

Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΥΠΑΙΘΡΟ

ΧΡΗΣΤΟΣ ΖΗΛΙΔΗΣ

1. Ο ΑΓΡΟΤΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ

Η δομή της ελληνικής κοινωνίας παρουσιάζει – σε σχέση με τα ευρωπαϊκά δεδομένα – μια αξιοσημείωτη ιδιομορφία, που συνίσταται στην ύπαρξη ενός σημαντικά μεγάλου ποσοστού αγροτικού πληθυσμού, τόσο υπό τη δημογραφική όσο και υπό την οικονομική έννοια του όρου: Το 30,3% του ελληνικού πληθυσμού κατοικεί σε οικισμούς με λιγότερους από 2000 κατοίκους, ενώ το 28% του ενεργού πληθυσμού απασχολείται στον αγροτικό τομέα της οικονομίας. Επιπλέον το 11,6% διαμένει σε ημιαστικές περιοχές – δηλαδή σε οικισμούς με πληθυσμό 2000-9999 κατοίκους – οι οποίες παρουσιάζουν σημαντικές κοινωνικές και υγειονομικές ομοιότητες με τις αγροτικές.

Από δημογραφικής πλευράς ο αγροτικός πληθυσμός χαρακτηρίζεται από μεγάλο ποσοστό υπερηλικών και αντίστροφα μικρό ποσοστό ατόμων των παραγωγικών ηλικιών. Πράγματι, κατά την απογραφή του 1981, τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών αποτελούσαν το 17,2% του πληθυσμού της υπαίθρου και μόλις το 10,4% των πόλεων. Αντίθετα οι ηλικίες 15-44 ετών μετείχαν στον αστικό πληθυσμό με ποσοστό 43,9% ενώ στον αγροτικό με 34,8%¹. Ένα δεύτερο σημαντικό χαρακτηριστικό του αγροτικού πληθυσμού είναι ο μεγάλος βαθμός διασποράς του σε πολλούς και μικρούς οικισμούς: Υπάρχουν 11,5 χιλιάδες οικισμοί με λιγότερους από 2.000 κατοίκους από τους οποίους οι 8,5 χιλιάδες έχουν κανονική μορφή χωριού με περισσότερους από 50 κατοίκους.

Όταν συνεπώς γίνεται λόγος για την πρωτοβάθμια περίθαλψη της υπαίθρου, ουσιαστικά αναφερόμαστε σε 3,5-4 εκατομμύρια κατοίκους (ολόκληρο τον αγροτικό πληθυσμό και το μεγαλύτερο μέρος του ημιαστικού, που ιατρικά καλύπτεται με τον ίδιο τρόπο) κατεσπαρμένους σε χιλιάδες χωριά, με μεγάλη αναλογία υπερηλικών, και χωρίς δυνατότητες άμεσης πρόσβασης στα νοσοκομεία – τα οποία άλλωστε βρίσκονται συγκεντρωμένα στις πόλεις. Έτσι η πρωτοβάθμια περίθαλψη στην υπαίθρο αποκτά μια ιδιαίτερη σημασία, σαν ο σημαντικότερος μηχανισμός ιατρικών υπηρεσιών, σε έναν χώρο με δυσμενείς για την υγειονομική του κάλυψη ιδιαιτερότητες.

2. Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΑΓΡΟΤΩΝ

Η εμφάνιση των κοινωνικών ασφαλίσεων στην υπαίθρο πραγματοποιήθηκε αναμφίβολα αρκετά καθυστερημένα. Ενώ η ασφαλιστική κάλυψη του αστικού πληθυσμού είχε πρακτικά ολοκληρωθεί ήδη από την περίοδο του Μεσοπόλεμου – με την ίδρυση του ΙΚΑ το 1934 και την έναρξη της λειτουργίας του το 1937, την ίδρυση του ΤΕΒΕ και του ΤΑΕ το 1934 κ.λπ. – εντούτοις για τους αγρότες, μέχρι το 1955, δεν θεσπίστηκε ουσιαστικά κανένα μέτρο κοινωνικής προστασίας. Μόνη εξαίρεση α-

ποτελεί το ΝΔ 2592/53 «Περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως» το οποίο προέβλεπε την ίδρυση μιας εκατοντάδας περίπου Υγειονομικών Σταθμών, για την παροχή περίθαλψης στην υπαίθρο². Παρόλα αυτά όμως πραγματική αφετηρία της ασφάλισης υγείας των αγροτών δεν μπορεί να θεωρηθεί παρά μόνο το 1955, οπότε ψηφίστηκε ο Ν. 3487 «Περί κοινωνικής ασφάλισης των αγροτών» με τον οποίο το κράτος αναλάμβανε την παροχή της ιατρικής τους περίθαλψης³. Ο Ν. 3487/55 προέβλεπε την ίδρυση 1500 Κοινοτικών και Αγροτικών ιατρείων και 150 Υγειονομικών Σταθμών⁴. Πέρα από την παροχή ιατρικών υπηρεσιών ο νόμος προέβλεπε ακόμη την παροχή νοσοκομειακής και φαρμακευτικής περίθαλψης καθώς και παρακλινικών εξετάσεων. Τα σχετικά όμως με τη φαρμακευτική περίθαλψη και τις παρακλινικές εξετάσεις διατάγματα δεν δημοσιεύθηκαν ποτέ. Σύμφωνα με το Ν. 3487/55 η παροχή των ιατρικών και νοσοκομειακών υπηρεσιών γίνεται δωρεάν για όσους χαρακτηρίζονται ως άποροι (με βάση το περίφημο «πιστοποιητικό απορίας») ενώ για τους θεωρούμενους ως εύπορους επί πληρωμή.

Ο Ν. 3487/55 αποτέλεσε συνεχώς μέχρι το 1983 τη βάση της ανάπτυξης ολόκληρου του συστήματος περίθαλψης των αγροτών, ενώ όλα τα μετέπειτα νομοθετικά μέτρα απέβλεπαν απλά και μόνο σε συμπληρώσεις ή τροποποιήσεις αυτού του βασικού κορμού.

Το 1961, με το Ν. 4169, ιδρύεται ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) μέσω του οποίου η κοινωνική ασφάλιση των αγροτών επεκτάθηκε στον τομέα των συντάξεων και στην κάλυψη της αγροτικής παραγωγής⁵. Το δίκτυο των ιατρείων παραμένει πάντα υπό την ευθύνη του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών, αλλά τώρα αναφέρεται από το νέο οργανισμό και σαν «κλάδος ασφάλισης ασθενείας» του ΟΓΑ.

