Ιουν. 1932, σσ. 691-692.
32. Ζάκκα, Α., «Αι κοινωνικαί ασφαλίσεις», π. Εργασία, αρ. 127, της 4 Ιουν. 1932, σσ. 691-692.
33. Ζηλίδης, Χ., Η ανοιχτή περίθαλψη στην ελληνική ύπαιθρο 1922-1983 (αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή, Θεσσαλονίκη 1988), σελ. 72
34. Θεοδωράκης Π. (2009) Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Το παράδειγμα του Δήμου Αθηναίων. Παρουσίαση στην ημερίδα 'Τοπική αυτοδιοίκηση και ΠΦΥ', Θεσσαλονίκη, 27.11.09
35. Θεοφιλόπουλος Ι. «Η επιμελητεία εν εκστρατεία». Εν Αθήναις. Τυπογραφείο Υπουργείου Στρατιωτικών 1909. Σελ. 464, 485
36. ΙΜΕ (ηλεκτρονική εγκυκλοπαίδεια) και Ανδρότης (199α). Σύμφωνα με τους Morgenthau (1994, σελ. 122), το Ταμείο διαλύθηκε στις 31 Οκτωβρίου 1923
37. Καπανίδης Ν. «Η Κλειστή Περίθαλψη στο νεοελληνικό κράτος» (1909-1940). Διδακτορική Διατριβή, Θεσσαλονίκη 1988

38. Καπανίδης Ν. «Η Κλειστή Περίθαλψη στο νεοελληνικό κράτος» (1909-1940). Διδακτορική Διατριβή, Θεσσαλονίκη 1988
39. Καρατζιού, Ντ., «Η κοινωνία σε ανθρωπιστική κρίση», Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία, 24.7.2011
40. Κατσάπης Κ., "Δημόσια υγεία, πρόσφυγες και κρατική παρέμβαση στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου", στο: Τζεδόπουλος, Γιώργος (επιμ.), Πέρα από την Καταστροφή: Μικρασιάτες πρόσφυγες στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου, Ίδρυμα Μείζονος Ελληνισμού, Αθήνα 20072 (πρώτη έκδοση: Αθήνα 2003)
41. Κοντιάδης Ξ, Καλατζής Ν, Μίχος Λ, Μπιτσάνη Ε, Τσέκος Θ. Κοινωνική πολιτική και τοπική αυτοδιοίκηση. Αθήνα, ΙΤΑ, 2006
42. Κοπανάρης, Φ., Η δημόσια υγεία εν Ελλάδι (Αθήνα 1933), σελ. 49
43. Κυριόπουλος Γ. «Η υγεία στη δίνη της οικονομικής κρίσης» ΕΣΔΥ, Αθήνα, 2012
44. Κυριόπουλος Γ. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. 16ο Πανελλήνιο Συνέδριο εσωτερικής Παθολογίας. Αθήνα 13.10.2010
45. Κυριόπουλος Γ., Τσιάντου Β. «Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη», ΕΣΔΥ, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2010, 27(5) 834-840
46. Κυριόπουλος Γ. Ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα: από την υπανάπτυξη στην κρίση. Στο βιβλίο Οι Υπηρεσίες Υγείας: Οργάνωση, Διοίκηση, Προγραμματισμός. European Institute of Social Security, Αθήνα, 1999
47. Κωνσταντίνος Βεργόπουλος, «Η Ελληνική οικονομία από το 1926 έως το 1935», Ιστορία του Ελληνικού Έθνους, τ. ΙΕ, εκδόσεις "Εκδοτική Αθηνών".
48. Κωνσταντοπούλου, Αικ. (2004) «Η Πρόληψη στην Υγεία στην Ελλάδα» διαθέσιμο: www.archive.gr
49. Λειβαδάς Γ. «Οι πρώτες ιατρικές ακτινογραφίες στην Ελλάδα». Ελληνική Ακτινολογία 26:347 1995
50. Λιάκος Α. (1988) «Ο Ελ. Βενιζέλος και το Διεθνές Γραφείο Εργασίας», στο Μαυρογορδάτος, Γ. και Χατζηιωσήφ, Χρ. (επιμ.) Βενιζελισμός και Αστικός Εκσυγχρονισμός, Ηράκλειο, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης, σς. 255-270
51. Λιάκος Α. «Εργασία και Πολιτική στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου», ΜΙΕΤ Αθήνα, 1993
52. Λιάκος, Α., Εργασία και πολιτική στην Ελλάδα του μεσοπολέμου: Το Διεθνές Γραφείο Εργασίας και η ανάδυση των κοινωνικών θεσμών, Ίδρυμα Έρευνας & Παιδείας της Εμπορικής Τράπεζας της Ελλάδος. Αθήνα 1993, σελ. 323.
53. Λιαρόπουλος Λ. «Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας» Τόμ. Α', εκδ. Βήτα, Αθήνα 2007
54. Λιαρόπουλος Λ. Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας. Διεθνή Συστήματα Υγείας. Β τόμος. Εκδ. Βήτα medical arts, Αθήνα, 2010
55. Λιαρόπουλος Λ. Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας. Τόμ. Α', εκδ. Βήτα, Αθήνα 2007
56. Λιβαδάς Γ., Σφάγγος Ι. «Η ελονοσία εν Ελλάδι(1930-40), Αθήναι, 1940, 56-69, 237-240., Κοπανάρης Φ. «Η δημόσια υγεία εν Ελλάδι», Αθήναι, 1933, 45-53, 466-485

