



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΜΠΕΛΛΟΥ ΕΛΕΝΗ**

**«Οι Δημόσιες Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα τον 19ο  
αιώνα»**

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2013



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΑ**

**ΜΠΕΛΛΟΥ ΕΛΕΝΗ**

**«Οι Δημόσιες Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα τον 19ο  
αιώνα»**

*Επιβλέπων Καθηγητής :*  
Επίκουρος Καθηγητής, Βοζίκης Αθανάσιος

Μελέτη για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, Έτος 2013



**UNIVERSITY OF  
PIRAEUS**

M.Sc. in

**HEALTH MANAGEMENT**



**T.E.I. of PIRAEUS**

**BELLOU ELENI**

«Public Health Expenditure in Greece in the 19<sup>th</sup> century»

*Supervisor:  
Assistant Professor, Dr Athanassios Vozikis*

Graduate Thesis Submitted for the Degree  
“Master in Health Management”

Piraeus, 2013

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Κατά την διάρκεια της εκπόνησης μίας διπλωματικής εργασίας, η γνώση που αποκομίζει κανείς, εξαρτάται πέρα από την προσωπική του προσπάθεια, από την συμβολή και άλλων ανθρώπων. Η παρούσα εργασία δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί χωρίς την συμβολή ορισμένων ατόμων που θα ήθελα να ευχαριστήσω προσωπικά.

Έτσι, πρώτα από όλους, θέλω να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα μου, Επίκουρο Καθηγητή της Οικονομικής Επιστήμης, Αθανάσιο Βοζίκη, για την τιμή που μου έκανε να επιβλέψει την διπλωματική μου εργασία, καθώς και για την αμέριστη συμπαράσταση και εμπιστοσύνη που έδειξε στο πρόσωπό μου. Επιπλέον, νιώθω την ανάγκη να τον ευχαριστήσω για την παραχώρηση πολύ σημαντικού υλικού, το οποίο ο ίδιος συνέλεξε με πολύ κόπο.

Ένα ευχαριστώ θα ήταν λίγο στις φίλες μου Ελένη Λαζαρίδου και Βασιλική Κολυπέρα, χωρίς την παρότρυνση των οποίων δεν θα κατακτούσα αυτό το στόχο.

Είμαι ευγνώμων στη θεία μου Θεανώ Τσάμου για τη βοήθεια που μου προσέφερε όλο αυτό τον καιρό για να καταφέρω να την ολοκληρώσω.

Στους γονείς μου ένα μεγάλο ευχαριστώ για την απεριόριστη αγάπη τους και για την εμπιστοσύνη που δείχνουν σε όλες μου τις επιλογές.

Το τελευταίο ευχαριστώ, στον Βαγγέλη μου, που είναι ακόμα εδώ και συνεχίζει να ταξιδεύει μαζί μου στο ίδιο όνειρο.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

---

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	vii
ABSTRACT	viii
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	ix
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ:</b>	
Κεφάλαιο 1 Μία σταγόνα ιστορίας	2
Κεφάλαιο 2 Η Οικονομία της Ελλάδας(1833-1940)	8
Κεφάλαιο 3 Μία κοινωνική προσέγγιση(1833-1940)	13
Κεφάλαιο 4 Η εξέλιξη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα	18
Κεφάλαιο 5 Σύστημα Λογαριασμών Υγείας	23
5.1.1 Βασικές αρχές του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας	23
5.1.2 Συστήματα Υγείας και το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας	24
5.1.3 Στόχοι και σκοποί του συστήματος Λογαριασμών Υγείας 2011	26
5.2 Ταξινόμηση των λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης	26
5.3 Κατηγορίες κατανάλωσης υγειονομικής περίθαλψης λόγω σκοπού	26
5.4 Κατηγορίες τρόπων παροχής	27
5.5 Επεξηγηματικές σημειώσεις για την ICHA-HC ταξινόμηση των λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης	31
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ:</b>	
ΕΡΕΥΝΑ	51
ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΑ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1833-1940)	53
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	60

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	63
ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ	78
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	81
ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	83

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΕΙΚΟΝΩΝ-ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

---

Εικόνα 1:	Σύνδεση μεταξύ των συστημάτων Υγείας και Λογαριασμών Υγείας	25
Εικόνα 2:	Ταξινόμηση λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης	27
Διάγραμμα 1:	Συνολική Δαπάνη Υγείας ΣΕ ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΚΑΙ ΣΤΑΘΕΡΕΣ ΤΙΜΕΣ ΑΝΑ ΕΤΟΣ(1833-1940)	53
	1.1: Συνολική δαπάνη Υγείας (1833-1914)	54
	1.2: Συνολική δαπάνη Υγείας(1915-1940)	55
Διάγραμμα 2:	Συνολική Σύνθεση των Δημόσιων Δαπανών Υγείας (ως % κατανομή)	55
Διάγραμμα 3:	Συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ	57
Διάγραμμα 4:	Συνολική Δαπάνη Υγείας ως ποσοστό των Δημοσίων Κοινωνικών Δαπανών σε τρέχουσες τιμές(1833-1940)	58
Διάγραμμα 5:	Κατά κεφαλήν δημόσιες δαπάνες υγείας(1833-1940) σε σταθερές τιμές (έτους βάσης 1914)	59

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

### Τίτλος: ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΟΝ 19<sup>Ο</sup> ΑΙΩΝΑ

Το σύστημα λογαριασμών υγείας (ΣΛΥ) του ΟΟΣΑ είναι το μοναδικό ίσως εργαλείο που έχουμε για να καταγράψουμε και να συγκρίνουμε διαχρονικά τις δαπάνες υγείας. Για την εφαρμογή των ΣΛΥ τον 19<sup>ο</sup> αιώνα αναζητήσαμε πληροφορίες σε προϋπολογισμούς, ισολογισμούς, στατιστικές εκδόσεις καθώς και περιεκτικές εκδόσεις εκτιμήσεων της ίδια περιόδου. Αντίθετα από το αναμενόμενο, η έρευνα έφερε στο φως επαρκή δεδομένα, που αποδείχτηκαν αρκετά για την ασφαλή εξαγωγή συμπερασμάτων για τις δημόσιες δαπάνες υγείας του 19<sup>ου</sup> αιώνα.

Οι δυσκολίες ήταν αρκετές: Υπολογισμός δεδομένων σε προϋπολογισμούς που δεν φαίνονταν καλά, διαφορετικός τρόπος αναφοράς του ίδιου αντικειμένου από έτος σε έτος, εισαγωγή λεπτομερέστερης ανάλυσης κάποιου αντικειμένου, όσο το κράτος αναδιαρθρώνεται. Μην ξεχνάμε ότι η εποχή που μελετάμε είναι η περίοδος γέννησης ουσιαστικά του ελληνικού Κράτους, που αρχίζει με την άφιξη του Όθωνα, περνάει πολιτικές αστάθειες, εμπλέκεται στον Ελληνοτουρκικό πόλεμο του 1897, στον Α΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, στους Βαλκανικούς Πολέμους, βυθίζεται στη Μικρασιατική Καταστροφή και ολοκληρώνεται με τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο. Μια Ελλάδα συνεχώς χρεωμένη με δάνεια, που κυριότερό της μέλημα είναι η αποπληρωμή των τοκοχρεολυσίων από την φροντίδα του λαού της.

Κωδικοποιώντας λοιπόν τις δαπάνες υγείας, καταφέραμε να εξάγουμε χρήσιμα συμπεράσματα για την κατανομή των δαπανών (πρωτοβάθμια φροντίδα, νοσηλεία και πρόληψη), για τις αυξομειώσεις τους διαχρονικά καθώς και να τις συσχετίσουμε με το ΑΕΠ.

**ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ:** Δημόσιες δαπάνες υγείας, Σύστημα Λογαριασμών Υγείας, Πολιτική Υγείας, 19<sup>ος</sup> αιώνας, Ελλάδα



## **ABSTRACT**

Title: Public Health expenditure in Greece in the 19<sup>th</sup> century

from: Eleni Bellou

Supervisor: Dr Athanasius Vozikis

The System of Health Accounts (SHA) of the OECD is probably the only tool we have for defining, categorizing, recording and comparing the health expenditure over the years. Contrary to what is generally believed, the research undertaken revealed the existence of adequate data, which proved sufficient enough to construct the public health expenditure series. Our data is drawn directly from Annual National Balance accounts and Annual National Budgets for the years of question.

We should have in mind that for the studied era, Greece became an independent state in 1830, after a long occupational period, by King Otto, went through political instability, involved in Greek-Turkish war in 1897, in the First World War, the Balkan wars, immersed in Smyrna's disaster and ends with the Second World War. Greece during all this period is constantly in debt and its only concern is the repayment of loans. Public health and health policy is not a priority for the state.

By encoding the health expenditure, we managed to draw some useful conclusions of how the expenditures were distributed, how they were temporally fluctuating and what the correlation with GDP is.

**Key Words:** Public Health Expenditure, Health Policy, Greece, 19th century, SHA,

ΠΑΙ

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η οικονομική κρίση εισέβαλλε εντελώς ξαφνικά στη ζωή μας πριν από λίγα χρόνια και μαζί της μια αναδιαμόρφωση της χρήσης του λεξιλογίου μας. Όροι όπως περιορισμός των δαπανών, περικοπές της σπατάλης στο δημόσιο, εξορθολογισμός των δαπανών καθώς και άλλοι τόσοι διαφορετικοί όροι, που όλοι ασφαλώς καταλήγουν στο ίδιο αποτέλεσμα, γίνανε η καθημερινότητα τόσο των σκέψεων όσο και των συζητήσεών μας. Από τους τομείς που βάλλονται σε όλα τα μέτωπα αυτός που δέχεται τα περισσότερα πυρά είναι ο τομέας της υγείας.

Η έννοια των δαπανών υγείας αναφέρεται σε κάθε τύπο δαπάνης που σκοπός της είναι η βελτίωση καθώς και η πρόληψη επιδείνωσης της υγείας ενός ατόμου ή και ολόκληρου πληθυσμού. Ο ορισμός αυτός επιτρέπει τη μέτρηση των οικονομικών δραστηριοτήτων ανάλογα με τον πρωταρχικό σκοπό καθώς και τα αποτελέσματα που προκύπτουν στο σύστημα υγείας. Οι δραστηριότητες αυτές εκπονούνται ώστε να προαχθεί ο βασικός σκοπός του συστήματος υγείας, να βελτιωθεί και να διατηρηθεί ένα σταθερό ικανοποιητικό επίπεδο υγείας (Canadian Institute for Health Information, 2002).

Οι δαπάνες υγείας σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία κατηγοριοποιούνται σε τρεις κύριες κατηγορίες:

- Ιατρικές δαπάνες, οι οποίες αναφέρονται σε αμοιβές γιατρών, έξοδα μεταφοράς ασθενών, έξοδα για διάφορες θεραπείες κ.α.
- Νοσοκομειακές δαπάνες, που αφορούν στα έξοδα νοσηλείας, δαπάνες επεμβάσεων, δαπάνες φαρμάκων, δαπάνες παρακλινικών εξετάσεων κ.α.
- Φαρμακευτικές δαπάνες, οι οποίες αφορούν στις δαπάνες για φάρμακα, οπτικά και ορθοπεδικά.

Οι συνολικές δαπάνες υγείας ορίζονται όταν στις παραπάνω κατηγορίες προσθέσουμε τις δαπάνες για σχολική ιατρική, για ιατρική της εργασίας, για κατάρτιση, για έρευνα και λειτουργικές δαπάνες. Έτσι το συνολικό ποσό δαπανών υγείας του κράτους είναι το άθροισμα της ιδιωτικής και δημόσιας κατανάλωσης και των δημοσίων και ιδιωτικών επενδύσεων. Η δημόσια κατανάλωση αναφέρεται στα έξοδα του συστήματος υγείας που καλύπτονται από τον προϋπολογισμό του κράτους ενώ η ιδιωτική κατανάλωση αφορά τα ίδια έξοδα και την συμμετοχή στο κόστος από

την πλευρά των καταναλωτών-νοικοκυριών. Το κράτος συμμετέχει ακόμη στο σύστημα υγείας μέσω των δημοσίων επενδύσεων. Η έννοια της ιδιωτικής επένδυσης σχετίζεται με την δημιουργία υποδομών από ιδιώτες με σκοπό την μελλοντική απόδοση των κεφαλαίων τους και κατά συνέπεια έχουν κερδοσκοπικό χαρακτήρα (Σούλης,1998).

Το συνολικό ύψος αλλά και η σύνθεση των δαπανών υγείας δεν είναι γνωστά σε πολλές χώρες. Αυτό συμβαίνει γιατί ενώ είναι δυνατόν να υπολογιστεί το ύψος των δημοσίων και ιδιωτικών επενδύσεων και το ύψος της δημόσιας κατανάλωσης, δεν υπάρχουν στοιχεία για την ιδιωτική κατανάλωση και τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας (Κυριόπουλος, Νιάκας,1994).

Το πρόβλημα εκτίμησης των συνολικών δαπανών υγείας επιτεινόταν από το γεγονός ότι δεν γινόταν διάκριση των δαπανών ανά βαθμίδα περίθαλψης. Υπήρχε μια αδυναμία στην προσπάθεια περιγραφής της πορείας ενός ασθενούς στο σύστημα υγείας σε όλη την διάρκεια της ζωής του ενώ πολλές φορές απαιτείται ταυτόχρονη χρήση ενδονοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας.

Το μόνο σίγουρο γεγονός είναι ότι οι δαπάνες υγείας αυξάνονται διαχρονικά. Όμως πώς μπορούμε να ελέγξουμε ή και να περικόψουμε ένα μέγεθος, όταν μέχρι πρόσφατα δεν μπορούσαμε να το μετρήσουμε; (Τούντας,2013) .

Ένας λόγος που δε μπορούσαμε να ελέγξουμε τις δαπάνες υγείας όλα αυτά τα χρόνια είναι γιατί δεν είχαμε αξιόπιστη καταμέτρηση των στοιχείων. Αυτή όμως η αδυναμία αντιμετωπίζεται τώρα αποτελεσματικά με την εφαρμογή του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας. Το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας – ΣΛΥ προτάθηκε για εφαρμογή από τον ΟΟΣΑ το 2000 και τέθηκε σε εφαρμογή το 2003. Η χώρα μας είναι η τελευταία από τις 35 χώρες που το έχουν εφαρμόσει.

«Απώτερος σκοπός του έργου, είναι τα οικονομικά δεδομένα συνδυαστικά με στοιχεία μη οικονομικών παραμέτρων να αξιοποιηθούν στην πράξη, ώστε η παροχή της υγειονομικής φροντίδας να είναι προσιτή και αποτελεσματική για το σύνολο των δικαιούχων, με κόστος που η κοινωνία μπορεί να επωμιστεί. Τα αποτελέσματα της συνήθους μικροκομματικής, ενίοτε διαισθητικής και σπανίως τεχνοκρατικής προσέγγισης των θεμάτων υγείας κατά το παρελθόν, ήταν τέτοια, ώστε πλέον να έχουμε απολέσει ως χώρα τη δυνατότητα αυτόβουλης άσκησης πολιτικής υγείας.

Ελπίζουμε το ΣΛΥ να συμβάλει στην αλλαγή σελίδας στον τρόπο λήψης των αποφάσεων και σύντομα η τεκμηρίωση να είναι η κατευθυντήρια δύναμη του εθνικού υγειονομικού σχεδιασμού.» (Σίσκου,2013)

Στην παρούσα εργασία κάναμε μία μεγάλη προσπάθεια να κωδικοποιήσουμε τις δαπάνες υγείας βάση του συστήματος Λογαριασμών Υγείας του ΟΟΣΑ και στη συνέχεια να εξάγουμε ασφαλή συμπεράσματα για το πως αυτές οι δαπάνες μεταβάλλονταν διαχρονικά.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΝ

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

---

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΜΙΑ ΣΤΑΓΟΝΑ ΙΣΤΟΡΙΑΣ

Η ιστορία της σύγχρονης Ελλάδας αρχίζει ουσιαστικά με την Ελληνική επανάσταση του 1821 και την ανεξαρτησία του ελληνικού κράτους το έτος 1828 με κυβερνήτη τον Καποδίστρια καλύπτοντας την Πελοπόννησο και μέρος της Στερεάς Ελλάδας. Το 1880 στην ελληνική επικράτεια προστέθηκε η Θεσσαλία, το 1913 μετά τους Βαλκανικούς Πολέμους, η Μακεδονία, το 1920 η Ανατολική Θράκη και η Σμύρνη που επέστρεψαν στην Τουρκική κυριαρχία μετά την Μικρασιατική Καταστροφή. Στην Ελλάδα προστέθηκε το 1923 η Δυτική Θράκη. Μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο το 1947 προστέθηκαν τα Δωδεκάνησα. Η Ελλάδα μέχρι και την άφιξη του Καποδίστρια το 1828, δεν ήταν αναγνωρισμένη ως κράτος. Αποκαλούνταν με το όνομα «Προσωρινή Διοίκηση της Ελλάδος». Το χρονικό πλαίσιο το οποίο μελετάμε ξεκινάει με την επιλογή του Όθωνα ως βασιλέα της Ελλάδος.