Το 1964 (ΝΔ 4440/64) τα Κοινοτικά και Αγροτικά Ιατρεία μετονομάζονται σε Αγροτικά Ιατρεία Α' και Β' τάξης αντίστοιχα, ενώ συγχρόνως θεσπίζεται η διάκριση σε πεδινά - ημιορεινά - ορεινά, με στόχο τη δημιουργία κινήτρων για τη στελέχωση των περισσότερο προβληματικών από αυτά⁶. Το 1966, με το ΒΔ 984 καθιερώνεται η δωρεάν νοσοκομειακή περίθαλψη και το πιστοποιητικό απορίας καταργείται⁷. Δύο χρόνια αργότερα, το ΝΔ 67/68 επιχειρώντας να δώσει κάποια λύση στο πρόβλημα της ανεπαρκούς στελέχωσης των ιατρείων, θεσπίζει την «υποχρεωτική υπηρεσία της υπαίθρου» για όλους τους νέους απόφοιτους ιατρικών σχολών Έλληνες υπήκοους⁸. Με Υπουργική απόφαση η διάρκεια της υποχρεωτικής υπηρεσίας θεσπίστηκε για πρώτη φορά μόλις το 1978 με το Ν. 888/78, και συγκεκριμένα εξακόσιες (600)⁹. Το 1982, με το Ν. 1287/82 καθιερώθηκε η δωρεάν φαρμακευτική περίθαλψη για όλους του αγρότες¹⁰.

Η ψήφιση του Ν. 1397/83 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας αποτελεί ένα σημαντικότερο σταθμό στην εξέλιξη της πρωτο-

βάθμιας περίθαλψης στην ύπαιθρο, δεδομένου ότι προδιαγράφει μια ριζική αναδιοργάνωση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας της χώρας.

3. ΟΙ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΠΑΙΘΡΟ

3.1. Μορφές υγειονομικών σχηματισμών

Μέσα από το πλέγμα των νομικών ρυθμίσεων που έχουν υπάρξει για την πρωτοβάθμια περίθαλψη των αγροτών, οι υπηρεσίες αυτές στην ύπαιθρο έχουν μορφοποιηθεί ως εξής:

I. Τα αγροτικά Ιατρεία διακρίνονται σε δύο τύπους: Α' τάξης και Β' τάξης. Αγροτικά Ιατρεία Α' τάξης υπάρχουν σε κοινότητες (ή συνδέσμους κοινοτήτων) με πληθυσμό άνω των 3000 κατοίκων, ή κατ' εξαίρεση με μικρότερο πληθυσμό όταν ειδικές συνθήκες το επιβάλλουν. Το προσωπικό τους αποτελείται από ένα γιατρό, μια μαία και μια επισκέπτρια αδελφή ή αδελφή νοσοκόμο. Αν ο καλυπτόμενος πληθυσμός ξεπερνά τις 4000 είναι δυνατή η πρόσληψη και δεύτερου γιατρού. Αγροτικά ιατρεία Β' τάξης ιδρύονται σε κοινότητες με πληθυσμό μικρότερο των 3000 κατοίκων και στελεχώνονται με ένα γιατρό. (Ν 3487/55 και 4440/64).

II. Οι Υγειονομικοί Σταθμοί αποτελούν μεγαλύτερους υγειονομικούς σχηματισμούς, οι οποίοι πέρα από τις ιατρικές υπηρεσίες περιλαμβάνουν και μικρό αριθμό κλινών για την παροχή κλειστής περίθαλψης σε απλές περιπτώσεις. Διακρίνονται σε Υγειονομικούς Σταθμούς 6 κλινών και σε Υγειονομικούς Σταθμούς αυξημένης δύναμης (10 ή 15 κλινών). Οι πρώτοι ιδρύονται σε συνδέσμους κοινοτήτων με πληθυσμό άνω των 5000 κατοίκων και στελεχώνονται με ένα ή δύο γιατρούς, μια μαία, μια αδελφή και μέχρι δύο βοηθητικούς υπαλλήλους. Οι δεύτεροι ιδρύονται σε κωμοπόλεις με παρόμοιο πληθυσμό και το προσωπικό τους περιλαμβάνει δύο γιατρούς, μια μαία, δύο αδελφές, δύο βοηθητικούς υπαλλήλους και ένα τεχνικό υπάλληλο, εφόσον διαθέτουν μηχανολογικό εξοπλισμό· μπορούν να ιδρυθούν το πολύ 15 σε ολόκληρη τη χώρα. (ΝΔ 2592/53, Ν 3487/55, Ν 4111/60).

III. Κινητές Υγειονομικές Μονάδες σύμφωνα με το ΝΔ 67/68, μπορούν να συσταθούν για να καλύψουν τις ανάγκες αραιοκατοικημένων προβληματικών περιοχών και στελεχώνονται με ένα ή δύο γιατρούς, μια μαία, μια αδελφή και δύο οδηγούς. Οι κινητές Υγειονομικές Μονάδες δεν αναπτύχθηκαν ουσιαστικά, ώστε να αναφέρεται η ύπαρξη μόνο μιας, στο νομό Ιωαννίνων.

3.2. Αριθμός και κατανομή των Υγειονομικών Μονάδων

Αν και τα Αγροτικά Ιατρεία ιδρύθηκαν το 1955, λεπτομερές πρόγραμμα για τον αριθμό και τη χωροθέτησή τους δεν υπήρξε παρά μόνο το 1986. Τα ΒΔ 150/68 και 592/68 πρόβλεπαν την ανάπτυξη 93 Υγειονομικών Σταθμών και 1558 Αγροτικών Ιατρείων, δηλαδή συνολικά 1651 υγειονομικών σχηματισμών σ' όλη τη χώρα.¹¹ Ο αριθμός αυτός δεν επιτεύχθηκε ποτέ. Οι μονάδες που υπάρχουν σήμερα φτάνουν τις 1546 (105 λιγότερες από κείνες που προβλέφθηκαν) και συγκεκριμένα τους 126 Υγειονομικούς Σταθμούς και 1420 Αγροτικά Ιατρεία. Από τους Υγειονομικούς Σταθμούς οι 90 είναι δύναμης έξι κλινών, οι 25 δέκα κλινών και οι υπόλοιποι 11 δεκαπέντε κλινών. Από τα Αγροτικά Ιατρεία τα 739 είναι Α' τάξης και τα 672 Β'.¹² Η κατανομή τους κατά γεωγραφικά διαμερίσματα παρουσιάζεται στον Πίνακα 1.