57. Μακαρώνη Ν. Παλουκτσή Β. Υπάρχει Νότιο Ευρωπαϊκό Μοντέλο Κοινωνικής Πρόνοιας; Πτυχιακή Εργασία, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης. 2008
58. Μανιού Μ, Ιακωβίδου Ε. Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. Το Βήμα του Ασκληπιού, τόμ. 8ος, τεύχ. 4ο, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 2009
59. Μάντη Π, Τσελέπη Χ. «Κοινωνιολογική και Ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων/υπηρεσιών υγείας». Τόμος Α. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 2000.
60. Μαρκ Μαζάουερ, Η Ελλάδα και η οικονομική κρίση του μεσοπολέμου, εκδ. ΜΙΕΤ
61. Μαστρογιάννης Ι., «Ιστορία της Κοινωνικής Πρόνοιας της Νεότερας Ελλάδος (1821-1960), Αθήνα 1960: 329-330.
62. Μαστρογιάννης Ι. «Ιστορία της κοινωνικής πρόνοιας της νεωτέρας Ελλάδας», Αθήνα 1960
63. Μαστρογιάννης Ι. Ιστορία της κοινωνικής πρόνοιας της νεωτέρας Ελλάδας, 1821, Αθήνα 1960
64. Μαστρογιάννης, Ιωάννης(1960), «Ιστορία της Κοινωνικής Πρόνοιας της Νεότερας Ελλάδος (1821-1960)», Αθήναι.
65. Μεγάλη Στρατιωτική και Ναυτική Εγκυκλοπαίδεια. Τόμ. 4ος, σελ. 161-162
66. Μπαζίγλης Γ. «Ανδρέας Συγγρός». Εκδ. Δημιουργία. Αθήνα 1996.
67. Νικολαΐδης Γ., Σακελλαρόπουλος Σ., «Δημόσια Υγεία Και Κοινωνική Πολιτική: Ο Ελευθέριος Βενιζέλος και η εποχή του» ΕΣΔΥ-Εθνικό Ίδρυμα ερευνών και μελετών Ελευθέριος Βενιζέλος. Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2008
68. Οικονομόπουλος, Ν., Η οργάνωσις του αντιφυματικού αγώνος: αι ενδεικνύμεναι κατευθύνσεις από ιατρικής, κοινωνικής και οικονομικής απόψεως, Αθήνα, 1936, σελ. 6
69. Οικονομόπουλος, Ν., Η φυματίωσις ως κοινωνική νόσος και τα ενδεικνύμενα μέτρα προς καταπολέμησιν αυτής, σελ. 28. Αθήνα 1930
70. Πανουτσοπούλου, Κασσιανή(1984), «Κοινωνική Πρόνοια:ιστορική εξέλιξη-σύγχρονες τάσεις-», Αθήνα. Εκδ. Γρηγόρη
71. Παπαδάκη, Αντ. Μ. Το Υγειονομικό έργο του Ελευθερίου Βενιζέλου. Βεκελαία Βιβλιοθήκη Ηρακλείου Κρήτης
72. Παπαδογιαννάκης, Ν. «Το σύστημα υγείας στη Σμύρνη στις αρχές του αιώνα μας». Ιατρικό Βήμα τεύχ. 42 σσ 50-55, 1995
73. Παπαθεοδώρου, Ι. «Περί της πρώτης επιδέσεως των τραυματιών επί του πεδίου της μάχης». Ιατρική Πρόοδος. 11:170 1906
74. Παπαθεοδώρου, Ι. «Σπουδαιότης των νεοτέρων πολέμων. Θνητότης των τραυματιών των κατά τα τελευταία πενήκοντα έτη πολέμων. Η επίδρασις της αντισηπτικής μεθόδου. Ο Ελληνοτουρκικός Πόλεμος». Ιατρική Πρόοδος 4:95 1899
75. Πατρώνης, Β. και Λιαργκόβας Π., 2003
76. Πελαγίδης Σ., Προσφυγική Ελλάδα (1913-1930). Ο πόνος και η δόξα, Αφοι Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη 2003.
77. Πομόνης, Δ. (1925) Υγειονομική Νομοθεσία. Αθήνα