Μετά από τον εμφύλιο πόλεμο του 1832 (ύστερα από τη δολοφονία του Καποδίστρια), έγινε σαφές σε όλους, ότι μόνο μία ξένη δύναμη θα μπορούσε να εμποδίσει την αυτοκαταστροφή, που θα επέφερε ο αδελφοκτόνος σπαραγμός.<sup>1</sup>

Μέσα σε αυτό το πνεύμα, οι Μεγάλες Δυνάμεις με την Συνθήκη του Λονδίνου της 7ης Μαΐου 1832, η Ελλάδα απέκτησε την οριστική νομική της υπόσταση. Η Αγγλία, η Γαλλία και η Ρωσία προσέφεραν το στέμμα της Ελλάδας στο δευτερότοκο γιο του φιλέλληνα βασιλιά της Βαυαρίας, Λουδοβίκου Α'. Ο δεκαεπτάχρονος Όθων οριζόταν κληρονομικός μονάρχης με τον τίτλο του Βασιλιά. Μέχρι την ενηλικίωση του Όθωνα, η βασιλική εξουσία θα ασκούνταν από τριμελή επιτροπή αντιβασιλείας που αποτελούταν από: τον κόμη Joseph von Armansperg, που θα ασκούσε τη γενική εποπτεία, του καθηγητή Ludwig von Maurer, που θα αναλάμβανε τα θέματα δικαιοσύνης, της παιδείας και της εκκλησίας και του αντιστράτηγου Karl Wilhelm von Heideck, υπεύθυνου για τα στρατιωτικά και τα ναυτικά ζητήματα.<sup>2</sup>

Η αντιβασιλεία, στην αρχή, προσπάθησε να συνενώσει όλα τα κόμματα υπό την αιγίδα του Στέμματος, εγχείρημα που αποδείχθηκε πολύ δύσκολο. Γρήγορα οι τεράστιες διαφορές που χώριζαν τη βαυαρική εξουσία από τους παγιωμένους στην κοινωνία κομματικούς σχηματισμούς ήλθαν στην επιφάνεια. Η Αντιβασιλεία μπλέχτηκε στους κομματικούς φατριασμούς ενώ κατάφερε μακροπρόθεσμα κατάφεραν να εξασθενήσουν και τη βασιλική εξουσία. Η περίοδος

της αντιβασιλείας, που κράτησε μέχρι το 1835, ήταν σκληρή και προκάλεσε εξεγέρσεις. Το Ρωσικό κόμμα ήταν αυτό που ξεκίνησε συστηματική πολεμική εναντίον της, ενώ το γαλλικό κόμμα, δηλαδή ο Κωλέττης τηρούσε στάση αναμονής. Ο Όθων βασίλευσε αυταρχικά. Τα μέτρα που επέβαλαν οι Μεγάλες Δυνάμεις το 1840, σε μια προσπάθεια ανόρθωσης της οικονομίας και εξασφάλισης της πληρωμής του δανείου προκάλεσε δυσαρέσκεια, κυρίως σε όσους κατείχαν αξιώματα. Όλα αυτά τα μέτρα συνέτειναν σε μία συνομοσία ευρείας βάσης εναντίον του Βασιλιά. Με πρωτεργάτες τον Μακρυγιάννη και τον Καλλέργη, η εξέγερση επισπεύσθηκε για τις 3 Σεπτεμβρίου του 1843. Για πρώτη φορά ο στρατός εξωθήθηκε να εμπλακεί άμεσα στην ελληνική πολιτική αρένα. Μετά από αυτή την σύγκρουση, ο Όθωνας συμφώνησε να διορίσει μια προσωρινή κυβέρνηση και να συγκαλέσει εθνική συνέλευση για να συντάξει το προσχέδιο του πολυπόθητου συντάγματος. Έτσι το πολίτευμα από απόλυτη μοναρχία μετατράπηκε σε συνταγματική μοναρχία.<sup>3</sup>

Το 1844 έγινε φανατικός υπέρμαχος της «Μεγάλης Ιδέας», του οράματος της απελευθέρωσης των υπόδουλων Ελλήνων της Οθωμανικής αυτοκρατορίας και της ενσωμάτωσής τους σε ένα ενιαίο ελληνικό κράτος. Εμπνευστής της ιδέας ήταν ο Κωλέττης, ως τον θάνατό του το 1847. Παρά το ότι είχε εναγκαλιστεί με πάθος την υπόθεση του ελληνικού αλυτρωτισμού, στην πραγματικότητα δεν έκανε τίποτα για την επέκταση των συνόρων. Επιπλέον ο κυνικός χειρισμός του Συντάγματος του 1844, άρχισε να δημιουργεί εντάσεις, οι οποίες κατέληξαν σε εξέγερση του λαού και της φρουράς της Αθήνας. Έτσι έληξε η βασιλεία του Όθωνα.<sup>4</sup>

Όταν ο Όθωνας εκδιώχθηκε οι Έλληνες ζήτησαν για βασιλιά τον Αλφρέδο, γιο της Βασίλισσας Βικτωρίας. Οι άλλες μεγάλες δυνάμεις όμως δεν το δέχθηκαν. Έτσι το 1864 στάλθηκε έτσι ο δευτερότοκος γιος του βασιλιά της Δανίας, Γεώργιος. Ψηφίστηκε καινούργιο Σύνταγμα το οποίο ήταν πιο φιλελεύθερο από το προηγούμενο. Ο νέος βασιλιάς εδραιώνει το πολιτικό του προφίλ με κύριες συνιστώσες την αυταρχικότητα, την ευελιξία, την πονηριά και την προσαρμοστικότητα. Δοκιμάζει μέχρι εσχάτων τα όρια της νέας συνταγματικής νομιμότητας, την οποία κλήθηκε να υπηρετήσει, με αφορμή την επίκαιρη συζήτηση για τη δυνατότητα αναθεώρησης του καταστατικού χάρτη. Ο πολιτικός βίος της χώρας μέχρι το 1880 είναι ασταθής, ρευστός, με συχνές εκλογικές αναμετρήσεις, οι οποίες σπάνια διαμορφώνουν κοινοβουλευτικές πλειοψηφίες. Αντιθέτως στη βουλή διορίζονται είτε συμμαχικές επισφαλείς κυβερνήσεις, είτε μειοψηφικά βραχύβια υπουργεία, στα οποία αντιπροσωπεύονται κατά κανόνα

τοπικά-περιφερειακά συμφέροντα. Πολιτικά κυριάρχησαν δύο κόμματα, του Δηλιγιάννη και του Τρικούπη.<sup>5</sup>

Τα γρανάζια της ελληνικής πολιτικής μηχανής λιπαίνονταν καθ' όλη τη διάρκεια που μελετάμε, όχι μόνο από εκδουλεύσεις, αλλά ακόμα και από την φανερή εξαγορά, την εκλογική νοθεία και την αλλοίωση των αποτελεσμάτων. Ο Τρικούπης πρότεινε την αρχή της δεδηλωμένης. Η αρχή της δεδηλωμένης είναι όρος του Συνταγματικού Δικαίου και ορίζει ότι η κυβέρνηση οφείλει να έχει τη «δεδηλωμένη» εμπιστοσύνη της απόλυτης πλειοψηφίας των Βουλευτών. Διαχρονικά αυτή η εμπιστοσύνη δηλώνεται με σχετική ψηφοφορία της Βουλής μετά από κάθε σχηματισμό νέας κυβέρνησης. Με τον τρόπο αυτό εξασφαλίζεται η δημοκρατική νομιμοποίηση της κυβέρνησης, η οποία συνήθως, σε αντίθεση με το Κοινοβούλιο, δεν εκλέγεται απευθείας από τον λαό, αλλά διορίζεται από τον ανώτατο άρχοντα της χώρας. Στην Ελλάδα η αρχή της δεδηλωμένης καθιερώθηκε άτυπα το 1875 και ο Γεώργιος αναγκάστηκε να υιοθετήσει την άποψη του Τρικούπη. Η κυβέρνηση έπρεπε πια να έχει την εμπιστοσύνη της βουλής και όχι την εύνοια του βασιλιά, δίνοντας τέλος στις συνεχείς πολιτικές κρίσεις και την αστάθεια. Ο Τρικούπης εκσυγχρόνισε το κράτος με πολλά δημόσια έργα, το οδήγησε όμως στην πτώχευση.<sup>6</sup>

Η πρώτη δοκιμασία των πολιτικών ικανοτήτων του Γεωργίου Ιου είχε παρουσιασθεί με τα γεγονότα της νέας κρίσης στην Κρήτη το 1866-1869. Οι αλληπάλληλες κρίσεις που δημιουργήθηκαν από την επιθυμία των Κρητών για ένωση, έφεραν αναπόφευκτα την Ελλάδα σε σύγκρουση με την Υψηλή Πύλη. Το 1897 η κυβέρνηση του Δηλιγιάννη κάτω από την πίεση της κοινής γνώμης αναγκάστηκε να στείλει στρατιωτικό τμήμα στην Κρήτη. Η Ελλάδα και η Οθωμανική αυτοκρατορία τελικά ενεπλάκησαν σε σύντομο πόλεμο. Ο ελληνοτουρκικός πόλεμος του 1897 έληξε με τη συντριβή της Ελλάδας και σώθηκε χάρη στη παρέμβαση της Ρωσίας. Για να ανταποκριθεί στις αποζημιώσεις προς το Οθωμανικό κράτος, πέρασε κάτω από Διεθνή νομισματικό έλεγχο από τις Μεγάλες Δυνάμεις. Από το 1870 και μετά, οι φιλοδοξίες της Ελλάδας στη Μακεδονία, την έφεραν σε σύγκρουση με τους αντίπαλους εθνικισμούς των Βουλγάρων και των Σέρβων.<sup>1</sup>

Η παραίτηση του Δηλιγιάννη το 1903 σηματοδότησε τη περαιτέρω αποσταθεροποίηση της πολιτικής κατάστασης: εναλλασσόμενες, βραχύβιες κυβερνήσεις αδυνατούν να αναμετρηθούν με τα εντεινόμενα προβλήματα, εσωτερικής και εξωτερικής υφής (σταφιδικό ζήτημα, Μακεδονικό, Κρητικό). Το ακανθώδες Μακεδονικό Ζήτημα, η Κρητική Επανάσταση του 1908, το κίνημα των Νεότουρκων καθώς και οι ευρύτερες ανακατατάξεις και συμμαχίες στο



διεθνές σύστημα συντελούν στην οριακή πόλωση της υποβόσκουσας κρίσης και στη δυναμική της εκβολή, το 1909, το κίνημα στο Γουδί. Ο κύριος όγκος των στρατιωτικών δυνάμεων της πρωτεύουσας απαίτησε μεταρρυθμίσεις σε όλους τους τομείς. Δεν εγκαθίδρυσε δικτατορία αλλά με την υποστήριξη μερίδας του λαού οδήγησε τη χώρα σε εκλογές. Μετά από πολιτική ανωμαλία έγινε πρωθυπουργός ο Ελευθέριος Βενιζέλος. Ο Στρατιωτικός Σύνδεσμος έχοντας επιτύχει το στόχο του διαλύθηκε.<sup>7</sup>

Οι Βαλκανικοί Πόλεμοι υπήρξαν και παραμένουν το μεγαλύτερο πολεμικό επίτευγμα του νεοελληνικού κράτους από τη σύστασή του. Με σχετικά μικρό ανθρώπινο δυναμικό και υλικό κόστος και σε ένα διάστημα μόλις δέκα μηνών, η Ελλάδα διπλασίασε σχεδόν το έδαφός της και τον πληθυσμό της, με την προσάρτηση των Νέων Χωρών (Μακεδονία, Ήπειρο, Κρήτη, Λήμνος, Χίος, Λέσβος, Ικαρία κλπ). Στην διάρκεια του Α΄ Βαλκανικού Πολέμου αρχιστράτηγος ήταν ο διάδοχος Κωνσταντίνος. Στις 18 Μαρτίου το 1913 ο Γεώργιος δολοφονήθηκε στη Θεσσαλονίκη από τον Αλέξανδρο Σχινά και τον διαδέχθηκε ο Κωνσταντίνος.<sup>1</sup>

Η Βουλγαρία όμως δεν έμεινε ευχαριστημένη από τη διανομή των εδαφών. Το 1913 επιτέθηκε εναντίον της Ελλάδας και της Σερβίας ξεκινώντας το Β΄ Βαλκανικό Πόλεμο. Η Βουλγαρία ηττήθηκε και με τη Συνθήκη Βουκουρεστίου το 1913 και τα σύνορα της Ελλάδας έφτασαν μέχρι το Νέστο. Το 1914 ξέσπασε ο Α΄ Παγκόσμιος Πόλεμος. Ο Ε. Βενιζέλος επεδίωκε την είσοδο της Ελλάδας στον πόλεμο στο πλευρό της Αντάντ πιστεύοντας πως ήρθε η ώρα "εκπλήρωσης της Μεγάλης Ιδέας" (δηλ. η Ελλάδα όχι μόνο να διατηρήσει τα κέρδη της από τους Βαλκανικούς πολέμους αλλά και να επεκτείνει τα σύνορα της). Παρέβλεπε όμως το γεγονός ότι πολλοί Έλληνες είχαν κουραστεί από τους πολέμους. Οι Αγγλογάλλοι όμως απέβλεπαν στη συμμαχία της Βουλγαρίας και ουδετερότητα της Τουρκίας και απέρριπταν, προς το παρόν, τις προτάσεις του Βενιζέλου. Η μεγαλύτερη μερίδα της μεγαλοαστικής τάξης, ιδίως της διασποράς, προσδοκούσε να ενταχθεί (όπως έλεγε) σε μία "μεγάλη και ισχυρή Ελλάδα". Ο Βασιλιάς Κωνσταντίνος είχε δεχθεί έκκληση από τον Γερμανό Κάιζερ να σταθεί στο πλευρό της Γερμανίας και της Αυστροουγγαρίας «σε μια ενωμένη σταυροφορία κατά της σλαβικής επικράτησης στα Βαλκάνια» με αντίδωρο το Μοναστήρι. Ο Κωνσταντίνος αρνήθηκε. Είχε σπουδάσει στη Γερμανία, είχε επηρεαστεί από τη γερμανική κουλτούρα, ενώ είχε παντρευτεί την αδελφή του Κάιζερ, ο οποίος του είχε απονείμει και τον βαθμό του Στρατάρχη του γερμανικού στρατού και είχε βοηθήσει την Ελλάδα να διατηρήσει τα απελευθερωμένα κατά τους δύο Βαλκανικούς Πολέμους εδάφη και ιδιαίτερα την Καβάλα. Έχοντας την εμπειρία και την γνώση

στην πρώτη γραμμή ήδη δύο πρόσφατων πολέμων ήθελε την ειρήνη στο διπλασιασμένο Ελληνικό κράτος και την ξεκούραση του λαού. Έτσι επεδίωκε την ουδετερότητα. Ο Βενιζέλος θέλησε να ενταχθεί η Ελλάδα στον πόλεμο άνευ όρων στο πλευρό της Αντάντ. Ο Κωνσταντίνος όμως αξίωνε την με όρους και εδαφικά ανταλλάγματα έξοδο της χώρας στο πλευρό των Αγγλογάλλων. Οδήγησε σε παραίτηση δύο φορές τον Βενιζέλο ο οποίος έφερε αγγλογαλλικά στρατεύματα στην Βόρεια Ελλάδα. Τελικά ξέσπασε το Κίνημα της Εθνικής Άμυνας στη Θεσσαλονίκη το 1916, διασπώντας έτσι την Ελλάδα σε δύο κράτη.<sup>8</sup>

Ο Εθνικός Διχασμός έληξε όταν οι Αγγλογάλλοι εκδίωξαν τον Κωνσταντίνο και ενοποίησαν την Ελλάδα υπό το Βενιζέλο. Στο θρόνο ανέβηκε ο Αλέξανδρος. Η επίσημη συμμετοχή της Ελλάδας στον Πόλεμο είχε ως αποτέλεσμα τη συνθηκολόγηση της Βουλγαρίας το 1918. Η Ελλάδα συμμετείχε και στην αποτυχημένη εκστρατεία στη Κριμαία. Με το τέλος του πολέμου η Ελλάδα ήταν στο πλευρό των νικητών. Η Συνθήκη των Σεβρών (1920) παραχωρούσε στην Ελλάδα τη Δυτική και Ανατολική Θράκη, τα νησιά Ίμβρο και Τένεδο, επικύρωνε την κυριαρχία της στα άλλα νησιά του Αιγαίου που κατείχε από το 1913 και εμπιστευόταν τη διοίκηση της περιοχής της Σμύρνης στο ελληνικό κράτος. Οι κάτοικοι της περιοχής θα ψήφιζαν μετά από πέντε έτη να δηλώσουν αν προτιμούν την Ένωση με την Ελλάδα ή την παραμονή τους στην Τουρκία. Ωστόσο δεν ίσχυσε ποτέ επειδή δεν εγκρίθηκε από κανένα κοινοβούλιο των χωρών της Αντάντ, ούτε και της Ελλάδος.<sup>9</sup>

Στην Μικρά Ασία η Ελλάδα είχε να αντιμετωπίσει τον Μουσταφά Κεμάλ. Ο θάνατος του Αλέξανδρου, η ήττα του Βενιζέλου στις εκλογές του 1920 και η επιστροφή του Κωνσταντίνου ήταν οι αφορμές των Συμμάχων για να οδηγήσουν την Ελλάδα σε διπλωματική απομόνωση. Έτσι και έγινε. Η Μικρασιατική εκστρατεία διήρκεσε μέχρι το 1922 και έληξε με την ήττα της Ελλάδας. Ακολούθησε η ανταλλαγή πληθυσμών ανάμεσα στην Ελλάδα και την Τουρκία. Η ιδεολογία της Μεγάλης Ιδέας έπαψε να υπάρχει. Μετά από τη Μικρασιατική καταστροφή βενιζελικοί αξιωματικοί υπό την ηγεσία του Πλαστήρα και του Γονατά έκαναν πραξικόπημα και έδιωξαν τον Κωνσταντίνο. Τον διαδέχθηκε ο Γεώργιος. Οι πραξικοπηματίες θεωρούσαν τους αντιβενιζελικούς υπεύθυνους για την ήττα. Ο Εθνικός Διχασμός έληξε με την δίκη και την εκτέλεση των έξι.