Η κατανομή των Υγειονομικών Σταθμών εμφανίζει αρκετές ανισότητες. Η Ήπειρος, η Θεσσαλία και η Μακεδονία διαθέτουν αναλογικά πολύ μικρότερο αριθμό Υγειονομικών Σταθμών από ότι η υπόλοιπη Ελλάδα. Στην Ήπειρο αντιστοιχεί ένας Υγ. Σταθμός σε κάθε 18 Αγροτικά Ιατρεία, στη Μακεδονία ένας σε κάθε 17 και στη Θεσσαλία σε 15. Αντίθετα στην Κρήτη αναλογεί ένας σε 6 Αγροτικά Ιατρεία, στο Αιγαίο ένας σε 8 και στην Πελοπόννησο ένας σε 9 ιατρεία. Η ανισότητα είναι μεγαλύτερη σε επίπεδο νομών. Σε 7 μόνο από τους νομούς της χώρας (Αιτωλνίας, Αρκαδίας, Αττικής, Αχαΐας, Ηρακλείου, Κυκλάδων και Ρεθύμνου) συγκεντρώνονται οι 49 από τους 126 Υγ. Σταθμούς, ενώ 12 νομοί δεν διαθέτουν κανένα και σε 7 άλλους υπάρχει από ένας μόνο Σταθμός. Αισθητές διαφοροποιήσεις υπάρχουν και στην κατανομή των Αγροτικών Ιατρείων. Στη Θράκη κάθε ιατρείο (ή Υγειονομικός Σταθμός) εξυπηρε-

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΤΑΘΜΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΓΡΟΤΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ

Διαμέρισμα	Υγειονομικοί Σταθμοί	Αγροτικά Ιατρεία	Καλυπτόμενος πληθυσμός ανά Αγρ. Ιατρ. ή Υγ. Σταθ.	Αριθμός Αγρ. Ιατρών	Κάτοικοι ανά Αγροτ. Ιατρό
Στερεά Ελλάδα	20	226	2.744	261	2.586
Πελοπόννησος	27	237	2.411	287	2.218
Ιόνια Νησιά	4	49	2.326	56	2.201
Ήπειρος	5	107	2.081	103	2.283
Θεσσαλία	10	148	2.659	182	2.308
Μακεδονία	20	343	2.744	408	2.441
Θράκη	6	69	2.965	72	3.089
Νησιά Αιγαίου	16	127	1.999	153	1.869
Κρήτη	18	105	2.480	131	2.329
Σύνολο	126	1.411*	2.535	1.653	2.359

* Λείπουν τα στοιχεία 9 ιατρείων.

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

τεί περίπου 3000 κατοίκους και στη Μακεδονία 2.750. Αντίθετα στην Ήπειρο και στα Νησιά του Αιγαίου αναλογούν 2000 κάτοικοι ανά ιατρείο, ενώ στα υπόλοιπα διαμερίσματα παρατηρούνται ενδιάμεσες αναλογίες. Πολύ μεγαλύτερες είναι οι διαφοροποιήσεις μεταξύ των διαφόρων νομών. Στη Ζάκυνθο π.χ. αντιστοιχούν 4000 κάτοικοι σε κάθε ιατρείο ενώ στην Κεφαλλονιά 1550· στην Αργολίδα, τη Λάρισα και την Ημαθία 3.500, ενώ στα Γιάννενα, τη Φωκίδα και τη Χαλκιδική 1.800.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι πληθυσμιακές εξελίξεις των προηγούμενων δεκαετιών, η μεγάλη εξωτερική και εσωτερική μετανάστευση, έχουν τροποποιήσει τα πληθυσμιακά δεδομένα της υπαίθρου, καθιστώντας αναγκαίο έναν επαναπρογραμματισμό. Η μείωση του πληθυσμού σε πολλές αγροτικές περιοχές και η αύξησή του σε ορισμένες άλλες, επιβάλλουν την αναδιάταξη των υγειονομικών σχηματισμών, ώστε να εξυπηρετούν καλύτερα τις σημερινές ανάγκες. Επιπλέον ένα ειδικό πρόβλημα αφορά την ιατρική κάλυψη των μικρών τουριστικών οικισμών που παρουσιάζουν εποχιακά μεγάλη αύξηση του πληθυσμού τους, συγκεντρώνοντας κατά τους θερινούς μήνες χιλιάδες επισκέπτες.

3.3. Ανθρώπινο δυναμικό

Ο αριθμός των προβλεπόμενων θέσεων αγροτικών γιατρών είναι 181 για τους Υγειονομικούς Σταθμούς και 1534 για τα Αγροτικά Ιατρεία, δηλαδή 1715 θέσεις συνολικά. Την 1/1/1985 υπηρετούσαν σε όλη τη χώρα 1653 αγροτικοί γιατροί, ενώ 62 θέσεις παρέμεναν κενές.¹² Θα πρέπει να διευκρινισθεί ότι ο αριθμός αυτός είναι ο μέγιστος που υπήρξε μέχρι το 1985, ενώ κατά τη διάρκεια των προηγούμενων ετών ήταν αρκετά μικρότερος (Το 1975 υπηρετούσαν 1267 γιατροί, το 1980, 1580 και το 1983, 1551)¹³. Με τα δεδομένα του 1985, αναλογούν κατά μέσο όρο στη χώρα 2.360 κάτοικοι σε κάθε αγροτικό γιατρό, αναλογία που τηρείται περίπου ομοιόμορφη στα διάφορα διαμερίσματα, με εξαίρεση τη Θράκη, όπου φτάνει τους 3.089 κατοίκους και τα νησιά του Αιγαίου όπου κατέρχεται στους 1869 (Πίνακας 1). Οι αποκλίσεις όμως από το μέσο όρο είναι πολύ μεγαλύτερες μεταξύ των διαφόρων νομών (πάνω από 4000 κάτοικοι ανά γιατρό στη Ζάκυνθο και τη Ροδόπη, μέχρι 1300 στη Χαλκιδική).

Τη στιγμή που οι σύγχρονες τάσεις για την πρωτοβάθμια περίθαλψη τείνουν να μειώσουν σε λιγότερους από 1.500 κατοίκους που αναλογούν σε κάθε γιατρό,¹⁴ και ενώ το ΙΚΑ διαθέτει ήδη ένα εξωνοσοκομειακό γιατρό για κάθε 1350 ασφαλισμένους του,¹⁵ είναι φανερό ότι για την ύπαιθρο –με τη μεγάλη αναλογία ηλικιωμένων και την τεράστια διασπορά του πληθυσμού– οι 2360 κάτοικοι που καλύπτει κάθε γιατρός αποτελούν ένδειξη ανεπαρκούς στελέχωσης των ιατρείων και άνισης υγειονομικής μεταχείρισης του αγροτικού πληθυσμού. Πολύ περισσότερο, στις περιοχές όπου η κακή κατανομή του ιατρικού δυναμικού διαμόρφωσε αναλογίες 3000-4000 κατοίκων ανά γιατρό, δεν μπορεί να γίνει ούτε λόγος για πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Επιπλέον πέρα από την αριθμητική ανεπάρκεια, υπάρχει και ένα ολόκληρο φάσμα άλλων προβλημάτων που αφορούν την ιατρική στελέχωση της αγροτικής περίθαλψης, και εκκινούν κυρίως από τον τρόπο πρόσληψης των γιατρών με βάση την υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου που προβλέπεται από το ΒΔ 67/68.