78. Πραντσίδου, Δ. «Σύνδεση οικονομικής ανάπτυξης και υγειονομικών ανισοτήτων». Επιθεώρηση Υγείας 2010; 21(126): 10-14
79. Ρηγίνου., «Παραγωγικές δομές και ημερομίσθια στην Ελλάδα, 1909-1936», Ίδρυμα Έρευνας και Παιδείας της Εμπορικής Τράπεζας της Ελλάδος, Αθήνα 1987
80. Ρηγίνου., «Παραγωγικές δομές και ημερομίσθια στην Ελλάδα, 1909-1936», Ίδρυμα Έρευνας και Παιδείας της Εμπορικής Τράπεζας της Ελλάδος, Αθήνα 1987, σσ. 163 κ. εξ.
81. Ροδάκη, Δ., «Οι κοινωνικές ασφαλίσεις στις σημερινές και στις μελλοντικές κοινωνίες», Αθήνα 1933, σσ. 27-29
82. Ρωμαίος, Γ. «Πως η βοήθεια δεν έφτασε στους Έλληνες». ΤΑ ΝΕΑ, 2012
83. Σαββάκης, Μ. «Νόσος του Hansen και κοινωνικός μετασχηματισμός: το λεπροκομείο της Σπιναλόγκα 1903-1957» εκδ. Σύναμις, 05, 70-84 2007
84. Σακελλαρόπουλος Θ. «Οικονομία, Κοινωνία, Κράτος στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου». Πληροφόρηση Αθήνα 1991
85. Σιάμπος Γ. «Δημογραφική εξέλιξις της νεωτέρας Ελλάδος(1821-1985)», Αθήναι, 1973, 90-105. Κατσουγιαννόπουλος Β., Εδιπίδης Θ. «Σύγχρονοι δημογραφικοί ροπαί της Ελλάδος 1951-1971», Επιστημονική Επετηρίς της Ιατρικής Σχολής του Α.Π.Θ., 1973, 449-554
86. Σιγάλας, Ι. (1999). Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Στο : Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο. Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις (σελ. 15–97). Τόμος Δ΄, Πάτρα: Εκδ. Ε.Α.Π.
87. Σιούσιουρας Π. Γεωπολιτική των Μεγάλων Δυνάμεων, εκδ. Σιδέρης, Αθήνα, 2011
88. Σουλιώτης Κ. «Ο ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας». Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2000
89. Σουλιώτης Κ., Χρυσάκης Μ., «Οικονομικές και Κοινωνικές Ανισότητες στην Υγεία και τις Υπηρεσίες Υγείας». Αθήνα, 2007
90. Στασινός Π. «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις» MEDVOI 365, 21 Ιουλίου, Αθήνα 2012
91. Στασινός Π. «Αναβάθμιση του Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις» MEDVOI 365, 21 Ιουλίου, Αθήνα, 2010
92. Τούντας Γ (2008). Αγωγή & Προαγωγή Υγείας. Διαθέσιμο στο www.asclepieion.mpl.uoa.gr. [9.11.2012]
93. Τρομπούκης Κ., Λιονής Χ., «Η δημόσια υγεία και η πρωτοβάθμια περίθαλψη στο νομοθετικό έργο των κυβερνήσεων Βενιζέλου» εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2008
94. Τσακαλογιάννης, Πάνος., 2000, Σύγχρονη Ευρωπαϊκή Ιστορία από την Βαστίλη στο τείχος του Βερολίνου, τ. Β΄, Εστία, Αθήνα, 319 και Davies, Norman., 1996, Europe, A History, Pimlico, London, 1063.
95. Υφαντόπουλος Ι. Κοινωνικό-οικονομική ανάπτυξη και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Ιατρική τεύχ. 50, σελ 14-25, Αθήνα, 1986