Στις βουλευτικές εκλογές του 1923 το κόμμα των Φιλελευθέρων νίκησε στις εκλογές. Η βασιλεία καταργήθηκε και ανακηρύχθηκε πρόεδρος ο ναύαρχος Παύλος Κουντουριώτης.

Η περίοδος της αβασίλευτης δημοκρατίας χαρακτηρίστηκε από τις επεμβάσεις του στρατού στην πολιτική ζωή. Το 1925 ο Θεόδωρος Πάγκαλος κατέλαβε πραξικοπηματικά την εξουσία για να εκδιωχθεί με τη σειρά του από πραξικόπημα του Κονδύλη. Το 1928 ο Βενιζέλος εκλέχθηκε ξανά, το κόμμα του όμως έχασε στις εκλογές του 1932 εξαιτίας της οικονομικής κρίσης του 1929 οι συνέπειες της οποίας είχαν φτάσει τότε και στην Ελλάδα. Σε αυτήν την τετραετία κατάφερε πάντως να προχωρήσει σε αρκετές αλλαγές. Στην εξουσία ανέβηκε τότε το Λαϊκό κόμμα του Τσαλδάρη. Οι βενιζελικοί έκαναν δύο αποτυχημένα στρατιωτικά κινήματα το 1933 και το 1935. Τελικά το 1935 ο Κονδύλης μετά από πραξικόπημα προκήρυξε δημοψήφισμα για την κατάργηση της αβασίλευτης δημοκρατίας και την παλινόρθωση της βασιλείας. Το Δημοψήφισμα του 1935 με νοθεία επανέφερε τον Γεώργιο.<sup>1</sup>

Το 1936 ο Ιωάννης Μεταξάς αρχηγός του κόμματος των Ελευθεροφρόνων που είχε πάρει μόλις 4% στις εκλογές με την ανοχή του παλατιού κατέλυσε το κοινοβουλευτικό καθεστώς και επέβαλλε δικτατορία στις 4 Αυγούστου. Ο Μεταξάς κυβέρνησε απολυταρχικά. Αντιμετώπισε τους πολιτικούς του αντιπάλους, ειδικά τους κομμουνιστές, με εξορίες και φυλακίσεις. Ταυτόχρονα έλαβε και φιλοκοινωνικά μέτρα όπως μείωση τιμών σε αγαθά, ίδρυση ΙΚΑ, ίδρυση εργοστασίων κλπ.<sup>1</sup>

Από τον Σεπτέμβριο του 1939 ξέσπασε στη Ευρώπη ο Β' Παγκόσμιος Πόλεμος με την ελληνική πολιτική ηγεσία να παρακολουθεί με αγωνία, ως ουδέτερη δύναμη, τις εξελίξεις των επιχειρήσεων. Τελικά την 28η Οκτωβρίου 1940, η φασιστική Ιταλία, με ηγέτη τον Μουσολίνι, αφού είχε επιδείξει έντονα τις ηγεμονικές προθέσεις της κατά της Ελλάδας με σειρά προκλήσεων, κήρυξε επίσημα τον πόλεμο. Η ελληνική κοινή γνώμη ανταποκρίθηκε με ενθουσιασμό, ύστερα από την αρνητική απάντηση του Ιωάννη Μεταξά στο ιταλικό τηλεσίγγραφο, που ζητούσε ελεύθερη είσοδο των ιταλικών δυνάμεων στην χώρα. Πέθανε τον Ιανουάριο του 1941, πριν ο Χίτλερ καταλάβει την Αθήνα.<sup>10</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ (1833-1940)

Κατά τη διάρκεια της βασιλείας του Όθωνα, η οικονομία της Ελλάδας ήταν αγροτική. Ανάπτυξη του εμπορίου υπήρχε λόγω του απόδημου ελληνισμού. Ο δευτερογενής τομέας είχε πολύ αργή ανάπτυξη. Οι λόγοι αυτής της κατάστασης ήταν κυρίως οι άσχημες διεθνείς σχέσεις με τις δυνάμεις της Ευρώπης και των γειτονικών χωρών, η αναξιοπιστία της διεθνώς, η πολιτική αστάθεια και η ανασφάλεια στην ύπαιθρο. Λίγο μετά τον διορισμό του Όθωνα έγινε η πρώτη νομισματική μεταρρύθμιση. Με Βασιλικό διάταγμα της 8ης Φεβρουαρίου 1833 «περί ρυθμίσεως του νομισματικού συστήματος», αντικαταστάθηκε ο Φοίνικας με τη δραχμή. Η νέα νομισματική μονάδα του σύγχρονου Ελληνικού κράτους υποδιαιρέθηκε σε 100 λεπτά.

Η αντιβασιλεία του Όθωνα δημιούργησε τρία μονοπώλια, ένα από τα οποία ήταν το αλάτι, ως κύρια πηγή εσόδων. Το Δάνειο των 60 εκατομμυρίων δραχμών, το οποίο οι τρεις Προστάτιδες Δυνάμεις αρνήθηκαν στον Καποδίστρια, το προσέφεραν στον πρίγκιπα Λεοπόλδο, μετά την επιλογή του ως πρώτου βασιλιά του νεοσύστατου Βασιλείου της Ελλάδας. Η παροχή του Δανείου εγκρίθηκε από το Συνέδριο του Λονδίνου το Φεβρουάριο του 1830 με τον όρο ότι αυτά τα χρήματα θα χρησιμοποιηθούν για να καλύψουν τα έξοδα της συντήρησης του στρατού. Ο Λεοπόλδος διαφώνησε με τους όρους χρήσης του δανείου και ζήτησε τη διερεύνηση προς τις γενικές ανάγκες του ελληνικού κράτους. Η πρόταση του έγινε δεκτή και με το πρωτόκολλο της 7ης Μαΐου 1830 ορίστηκε ότι το δάνειο θα ήταν 60 εκατομμύρια. Τελικά ο Λεοπόλδος δεν έγινε ο πρώτος βασιλιάς της Ελλάδας. Παραιτήθηκε στις 21 Μαΐου του 1830 διότι απορρίφθηκε η πρόταση του να συμπεριληφθεί και η Κρήτη στα όρια του νέου ελληνικού κράτους. Το στέμμα δόθηκε (13 Φεβρουαρίου 1832) στον ανήλικο Βαυαρό Όθωνα. Μεταξύ των τριών Δυνάμεων και της Βαυαρίας υπογράφηκε συνθήκη (7 Μαΐου 1832) με την οποία οριζόταν ότι το δάνειο θα παραχωρούνταν σε τρεις ισόποσες δόσεις, ανάλογα με τις ανάγκες της χώρας, και ότι η Ελλάδα όφειλε να πληρώνει τους τόκους και τα χρεολύσια από τα δικά της έσοδα.

Για τη διασφάλιση της εξυπηρέτησης του δανείου στο άρθρο 12 οριζόταν ότι πριν από κάθε άλλη υποχρέωση από τα δημόσια έσοδα θα προηγούνταν η εξόφληση των τόκων και των τοκοχρεολυσίων. Το δάνειο πραγματοποιήθηκε στο Παρίσι (Μάιος 1833) με τους αδερφούς Ρότσιλντ.<sup>11</sup> Ο τόκος ορίστηκε σε 5% και το χρεολύσιο στο 1%. Χρόνος απόσβεσης ορίστηκαν

τα 36 χρόνια. Οι τραπεζίτες αγόρασαν το δάνειο στο 94% και προμήθεια 2%. Οι δύο πρώτες δόσεις, 40 εκατομμύρια εκδόθηκαν σχετικά γρήγορα.

Στην καταβολή της τρίτης δόσης των 20 εκατομμυρίων υπήρξε εμπλοκή με τη Ρωσία. Ζήτησε το ποσό της τρίτης δόσης να δεσμευτεί για τους τόκους και τα χρεολύσια των 40 εκατομμυρίων αλλά τελικά υποχώρησε. Το ονομαστικό ποσό του δανείου σε δραχμές ήταν 63.924.559. Από αυτό αφαιρέθηκαν : 3.835.473 δρχ. το 6% με βάση την συμφωνία, 1.186.288 δρχ. το 3,37% προεξόφληση του κεφαλαίου και 1.964.252 δρχ. άλλα έξοδα. Από τα στοιχεία καταλαβαίνουμε ότι έμεινε στην Ελλάδα το ποσό των 56.924.546 δρχ. Μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 1843 απορροφήθηκαν για τόκους και χρεολύσια ακόμα 33.080.795 δρχ. Το τελικό ποσό έμεινε για την Ελλάδα ήταν 23.867.751 δρχ.<sup>12</sup>

Από αυτά, 12.531.174 δρχ. δόθηκαν στην Τουρκία για την εξαγορά της Φθιώτιδας. Τα 9.098.017 δρχ. που τελικά απέμειναν σπαταλήθηκαν από την αντιβασιλεία του Όθωνα.. Μόνο για τον πρώτο χρόνο παραμονής το κόστος έφτασε στις 4.748.000 δρχ. Υπήρξε όμως και συνέχεια. Το συνολικό κόστος μέχρι τη μεταπολίτευση του 1843 έφτασε στις 19.000.000 δρχ. Το 1842 ο προϋπολογισμός έκλεισε με έλλειμμα 3.000.000 δρχ., γεγονός που αναγκαστικά οδηγούσε σε αναστολή πληρωμών. Οι Προστάτιδες Δυνάμεις αποφάσισαν να παρέμβουν. Το Συνέδριο του Λονδίνου εξέτασε τα οικονομικά της Ελλάδας και επέβαλλε ετήσια μείωση των δαπανών του προϋπολογισμού κατά 3.742.000 δρχ., καθώς και παραχώρηση των εισπράξεων του Τελωνείου Σύρου, το οποίο ήταν από τα πλουσιότερα, για την εξυπηρέτηση του Δανείου. Ο Όθωνας αποδέχτηκε το σχετικό πρωτόκολλο, αλλά δεν πρόλαβε να το εφαρμόσει. Στις 3 Σεπτεμβρίου του 1843, η «συνταγματική επανάσταση» ανέστειλε την εξυπηρέτηση του δανείου. Ήταν η δεύτερη χρεοκοπία της Ελλάδας.<sup>13</sup>

Το 1857, η Αγγλία, η Γαλλία και η Ρωσία όρισαν τη Διεθνή Οικονομική Εξεταστική Επιτροπή για να γνωμοδοτήσει για μέτρα που μπορούσε να λάβει η τότε κυβέρνηση για την αποπληρωμή του δανείου που πήρε η Ελλάδα το 1833 ως συνέπεια της στάσης που είχε κρατήσει η Ελλάδα κατά τον Πόλεμο της Κριμαίας. Η επιτροπή όρισε ότι η Ελλάδα μπορεί να αποπληρώνει τουλάχιστο 900.000 γαλλικά φράγκα το έτος, ποσό που θα μπορούσε να αυξάνεται όταν η χώρα θα είχε τη δυνατότητα. Η Ελλάδα πλήρωσε το 1860 και μετά χρεοκόπησε -σταμάτησε πάλι τις πληρωμές- για τρία ακόμη χρόνια (1861-1862-1863), ενώ προχώρησε σε νέα συμφωνία αναδιάρθρωσης - αποπληρωμής του χρέους το 1864.

Από το 1880 έως το 1893, κυβέρνησε κυρίως ο Χαρίλαος Τρικούπης, ενώ μεσολάβησαν και ο Θεόδωρος Δηλιγιάννης, ο Ζηνόβιος Βάλβης και ο Σωτήριος Σωτηρόπουλος. Οι τρεις τελευταίοι δεν μπορούσαν να ανταποκριθούν στα δάνεια που σύναπτε ο Τρικούπης. Το 1881 προσαρτήθηκε στην Ελλάδα η Θεσσαλία, . Ο Τρικούπης προσπάθησε να μειώσει το κόστος της διοίκησης, συνενώνοντας παλιές επαρχίες. Θέσπισε αυστηρά κριτήρια επιλογής τους, για να υπάρχει ανεξαρτησία της κρατικής γραφειοκρατίας από τις κυβερνητικές αλλαγές.

Για τη χρηματοδότηση των έργων πήρε δύο μεγάλα δάνεια και επέβαλε φορολογία στον καπνό και το κρασί. Επέβαλε και φόρο επί των οικοδομών παίρνοντας τρίτο δάνειο για τη χρηματοδότηση τριών θωρηκτών. Σημαντικές προσπάθειες έκανε για την εκβιομηχάνιση της χώρας. Τα έργα τα οποία έκανε εντάσσονται σ' αυτή την προσπάθεια είναι η ίδρυση τεχνικών σχολών, η κατασκευή σιδηροδρομικού και οδικού δικτύου, η αποξήρανση της λίμνης Κωπαΐδας και η διάνοιξη της διώρυγας της Κορίνθου.

Το 1893 ο Χαρίλαος Τρικούπης, εξαιτίας της άσχημης οικονομικής κατάστασης, κήρυξε την τρίτη πτώχευση , λέγοντας της φράση «δυστυχώς επτωχεύσαμεν» Η τρίτη πτώχευση της Ελλάδας σήμανε κλονισμό της δραχμής και ολοκληρωτικό μαρασμό της ελληνικής οικονομίας. Η κρίση αντιμετωπίστηκε με την υποτίμηση της δραχμής στη μισή αξία.<sup>14</sup>

Το 1897 ο Δηλιγιάννης κήρυξε τον Ελληνοτουρκικό πόλεμο. Η κατάσταση για την Ελλάδα ήταν πειστική, εξαιτίας των αντικρουόμενων συμφερόντων των μεγάλων Δυνάμεων και των πιέσεων που ασκούσαν οι ομολογιούχοι. Εξαιτίας της ταπεινωτικής ήττας που υπέστη, της επιβλήθηκε πολεμική αποζημίωση και Διεθνής Οικονομικός Έλεγχος. Μάλιστα, για να εξασφαλισθούν οι δανειστές ότι θα εισπράξουν πίσω τα χρήματά τους, επέβαλαν μεταξύ των όρων την απευθείας εισπραξη των κερδών από τρία βασικά προϊόντα: το πετρέλαιο, τα σπύρτα και τα τραπουλόχαρτα, τα οποία όπως διακινούσε μόνον το Ελληνικό Μονοπώλιο.<sup>15</sup>

Η Ελλάδα από το 1924 μέχρι το 1897 πήρε 10 εξωτερικά δάνεια, συνολικά 770 εκ. γαλλικά φράγκα. Επειδή κατά μέσο όρο η τιμή έκδοσης κυμάνθηκε στο 72,54%, παρέλαβε τα 464.100.000. Τα υπόλοιπα ήταν τιμή έκδοσης και διάφορα άλλα έξοδα-κρατήσεις.

Από το 1902 έως και το 1914 συνομολογήθηκαν τέσσερα εξωτερικά δάνεια, συνολικά 521.000.000 γαλλικά φράγκα. Τα τρία πρώτα (76.000.000 γαλλικά φράγκα) μέχρι το έτος 1910 και το τέταρτο, 335.000.000 γαλλικά φράγκα το έτος 1914.<sup>16</sup>

Τα χρήματα αυτά χρησιμοποιήθηκαν υπέρ της εξυπηρέτησης των ήδη υπαρχόντων εξωτερικών δανείων, υπέρ της διεξαγωγής των Βαλκανικών πολέμων και στην ενσωμάτωση των νέων περιοχών που προέκυψαν μετά τους Βαλκανικούς. Τα νέα δάνεια ξεπλήρωναν τα παλιά.

Με το τέλος των Βαλκανικών Πολέμων(1912-1913),η Ελλάδα επί πρωθυπουργίας Βενιζέλου ενσωμάτωσε την Ήπειρο, τη Μακεδονία και τη Θράκη. Παράλληλα με τη στρατιωτική βοήθεια, έλαβε και δάνεια που απλώς αύξησαν το χρέος της. Η μικρασιατική καταστροφή ως επακόλουθο της εκστρατείας του 1919-1922, είχε και αυτή τις οικονομικές της επιπτώσεις. Ο πληθυσμός της Ελλάδας αυξήθηκε λόγω των εκατοντάδων χιλιάδων προσφύγων, ενώ λήφθηκαν μέτρα για την αποκατάστασή τους με τη βοήθεια και της Κοινωνίας των Εθνών.