Η περιοδική αντικατάσταση των γιατρών εμποδίζει την εξασφάλιση μιας «συνέχειας» στην ιατρική κάλυψη του πληθυσμού, ενώ συγχρόνως έχει σαν συνέπεια την εμφάνιση χρονικών διαστημάτων κατά τα οποία τα ιατρεία δεν διαθέτουν προσωπικό. Αν και η καθιέρωση των μόνιμων αγροτικών γιατρών από το 1968 αντιμετώπισε σε ένα βαθμό τα ζητήματα αυ-

τά, εντούτοις ο μικρός αριθμός τους δεν επέτρεψε την οριστική λύση του προβλήματος.

Η υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου έχει σαν συνέπεια το ιατρικό προσωπικό της αγροτικής περίθαλψης να περιλαμβάνει αποκλειστικά και μόνο ανειδίκευτους γιατρούς και μάλιστα χωρίς την ελάχιστη κλινική εξάσκηση και ιατρική εμπειρία. Το όλο σύστημα δεν λαμβάνει καμιά μέριμνα για την πρόσληψη ειδικευμένων γιατρών Γενικής Ιατρικής ή άλλων ειδικοτήτων, με αποτέλεσμα τα αγροτικά ιατρεία να αδυνατούν να προσφέρουν επαρκείς πρωτοβάθμιες υπηρεσίες. Επιπλέον το 1985, από τους 1653 αγροτικούς γιατρούς, το 54,4% είχε ιατρική πείρα μικρότερη από ένα χρόνο και το 78,2% μικρότερη από δύο.

Σε ότι αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό, ο Ν 828/78 καθορίζει σε 1043 τις θέσεις των μαιών και 868 των νοσοκόμων. Το 1985 υπηρετούσαν 992 μαιές και 843 αδελφές, δημιουργώντας μια αναλογία 3.930 κατοίκων ανά μαιά και 4.630 ανά νοσοκόμα. Το πρόβλημα της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού έχει βέβαια πανελλήνιες διαστάσεις και ο μικρός αριθμός επισκεπτριών και αδελφών νοσοκόμων στην ύπαιθρο, αποτελεί οπωσδήποτε αντανάκλαση αυτής ακριβώς της κατάστασης. Πάντως, ιδιαίτερα οξυμένο παρουσιάζεται το πρόβλημα στα Αγροτικά Ιατρεία Β' τάξης, για τα οποία δεν προβλέπεται νοσηλευτικό προσωπικό καθιστώντας πραγματικά αμφίβολη την δυνατότητα ομαλής λειτουργίας τους, όταν το προσωπικό τους αποτελείται μόνο από ένα γιατρό που πρέπει να επισκέπτεται 5-6 χωριά.¹⁶

Για την ποιοτική επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού δεν υπάρχουν πολύ πρόσφατα στοιχεία. Το 1976 το 30,9% των αδελφών ήταν πρακτικές και το 43,2% μονοετούς φοίτησης. Μόνο το 9,3% ήταν διπλωματούχες νοσοκόμες (τριετούς φοίτησης) και το υπόλοιπο επισκέπτριες αδελφές.¹⁶ Μέχρι το 1985 η σύνθεση αυτή δεν πρέπει να άλλαξε σημαντικά. Το ποσοστό των διπλωματούχων νοσοκόμων φαίνεται μεν ότι διπλασιάστηκε και έφτασε το 22%, αλλά οι πρακτικές αδελφές και οι μονοετούς φοίτησης νοσοκόμες αποτελούν πάντα τη μεγάλη πλειοψηφία (24,4% και 39% αντίστοιχα)¹⁷. Έτσι, τόσο η ιατρική όσο και η νοσηλευτική στελέχωση των ιατρείων αντιμετωπίζει πολλαπλά προβλήματα αριθμητικής επάρκειας αλλά και ποιοτικής στάθμης του προσωπικού.

3.4. Υποδομή και εξοπλισμός

Η γενική κατάσταση των ιατρείων προσδιορίζεται επίσης και από δυο ακόμη στοιχεία: την ανεπαρκή ή ακατάλληλη κτιριακή υποδομή και τον ελλειπή έως ανύπαρκτο ιατρικό εξοπλισμό.

Χαρακτηριστικά, σε πρόσφατη έκθεση για την κατάσταση των Υγειονομικών Σταθμών της χώρας το 29% των κτιρίων κρίθηκαν ακατάλληλα για χρήση και το 44% ότι έχουν ανάγκη γενικών διαρρυθμίσεων.¹⁸ Άλλωστε, από τις εκθέσεις 24 νομαρχιακών διευθύνσεων Υγεινής που αφορούν την κτιριακή κατάσταση 662 Αγροτικών Ιατρείων και Υγειονομικών Σταθμών, το 1985, προκύπτει ότι μόνο 55 από αυτά στεγάζονταν σε κτίρια κρατικής ιδιοκτησίας, ενώ 422 σε ιδιωτικά οικήματα ενοικιαζόμενα από το κράτος, και τα υπόλοιπα σε χώρους, που παραχωρήθηκαν από τις κοινότητες.¹⁹ Είναι εντυπωσιακό ότι σε 30 χρόνια λειτουργίας του θεσμού, το κράτος δεν μπόρεσε να πετύχει την ανέγερση παρά μόνο του 8,3% των αναγκαίων κτιρίων, γεγονός που δημιουργεί όχι λίγα προβλήματα στη λειτουργία τους. Τα ιδιωτικά και κοινοτικά οικήματα, επειδή δεν κατασκευάστηκαν με προδιαγραφές ιατρείου, αντιμετωπίζουν σημαντικές ελλείψεις χώρων ή έχουν ακατάλληλη για το ρόλο τους διαρύθμιση. Πολύ μεγαλύτερο είναι το πρόβλημα στα μικρότερα χωριά, (που δεν είναι έδρες αγροτικών ιατρείων) όπου δεν υπάρχει καμιά πρόβλεψη για τη διαμόρφωση εξεταστηρίων, με συνέπεια οι ιατρικές υπηρεσίες κατά τις εκτός έ-

δρας επισκέψεις των αγροτικών γιατρών να παρέχονται σε χώρους τελείως άσχετους με ιατρείο και κάτω από απαράδεκτες συνθήκες, που θίγουν ακόμη και την αξιοπρέπεια του ατόμου.