96. Υφαντόπουλος Κ. «Τα Οικονομικά της Υγείας, Θεωρία και Πολιτική» εκδ. Δαρδανός, 2003.
97. Χ. Τρικούπης, Η ιστορία της ελληνικής επανάστασεως, τόμος Γ, Γιοβάνη, Αθήνα, 1978
98. Χαραλάμπους Α, Τσίτση Θ. «Οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στον τομέα της υγείας και η ανάπτυξη ενός υπερεθνικού ρυθμιστικού πλαισίου». Αθήνα, 2009
99. Χατζηκώστας Α. «Το δόγμα Τρούμαν και το Σχέδιο Μάρσαλ» (Η αλήθεια μέσα από Ντοκουμέντα), 2007
100. Χρυσοχού, Α., «Ελληνική κοινωνική ασφάλισης: συμβολή εις την βελτίωσίν της», Αθήνα 1945, σσ. 16-24.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Abel-Smith, 1992. Schieber G.J και Poulrier J.P., 1991
2. BERARD V. «Κρητικές υποθέσεις. Οδοιπορικό 1897». Αθήνα. Εκδ. Τροχαλία 1994 ΚΑΙ «Η Κρητική Επανάσταση και ο Ελληνοτουρκικός Πόλεμος του 1897». Αθήνα. Εκδ. Ειρμός 1991).
3. Black D, Morris J, Snith, C, Townsend P. The Black Report. Department of Health and Social Security. London HMSO, 1980
4. Carassava, «Crime casts long shadow over Athens», Los Angeles Times, 31.5.2011· E.G. Krug, J.A. Mercy, L.L. Dahlberg, A.B. Zwi, «The world report on violence and health», Lancet, τόμ. 360 (2002), σ. 1083-1088
5. D. Paraskevis, A. Hatzakis, «An ongoing HIV outbreak among intravenous drug users in Greece: preliminary summary of surveillance and molecular epidemiology data», EMCDDA Early Warning System, 2011
6. D. Paraskevis, G. Nikolopoulos, C. Tsiara κ.ά., «HIV-1 outbreak among injecting drug users in Greece, 2011: a preliminary report», Eurosurveillance, τ. 16, 2011
7. David Stuckler, Sanjay Basu, Marc Suhrcke, Martin McKee. The health implications of financial crisis: A review of the evidence. Ulster Med J 2009; 78(3): 142-145
8. Economou A, Nikolaou A, Theodossiou I. Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Labour Market Research. University of Aberdeen, UK, Business School Working Paper Series, 2007 διαθέσιμο: <http://abdn.ac.uk> [26.11.2012]
9. ΕΚΤΕΡΝ, «Report of the ad hoc expert group of the Greek focal point on the outbreak of HIV/AIDS in 2011»
10. European Commission. The Social Situation in the European Union. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities, 2003
11. Ferguson N. Α' Παγκόσμιος Πόλεμος. Στρατιωτική, διπλωματική, οικονομική και κοινωνική ιστορία 1914-1918. Εκδ. Ιωλκός, 2008
12. Gregory, Frumkin. "Population Changes in Europe Since 1939", Geneva 1951. pp. 89-91
13. Health Inequalities. UK Public Health Association; 2005
14. Independent Inquiry into Inequalities in Health Report. The Stationery Office, London, 1999
15. International labour organization. Global employment trends 2009. ILO, Geneva, 2009.: διαθέσιμο: <http://www.ilo.org> [4.12.2012]
16. K. Sundquist, H. Theobald, M. Yang, X. Li, S.E. Johansson, J. Sundquist, «Neighborhood violent crime and unemployment increase the risk of coronary heart disease: a multilevel study in an urban setting», Soc Sci Med, τόμ. 62 (2006), σ. 2061-2071

17. Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanicolas I., Basu S., Mckee M., Stuckler D. «Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy» THE LANCET, October 10, 2011, p. 1457
18. Mackenbach JP. Health Inequalities: Europe in profile. Expert report, UK Presidency of the EU, 2005
19. Marmot Mg, Bell R.,(2009) , «How the financial crisis affect health?», Department of Epidemiology and Public Health, London.
20. McKee M, Suhrcke M, Nolte E, Lessof S, Figueras J, Duran A, Menabde N. Health systems, health and wealth: a European perspective. Lancet 2009; 373(9660):349-351
21. McKee M, Suhrcke M, Stuckler D, Basu S, Coutts A. The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis. Lancet 2009; 374:315-323
22. Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J. Funding health care: options for Europe. OpeUniversityPress, Philadelphia, 2002
23. Mossialos E, Le Grand J. Health Care and Cost Containment in the European Union. Aldershot, Ashgate, 1999
24. Musgrove P. The economic crisis and its impact on health and health care in Latin America and the Caribbean. International Journal of Health Services 1987; 17: 411-441
25. Reymond Cartie, «Ιστορία του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου», Πάπυρος, Αθήνα, 1964
26. Rosenthal, Charles, Hart, 1989
27. Ruhm C. Macroeconomic conditions, health and government policy. In: Schoeni R, House JS, Kaplan GA, Pollack H. Making Americans healthier: Social and economic policy aw health policy. Russell Sage, New York, 2008
28. Sells CW, Blum RW. Morbidity and mortality among US adolescents: an overview of data and trend. American Journal of Public Health 1996; 86(4): 513-519
29. Societe des Nations, Annuarrie Statistique de la Societe des Nations, 1936/37
30. Stuckler D, Basu S, SuhrckeM, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. Lancet 2009;374:315-23
31. Wagstaff A. Poverty and health sector inequalities. Bulletin of the World Health Organization 2002; 80:97-105
32. Waters H, Saadah F, Pradham M. The impact of the 1997-97 East Asian economic crises on health and health care in Indonesia. Health policy and planning 2003; 18(2): 172-181
33. WHO, «The financial crisis and global health». Geneva: 2009. Διαθέσιμο: <http://www.who.int>

Διαδικτυακές Πηγές

1. www.myadvisor.gr
2. www.academia.edu
3. www.ita.org.gr
4. www.army.gr
5. www.euro.who.int
6. www.iatrikionline.gr
7. www.medvoi365.gr
8. www.ggka.gr
9. www.iatroi.blog.com
10. www.healthview.gr
11. www.nsph.gr
12. www.archive.gr
13. <http://el.wikipedia.org>
14. www.issa.int

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



*Άξιωματικοί του Ύγειονομικού και αδελφές νοσοκόμες κατά τὰ τέλη του περασμένου αιώνα.
Στό μέσο τῆς πρώτης σειρᾶς ὁ ἰατρός Ἰ. Παπαθεοδώρου.
(Συλλογή τοῦ συλλόγου «Φίλοι Μουσείου Ἑλληνικῆς Ἱατρικῆς»).*

*Άξιωματικοί του Υγειονομικού και αδελφές νοσοκόμες κατά τα τέλη του 19^{ου} αιώνα
(Πηγή: Βλαδίμηρος Α. «Το υγειονομικό στον ελληνοτουρκικό πόλεμο του 1897» Αθήνα,
εκδ. ΛΟΓΟΘΕΤΗΣ, 1997, σ. 208)*

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΟΥ ΣΤΡΑΤΟΥ

ΜΗΝΙΑΙΟΝ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΝ

ΕΚΔΙΔΟΜΕΝΟΝ ΕΓΚΡΙΣΕΙ ΤΟΥ ΕΠΙ ΤΩΝ ΣΤΡΑΤ. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ

ΤΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΤΩΝ

ΙΩ. Ε. ΤΥΠΑΛΔΟΥ	ΙΑΤΡΟΥ	ΔΗΜ. ΚΑΜΠΟΥΡΟΓΛΟΥ	ΙΑΤΡΟΥ
ΔΕΩΝ. ΑΜΠΕΛΑ	»	ΑΛΕΞ. Ι. ΧΩΜΑΤΙΑΝΟΥ	Υ. 'ΑΤΡΟΥ
ΣΟΑ. Ν. ΧΩΜΑΤΙΑΝΟΥ	»	ΣΤΑΜ. ΑΝΤΩΝΙΑΔΟΥ	»

ΕΤΟΣ Α'. ΤΟΜΟΣ Α'.