Η εποχή του Μεσοπολέμου μέχρι τη διεθνή οικονομική κρίση (1922-1932) ήταν μια περίοδος σταδιακής ανόρθωσης της ελληνικής οικονομίας με ίδρυση βιοτεχνιών και βιομηχανιών αλλά και μεγάλων δημόσιων έργων όπως το φράγμα της λίμνης Μαραθώνα.<sup>17</sup>

Η δραχμή σταθεροποιήθηκε ενώ η αξία της είχε πέσει στο ένα δέκατο πέμπτο της προπολεμικής αξίας. Αναπτύχθηκε η εμπορική κίνηση, ενώ βελτιωνόταν και η βιομηχανία. Η φορολογική επιβάρυνση παραμένει δυσβάστακτη. Σε σχέση με την προπολεμική έχει αυξηθεί κατά 37 φορές. Από το 1924 μέχρι και το 1931,συνομολογήθηκαν εννιά εξωτερικά δάνεια. Τα δάνεια προήλθαν από τη Μεγάλη Βρετανία κατά 48%,από τις ΗΠΑ κατά 31% και τα υπόλοιπα σε μικρότερα ποσοστά από το Βέλγιο, Σουηδία, Γαλλία, Ολλανδία, Ελβετία, Αίγυπτο και Ιταλία. Τα δάνεια χρησιμοποιήθηκαν για την αποκατάσταση των προσφύγων, την εξυπηρέτηση του εξωτερικού δανεισμού και τη σταθεροποίηση της δραχμής. Την ίδια περίοδο η εξυπηρέτηση του εξωτερικού δανεισμού απορροφούσε το 29% των τακτικών εσόδων. Συνολικά την περίοδο 1824-1932 η Ελλάδα δανείστηκε από το εξωτερικό 2.200.000.000 χρυσά φράγκα. Παρόλο που μέχρι το 1932 είχε αποσβέσει 2.380.000.000 χρυσά φράγκα,183 δις περισσότερα από ότι είχε δανειστεί, πάλι χρωστούσε 2 δις χρυσά φράγκα.<sup>12</sup>

Η εξάρτηση της Ελλάδας από ξένα κεφάλαια την έκανε ευάλωτη σε διεθνείς οικονομικές και πολιτικές συγκυρίες. Σημαντικό ρόλο στην εποχή έπαιξε η διεθνής οικονομική κρίση του 1929-1932, με άμεσες συνέπειες την κατάρρευση τραπεζών και την αύξηση της ανεργίας. Εκείνη την περίοδο το 60-70% των εξαγωγών αποτελούσαν η σταφίδα και ο καπνός.<sup>18</sup>

Ειδικότερα, η εξαγωγή καπνού ήταν η σημαντικότερη πηγή εσόδων στις εξαγωγές και τη φορολογία, ενώ η καλλιέργειά του γίνεται στη βόρεια Ελλάδα. Οι εξαγωγές μειώθηκαν σταθερά από το 1929 μέχρι το 1933. Τα έσοδα από τις εξαγωγές καπνού το 1932 ήταν τα μισά από τα

έσοδα το 1929. Έτσι το 1932 η Ελλάδα κήρυξε την τέταρτη πτώχευση. Λόγω της οικονομικής κρίσης το εμπόριο κάμφθηκε, ενώ η υποτίμηση του νομίσματος και η χαμηλή αγοραστική δύναμη παρέσυρε τη βιομηχανία και τη ναυτιλία. Μέχρι και την κατάκτηση από τη Ναζιστική Γερμανία, η σοβαρή αναντιστοιχία στους οικονομικούς δείκτες και τους μισθούς των εργαζομένων προκαλούσε κοινωνικές αναταραχές.<sup>19</sup>

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΜΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ (1833-1940)

Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση των Ελλήνων μετά την ελληνική ανεξαρτησία είναι δεινή. Ο πληθυσμός που περιέλαβε η νεοσύστατη ελληνική επικράτεια ήταν γύρω στις 750.000. Το σύνολο του αγροτικού πληθυσμού ξεπερνούσε τα 2/3 του πληθυσμού της επικράτειας και διατηρούσε τις θεμελιώδεις κοινωνικές δομές που είχε πριν την Επανάσταση<sup>20</sup>.

Οι αγροτοεργατικές κατηγορίες, αποτελούμενες κυρίως από ακτήμονες καλλιεργητές, ζούσαν σε καθεστώς εξαθλίωσης με πόρους που προέρχονταν ή από την καλλιέργεια γης γαιοκτημόνων ή του κράτους. Υπολογίστηκε ότι η όλη εργασία των καλλιεργητών αντιστοιχούσε με 20-43 αγροτικά ημερομίσθια.<sup>20</sup>

Από τα πρώτα κιόλας μετεπαναστατικά χρόνια, η Αθήνα (που από το 1834 ορίστηκε πρωτεύουσα του ελληνικού κράτους) θα μετατραπεί σε ένα πολιτικοοικονομικό και πολιτιστικό κέντρο και συνάμα σε μοχλό κοινωνικοοικονομικής ανοδικής κινητικότητας των μεσαίων και μικροαστικών στρωμάτων. Πολυάριθμες μάζες αγωνιστών της Επανάστασης και οικογένειες νεκρών αγωνιστών, θα εγκατασταθούν στην πρωτεύουσα. Η διάλυση των άτακτων στρατιωτικών σωμάτων της Ανεξαρτησίας επέφερε οδυνηρές πληγές και δημιούργησε μια νέα κατάσταση πραγμάτων για τους παλιούς αγωνιστές, μια και 7.000 περίπου από αυτούς έμειναν άνεργοι. Χωρίς στέγη και απασχόληση, ανάπηροι και εξαθλιωμένοι, ορφανά και χήρες, καταλάμβαναν τα πεζοδρόμια στην αγορά της πόλης, έχοντας τη ζητιανιά για βιοπορισμό και συνυπάρχοντας με ετερόχθονους εξευρωπαϊσμένους Έλληνες, με συνέπεια η επανάσταση του 1821 να αποτελέσει για τους ενδεείς αγωνιστές και τα παιδιά τους μια άσβεστη τραυματική ανάμνηση<sup>20</sup>.

Για τους ευρωπαϊούς κεφαλαιούχους, τους βιομηχάνους και τους εμπόρους, τα ελληνικά λιμάνια αποτελούσαν πάντοτε ασφαλείς σταθμούς πάνω στους πλωτούς δρόμους της νοτιοανατολικής Μεσογείου. Ο ελληνικός εφοπλισμός ήταν ένας παλιός και φτηνός συνεργάτης. Ωστόσο αν η θαλασσινή Ελλάδα, το εμπορικό πέρασμα μεταξύ Ανατολής και Δύσης, ήταν ήδη βασικός κρίκος στην παγκόσμια αγορά, το εσωτερικό της χώρας, παρέμενε άγνωστο και απρόσιτο.<sup>21</sup>

Η έλλειψη έστω και ενός στοιχειώδους, για τα μέτρα της εποχής, οδικού δικτύου καταδίκαζε σε απομόνωση το μεγαλύτερο τμήμα της χώρας. Οι δρόμοι ήταν κυρίως δύσβατα ορεινά μονοπάτια, ιστορική ανάμνηση κάποιων παλιών καταστραμμένων βυζαντινών, ενετικών και τούρκικων δρόμων, φαγωμένων από τα νερά της βροχής, με γκρεμισμένα ή ετοιμόρροπα γεφύρια . «Δρόμοι» εκατοντάδες χρόνια απάτητοι από τροχό, μια και τα κάρα ήταν άγνωστα στη νεότερη Ελλάδα , κομμένοι πολλές φορές σύρριζα στις χαράδρες, κουραστικοί ακόμα και για άλογα, κατάλληλοι για σκληρά υποζύγια , έβαζαν φραγμό στην ανάπτυξη του εσωτερικού εμπορίου. Ελεύθερη επικοινωνία υπήρχε μόνο ανάμεσα στα παράκτια μέρη του Μωριά, της Ρούμελης και των νησιών. Δευτερευόντως ένα μικρεμπόριο διεξαγόταν μεταξύ των πεδινών χωριών και των κωμοπόλεων - λιμανιών.<sup>21</sup>

Εκτός από την κατάσταση των δρόμων, που εμπόδιζε τη σύνδεση με την ενδοχώρα, ο κίνδυνος των ληστών, ο αριθμός των οποίων καθημερινά μεγάλωνε, απέτρεπε και τους πιο τολμηρούς εμπορευόμενους να τολμήσουν μια πολυέξοδη μετακίνηση με αργοκίνητα αρματωμένα καραβάνια . Το κόστος μεταφοράς επιβάρυνε υπερβολικά την τιμή του προϊόντος αφαιρώντας του την ανταγωνιστικότητα.<sup>21</sup>

Η ληστεία στην μετεπαναστατική Ελλάδα είναι ένα γεγονός που ξεκινά από την εποχή του Καποδίστρια το 1828 και οφείλεται κυρίως στον θεσμό του κλέφτη-αρματολού που υπήρχε πριν την Επανάσταση. Το φαινόμενο όμως αυτό θα ενταθεί μετά το 1833 οπότε οι Βαυαροί θα διαλύσουν τους άτακτους στρατούς της Επανάστασης αφήνοντας πέντε χιλιάδες οπλίτες χωρίς εργασία και χωρίς κάποιο προσανατολισμό ως προς την απασχόληση.<sup>21,22</sup>

Μεγάλο μέρος του πληθυσμού υποσιτιζείται και ζει κάτω από άθλιες συνθήκες. Το αποτέλεσμα των χαμηλών εσόδων ήταν η κακή διατροφή, η οποία, σε συνδυασμό με τους λοιμούς, ευθυνόταν για την αυξημένη θνησιμότητα. Ο μέσος όρος ζωής έφτανε περίπου τα 35 χρόνια, ενώ ένα παιδί στα πέντε πέθαινε πριν να γίνει ενός έτους.<sup>23</sup>

Στα χρόνια που εξετάζουμε οι επιδημίες αποτελούσαν την κύρια μορφή με την οποία εκδηλωνόταν μία αρρώστια. Το ιδιαίτερα χαμηλό μορφωτικό επίπεδο του λαού, συνέβαλε στην διατήρηση των δεισδαιμονιών και των φόβων σχετικά με τις αρρώστιες και την υγεία.

Οι άνθρωποι ζουν συνήθως σε μικρά ξύλινα σπίτια, κολλημένα το ένα δίπλα στο άλλο. Οι δρόμοι είναι ανύπαρκτοι ή καθόλου λιθοστρωμένοι.<sup>24</sup>

Για παράδειγμα για την Αθήνα του 1830 ο αποσπασμένος στο εκστρατευτικό σώμα του Στρατηγού Maison, J.L. Lacour: «Η καρδιά σφίγγεται φτάνοντας στην Αθήνα. Νέα ερείπια

καλύπτουν τα αρχαία, τα καταχωνιασμένα μέσα στη γη. [...] Στενά, σκοτεινά, λασπώδη, ακανόνιστα δρομάκια. Βρώμικα, καπνισμένα και δυσώδη μαγαζιά, μεπραμάτιες που θα τις περιφρονούσαν ως και οι πλανόδιοι πωλητές στα χωριάτικα πανηγύρια μας, κι όλα αυτά περικυκλωμένα από ένα χονδροειδές τοιχίο, να τι έχει αντικαταστήσει το Ωδείο του Περικλέους, το Ελευσίνιο, το Λύκειο, τους Κήπους και τον Ναό της Αφροδίτης, τις Πύλες του Ερμού, [...] και τα λοιπά μνημεία, των οποίων μόνον τα ονόματα έχουν απομείνει».

Οι ανεπαρκείς αποχετεύσεις των πόλεων αποτελούσαν ένα από τα κυριότερα προβλήματα της δημοσίας υγείας. Μέχρι και τα μέσα του 19ου αιώνα τα υδραγωγεία κατασκευάζονταν σχεδόν αποκλειστικά από τους Οθωμανούς. Το 1901 σύμφωνα με τον νόμο 332 καθορίστηκαν οι απαραίτητες προϋποθέσεις για την αποφυγή μόλυνσης του νερού στα υδραγωγεία, στις δεξαμενές και τα πηγάδια.<sup>25</sup>

Μία από τις ασθένειες ταμπού της εποχής είναι και η λέπρα. Οι λεπροί ζούσαν στην είσοδο των πόλεων και έπρεπε να φορούν κουδούνια για να προειδοποιούν τον κόσμο να απομακρύνεται έγκαιρα από κοντά τους. Ήταν φτωχοί και απόλυτα περιθωριοποιημένοι, σχεδόν καταδιωγμένοι και αναγκάζονταν να γίνονται επαίτες. Οι υγιείς πίστευαν ότι και μόνο που θα ανέπνεαν τον ίδιο αέρα με τους ασθενείς συμπατριώτες τους θα αρρώσταιναν κι οι ίδιοι. Έτσι ένα νησάκι ήταν ιδανική λύση για να απομακρυνθούν από τον υγιή πληθυσμό οι χανσενικοί και να αισθανθούν ασφαλείς οι υγιείς αλλά και για έναν ακόμα λόγο, γιατί πρόσφερε εύκολη επικοινωνία με τη στεριά για τη μεταφορά των ασθενών, τροφίμων και εφοδίων (πχ Σπιναλόγκα).<sup>26</sup>

Έξαρση εκείνη την εποχή είχαν και τα αφροδίσια νοσήματα. Μία από τις προτεραιότητες του κράτους ήταν η αντιμετώπιση της πορνείας. Η προοδευτική αστικοποίηση, ιδιαίτερα στις πόλεις-λιμάνια, οδήγησε στην αύξηση της συχνότητας των αφροδισίων, τα οποία αποτελούσαν ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα της δημοσίας υγείας κατά τον 19 αιώνα. Για παράδειγμα στην περίοδο των ξένων στρατευμάτων στα Χανιά, ήταν η κυριότερη αιτία συγκέντρωσης μεγάλου αριθμού κοινών γυναικών. Η Ελλάδα ακολουθώντας άλλες ευρωπαϊκές χώρες, αναγνώρισε νομοθετικά την πορνεία ως επάγγελμα από το 1834. Παρά τη νομιμοποίηση της πορνείας δεν ήταν εύκολη η αντιμετώπιση της κρυφής, η οποία και θεωρείτο υπεύθυνη για την αύξηση των αφροδισίων νοσημάτων σε ξένους στρατιωτικούς το 1900 στα Χανιά.<sup>27,28</sup>

Τα μέτρα που καθιερώθηκαν είναι: Η απέλαση των αλλοδαπών κοινών γυναικών, που δεν διέμεναν στα υπάρχοντα πορνεία. Ο συχνός ιατρικός έλεγχος. Η κοινοποίηση στις στρατιωτικές

δυνάμεις των ονομάτων των κοινών γυναικών που είχαν σύφιλη. Η προσθήκη φωτογραφίας τους στα βιβλιάρια τους, για να μην μπορούν να χρησιμοποιούν τα βιβλιάρια υγιών γυναικών.

Η νοσηρότητα από ελονοσία συνδεόταν άμεσα, κυρίως, με το ετήσιο ύψος των βροχοπτώσεων, την έκταση των ελών κάθε περιοχής και το υψόμετρο. Για παράδειγμα το 1933 η ελονοσία μάστιζε την Ελλάδα: 1.600.000 άνθρωποι υπέφεραν από την ασθένεια και 7.000 άρρωστοι πέθαιναν το χρόνο. Τα κρούσματα της ευλογιάς αυξάνονταν σε περιόδους συγκρούσεων, επαναστάσεων, μετακινήσεων προσφύγων. Οι εμβολιασμοί με δαμαλίδα ήταν γνωστοί, όμως περιορισμένοι και οι θάνατοι αρκετοί. Μια υποτυπώδης προσπάθεια προφύλαξης της δημόσιας υγείας, κυρίως από τον φόβο μιας επιδημίας πανώλης, ήταν τα λοιμοκαθαρτήρια και οι καραντίνες. Ταξιδιώτες και εμπορεύματα κλείνονταν εκεί μέσα για μέρες για να υποβληθούν σε απολύμανση.<sup>24</sup>

Εξαιτίας των τόσων ασθενειών, οι διασημότεροι πολίτες θεωρούνταν οι ιατροί. Οι διατάξεις για το πως θα έπρεπε να ασκείται το επάγγελμα ήταν ανεφάρμοστες, και έτσι υπήρχαν και πολλοί τσαρλατάνοι που σκορπούσαν την ανασφάλεια. Πάντως η υψηλή τιμή των φαρμάκων και η αδυναμία πληρωμής τους από τους κατοίκους, ενίσχυε ακόμα περισσότερο το κύρος του ιατρού όταν παρείχε ο ίδιος κάποια φάρμακα ή όταν θεραπευόταν κάποια δύσκολη περίπτωση.<sup>27</sup>

Η οικονομική κρίση, που αντιμετώπισε η Ελλάδα τις τελευταίες δεκαετίες του 19ου αιώνα, προκάλεσε μεγάλα προβλήματα στον αγροτικό πληθυσμό της χώρας. Πολλοί άνδρες κυρίως από την Πελοπόννησο και τη Στερεά Ελλάδα, στην πλειονότητά τους αγρότες, υποχρεώθηκαν τότε, εξαιτίας των προβλημάτων στο εμπόριο της σταφίδας, να μεταναστεύσουν στο εξωτερικό αναζητώντας καλύτερες συνθήκες ζωής. Οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής αποτέλεσαν δημοφιλή προορισμό των Ελλήνων μεταναστών. Εμπορικοί πράκτορες και εταιρείες ακτοπλοϊκών μεταφορών φρόντιζαν για την ασφαλή μεταφορά τους στις νέες πατρίδες. Ήταν η αφετηρία μιας μεταναστευτικής κίνησης.<sup>28,29</sup>