Σε ότι αφορά τον εξοπλισμό, θα πρέπει να σημειωθεί ότι στο σύνολο των Αγροτικών Ιατρείων, οι ιατρικές υπηρεσίες παρέχονται χωρίς καμμία απολύτως εργαστηριακή υποστήριξη. Ο όλος εξοπλισμός περιορίζεται σε μερικά βασικά διαγνωστικά όργανα (στηθοσκόπιο, σφυγμόμετρο κ.λ.π.) και μια σειρά από εργαλεία για την παροχή πρώτων βοηθειών, με μεγάλες ποσοτικές ελλείψεις και σε αμφίβολη ποιοτική κατάσταση. Έτσι η διαγνωστική εμβέλεια και οι θεραπευτικές δυνατότητες των ιατρείων είναι εξαιρετικά περιορισμένες και υποβιβάζουν το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Οι Υγειονομικοί Σταθμοί, από το 1981, διαθέτουν εργαστηριακό εξοπλισμό, αποτελούμενο από φορητό ακτινογραφικό μηχάνημα και μικρό μικροβιολογικό εργαστήριο. Ο εξοπλισμός όμως αυτός παρέμεινε ουσιαστικά σε αχρηστία, για τον λόγο ότι δεν συνοδεύτηκε από την πρόσληψη του αναγκαίου ειδικευμένου προσωπικού, ούτε από την εκπαίδευση του υπάρχοντος, στην χρήση των συγκεκριμένων συσκευών. Πράγματι από έρευνα σε 23 Υγειονομικούς Σταθμούς, στις αρχές του 1985,²⁰ διαπιστώθηκε ότι οι 19 δεν χρησιμοποίησαν το ακτινολογικό καθόλου στη διάρκεια του προηγούμενου έτους (1984) ενώ οι 16 ποτέ από τότε που υπάρχει (!). Παρόμοια είναι και η κατάσταση στη χρησιμοποίηση των μικροβιολογικών εργαστηρίων που έμειναν και αυτά αναξιόπιστα σε ποσοστό 70%.

3.5. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες

Ο Ν 3487/55 επιφόρτιζε τα Αγροτικά Ιατρεία και τους Υγειονομικούς Σταθμούς με ένα σύνολο ιατρικών και νοσηλευτικών καθηκόντων από την παροχή γενικής ιατρικής και πρώτων βοηθειών μέχρι μαιευτικές υπηρεσίες και μέριμνα για τη μητρότητα και το παιδί, καθώς και ένα ευρύ φάσμα υγειονομικών δραστηριοτήτων, όπως εξυγίανση περιβάλλοντος, ύδρευσης, αποχέτευσης, υγιεινή κατοικίας, σχολική υγιεινή, έλεγχος τροφίμων και καταστημάτων, υγιεινή της εργασίας, υγειονομική διαφώτιση κ.λ.π. Οι δυνατότητες όμως των ιατρείων – με τον τρόπο που αυτά στελεχώθηκαν και εξοπλίστηκαν – αποδείχθηκαν κατώτερες από εκείνες που απαιτούνταν για την εκπλήρωση των προκαθορισμένων στόχων τους, ώστε τελικά οι παραπάνω υπηρεσίες να αποδειχθούν γράμμα χωρίς περιεχόμενο. Η ιατρική περίθαλψη περιορίστηκε στην παροχή μόνο χαμηλής ποιότητας γενικής ιατρικής και πρώτων βοηθειών και μάλιστα από γιατρούς χωρίς καμμία σχετική εκπαίδευση. Οι μαιευτικές φροντίδες είναι τελείως στοιχειώδεις, δεδομένου ότι στο σύνολο των ιατρείων δεν υπηρετεί κανένας μαιευτήρας γιατρός. Η ύπαρξη μόνο μαιών σε συνδυασμό με την παντελή έλλειψη της αναγκαίας υποδομής, οδήγησαν στη σταδιακή μείωση της χρησιμοποίησής τους από τον πληθυσμό. Αντίστοιχα προβλήματα αντιμετωπίζει επίσης η μέριμνα για τη μητρότητα και το παιδί.

Ειδικές ιατρικές υπηρεσίες και εργαστηριακές εξετάσεις (πλην ελαχίστων στους Υγειονομικούς Σταθμούς) δεν παρέχονται διόλου. Όσο βέβαια για τις υγειονομικές υπηρεσίες, αυτές ξεχάστηκαν τελείως.

Η χαμηλή ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών πρέπει να θεωρηθεί ένας από τους λόγους για τη μικρή χρησιμοποίησή τους από τους αγρότες. Ο αριθμός των ιατρικών εξετάσεων κατά τα τελευταία έτη μπορεί να υπολογισθεί σε 6,5-7,5 εκατομμύρια ετησίως για το σύνολο των ιατρείων, δηλαδή 1,7-2 εξετάσεις ετησίως ανά δικαιούχο.²⁰ Σαν μέτρο σύγκρισης μπορεί να αναφερθεί το ΙΚΑ, με 7,3 εξετάσεις (το 1984)²¹ και η Υπηρεσία Ασφάλισης προσωπικού της ΔΕΗ, με 9,2 (το 1983)²². Άλλωστε, οι περιορισμένες δυνατότητες των αγροτικών ιατρείων μας επιτρέπουν να υποθέσουμε ότι ένα μέρος από τις ιατρικές πράξεις που πραγματοποιούνται σ' αυτά, δεν μπορούν να ανταποκρι-

θούν με επιτυχία στο σκοπό τους (διαγνωστικό ή θεραπευτικό) με συνέπεια το πραγματικά ωφέλιμο ιατρικό έργο να είναι ακόμη μικρότερο. Με άλλα λόγια, η μικρή αποτελεσματικότητα των αγροτικών υπηρεσιών υγείας επηρεάζει αρνητικά και την αποδοτικότητά τους και γενικότερα μειώνει την τελική επίπτωση (impact) που έχουν πάνω στην υγεία του πληθυσμού.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι μαιευτικές υπηρεσίες, που η ανεπαρκής τους οργάνωση οδήγησε στην εκμηδένιση σχεδόν της χρησιμοποίησής τους. Οι 1000 περίπου μαιές που απασχολούνται στα ιατρεία δεν πραγματοποιούν συνολικά πάνω από 1000 τοκετούς ετησίως, δηλαδή αντιστοιχεί ένας περίπου τοκετός σε κάθε μαιία το χρόνο (!).²⁰ Γενικά οι μεγάλες ελλείψεις και η κακή οργάνωση των υπηρεσιών, που αδυνατούν να ανταποκριθούν στις σύγχρονες απαιτήσεις, έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση του «κύρους» των αγροτικών ιατρείων απέναντι στον πληθυσμό και τελικά την περιορισμένη αξιοποίηση ακόμη και των όποιων δυνατοτήτων υπάρχουν.

4. ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΤΩΝ ΑΓΡΟΤΩΝ

Το όλο πλέγμα των προβλημάτων των αγροτικών ιατρείων αντικατοπτρίζεται άμεσα και στο οικονομικό επίπεδο. Στον πίνακα 2 παρουσιάζεται το σύνολο των δαπανών για την πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή περίθαλψη των αγροτών, (του κράτους και του ΟΓΑ) κατά τη δεκαετία 1975-84, με σταθερές τιμές 1974.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΓΡΟΤΩΝ (1975-1984)

(εκατ. δρχ., σταθ. τιμ. 1974)

Έτος	Σύνολο	Πρωτοβάθμια	%	Νοσοκομειακή	%
1975	1555,9	429,0	27,6	1126,9	72,4
1976	1706,0	403,0	23,6	1303,0	76,4
1977	1716,7	453,4	26,4	1263,3	73,6
1978	1710,5	405,3	23,7	1305,2	76,3
1979	1880,1	606,3	32,2	1273,8	67,8
1980	2375,3	700,8	29,5	1674,5	70,5
1981	2313,8	836,9	36,2	1476,9	63,8
1982	2058,0	835,2	40,6	1222,8	59,4
1983	2100,2	976,1	46,5	1124,1	53,5
1984	2462,1	1453,1	59,0	1008,5	41,0

Πηγή: Υπουργείο Οικονομικών, Απολογισμός εσόδων-εξόδων του κράτους· ΟΓΑ, Απολογισμός (ετήσιο).

Από τα στοιχεία του πίνακα μπορεί κατ' αρχήν να υπολογισθεί ότι η πρωτοβάθμια περίθαλψη μετείχε κατά τη διάρκεια της δεκαετίας 1975-84 στο σύνολο των δαπανών με ένα μέσο ποσοστό 34,5%, έναντι 65,5% της νοσοκομειακής. Το ποσοστό αυτό είναι αρκετά μικρότερο από τον μέσο όρο της χώρας, όπου φτάνει ή ξεπερνά το 50%. Μια σημαντική αύξηση, σε σχέση με τον προηγούμενο χρόνο φαίνεται ότι υπήρξε το 1979, η οποία όμως απορροφήθηκε εξ ολοκλήρου από τις αυξήσεις των μισθών του προσωπικού των ιατρείων, χωρίς να οδηγήσει σε κάποιες ποσοτικές ή ποιοτικές βελτιώσεις των παρεχόμενων υπηρεσιών. Μετά το 1980, παρατηρείται μια σταθερή αύξηση

των δαπανών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, που το 1984 έφθασαν πλέον το 59% των συνολικών δαπανών υγείας των αγροτών. Η εξέλιξη αυτή οφείλεται σε ένα βαθμό στην σταδιακή αύξηση του προσωπικού των ιατρείων, αλλά κατά κύριο λόγο στην καθιέρωση της δωρεάν φαρμακευτικής περίθαλψης για όλους τους αγρότες, από το 1983. Έτσι, παρά το εντυπωσιακό της μέγεθος, η αύξηση των δαπανών πρωτοβάθμιας περίθαλψης κατά τη δεκαετία 1975-84, δεν αντιπροσωπεύει παρά μόνο αυξήσεις μισθών και δωρεάν παροχή φαρμάκων και δεν υποδηλώνει μια ουσιαστική αναδιοργάνωση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας της υπαίθρου. Άλλωστε παρά τις αυξήσεις, η μέση ανά δικαιούχο δαπάνη πρωτοβάθμιας περίθαλψης των αγροτών παρέμεινε αρκετά μικρότερη από την αντίστοιχη άλλων ασφαλιστικών φορέων. (Πίνακας 3).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3
ΔΑΠΑΝΗ ΑΝΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟ
ΓΙΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ
ΟΡΙΣΜΕΝΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΦΟΡΕΩΝ
(δρχ., τρέχ. τιμές)²³

Ασφαλιστικός φορέας	Δαπάνη	
	1980	1983
Περίθαλψη αγροτών*	556	1.499
ΙΚΑ	2.501	4.220
ΤΕΒΕ	798	1.743
Δημοσίου	4.297	7.902
Τραπεζών	9.514	13.072
ΔΕΗ	5.440	8.561
ΟΣΕ	2.178	5.520

* Περιλαμβάνεται το σύνολο των δαπανών του ΟΓΑ και του Υπουργείου Υγείας.

Αν και, μετά την προσθήκη των φαρμακευτικών παροχών, το χάσμα από τα άλλα ταμεία μειώθηκε, εντούτοις οι διαφορές παραμένουν αισθητές και η υστέρηση της πρωτοβάθμιας αγροτικής περίθαλψης από εκείνη του υπόλοιπου πληθυσμού είναι εμφανής ακόμη και στο οικονομικό επίπεδο.

Είναι χαρακτηριστικός ο τρόπος κατανομής των δαπανών

πρωτοβάθμιας περίθαλψης κατά τη διάρκεια ορισμένων ετών. (Πίνακας 4).

Είναι φανερό ότι η αύξηση των δαπανών οφείλεται σχεδόν αποκλειστικά στην καθιέρωση της φαρμακευτικής περίθαλψης και σε ένα μικρό βαθμό στην αύξηση των εξόδων μισθοδοσίας. Πρέπει όμως να υπογραμμισθεί ότι το μεγάλο ποσοστό που αντιπροσωπεύουν πλέον οι φαρμακευτικές δαπάνες (63,2%) δεν οφείλεται σε κάποια υπερκατανάλωση φαρμάκων στην υπαίθρο: το 1984 η μέση ανά δικαιούχο φαρμακευτική δαπάνη του ΟΓΑ έφθανε τις 1650 δρχ.¹³ ενώ του ΙΚΑ τις 2605 δρχ.²¹ Απλούστατα είναι τόσο μικρές όλες οι υπόλοιπες δαπάνες, ώστε η έναρξη μιας συνηθισμένης φαρμακευτικής κατανάλωσης να αποτελεί πλέον το μεγαλύτερο συντελεστή του κόστους της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης των αγροτών. Οι αποδοχές του προσωπικού των Αγροτικών ιατρείων είναι σχεδόν μισές από τις φαρμακευτικές δαπάνες, και αντανakλούν όλες τις ανεπάρκειες της στελέχωσής τους. Οι δαπάνες λειτουργίας και τροφοδοσίας είναι τόσο ελάχιστες ώστε να δημιουργούν εύλογα ερωτήματα για την κατάσταση και τη λειτουργία των ιατρείων. Χαρακτηριστικά, το 1984 διατέθηκαν για τη λειτουργία των ιατρείων 136 εκατ. δρχ. (τρέχουσες τιμές), ποσό που αντιστοιχεί σε 7.330 δρχ. μηνιαίως για κάθε ιατρείο. Με το ποσό αυτό έπρεπε να καλυφθούν τα έξοδα ενοικίου, ύδρευσης, ηλεκτροδότησης, θέρμανσης, καθαριότητας, τηλεφώνου και επισκευών και συντήρησης των κτιρίων (!). Τον ίδιο χρόνο διατέθηκαν για αναλώσιμο φαρμακευτικό και υγειονομικό υλικό 90 εκατ. δρχ., ποσό που αντιστοιχεί σε 159 δρχ την ημέρα για κάθε ιατρείο, ή 25-30 δρχ ετησίως για κάθε δικαιούχο περίθαλψης (!). Οι αριθμοί αυτοί, που για δεκαετίες άλλωστε κυμαίνονται μονίμως στα ίδια επίπεδα, επισφραγίζουν την εγκατάλειψη των ιατρείων και τη λειτουργική τους αποδιοργάνωση.

5. ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΤΩΝ ΑΓΡΟΤΩΝ

Η ψήφιση του Ν 1397/83 για το «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (ΕΣΥ) αποτελεί μια καινούργια αφετηρία στην πορεία της αγροτικής περίθαλψης. Στα πλαίσια του ΕΣΥ η πρωτοβάθμια περίθαλψη αναδιοργανώνεται με επίκεντρο πλέον ένα νέο υγειονομικό σχηματισμό, το Κέντρο Υγείας και αποκεντρωμένες μονάδες τα Περιφερειακά του ιατρεία. Προβλέπεται η δημιουργία σ' ολόκληρη τη χώρα 400 συνολικά Κέντρων Υγείας, από τα οποία τα 190 θα βρίσκονται στις αγροτικές περιοχές και τα υπόλοιπα στις αστικές. Λόγω της άθλιας κατάστασης των υπηρεσιών υγείας στην υπαίθρο, δόθηκε άμεση προτε-

ΠΙΝΑΚΑΣ 4
ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΑΓΡΟΤΩΝ
(εκατ. δρχ., σταθ. τιμές 1974)

Έτος	Σύνολο δαπανών πρωτοβάθμιας περίθαλψης	Αποδοχές προσωπικού		Δαπάνες λειτουργίας		Αναλώσιμο υλικό		Φαρμακευτική περίθαλψη	
		Αποδοχές προσωπικού	%	Δαπάνες λειτουργίας	%	Αναλώσιμο υλικό	%	Φαρμακευτική περίθαλψη	%
1975	429	387,7	90,4	20,2	4,7	21,1	4,9	—	—
1980	700,8	458,7	65,4	22,9	3,3	30,7	4,4	188,5	26,9
1984	1.453,6	498,0	34,3	22,5	1,5	14,9	1,0	918,2	63,2

Πηγή: Υπουργείο Οικονομικών, Απολογισμός εσόδων-εξόδων του κράτους· ΟΓΑ, Απολογισμός.

ραιότητα στην ανάπτυξη των αγροτικών Κέντρων Υγείας των οποίων η κατασκευή —όπως είναι γνωστό— έχει ήδη προχωρήσει.

Σύμφωνα με το Ν 1397/83 τα Κέντρα Υγείας θα οργανωθούν με βάση τις σύγχρονες κατευθύνσεις για την οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, και προορίζονται να επιτελέσουν ένα ευρύ φάσμα ιατροκοινωνικών λειτουργιών, που τελείως σχηματικά μπορούν να συνοψιστούν σε α. παροχή ιατρικής περίθαλψης με την αναγκαία εργαστηριακή υποστήριξη, β. οργάνωση της προληπτικής ιατρικής και της δημόσιας υγιεινής και γ. παροχή κοινωνικών φροντίδων, όπως προστασία υπερηλίκων, μειονεκτούντων ατόμων κ.λ.π. Για τους σκοπούς αυτούς τα Κέντρα Υγείας πρόκειται να στελεχωθούν (σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου) με γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, νοσηλευτικό προσωπικό, διοικητικούς υπαλλήλους, κοινωνικούς λειτουργούς κ.λ.π. και μάλιστα σε αναλογίες πολύ ευνοϊκότερες από τις υπάρχουσες. Προς το παρόν βέβαια, δεν υπάρχουν ακόμη κάποια δεδομένα σχετικά με την οργάνωση και τη λειτουργία τους και δεν είναι δυνατόν να δγουν αξιολογικά συμπεράσματα.

Πέρα όμως από τα Κέντρα Υγείας, εκείνο που στη συγκεκριμένη περίπτωση μας ενδιαφέρει, είναι το γεγονός ότι σύμφωνα με όλες τις ενδείξεις, τα αγροτικά ιατρεία (με αυτήν ή άλλη επωνυμία) θα συνεχίσουν να υπάρχουν και να λειτουργούν στα πλαίσια του ΕΣΥ σαν ακραίες αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας.

Αυτό θα πρέπει πλέον να γίνει δεκτό σαν μια αντικειμενική αναγκαιότητα που επιβάλλεται από την ίδια τη δημογραφική δομή του αγροτικού πληθυσμού: οι χιλιάδες διεσπαρμένοι οικισμοί της υπαίθρου δεν είναι δυνατόν να αποκτήσουν άμεση ιατρική κάλυψη χωρίς την παρουσία ενός εκτεταμένου δικτύου υγειονομικών σχηματισμών εξαπλωμένων σε όλη τη χώρα, που θα εξασφαλίζει την επιτόπια παρουσία υπηρεσιών υγείας στο μεγαλύτερο μέρος των αγροτικών οικισμών, πάντα βέβαια σε συνδυασμό με τον καθοριστικής σημασίας ρόλο των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών τους ιατρείων. Λόγω αυτής ακριβώς της ιδιομορφίας η καταλληλότερη λύση για την οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην ύπαιθρο, φαίνεται να είναι μια πυραμιδική δομή που θα περιλαμβάνει σε κάθε περιοχή το Κέντρο Υγείας, τα Περιφερειακά ιατρεία εικοσιτετράωρης ετοιμότητας και τα Αγροτικά Ιατρεία, σε μια στενή λειτουργική διασύνδεση και συνεργασία. Από την άποψη αυτή, η επιτυχία στην οργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην ύπαιθρο δεν θα κριθεί μόνο από την ικανοποιητική ανάπτυξη των Κέντρων Υγείας, αλλά σε μεγάλο βαθμό από την επαρκή ανάπτυξη και του δικτύου των Περιφερειακών και Αγροτικών Ιατρείων. Στα πλαίσια ενός τέτοιου σχήματος τα Αγροτικά ιατρεία μπορούν να αναδιοργανωθούν ριζικά και να λειτουργήσουν με βάση την ομάδα υγείας (health team) που θα αποτελείται από κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό και θα βρίσκεται σε διαρκή συνεργασία με το Κέντρο Υγείας της περιοχής, το οποίο θα τους εξασφαλίζει την αναγκαία εργαστηριακή υποστήριξη και τις απαιτούμενες ειδικές ιατρικές υπηρεσίες. Κατά συνέπεια, αν ειπωθεί απ' αυτή την οπτική, η ριζική αναδιοργάνωση των Αγροτικών ιατρείων δεν αποτελεί κάποιο παρωχημένο αίτημα, αλλά αντίθετα μια βασική προϋπόθεση για την επιτυχή οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας στα πλαίσια του ΕΣΥ.