ΕΝ ΑΘΗΝΑΙΣ

ΕΚ ΤΟΥ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟΥ Α. ΚΟΛΔΑΡΑΚΗ ΚΑΙ Ν. ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ

— Κέντρο τοῦ Δημοκράτου —

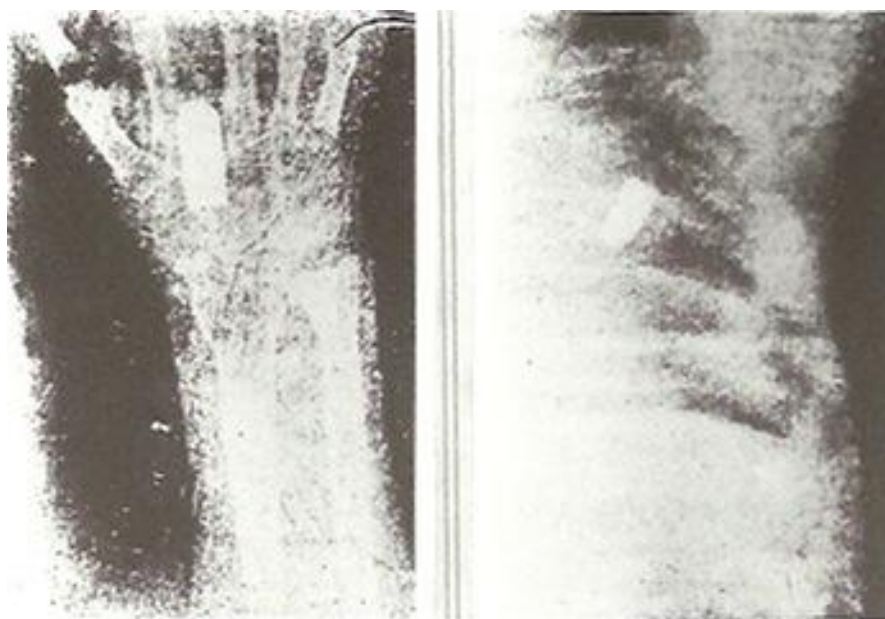
1891

Τό ἐξώφυλλο τοῦ πρώτου ἰατρικοῦ περιοδικοῦ τοῦ στρατοῦ. Ὅλα τά μέλη τῆς συντακτικῆς ἐπιτροπῆς ἔλαβαν μέρος στόν πόλεμο τοῦ 1897.

Το εξώφυλλο του πρώτου ιατρικού περιοδικού του στρατού. Όλα τα μέλη της συντακτικής επιτροπής έλαβαν μέρος στον πόλεμο του 1897. (Πηγή: Βλαδίμηρος Α. «Το υγειονομικό στον ελληνοτουρκικό πόλεμο του 1897» Αθήνα, εκδ. ΛΟΓΟΘΕΤΗΣ, 1997, σ. 42)



Η βασίλισσα Όλγα και ο τραυματίας πολέμου Παύλος Κουζούνας με τη μητέρα του. Απρίλιος 1897. (Πηγή: Βλαδίμηρος Α. «Το υγειονομικό στον ελληνοτουρκικό πόλεμο του 1897» Αθήνα, εκδ. ΛΟΓΟΘΕΤΗΣ, 1997, σ. 219)



Ακτινογραφίες που παρακινιάζουν βολίδες όπλου Martini σε «άκρα χείρα και θώρακα».

Ακτινογραφίες που παρουσιάζουν βολίδες όπλου Martini σε «άκρα χείρα και θώρακα». Οι πρώτες ακτινογραφίες στην ελληνική ιστορία. (Πηγή: Βλαδίμηρος Α. «Το υγειονομικό στον ελληνοτουρκικό πόλεμο του 1897» Αθήνα, εκδ. ΛΟΓΟΘΕΤΗΣ, 1997, σ. 213)