Στα αστικά κέντρα οι συνθήκες εργασίας πριν από το 1913 ήταν συνθήκες δουλείας. Οι πρωτόγονες παραγωγικές υποδομές συνοδεύονταν και από τις αντίστοιχες εργασιακές συνθήκες. Κτίρια θλιβερά, σκοτεινά, ανθυγιεινά για τους εργαζόμενους και ωράρια εργασίας μεγαλύτερα από οπουδήποτε αλλού. Μέχρι το 1909 οι απεργίες ήταν άγνωστες εργασία ήταν κυρίως χειρωνακτική. Οι εργάτες δούλευαν σε άθλιους χώρους, ατελείωτες ώρες, ανασφάλιστοι σε περίπτωση ατυχήματος, ενώ διαδεδομένη ήταν και η εκμετάλλευση της παιδικής εργασίας.<sup>30</sup>

Συμπερασματικά θα μπορούσε να ειπωθεί πως:

- Μετά την Επανάσταση οι Έλληνες προσπάθησαν να οικοδομήσουν το μέλλον τους με βάση τα επιτεύγματα του Αγώνα, ενώ ταυτόχρονα αγωνίζονταν να ξεπεράσουν τις δυσκολίες που είχαν επισωρευτεί. Αμέσως μετά την απελευθέρωση η οθωμανική κηδεμονία αντικαταστάθηκε από το ευρωπαϊκό σύστημα που έγινε τώρα το κέντρο γύρω από το οποίο έπρεπε να περιστρέφονται όλες οι ελληνικές υποθέσεις. Τα δάνεια που χρειαζόταν το νεοσύστατο κράτος για να ξεπεράσει την οικονομική του καχεξία, έπρεπε να έχουν τις εγγυήσεις τους. Η δημιουργία εθνικής οικονομίας αποτέλεσε σταθερή επιδίωξη όλων των κοινωνικών ομάδων. Το κράτος διαδραμάτισε ουσιαστικό ρόλο σ' αυτή τη διαδικασία, με την πολιτική του στο διοικητικό και δημοσιονομικό τομέα, με τη δημιουργία μίας υποτυπώδους υλικοτεχνικής υποδομής αλλά και με επιτυχημένες εμπορικές συμφωνίες με Ευρωπαϊκές χώρες. Έτσι κατάφερε να επιτύχει την οικονομική ανάπτυξη που ενώ προχωρούσε με αργούς ρυθμούς έγινε αισθητή μετά το 1860. Συστατικά στοιχεία αυτής της ανάπτυξης ήταν η δημιουργία του εμπορικού στόλου, η αύξηση των εμπορικών συναλλαγών και η αύξηση της αγροτικής παραγωγής. Η οικονομική άνοδος της Ελλάδας, όσο μέτρια κι αν ήταν συγκρινόμενη με την ανάπτυξη των Δυτικών χωρών, σημείωσε ωστόσο πραγματική πρόοδο και προετοίμασε την είσοδο της ελληνικής οικονομίας στην καπιταλιστική της μορφή.
- Το 1880 οι δομές της χώρας υφίστανται βαθύτατες αλλοιώσεις και εμφανίζεται μια αναπτυξιακή και ανορθωτική πολιτική που επιδιώκει την οικονομική μεταμόρφωση. Την εποχή αυτή το οικονομικό σύστημα της Ελλάδας κάνει μια σειρά από προσπάθειες να συντονιστεί με τη διεθνή καπιταλιστική οικονομία. Η βιομηχανική ανάπτυξη, η επιτάχυνση της αστικοποίησης, οι μετεξελίξεις στον καταμερισμό της εργασίας, η ταχεία αύξηση της νομισματικής ρευστότητας, η ταχύτητα αύξησης των εξαγωγών της σταφίδας, ο πολλαπλασιασμός των τραπεζοπιστωτικών ιδρυμάτων είναι οι ποιοτικοί σχηματισμοί που καταμαρτυρούν τις βαθιές τομές που συντελούνται στην αποδιάρθρωση της ελληνικής οικονομίας και μεταλλάσσουν το σύνολο της ελληνικής κοινωνίας. Η ελληνική οικονομία οδεύει προς τον 20ο αιώνα με νέες ανορθωτικές εντάσεις.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ(1833-1940)

Η ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας είναι άμεσα συνυφασμένη με τις κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές εξελίξεις που λαμβάνουν χώρα την εποχή που εξετάζουμε. Η υγειονομική πολιτική του κράτους, αμέσως μετά τη σύστασή του, ήταν ασαφής. Η βασικότερη παρέμβαση του κράτους δίνει έμφαση κυρίως στην αντιμετώπιση των επιδημιών και σε ρυθμίσεις που αφορούν την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος. Ταυτόχρονα παρεμβαίνουν και διάφοροι φιλανθρωπικοί οργανισμοί. Κράτος και οργανισμοί δρουν περιστασιακά και ανοργάνωτα. Όσον αφορά στη νοσοκομειακή περίθαλψη, κυριαρχεί η ιδέα της φιλανθρωπίας. Τα πρώτα νοσοκομεία ιδρύονται με ατομική πρωτοβουλία ευεργετών, ενώ παράλληλα ιδρύονται ταμεία αλληλοβοηθείας σε περίπτωση ατυχήματος ή ασθένειας.<sup>31</sup>

Ο σημαντικότερος ίσως λόγος αδυναμίας υλοποίησης υγειονομικών προγραμμάτων ήταν η έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού. Οι πρώτες συστηματικές προσπάθειες για την υγειονομική οργάνωση της χώρας ξεκίνησαν επί της Βασιλείας του Όθωνα, με κύριο συντονιστή τον Βαυαρό γιατρό της βασιλικής αυλής, Witmer.<sup>32</sup>

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. Το τμήμα ονομάστηκε «Υγειονομικό Τμήμα». Την ίδια χρονιά εισάγεται ο θεσμός του νομιάτρου, που ήταν υπεύθυνος για όλα τα θέματα υγείας του νόμου.<sup>31</sup> Παράλληλα με τις υπηρεσίες υγείας, το 1834, συστάθηκε το «Ιατροσυνέδριο». Ο θεσμός του Ιατροσυνεδρίου που λειτουργούσε στα περισσότερα κράτη, ήταν συμβουλευτικό σώμα για ζητήματα δημόσιας υγιεινής και ιατρικής. Είχε ως έργο την εξέταση των γιατρών, χειρουργών, οδοντιάτρων, κτηνιάτρων, των φαρμακοποιών και μαιών και την ανώτατη γνώμη για ιατροδικαστικές υποθέσεις και άλλα ιατρικά ζητήματα. Από το 1862 οι εξετάσεις των γιατρών έφυγαν από τη δικαιοδοσία του και υπήχθησαν στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου, η οποία ιδρύεται το 1837 και ένα χρόνο αργότερα συστήνεται η μαιευτική σχολή. Το 1916 συνέβη το ίδιο για τις εξετάσεις των

οδοντιάτρων, που έκτοτε γίνονταν στην Οδοντιατρική Σχολή. Πρόεδροι του Ιατροσυνεδρίου από τη σύστασή του μέχρι το 1929 διετέλεσαν οι: Βίμπμερ, Ι.Βούρος, Δ.Ορφανίδης, Μ.Χατζημιχάλης, Κ.Σάββας.

Κατά την περίοδο 1864-1914 παρατηρείται μία τελμάτωση των εξελίξεων στον τομέα της υγείας, κυρίως λόγω της έλλειψης ανθρώπινου δυναμικού και εξασφάλισης πόρων. Δυστυχώς η συγκρότηση αξιόμαχων ενόπλων δυνάμεων ήταν σημαντικότερη και αυτό επέβαλε περικοπές στον τομέα της υγείας.<sup>33</sup>

Την περίοδο 1894-1914 το κεντρικό διοικητικό όργανο των υγειονομικών υπηρεσιών ήταν η «Διεύθυνσις Δημοσίας Υγιεινής και Αντιλήψεως» του Υπουργείου Εσωτερικών, η οποία πλαισιωνόταν από έναν υγειονομικό επιθεωρητή και από το «Ιατροσυνέδριον». Ασφαλώς και άλλα υπουργεία είχαν αρμοδιότητες και υπηρεσίες υγείας (όπως πχ το υπουργείο Στρατιωτικών), ενώ εκδόθηκαν σειρές νόμων και Βασιλικών διαταγμάτων. Παρόλα αυτά το 1866 με βασιλικό διάταγμα συστήνεται ο «Οργανισμός του Φρενοκομείου της Κέρκυρας». Το 1866 με νομοθετικό διάταγμα ιδρύεται το Λωβοκομείο και Φρενοκομείο στη Σάμο. Τα πρώτα αλληλοβοηθητικά ταμεία (του NAT, των Μεταλλωρύχων, και των Δημοσίων Υπαλλήλων) άρχισαν να ιδρύονται από το 1861 και ύστερα.. Το 1875 ιδρύεται το σώμα νοσοκόμων γυναικών του Ευαγγελισμού. Το 1893 ψηφίζεται νόμος «Περί υγειονομικών μέτρων απόκρουσιν της χολέρας». Το 1895 ανεγείρεται το Λυσοκομείο και Λυσοιατρείο εν Αθήναις. Το 1901 με βασιλικό διάταγμα αποφασίζεται η απομόνωση των λεπρών, ενώ το 1903 αποφασίζεται η εγκατάστασή τους στην Σπιναλόγκα. Το 1908 εκδίδεται νόμος «Περί πωλήσεων της κινίνης, περί απολυμαντών και απολυμαντηρίων». Το 1911 ο Ελληνικός Ερυθρός ιδρύει μια σειρά νοσηλευτικών σχολών.<sup>31</sup> Μετά το 1914 οι εκτεταμένες καταστροφές σαν επακόλουθο των Βαλκανικών πολέμων καθώς και οι μετακινήσεις των πληθυσμών, επέβαλαν την ουσιαστικότερη συμβολή του κράτους στον τομέα της υγείας.<sup>33</sup>

Το 1917 συστήνεται το Υπουργείο Περίθαλψης, ένα αυτόνομο υπουργείο που συγκέντρωσε όλες τις διάσπαρτες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας, και εκδίδονται οι πρώτοι νόμοι για τη δημόσια υγεία, ενώ παράλληλα θεσπίζονται μέτρα ασφάλισης υγείας και προστασίας στους χώρους εργασίας.<sup>34</sup> Στο συγκεκριμένο Υπουργείο εντάχθηκαν οι αρμοδιότητες της μέριμνας για την περίθαλψη των θυμάτων του πολέμου, των ορφανών και των προσφύγων καθώς και των οικογενειών των επιστράτων.

Στις 27 Αυγούστου 1922, η κυβέρνηση Π. Πρωτοπαπαδάκη ψήφισε το νόμο 2882/1922 «περί μεταρρυθμίσεως και συμπληρώσεως του Υπουργείου της Περιθάλψεως, μετονομαζομένου εις Υπουργείο Υγιεινής και Προνοίας». Σύμφωνα με το νόμο, το Υπουργείο διαρθρώθηκε από τις Διευθύνσεις: Διοικητικού, Κοινωνικής Πρόνοιας, Δημοσίας Αντιλήψεως, Θυμάτων Πολέμου, Δημοσίας Υγείας και Κοινωνικής Υγιεινής. Διαρθρώθηκε επιπλέον από μία Γενική Υγειονομική Επιθεώρηση, έξι ειδικές Υγειονομικές Επιθεωρήσεις και από το «Ανώτατον υγειονομικόν Συμβούλιον»(πρώην Ιατροσυνέδριον). Λόγω της Μικρασιατικής καταστροφής, αυτό το σημαντικό νομοθέτημα δεν τέθηκε σε εφαρμογή. Στις 14 Δεκεμβρίου 1922 η κυβέρνηση Σ. Γονατά εξέδωσε νομοθετικό διάταγμα «περί ιδρύσεως Υπουργείου Υγιεινής, Προνοίας και Αντιλήψεως», το οποίο ενσωματώθηκε στο Υπουργείο Περιθάλψεως. Το 1922, 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 εργαζόμενου.<sup>33</sup> Η δικτατορία τού Θ. Πάγκαλου προχώρησε στην κατάργηση του προηγούμενου Υπουργείου και στην ίδρυση «Ανωτάτης Διευθύνσεως Προσφύγων».<sup>35</sup>

Οι διάφορες διευθύνσεις του Υπουργείου διασκορπίστηκαν σε άλλα υπουργεία. Έτσι η Διεύθυνση Υγιεινής και το τμήμα προστασίας Απόρων μεταφέρθηκαν στο Υπουργείο Εσωτερικών, το τμήμα Αγαθοεργών Ιδρυμάτων στο Υπουργείο Παιδείας και το Τμήμα Προστασίας θυμάτων Πολέμου στο Υπουργείο Στρατιωτικών. Στις 28 Αυγούστου 1926, η κυβέρνηση Γ. Κονδύλη επανίδρυσε το «Υπουργείο Υγιεινής, Προνοίας και Αντιλήψεως» και σύστησε «Υφυπουργείον Υγιεινής». Το 1928 η κυβέρνηση Ε. Βενιζέλου διαχώρισε το Υπουργείο, ιδρύοντας «Υφυπουργείον» και στη συνέχεια με το νόμο 4172/1929 «Υπουργείον Υγιεινής». Η συσσώρευση προσφύγων της μικρασιατικής καταστροφής καθώς και η οικονομική κρίση του 1929 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.

Στα τέλη του 1932 ο Ε. Βενιζέλος ενοποίησε το «Υπουργείο Υγιεινής» με το «Υπουργείο Κρατικής Αντιλήψεως» με την ονομασία «Υπουργείον Κρατικής Υγιεινής και Αντιλήψεως». Το συγκεκριμένο διάστημα τα 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.<sup>33</sup>



Το 1934 ιδρύεται το ΙΚΑ (νόμος 6298), με σκοπό την ασφάλιση υγείας των μισθωτών των 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 κάλυψη.<sup>31</sup>

Το 1935 το «Υπουργείον Κρατικής Υγιεινής και Αντιλήψεως» μετονομάστηκε σε «Υπουργείον Υγιεινής, Προνοίας και Αντιλήψεως» και τον επόμενο χρόνο σε «Υπουργείον Κρατικής Υγιεινής και Αντιλήψεως».<sup>33</sup> 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 κλίνες. Ουσιαστικά με αυτό το νόμο οργανώθηκε η δημόσια νοσοκομειακή περίθαλψη της χώρας.<sup>31</sup>

Στις 28 Σεπτεμβρίου 1940, το Υπουργείο ονομάστηκε «Υπουργείον Εθνικής Προνοίας». Λειτουργήσε για λίγους μήνες παράλληλα με το «Υπουργείον Υγιεινής» και στη συνέχεια έπαψε να υφίσταται. Λίγο αργότερα με το νόμο 27/69/1941 δόθηκε η δυνατότητα στον εκάστοτε υπουργό υγείας και στον εκάστοτε υπουργό οικονομικών να ιδρύουν προσωρινά κρατικά νοσοκομεία για την αντιμετώπιση των αναγκών του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου. Όσα νοσοκομεία ιδρύθηκαν με αυτό τον νόμο, παρέμειναν σε λειτουργία και μετά το τέλος του πολέμου για να καλύψουν τις αυξημένες ανάγκες νοσοκομειακής περίθαλψης.

Είναι φανερό ότι για την εξέλιξη του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα μπορούμε να καταλήξουμε στα εξής συμπεράσματα:

- Η εποχή του Όθωνα αναδεικνύεται ως ορόσημο, για τις προσπάθειες οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας. Παρόλο που η υλοποίηση των στόχων υπήρξε μερικώς επιτυχής, λόγω δυσμενών οικονομικών και κοινωνικών συνθηκών, δεν πρέπει να παραβλέπεται ότι τότε δημιουργήθηκαν οι πρώτες δομές και υποδομές υγείας, λήφθηκαν μέτρα για τη δημόσια υγεία και οργανώθηκαν μονάδες μόρφωσης και επιμόρφωσης των υγειονομικών.

- Την περίοδο 1864-1914,δεν παρατηρείται κάποια πρόοδος, λόγω της απορρόφησης πόρων και ανθρώπινου δυναμικού στους συνεχείς απελευθερωτικούς αγώνες του ελληνισμού.
- Η ίδρυση ενός ενιαίου Υπουργείου Υγείας έγινε πραγματικότητα υπό την πίεση των εκατοντάδων χιλιάδων προσφύγων της μικρασιατικής καταστροφής, όταν τα προβλήματα προστασίας της δημόσιας υγείας και η ανάγκες περίθαλψης οξύνθηκαν.
- Η εσωτερική οικονομική κρίση σε συνδυασμό με την παγκόσμια οικονομική κρίση του 1929,οδήγησαν στους κοινωνικούς αγώνες διαφόρων κοινωνικών ομάδων για το δικαίωμα στην κοινωνική ασφάλιση.
- Τέλος, ο Β Παγκόσμιος Πόλεμος αύξησε τις ανάγκες δημιουργίας νέων νοσοκομείων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΣΥΣΤΗΜΑ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

*(Το παρόν κεφάλαιο αποτελεί μετάφραση : A System of Health Accounts, 2011 Edition)*

#### 5.1.1 Βασικές αρχές του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας

Τα συστήματα υγείας σε όλη την υφήλιο εξακολουθούν να εξελίσσονται σε συνάρτηση με μια πλειάδα παραγόντων, που συμπεριλαμβάνουν τις βελτιώσεις στην ιατρική τεχνολογία και γνώση, την αυξημένη πληροφόρηση σχετικά με την υγεία και τις υπηρεσίες υγείας και την αυξημένη πρόσβαση σε αυτές, τις αλλαγές στις προτεραιότητες στην πολιτική της υγείας ώστε να αντιμετωπίσουν τις μεταβαλλόμενες νόσους και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τις νέες οργανωτικές μεθόδους και τους πιο πολύπλοκους χρηματοδοτικούς μηχανισμούς.