Βιβλιογραφικές σημειώσεις.

1. ΕΣΥΕ, Απογραφή Πληθυσμού και Κατοικιών 1981, τομ. II, Αθήνα, 1985.
2. ΝΔ 2592/53 «Περί Οργάνωσης της Ιατρικής Αντιλήψεως» Εφ. Κυβ. 1953, ΦΕΚ 254 Α'.

3. Ν 3487/55 «Περί Κοινωνικής Ασφάλισης των Αγροτών» Εφ. Κυβ. 1955, ΦΕΚ 354 Α'.
4. Εισηγητική Έκθεση του σχεδίου νόμου «Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων των Αγροτών» Αρχείο Βουλής, 1955, σελ. 2198-2200.
5. Ν. 4169/61, «Περί Γεωργικών Κοινωνικών Ασφαλίσεων» Εφ. Κυβ. 1961, ΦΕΚ 81 Α'.
6. ΝΔ 4440/1964, «Περί τροποποίησης και συμπλήρωσης διατάξεων των Ν 3487/55 «Περί Κοινωνικής Ασφάλισης Αγροτών», Εφ. Κυβ. 1964, ΦΕΚ 224 Α'.
7. ΒΔ 984/1966, «Περί παροχής νοσοκομειακής περιθάλψεως εις τους ασφαλισμένους και τους συνταξιούχους του ΟΓΑ», Εφ. Κυβ. 1966, ΦΕΚ 267 Α'.
8. ΝΔ 67/68, «Περί λήψεως μέτρων δια την κάλυψιν των υγειονομικών αναγκών της υπαίθρου», Εφ. Κυβ. 1968, ΦΕΚ 303 Α'.
9. Ν 828/78, «Περί μονιμοποίησης προσωπικού Αγροτικών ιατρείων και Υγειονομικών Σταθμών, ως και περί ρυθμίσεως ετέρων συναφών θεμάτων αρμοδιότητος του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών», Εφ. Κυβ. 1978, ΦΕΚ 202 Α'.
10. Ν 1287/82, «Βελτίωση της ασφαλιστικής προστασίας που παρέχεται στους αγρότες από τον ΟΓΑ», Εφ. Κυβ. ΦΕΚ 123 Α'.
11. ΒΔ 150/68, «Περί αναδιοργάνωσης των Αγροτικών ιατρείων και των Υγειονομικών Σταθμών της Χώρας», Εφ. Κυβ. 1968, ΦΕΚ 43 Α'. ΒΔ 592/68, «Περί τροποποίησης του υπ' αριθμ. 150/68 Β Δ/τος «Περί αναδιοργάνωσης των Αγροτικών ιατρείων και Υγειονομικών Σταθμών της Χώρας», Εφ. Κυβ. 1968, ΦΕΚ 200 Α'.
12. Στοιχεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Λείπουν πληροφορίες για 9 Αγροτικά Ιατρεία.
13. ΟΓΑ, «Τετραμηνιαίο Στατιστικό Δελτίο», Σεπτ. - Δεκ. 1984.
14. Καφαντάρη Σ., «Εκτιμήσεις για την εξέλιξη του ιατρικού δυναμικού της χώρας». Ιατρική, 44: 180-189 (1983) Αποστόλου Κ, Μωραϊτή Β., «Έκθεση για τη πρωτοβάθμια περίθαλψη σε Φιλανδία, Σκωτία, Πορτογαλία, Ιταλία». Αθήνα, 1983 (πολυγραφημένο). WHO, Approaches to National Health Planning. WHO, Public Health Papers No 46, Geneva, 1972.
15. ΙΚΑ, Απολογισμός ΙΚΑ έτους 1984. (υπό εκτύπωση).
16. ΚΕΠΕ, Πρόγραμμα Ανάπτυξης 1976-80: Υγεία, Αθήνα, 1976.
17. Τα στοιχεία προέρχονται από δική μας έρευνα σε 131 Αγροτικά Ιατρεία και 26 Υγειονομικούς Σταθμούς, τον Μάρτιο του 1985. Ζηλίδη Χ., «Αξιολόγηση των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας του Αγροτικού Πληθυσμού» (Εκδ. ΑΤΕ, υπό έκδοση).
18. Υφαντόπουλου Ι., «Ο προγραμματισμός του τομέα Υγείας στην Ελλάδα». Εκδ. ΕΚΚΕ, Αθήνα, 1985.
19. Πρόκειται για στοιχεία που προήλθαν από την επεξεργασία εκθέσεων για την κτιριακή κατάσταση των ιατρείων 24 νομών, που αποστάλθηκαν στις αρχές του 1985 από τις νομαρχιακές διευθύνσεις Υγιεινής προς την αρμόδια υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας. Για λεπτομέρειες βλ. Ζηλίδη Χ., «Αξιολόγηση...» ό.π.
20. Ζηλίδη Χ., «Αξιολόγηση...» ό.π.
21. ΙΚΑ, Διεύθυνση Στατιστικής, «Κοινοποίηση στατιστικών στοιχείων» 1984, Αθήνα, 1985 (πολυγραφημένο).
22. ΔΕΗ, Διεύθυνση Ασφάλισης Προσωπικού, «Έκθεση πεπραγμένων έτους 1983» Αθήνα, 1984.
23. Τα στοιχεία προέρχονται από τους ετήσιους Απολογισμούς των συγκεκριμένων ασφαλιστικών φορέων και τα Απολογιστικά Στοιχεία του «Κοινωνικού Προϋπολογισμού».

Γραφείτε συνδρομητές στο ANTI

Είναι

χρήσιμο

για σας

και

βοηθά

το

περιοδικό



Η συνδρομή στο ANTI σας εξασφαλίζει την τακτική παραλαβή του τευχους στο σπίτι ή στη δουλειά-σας.

Αλλά βοηθά και μας και εξασφαλίζει μια καλύτερη διακίνηση του περιοδικού και οικονομία στην έκδοσή-του.

Όταν το περιοδικό διακινείται μόνον μέσω του Πρακτορείου απαιτείται η εκτύπωση ενός μεγαλύτερου αριθμού τευχών για την ικανοποίηση της ζήτησης-του. Όσο αυξάνονται οι συνδρομητές, τόσο περιορίζεται η εκτύπωση περιττών τευχών και η οικονομία στο χαρτί — που αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο στη διαμόρφωση του κόστους του περιοδικού.

Γραφείτε σήμερα συνδρομητές στο ANTI.

Έχετε μια τακτική επαφή με την έκδοσή-του και συγχρόνως βοηθάτε το περιοδικό.