Οι λογαριασμοί υγείας παρέχουν μια συστηματική περιγραφή της χρηματοδοτικής ροής που σχετίζεται με την κατανάλωση αγαθών υγειονομικής περίθαλψης και υπηρεσιών. Στόχος τους είναι να περιγράψουν ένα σύστημα υγείας από την προοπτική των δαπανών. Αλλά καθώς περισσότερες χώρες εφαρμόζουν και θεσμοθετούν λογαριασμούς υγείας, υπάρχουν αυξημένες απαιτήσεις από τους αναλυτές, τους θεσμοθέτες όπως και από το γενικό κοινό για τις πιο εξεζητημένες πληροφορίες που μπορεί να αποκομιστούν από το μεγαλύτερο όγκο στοιχείων υγειονομικής δαπάνης που διατίθενται τώρα. Οι λογαριασμοί υγείας αναμένεται να παρέχουν όλο και περισσότερα δεδομένα (μαζί με άλλες στατιστικές πληροφορίες) σε βελτιωμένα αναλυτικά εργαλεία για να παρακολουθείται και να αξιολογείται η απόδοση των συστημάτων υγείας.

Μια υψηλή προτεραιότητα είναι να αναπτυχθούν αξιόπιστα, επίκαιρα δεδομένα που θα συγκρίνονται τόσο σε όλες τις χώρες όσο και σε βάθος χρόνου. Αυτό είναι απαραίτητο για να παρακολουθούνται οι τάσεις στα έξοδα της υγείας και οι παράγοντες που τα καθορίζουν, που με τη σειρά του μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να συγκριθούν σε διάφορες χώρες και να προβληθεί πώς θα αυξηθούν στο μέλλον. Επομένως οι λογαριασμοί υγείας χρησιμοποιούνται με δύο κυρίως τρόπους : διεθνώς, όπου η έμφαση δίνεται σε μια επιλογή διεθνώς συγκρίσιμων στοιχείων δαπάνης και εθνικώς, με λεπτομερέστερες αναλύσεις στα έξοδα της υγειονομικής περίθαλψης και με μεγαλύτερη έμφαση στις συγκρίσεις σε βάθος χρόνου. Είναι σαφές πως οι λογαριασμοί υγείας είναι το ίδιο σημαντικοί και για τις δύο χρήσεις τους.

### 5.1.2 Συστήματα Υγείας και το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας

Το πλαίσιο του συστήματος υγείας που περιγράφει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας περιλαμβάνει όλους τους οργανισμούς, τα ιδρύματα, τις πηγές και τους ανθρώπους των οποίων πρωτεύων στόχος είναι η βελτίωση της υγείας ( WHO, 2000).

Τα συστατικά τα οποία είναι ουσιώδη για να επιτευχθούν οι τελικοί στόχοι είναι τα εξής:

**Διακυβέρνηση:** σύνοψη του συστήματος περιλαμβανομένων της θεσμοθέτησης και κατάλληλης νομοθεσίας και παρακολούθησης.

**Παραγωγή δυναμικού:** επένδυση σε προσωπικό καθώς και σε έσοδα κλειδιά και τεχνολογίες (ανθρώπινη, φυσική γνώση)

**Χρηματοδότηση :** συγκέντρωση εισοδημάτων για την υγεία, αποθεματοποίηση πηγών και αγορά υπηρεσιών

**Παροχή Υπηρεσιών :** “συνδυασμός παραμέτρων σε μια διαδικασία παραγωγής υπηρεσιών που αποδίδει παρεμβάσεις υγείας ατομικά ή σε κοινότητα, στοχεύει στο να παραχθεί το καλύτερο και πιο αποτελεσματικό μίγμα προσωπικών και μη προσωπικών υπηρεσιών και να τις κάνει προσβάσιμες” (WHO, 2005).

Αυτό το πλαίσιο συστήματος υγείας επίσης ορίζει ένα σύνολο σκοπών. Αυτοί οι σκοποί μπορεί να ποικίλλουν σε σημασία σε βάθος χρόνου και ανάμεσα στις χώρες, αλλά η διατήρησή τους εξαρτάται από το πώς αποδίδει το σύστημα υγείας.

Και οι τέσσερις λειτουργίες του συστήματος υγείας μπορούν να συνδεθούν με τους τρεις άξονες των λογαριασμών υγείας : κατανάλωση, παροχή και χρηματοδότηση. Η κατανάλωση είναι το σημείο έναρξης, και τα αγαθά και οι υπηρεσίες που καταναλώνονται με υγειονομικό σκοπό (λειτουργίες) θέτουν το όριο των λογαριασμών υγείας. Ότι έχει καταναλωθεί έχει παραχθεί και παρασχεθεί, άρα ένας άλλος άξονας είναι η παροχή. Τέλος, ό,τι έχει καταναλωθεί και παρασχεθεί έχει χρηματοδοτηθεί. Αυτό σημαίνει ότι ο τρίτος άξονας, η χρηματοδότηση, καθώς και ο δεύτερος άξονας στην παροχή μετρώνται σύμφωνα με την κατανάλωση.

Οι σχετικές διαστάσεις -κλειδιά στους λογαριασμούς υγείας περιλαμβάνουν :

- Ταξινόμηση των λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης (HC)
- Ταξινόμηση των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης (HP)

- Ταξινόμηση των χρηματοδοτικών σχεδίων (HF)

Λειτουργίες συστημάτων υγείας	Διαστάσεις λογαριασμών υγείας	Οργανωτικοί σκοποί	Τελικοί σκοποί
Διακυβέρνηση Παραγωγή δυναμικού ανθρώπινου, φυσικού και γνώσης Χρηματοδότηση συλλογή, αποθεματικό και αγορά Παροχή υπηρεσιών προσωπικά και δημογραφικά βασισόμενη	Κατανάλωση  Παροχή Χρηματοδότηση	Ποιότητα υπηρεσιών Προσβασιμότητα Αμεροληψία χρήσης Αποτελεσματικότητα Συστήματος Διαφάνεια και υπευθυνότητα Καινοτομία	Υγεία Αμεροληψία στην υγεία Προστασία από χρηματοδοτικούς κινδύνους Ανταπόκριση

Εικόνα 1: Σύνδεση μεταξύ των πλαισίων συστημάτων υγείας και λογαριασμών υγείας

### **5.1.3 Στόχοι και σκοποί του συστήματος Λογαριασμών Υγείας 2011**

Οι στόχοι του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας είναι:

- να παρέχει ένα πλαίσιο εργασίας των κύριων σημείων που σχετίζονται με τις διεθνείς συγκρίσεις των δαπανών υγείας και της ανάλυσης των συστημάτων υγείας.
- να παρέχει ένα εργαλείο, επεκτάσιμο από μεμονωμένες χώρες, που να μπορεί να παράγει χρήσιμα στοιχεία στην παρακολούθηση και ανάλυση των συστημάτων υγείας.
- να ορίζει διεθνώς εναρμονισμένα όρια υγειονομικής περίθαλψης για να ανιχνεύεται η δαπάνη στην κατανάλωση.

### **5.2 Ταξινόμηση των λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης**

Οι κύριες χρήσεις της λειτουργικής ταξινόμησης είναι :

- Μια ομάδα αγαθών και υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης λόγω σκοπού.
- Μια ταξινόμηση διασταύρωσης αυτών των ομάδων με άλλες σχετικές ταξινομήσεις λογαριασμών υγείας.
- Μια παραγωγή δεικτών, όπως σχετικά μερίσματα προληπτικών/ θεραπευτικών δαπανών, η αναλογία ενδο- και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, και άλλοι δείκτες από την ταξινόμηση διασταύρωσης με πληροφορίες χρηματοδότησης ή παροχής, όπως ιδιωτικά έξοδα σε ομάδες αγαθών και υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (π.χ. ιατρικά αγαθά που πληρώνονται σαν εκτός προϋπολογισμού έξοδα ) ή υπηρεσίες από τρόπο παροχής (π.χ. ενδο-/ εξωνοσοκομειακά). Να σημειωθεί ότι οι δείκτες που χρειάζονται για εθνική παρακολούθηση μπορεί να διαφέρουν και μπορεί να συνδέονται με πιο λεπτομερή επίπεδα αναφοράς.

### **5.3 Κατηγορίες κατανάλωσης υγειονομικής περίθαλψης λόγω σκοπού**

Οι κατηγορίες πρώτου επιπέδου της λειτουργικής ταξινόμησης στοχεύουν να κατανεύουν την υγειονομική κατανάλωση σύμφωνα με τον τύπο της ανάγκης του καταναλωτή (π.χ. θεραπεία, περίθαλψη, πρόληψη, κλπ.).

Η επαφή με το σύστημα ενός ατόμου σε αναζήτηση υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνει μια συγκεκριμένη ομάδα συστατικών που μπορούν να αναλυθούν σε μια αλληλουχία σχεδιασμένη να:

- Θέτει μια διάγνωση
- Σχηματίζει μια συνταγή και ένα θεραπευτικό πλάνο
- Συμπληρώνει τη διαδικασία με απεικονιστικές, εργαστηριακές και λειτουργικές εξετάσεις για διάγνωση και αξιολόγηση της κλινικής εξέλιξης
- Συμπληρώνει το θεραπευτικό σχέδιο ώστε να περιλαμβάνει φαρμακευτικά και άλλα ιατρικά αγαθά καθώς και διαδικασίες όπως το χειρουργείο
- Παρακολουθεί και αξιολογεί την κλινική εξέλιξη.

#### 5.4 Κατηγορίες τρόπων παροχής

Η ενδονοσοκομειακή και η ημερήσια φροντίδα περιλαμβάνουν επίσημη εισαγωγή σε εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης, ενώ η εξωνοσοκομειακή και η κατ' οίκον όχι.

Η ενδονοσοκομειακή φροντίδα περιλαμβάνει μια διανυκτέρευση μετά την εισαγωγή, ενώ η ημερήσια απαιτεί από τον ασθενή να λάβει εξιτήριο την ίδια μέρα.

Η εξωνοσοκομειακή και η κατ' οίκον φροντίδα μπορεί να διαφοροποιηθούν βάσει της τοποθεσίας απ' όπου παρέχονται οι υπηρεσίες.

Η κατ' οίκον φροντίδα παρέχεται στο χώρο διαμονής του ασθενούς, ενώ οι έξω- νοσοκομειακές υπηρεσίες παρέχονται από τις εγκαταστάσεις του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης

Εικόνα 2: Ταξινόμηση λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης

Κωδικός	Περιγραφή	SHA 1.0 Κωδικοί
<b>HC.1</b>	<b>Θεραπευτική περίθαλψη</b>	<b>HC.1</b>
HC.1.1	Ενδο- νοσοκομειακή θεραπευτική περίθαλψη	HC.1.1
HC.1.1.1	Γενική ενδο- νοσοκομειακή θεραπευτική περίθαλψη	
HC.1.1.2	Ειδική ενδο- νοσοκομειακή θεραπευτική	

	περίθαλψη	
HC.1.2	Ημερήσια θεραπευτική περίθαλψη	HC.1.2
HC.1.2.1	Γενική ημερήσια θεραπευτική περίθαλψη	
HC.1.2.2	Ειδική ημερήσια θεραπευτική περίθαλψη	
HC.1.3	Έξω- νοσοκομειακή θεραπευτική περίθαλψη	HC.1.3
HC.1.3.1	Γενική έξω- νοσοκομειακή θεραπευτική περίθαλψη	HC.1.3.1
HC.1.3.2	Οδοντιατρική έξω- νοσοκομειακή θεραπευτική περίθαλψη	HC.1.3.2
HC.1.3.3	Ειδική έξω- νοσοκομειακή θεραπευτική περίθαλψη	HC.1.3.3
HC.1.4	Κατ' οίκον θεραπευτική περίθαλψη	HC.1.4
<b>HC.2</b>	<b>Περίθαλψη αποκατάστασης</b>	<b>HC.2</b>
HC.2.1	Ενδο- νοσοκομειακή περίθαλψη αποκατάστασης	HC2.1
HC.2.2	Ημερήσια περίθαλψη αποκατάστασης	HC2.2
HC.2.3	Έξω- νοσοκομειακή περίθαλψη αποκατάστασης	HC2.3
HC.2.4	Κατ' οίκον περίθαλψη αποκατάστασης	HC2.4
<b>HC.3</b>	<b>Μακροπρόθεσμη περίθαλψη (υγεία)</b>	<b>HC.3</b>
HC.3.1	Ενδο- νοσοκομειακή μακροπρόθεσμη περίθαλψη (υγεία)	HC.3.1
HC.3.2	Ημερήσια μακροπρόθεσμη περίθαλψη (υγεία)	HC.3.2
HC.3.3	Έξω- νοσοκομειακή μακροπρόθεσμη περίθαλψη (υγεία)	μέρος του HC.3
HC.3.4	Κατ' οίκον μακροπρόθεσμη περίθαλψη (υγεία)	HC.3.3
<b>HC.4</b>	<b>Συμπληρωματικές υπηρεσίες (μη συγκεκριμενοποιημένες από τη λειτουργία)</b>	<b>HC.4</b>
HC.4.1	Εργαστηριακές υπηρεσίες	HC.4.1
HC.4.2	Απεικονιστικές υπηρεσίες	HC.4.2
HC.4.3	Μεταφορά ασθενούς	HC.4.3
<b>HC.5</b>	<b>Ιατρικά αγαθά (μη συγκεκριμενοποιημένα από</b>	<b>HC.5</b>



	<b>τη λειτουργία)</b>	
<b>HC.5.1</b>	Φάρμακα και άλλα μη- αναλώσιμα ιατρικά αγαθά	<b>HC.5.1</b>
HC.5.1.1	Συνταγογραφούμενα φάρμακα	HC.5.1.1
HC.5.1.2	Μη Συνταγογραφούμενα φάρμακα	HC.5.1.2
HC.5.1.3	Άλλα ιατρικά μη αναλώσιμα αγαθά	HC.5.1.3
<b>HC.5.2</b>	Θεραπευτικές συσκευές και άλλα ιατρικά αγαθά	HC.5.2
<b>HC.5.2.1</b>	Γυαλιά και άλλα προϊόντα όρασης	HC.5.2.1
HC.5.2.2	Ακουστικά βοηθήματα	HC.5.2.3
HC.5.2.3	Λοιπές ορθοπαιδικές συσκευές και πρόσθετα (εξαιρουμένων των γυαλιών και των ακουστικών βοηθημάτων)	HC.5.2.2
HC.5.2.9	Όλα τα υπόλοιπα ιατρικά αναλώσιμα, περιλαμβανομένων ιατρικών τεχνικών συσκευών	HC.5.2.4- HC.5.2.9
<b>HC.6</b>	<b>Προληπτική περίθαλψη</b>	<b>HC.6, μέρος των HC.R.4, HC.R.5</b>
HC.6.1	Πληροφόρηση, εκπαίδευση και προγράμματα συμβουλευτικής	μέρος των HC.6.9, μέρος των HCR4, HC.R.5
HC.6.2	Προγράμματα ανοσοποίησης	μέρος του HC.6.3
HC.6.3	Προγράμματα πρώιμης ανίχνευσης νόσου	μέρος των HC.6.3, HC.6.4
HC.6.4	Προγράμματα παρακολούθησης υγιούς κατάστασης	μέρος των HC.6.1, HC.6.2, HC.6.5
HC.6.5	Επιδημιολογική παρακολούθηση και προγράμματα ελέγχου κινδύνου και νόσου	HC.6, μέρος των HC.4, HC.5
HC.6.6	Προγράμματα αντιμετώπισης καταστροφών και επείγουσας ανταπόκρισης	μέρος του HC.6
<b>HC.7</b>	<b>Διακυβέρνηση, και διαχείριση συστήματος υγείας και χρηματοδότησης</b>	HC.7

HC.7.1	Διακυβέρνηση και διαχείριση συστήματος υγείας	HC.7.1
HC.7.2	Διαχείριση υγειονομικής χρηματοδότησης	HC.7.2
<b>HC.9</b>	<b>Άλλες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που δεν κατατάσσονται αλλού</b>	
Αντικείμενα μνημονίου		
Αντικείμενα αναφοράς		
HC.RI.1	Συνολική φαρμακευτική δαπάνη (ΤΡΕ) από την οποία ένδο- νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη	
HC.RI.2	Παραδοσιακή, Συμπληρωματική και Εναλλακτική Ιατρική (TCAM)	HC.1-HC.6.1
HC.RI.2.1	Ένδο- νοσοκομειακή TCAM	HC.1.1
HC.RI.2.2	Έξω- νοσοκομειακή και κατ' οίκον TCAM	
HC.RI.2.3	TCAM αγαθά	
HC.RI.3	Πρόληψη και υπηρεσίες δημόσιας υγείας (σύμφωνα με το SHA 1.0)	HC.6
HC.RI.3.1	Υγεία μητέρας και παιδιού · οικογενειακός προγραμματισμός και συμβουλευτική	HC.6.1
HC.RI.3.2	Σχολικές υπηρεσίες υγείας	HC.6.2
HC.RI.3.3	Πρόληψη μεταδοτικών ασθενειών	HC.6.3
HC.RI.3.4	Πρόληψη μη- μεταδοτικών ασθενειών	HC.6.4
HC.RI.3.5	Επαγγελματική υγειονομική περίθαλψη	HC.6.5
HC.RI.3.9	Όλες οι υπόλοιπες υπηρεσίες προληπτικής φροντίδας	HC.6.9
<b>Σχετιζόμενοι με υγειονομική περίθαλψη</b>		

HCR.1	Μακροπρόθεσμη περίθαλψη (κοινωνική)	
HCR.1.1	Μακροπρόθεσμη κοινωνική περίθαλψη σε είδος	μέρος του HCR.6
HCR.1.2	Μακροπρόθεσμη κοινωνική περίθαλψη τοις μετρητοίς-ωφέλειες	μέρος του HC.R.7
HCR.2	Προώθηση της υγείας με πολύ-εστιακή προσέγγιση	HC.6, HC.R.4, HC.R.5

### 5.5 Επεξηγηματικές σημειώσεις για την ICHA-HC ταξινόμηση των λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης

HC.1 (ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ): Η θεραπευτική περίθαλψη περιλαμβάνει επαφές υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια των οποίων ο αρχικός στόχος είναι να ανακουφιστούν τα συμπτώματα της νόσου ή του τραυματισμού, να μειωθεί η σοβαρότητα της νόσου ή του τραυματισμού, ή να παρασχεθεί προστασία απέναντι στην επιδείνωση και/ ή επιπλοκή μιας νόσου και/ ή ενός τραυματισμού που μπορεί να απειλήσει τη ζωή ή τη φυσιολογική λειτουργία. **Περιλαμβάνει:** όλα τα συστατικά της θεραπευτικής περίθαλψης της νόσου ή της αγωγής του τραυματισμού · το διενεργούμενο χειρουργείο · διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες · και μαιευτικές διαδικασίες. **Διασαφηνιστικές περιπτώσεις:** επαφές αγωγής και διαχείρισης νόσου για χρόνιες νόσους για τις οποίες δεν είναι εφικτή η θεραπεία πρέπει να καταγράφονται σαν θεραπευτική περίθαλψη όταν αναμένεται μερική ανάρρωση, ανεξάρτητα από την αρχική κλινική κατάσταση του ασθενούς (περιλαμβανομένων εξαρτωμένων ασθενών). Όταν αναμένεται επιδείνωση σε εξαρτημένες περιπτώσεις, σε συνδυασμό με αυξημένες ανάγκες εξάρτησης, αυτό πρέπει να καταχωρείται σαν μακροπρόθεσμη περίθαλψη (υγεία): HC.3.

Το δεύτερο επίπεδο αναφέρεται στις κατηγορίες της ενδονοσοκομειακής, ημερήσιας, εξωνοσοκομειακής και κατ' οίκον θεραπευτικής περίθαλψης. Σε κάθε περίπτωση ο κύριος σκοπός της θεραπευτικής περίθαλψης παραμένει ο ίδιος, αλλά η τεχνολογία και ο τρόπος παροχής αλλάζουν : στην περίπτωση διανυκτέρευσης σε εγκατάσταση υγειονομικής περίθαλψης ο τρόπος παροχής είναι ενδονοσοκομειακός, ή κατ' οίκον αν οι υπηρεσίες καταναλώνονται στον τόπο κατοικίας του ασθενούς. Όταν ένας ασθενής κάνει εισαγωγή για προγραμματισμένη περίθαλψη ή αγωγή που περιλαμβάνει συγκεκριμένες οργανωτικές ρυθμίσεις αλλά δεν

περιλαμβάνει διανυκτέρευση τότε λέγεται ημερήσια φροντίδα διαφορετικά είναι εξωνοσοκομειακή επαφή.

**HC.1.1 Ενδονοσοκομειακή θεραπευτική περίθαλψη**  
**HC.1.2 Ημερήσια θεραπευτική περίθαλψη**  
**HC.1.3 Εξωνοσοκομειακή θεραπευτική περίθαλψη**  
**HC.1.4 Κατ' οίκον θεραπευτική περίθαλψη**

**HC2(ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ): Περιλαμβάνει:** κατανάλωση υπηρεσιών που στοχεύουν να φθάσουν, να αποκαταστήσουν και/ ή να διατηρήσουν τα βέλτιστα φυσικά (π.χ. να συμπληρωθεί η σωματική δομή με ένα τεχνητό μέλος), αισθητικά (π.χ. να συμπληρωθεί η ακουστική ανάρρωση με ένα ακουστικό), νοητικά (π.χ. να ανακτηθεί η ικανότητα μνήμης μετά από εγκεφαλικό), ψυχολογικά (π.χ. να μειωθεί η κατάθλιψη και το άγχος μέσα από υποστηριζόμενη εκμάθηση χρήσης ενός τεχνητού μέλους) και κοινωνικά λειτουργικά επίπεδα (π.χ. αποκαθιστώντας τον έλεγχο βασικών λειτουργιών όπως η κατάποση και η ομιλία μετά από εγκεφαλικό), όλες από τις οποίες είναι συνέπειες υγείας νόσου, διαταραχής ή τραυματισμού. **Αποκλείει:** υπηρεσίες αποκατάστασης με πρωτογενή κοινωνικό, εργασιακό ή ελεύθερου χρόνου σκοπό. Μερικά παραδείγματα της κοινωνικής ένταξης είναι εκείνα που συνδέονται με τον πρωτογενή σκοπό των δημιουργικών, πολιτιστικών και εκπαιδευτικών προγραμμάτων αλληλεπίδραση, καθώς και της επαγγελματικής εκπαίδευσης και επανεκπαίδευσης και μόρφωσης και τοποθέτησης σε εργασία. **Διασαφηνιστικές περιπτώσεις:** μπορεί να υπάρξει μια αλληλοεπικάλυψη στη θεραπευτική αγωγή, π.χ. στην περίπτωση εγκεφαλικού, αν συμπληρωθεί με πρόιμη αγωγή αποκατάστασης, όπως λογοθεραπεία και φυσιοθεραπεία. Και οι δύο λειτουργίες μπορεί να λειτουργήσουν παράλληλα. Αυτό μπορεί να είναι επίσης μια πιθανή αλληλοεπικάλυψη μεταξύ των υπηρεσιών αποκατάστασης και των μακροπρόθεσμων υπηρεσιών: η αποκατάσταση καταναλώνεται σε συνεχή ή υποτροπιάζουσα βάση με αναρρωτικό σκοπό, ενώ η μακροπρόθεσμη φροντίδα έχει σκοπό συντήρησης.

Οι υπηρεσίες αποκατάστασης μπορούν να χωριστούν στους τέσσερις ίδιους τρόπους παροχής :

- ενδονοσοκομειακό,
- ημερήσιο,
- εξωνοσοκομειακό και

- κατ' οίκον.

**HC.2.1 Ενδονοσοκομειακή περίθαλψη αποκατάστασης**  
**HC.2.2 Ημερήσια περίθαλψη αποκατάστασης**  
**HC.2.3 Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη αποκατάστασης**  
**HC.2.4 Κατ' οίκον περίθαλψη αποκατάστασης.**

HC.3 ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ (ΥΓΕΙΑ): Η μακροπρόθεσμη περίθαλψη (υγεία) αποτελείται από ένα εύρος ιατρικών και προσωπικών υπηρεσιών περίθαλψης που καταναλώνονται με πρωτογενή στόχο η ανακούφιση του πόνου και του μαρτυρίου και η μείωση ή η διαχείριση της επιδείνωσης της κατάστασης υγείας σε ασθενείς με ένα βαθμό μακροπρόθεσμης εξάρτησης.

HC.3.1 ΕΝΔΟ-ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ (ΥΓΕΙΑ): Αυτό το αντικείμενο περιλαμβάνει υπηρεσίες μακροπρόθεσμης περίθαλψης (υγεία) που παρέχονται σε μια εγκατάσταση υγειονομικής περίθαλψης (νοσοκομείο, γηροκομείο) και απαιτούν διανυκτέρευση με ιατρική παρακολούθηση. Το πακέτο των υπηρεσιών καλύπτει νοσηλευτική και/ ή προσωπική φροντίδα, συνήθως παρέχονται μαζί, μαζί με μια σειρά άλλων συστατικών όπως κατάλυμα και υποστηρικτικές υπηρεσίες. **Περιλαμβάνει:** νοσηλευτική και προσωπική φροντίδα για μεσαίας και σοβαρής εξάρτησης ανάγκες, όπως η τετραπληγία ή η περίθαλψη τελικού σταδίου, που παρέχονται σε μια σειρά γηροκομείων ή άλλων ειδικευμένων εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης. Η ενδο- νοσοκομειακή μακροπρόθεσμη περίθαλψη για νοητικά υστερούντες ασθενείς και χρήστες ουσιών περιλαμβάνεται όταν η περίθαλψη οφείλεται σε χρόνιες ή υποτροπιάζουσες ψυχιατρικές καταστάσεις και σε παρατεταμένο βαθμό λειτουργικών περιορισμών και / ή σε ανάγκη για βοήθεια ή παρακολούθηση. Επίσης περιλαμβάνει υπηρεσίες μακροπρόθεσμης περίθαλψης που παρέχονται σε ενδονοσοκομειακούς ασθενείς σε νοσοκομειακές πτέρυγες μακράς νοσηλείας ή άλλες τοποθεσίες νοσοκομειακής περίθαλψης. Οι υπηρεσίες καταλύματος θεωρούνται μέρος της παροχής μακροπρόθεσμης υγειονομικής περίθαλψης. **Αποκλείει:** τους τροφίμους ιδρυμάτων όπου ελάχιστη ή καθόλου ιατρική ή νοσηλευτική περίθαλψη δεν παρέχεται στο χώρο τους. Οι επαφές οξείας περίθαλψης

σε ασθενείς μακροπρόθεσμης περίθαλψης πρέπει να περιλαμβάνονται υπό το ΗC.1: Θεραπευτική περίθαλψη. **Διασαφηνιστικές περιπτώσεις:** το κλειδί σ' αυτή την κατηγορία είναι ο σκοπός, π.χ. οι ψυχιατρικές νοσοκομειακές υπηρεσίες κατηγοριοποιούνται ως θεραπευτική ενδονοσοκομειακή περίθαλψη όταν στοχεύουν να αντιμετωπίσουν οξείες ανάγκες μέσα από ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα. Αντίθετα η ψυχιατρική μακροπρόθεσμη περίθαλψη περιλαμβάνει εξαρτώμενους ασθενείς με μικρή ή ελάχιστη πιθανότητα ανάρρωσης που νοσηλεύονται κυρίως για νοσηλευτική φροντίδα και περιοδικές ιατρικές επισκέψεις.

HC.3.2 ΗΜΕΡΗΣΙΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ (ΥΓΕΙΑ): Αυτό το αντικείμενο περιλαμβάνει οργανωμένες υπηρεσίες μακροπρόθεσμης περίθαλψης (υγεία) σε εγκατάσταση υγειονομικής περίθαλψης αλλά χωρίς διανυκτέρευση. Οι υπηρεσίες μπορεί να παρέχονται σε νοσοκομείο ή γηροκομείο ή ειδικό κέντρο ημερήσιας παραμονής.

HC.3.3 ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ (ΥΓΕΙΑ): Αυτό περιλαμβάνει υπηρεσίες μακροπρόθεσμης περίθαλψης (υγεία) που έχουν σκοπό τη διαχείριση κατεστραμμένων υγειονομικών καταστάσεων και των σχετικών κλινικών δυσκολιών.

HC.3.4 ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ (ΥΓΕΙΑ): Αυτό περιλαμβάνει υπηρεσίες μακροπρόθεσμης περίθαλψης (υγεία) που παρέχονται σε άτομα στο ίδιο τους το σπίτι, ή σε εγκαταστάσεις διαμονής όπως οικίες προσαρμογής που μπορεί να θεωρηθούν σαν σπίτι τους, παρά σαν «ίδρυμα». Τέτοιες εγκαταστάσεις διαμονής περιλαμβάνουν τοποθεσίες βασισμένες στην κοινότητα, όπως οι οικίες προσαρμογής, που προσφέρουν ένα αυτόνομο περιβάλλον διαμονής σε συνδυασμό με ορισμένες υπηρεσίες, όπως η υγειονομική προστασία και η παρακολούθηση, συχνά για ηλικιωμένους ανθρώπους που γίνονται πιο εξαρτημένοι.

HC.4.1 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ: Αυτό το αντικείμενο περιλαμβάνει μια ποικιλία εξετάσεων κλινικών δειγμάτων που στοχεύουν στο να ληφθεί πληροφορία σχετικά με την υγεία του ασθενούς. Οι εργαστηριακές εξετάσεις είναι ένα ολοκληρωμένο κομμάτι της κατανάλωσης του κάθε ασθενούς, και αποτελούν οδηγό για τη διάγνωση και την επιλογή αγωγής. Οι εργαστηριακές υπηρεσίες (HC.4.1) περιλαμβάνουν τις περιοχές των : Ανατομική παθολογία (π.χ. ιστοπαθολογία, κυτταροπαθολογία), Κλινική μικροβιολογία (π.χ. βακτηριολογία, ιολογία,

ανοσολογία και μυκητολογία),Κλινική βιοχημεία (π.χ. ενζυμολογία, τοξικολογία και ενδοκρινολογία),Αιματολογία (π.χ. εξετάσεις πήξης αίματος), Κυτταρολογία (αυχενικό επίχρισμα ή τεστ ΠΑΠ),Γενετική (π.χ. Κυτταρογενετική)

HC.4.2 ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Αυτό το αντικείμενο περιλαμβάνει μια ποικιλία υπηρεσιών που εφαρμόζουν απεικονιστική τεχνολογία, όπως οι ακτίνες -Χ και η ακτινοβολία για τη διάγνωση και παρακολούθηση των ασθενών. Η τάξη περιλαμβάνει μια πλειάδα απεικονιστικών τεχνολογιών για τη διάγνωση και αντιμετώπιση ασθενειών, όπως: Απλή ακτινογραφία, απεικόνιση μαλακού και οστικού ιστού, Ακτινογραφία με σκιαγραφικό, Διαγνωστικός υπέρηχος, Υπολογιστική τομογραφία (CT),Υπολογιστικά- υποβοηθούμενη τομογραφία (CAT),Πυρηνική ιατρική, Πυρηνική μαγνητική απεικόνιση, Τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET),Απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού (MRI)

HC.4.3 ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: Αυτό το αντικείμενο περιλαμβάνει τη μεταφορά των ασθενών σε μια εγκατάσταση υγειονομικής περίθαλψης μετά από ιατρική σύσταση ή σαν αναγκαία μεταφορά για να συμπληρωθεί ένα πακέτο υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Παραδείγματα αποτελούν η επείγουσα μεταφορά σε νοσοκομείο και η μεταφορά μεταξύ υγειονομικών εγκαταστάσεων για επιπλέον απεικονιστική διάγνωση ή θεραπεία αποκατάστασης. **Περιλαμβάνει:** όλους τους τύπους των υπηρεσιών μεταφοράς με οποιοδήποτε μέσο εφόσον αντιστοιχούν στα κριτήρια σκοπού, π.χ. οι υπηρεσίες επείγουσας μεταφοράς των τμημάτων πυρασφάλειας ή των τμημάτων άμυνας που λειτουργούν σε καθημερινή βάση για επείγουσες υπηρεσίες πολιτών. **Αποκλείει:** τα κόστη μεταφοράς των συνοδών, εκτός και αν το άτομο είναι εξαρτώμενο.

HC.5 ΙΑΤΡΙΚΑ ΑΓΑΘΑ (ΜΗ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ): Τα φάρμακα και άλλα ιατρικά αγαθά είναι συχνά ένα συστατικό του πακέτου υπηρεσιών με σκοπό πρόληψης, θεραπείας, αποκατάστασης ή μακροπρόθεσμης περίθαλψης. Στην ενδονοσοκομειακή, εξωνοσοκομειακή και ημερήσια κατανάλωση, συνήθως δεν αναγνωρίζονται ξεχωριστά, εκτός πιθανώς σε πιο λεπτομερές επίπεδο. **Περιλαμβάνει:** τα ιατρικά αγαθά που λαμβάνονται από το δικαιούχο είτε σαν αποτέλεσμα συνταγογράφησης μετά από επαφή με το σύστημα υγείας είτε σαν αποτέλεσμα αυτό-συνταγογράφησης. **Αποκλείει:** τα ιατρικά αγαθά που

καταναλώνονται ή λαμβάνονται κατά τη διάρκεια μιας επαφής υγειονομικής περίθαλψης που είναι συνταγογραφημένα από έναν επαγγελματία της υγείας. **Διασαφηνιστικές περιπτώσεις:** καθώς τα ιατρικά αγαθά δε συμμορφώνονται σε κάποιο σκοπό υγείας από μόνα τους, πρέπει κατά το δυνατόν να περιλαμβάνονται στο σκοπό που εξυπηρετούν, π.χ. στην περίπτωση των κουνουπιέρων κατά της ελονοσίας, πρέπει να ενταχθούν στο πρόγραμμα ελονοσίας όταν και διανέμονται κατά τη διάρκεια παρεμβάσεων για την ελονοσία. Επειδή η χρήση τους είναι μόνο προληπτική, θεωρητικά πρέπει να τοποθετηθούν στην πρόληψη. Ωστόσο, συμβατικά, καταγράφονται στο HC.5 όταν οι καταναλωτές τις λαμβάνουν από πωλητές λιανικής, γιατί η χρήση τους δεν είναι εντελώς αναγνωρισμένη.

**HC.5.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΚΑΙ ΑΛΛΑ ΜΗ ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ ΑΓΑΘΑ:** Αυτό περιλαμβάνει φαρμακευτικά προϊόντα και μη αναλώσιμα ιατρικά αγαθά που προορίζονται για χρήση στη διάγνωση, τη θεραπεία, την αναστολή ή την αντιμετώπιση μιας νόσου. Άρα αναφέρεται σε ιατρικές προετοιμασίες, φάρμακα ετικέτας και γενόσημα, ναρκωτικά, φάρμακα πατέντας, ορούς και εμβόλια και αντισυλληπτικά από του στόματος. Τα υγρά που χρησιμοποιούνται στην αιμοκάθαρση, καθώς και τα αέρια που χρησιμοποιούνται στην υγειονομική περίθαλψη, όπως το οξυγόνο, πρέπει επίσης να περιλαμβάνονται όταν ο ασθενής ή οι συγγενείς τα αγοράζουν άμεσα.

**HC.5.1.1 Συνταγογραφούμενα φάρμακα:** Περιλαμβάνει όλα τα φάρμακα, μαζί με τα φαρμακευτικά προϊόντα ετικέτας ή τα γενόσημα, που παρέχονται βάσει συνταγής που εκδίδει πιστοποιημένος επαγγελματίας της υγείας ή φαρμακοποιός.

**HC.5.1.2 Φάρμακα χωρίς συνταγή (OTC):** Περιλαμβάνει όλα τα φάρμακα, μαζί με τα φαρμακευτικά προϊόντα ετικέτας ή τα γενόσημα, που μπορούν ή δε μπορούν να διατίθενται χωρίς συνταγή αλλά αγοράστηκαν ανεξάρτητα. Οι συμμετοχές σ' αυτή την κατηγορία πρέπει να συνδέονται με τον υγειονομικό σκοπό.

**HC.5.1.3 Άλλα ιατρικά μη αναλώσιμα αγαθά:** Περιλαμβάνει αυτοκόλλητους και μη αυτοκόλλητους επιδέσμους, υποδερμικές σύριγγες, κουτιά πρώτων βοηθειών, θερμοφόρες και παγοκύστες, ιατρικές κάλτσες όπως οι ελαστικές κάλτσες και οι επιγονατίδες, τα προφυλακτικά και άλλες μηχανικές συσκευές αντισύλληψης. Αυτή η υποκατηγορία επίσης περιλαμβάνει



ιατρικά μη αναλώσιμα αγαθά που έχουν συνταγογραφηθεί από πιστοποιημένο επαγγελματία υγείας. **Αποκλείει:** τα κτηνοτροφικά προϊόντα αντικείμενα προσωπικής υγιεινής, όπως τα ιατρικά σαπούνια. **Διασαφηνιστικές περιπτώσεις:** Τα TCAM ιατρικά αγαθά πρέπει να περιληφθούν, εκτός από αυτά που δεν αναγνωρίζονται σαν ιατρικά αγαθά, όπως το “υγιεινό φαγητό”.

HC.5.2 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΑ ΙΑΤΡΙΚΑ ΑΓΑΘΑ: Αυτό το αντικείμενο περιλαμβάνει ένα μεγάλο εύρος ιατρικών αναλώσιμων αγαθών, όπως ορθοτικές συσκευές που υποστηρίζουν ή διορθώνουν τις δυσμορφίες του ανθρώπινου σώματος, τεχνητά μέλη και τεχνητές επεκτάσεις που αντικαθιστούν ένα χαμένο μέλος του σώματος και τέλος μια ποικιλία ιατροτεχνικών συσκευών όπως αναπηρικά καροτσάκια και αμαξίδια.

Οι θεραπευτικές συσκευές μπορούν να αναγνωριστούν περαιτέρω βάσει τύπου σε επίπεδο τρίτου ψηφίου.

HC.5.2.1 Γυαλιά και άλλα προϊόντα οράσεως: Αυτό το αντικείμενο περιλαμβάνει διορθωτικά γυαλιά οράσεως και φακούς επαφής καθώς και το αντίστοιχο υγρό καθαρισμού και την εφαρμογή από οπτικούς. **Αποκλείει:** γυαλιά ηλίου που δε διαθέτουν διορθωτικούς φακούς.

HC.5.2.2 Ακουστικά βοηθήματα: Αυτό το αντικείμενο περιλαμβάνει όλα τα είδη των αφαιρούμενων ακουστικών βοηθημάτων (περιλαμβάνοντας καθαρισμό, προσαρμογή και μπαταρίες). **Αποκλείει :** τη διάγνωση από ωτορινολαρυγγολόγο και την αγωγή από παθολόγους (HC.1.3), τα ακουστικά εμφυτεύματα (HC.1, θεραπευτική περίθαλψη) καθώς και την ωτορινολαρυγγολογική εκπαίδευση (HC.1.3).

HC.5.2.3 Άλλες ορθοπεδικές συσκευές και τεχνητά μέλη (εξαιρουμένων των γυαλιών και των ακουστικών βοηθημάτων): Αυτό το αντικείμενο περιλαμβάνει ορθοπεδικές συσκευές και άλλα τεχνητά μέλη : ορθοπεδικά υποδήματα, τεχνητά μέλη και άλλες προσθετικές συσκευές, ορθοπεδικοί ιμάντες και κηδεμόνες, χειρουργικές ζώνες, κηλεπίδεσμοι, αυχενικοί ιμάντες. **Αποκλείει:** γυαλιά και προϊόντα όρασης (HC.5.2.1) και ακουστικά βοηθήματα (HC.5.2.2). **Διασαφηνιστικές περιπτώσεις:** Η αισθητική χρήση θα πρέπει να αποκλείεται. Τα μπαστούνια και οι σκύλοι- οδηγό για τυφλούς πρέπει να περιλαμβάνονται.

#### HC.5.2.9 Όλα τα υπόλοιπα ιατρικά αναλώσιμα περιλαμβάνοντας ιατρικές τεχνικές συσκευές:

Αυτό το αντικείμενο περιλαμβάνει μια μεγάλη ποικιλία ιατροτεχνητών συσκευών, όπως αναπηρικά καροτσάκια (αυτοκινούμενα και μη αυτοκινούμενα) και αναπηρικά αμαξίδια, καθώς και διάφορα αναλώσιμα ιατρικά προϊόντα που δεν ταξινομούνται αλλού, όπως τα όργανα μέτρησης αρτηριακής πίεσης. **Περιλαμβάνει:** ειδικό εξοπλισμό για επείγουσες κλήσεις από το σπίτι του ασθενούς και/ ή παρακολούθηση των ιατρικών παραμέτρων εκ του μακρόθεν. **Αποκλείει:** τα προστατευτικά γυαλιά, τις ζώνες και τους μάντες για αθλήματα. Οι οικιακές βελτιώσεις πρέπει να λογίζονται σαν επενδύσεις : αυτόματοι ανελκυστήρες σκάλας για ασθενείς με περιορισμούς κινητικότητας, ανελκυστήρες μπανιέρας και παρόμοιες συσκευές για να προσαρμοστεί η κατάσταση του σπιτιού σε ασθενείς με μεταβατικές ή χρόνιες επιδεινώσεις, και εννοκίαση θεραπευτικού εξοπλισμού.

HC.6 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ: Η πρόληψη είναι οποιοδήποτε μέτρο στοχεύει να αποφύγει ή να μειώσει τον αριθμό ή τη σοβαρότητα των τραυματισμών και ασθενειών, τα επακόλουθά τους και τις επιπλοκές ( Romey και συνεργάτες, 2000). Η περίθαλψη βασίζεται σε στρατηγικές προώθησης υγείας που περιλαμβάνουν μια διαδικασία που επιτρέπει στους ανθρώπους να βελτιώνουν την υγεία τους μέσα από τον έλεγχο ορισμένων από τις άμεσες ορίζουσες της. Αυτό περιλαμβάνει ένα μεγάλο εύρος αναμενόμενων εκβάσεων, που καλύπτονται από μια ποικιλία παρεμβάσεων, που οργανώνονται σαν πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια επίπεδα πρόληψης. Η πρωτοβάθμια πρόληψη περιλαμβάνει συγκεκριμένα ιατρικά μέτρα που στοχεύουν στην αποφυγή νόσων και παραγόντων κινδύνου με σκοπό να : μειωθεί η έναρξη μιας νόσου, να μειωθεί ο αριθμός των νέων περιπτώσεων και να προλαμβάνεται το επείγον και η σοβαρότητα των νόσων. Ο σκοπός των μέτρων πρωτοβάθμιας πρόληψης είναι η μείωση των κινδύνων προτού προκαλέσουν κάποια επίδραση, π.χ. μέσω εμβολιασμού. Η δευτεροβάθμια πρόληψη περιλαμβάνει συγκεκριμένες παρεμβάσεις που στοχεύουν στην ανίχνευση της νόσου και στη συνέχεια θεραπεία όσο νωρίτερα γίνεται, π.χ. μέσω παρακολούθησης. Η δευτεροβάθμια πρόληψη αυξάνει λοιπόν τις ευκαιρίες για λιγότερο δαπανηρές και επιθετικές παρεμβάσεις με σκοπό να προληφθεί η πρόοδος της νόσου και η πρόκληση συμπτωμάτων, ή η «συσσώρευση της ασθένειας». Παραδείγματα περιλαμβάνουν την παρακολούθηση νόσων όπως η φυματίωση, ο διαβήτης και ο καρκίνος του μαστού. Ένα χαρακτηριστικό της δευτεροβάθμιας πρόληψης είναι ότι προκύπτει πριν γίνει διάγνωση. Συχνά

αυτές οι πρώιμες ανιχνεύσεις περιπτώσεων περιλαμβάνουν εργαστηριακές και απεικονιστικές υπηρεσίες. Η τριτοβάθμια πρόληψη στοχεύει στη μείωση των αρνητικών επιδράσεων μιας ήδη εγκατεστημένης νόσου ή τραυματισμού με μια προσπάθεια να αποφευχθεί η επιδείνωση και οι επιπλοκές, όπως το πρώιμο χειρουργείο σε μια άρθρωση κατεστραμμένη από εγκαύματα. Σε αυτό το παράδειγμα, μια τριτοβάθμια πρόληψη περιλαμβάνει χειρουργείο ανακατασκευής για να επιτρέψει την πλήρη έκταση και την ανάληψη κίνησης της άρθρωσης.

Η ανάλυση της πρόληψης περιλαμβάνει τις παρακάτω κατηγορίες :

HC.6.1 Πρόγραμμα πληροφόρησης, εκπαίδευσης και συμβουλευτικής: Η πληροφόρηση, η εκπαίδευση και η επικοινωνία (IEC) συνδυάζει στρατηγικές, προσεγγίσεις και μεθόδους για να επιτρέψει σε άτομα, οικογένειες, ομάδες, οργανώσεις και κοινότητες να παίζουν ενεργούς ρόλους στην απόκτηση, την προστασία και τη διατήρηση της δικής τους υγείας. Ενσωματωμένη στο IEC είναι μια διαδικασία εκμάθησης που ενδυναμώνει τους ανθρώπους στο να λαμβάνουν αποφάσεις, να μετατρέπουν συμπεριφορές και να αλλάζουν τις κοινωνικές συνθήκες, περιλαμβάνοντας μέσω βελτιώσεων τη γνώση, τα πιστεύω, τις συμπεριφορές τη χρήση και την αλληλεπίδραση με το υγειονομικό σύστημα. Αυτό είναι ένα συστατικό κλειδί της στρατηγικής για να προσπεραστούν τα οργανωτικά και επικοινωνιακά εμπόδια της χρήσης του συστήματος υγείας. Τα παραδείγματα περιλαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με τις υγειονομικές επιπτώσεις του καπνίσματος, της δίαιτας, της φυσικής δραστηριότητας ή της κατανάλωσης αλατιού, ειδικές προειδοποιήσεις σε έγκυες γυναίκες σχετικά με την κατάχρηση ναρκωτικών και την κατανάλωση αλκοόλ, πληροφορία στην αποτελεσματικότητα προστασίας μέσα από τη χρήση προστατευτικών κranών και ζωνών ασφαλείας αλλά και πληροφόρηση για τον εμβολιασμό και τα προγράμματα παρακολούθησης.

HC.6.2 Πρόγραμμα Ανοσοποίησης: Με στόχο να αποφευχθεί η ανάπτυξη της ασθένειας, πριν ή μετά την έκθεση, μέσα από τη χρήση φαρμακευτικών προϊόντων, όπως τα εμβόλια. Αυτό είναι πρωτοβάθμια πρόληψη. Τα παραδείγματα περιλαμβάνουν ανοσοποίηση για διφθερίτιδα, ηπατίτιδα, έρπητα ζωστήρα, HPV, γρίπη, ιλαρά, μολύνσεις μηνιγγιτιδόκοκκου, μαγουλάδες, κοκίτη, πνευμονολογικές μολύνσεις, πολιομυελίτιδα, λύσσα, ερυθρά, τέτανο, ανεμοβλογιά και κίτρινο πυρετό.

HC.6.3 Πρόγραμμα πρόωμης ανίχνευσης νόσου: Αυτό το αντικείμενο περιλαμβάνει την ενεργή έρευνα για νόσο αρχικά στην πορεία της, πριν εμφανιστούν συμπτώματα, μέσα στις ομάδες κινδύνου, σαν οργανωμένες δραστηριότητες προγραμμάτων. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει παρακολούθηση, διαγνωστικά τεστ και ιατρικές εξετάσεις. Αυτά κατευθύνονται σε συγκεκριμένες ασθένειες, όπως ο καρκίνος του μαστού, ο καρκίνος του ορθού, ο διαβήτης, το HIV/AIDS, η ελονοσία, η φυματίωση, ο καρκίνος του προστάτη κ.ο.κ. Με βάση τα κριτήρια που έχουν τεθεί για την πρόληψη, θα περιελάμβανε μόνο πρόωμη ανίχνευση νόσου πριν γίνει διάγνωση. Η αυτοεξέταση παράγει δαπάνη όταν περιλαμβάνει την αγορά τεστ που αυτοδιενεργείται, π.χ. τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα ή τα ούρα, που πρέπει να αναφέρονται ως HC.5. Οι εξετάσεις ελέγχου και παρακολούθησης μετά τη διάγνωση πρέπει να θεωρούνται σαν μέρος της θεραπευτικής περίθαλψης (HC.1).

HC.6.4 Προγράμματα παρακολούθησης κατάστασης Υγείας: Αυτό το αντικείμενο αφορά στην ενεργό παρακολούθηση των υγιών καταστάσεων και δεν επικεντρώνεται σε συγκεκριμένες νόσους. Μπορεί να στοχεύει σε συγκεκριμένες καταστάσεις όπως η εγκυμοσύνη (προγεννητική και μεταγεννητική περίθαλψη) ή συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες όπως τα παιδιά (π.χ. παιδική ανάπτυξη) αλλά και σε ηλικιωμένες ομάδες, ή σε συγκεκριμένους υγειονομικούς τομείς, όπως τα οδοντιατρικά και τα γενικής υγείας τσεκάπ.

HC.6.5 Επιδημιολογική παρακολούθηση και προγράμματα ελέγχου κινδύνου και νόσων: Αυτή η τάξη περιλαμβάνει τεχνικές διαδικασίες για να διαχειριστούν οι γνώσεις και οι πόροι με μέλημα την πρόληψη και τον έλεγχο. Αυτό γίνεται με το σχεδιασμό, την παρακολούθηση και την αξιολόγηση των παρεμβάσεων, περιλαμβάνοντας μέτρα για να ολοκληρωθεί η λήψη αποφάσεων, όπως η πρόσβαση σε πληροφορία και υπηρεσίες υποστήριξης. Στα παραδείγματα αναφέρονται :

η επιδημιολογική παρακολούθηση και έρευνα από συστήματα υγείας για να αναγνωριστούν και να διαγνωστούν περιπτώσεις

η αξιολόγηση επιλεγμένων καταστάσεων υγείας και ασθενειών με επίδραση στην κοινωνία, όπως η φυματίωση

η ανάλυση της ακρίβειας των αρχείων υγείας και των συστημάτων πληροφορίας παρακολούθηση δειγμάτων πόσιμου νερού και τροφής σε σχέση με νόσους που μεταδίδονται με το νερό ή την τροφή

οι επιδημιολογικές μελέτες άλλων περιβαλλοντικών κινδύνων, όπως η εξέταση του ανθρώπινου μητρικού γάλακτος σε περιοχές με κίνδυνο για μόνιμα οργανικά μολυσματικά υλικά (POP)

η εκπαίδευση για να διασφαλιστεί ότι οι διαδικασίες και τα πρωτόκολλα αγωγής που θέτονται από τα διάφορα προγράμματα ακολουθούνται

και η υπέρβαση εμποδίων για πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες ατόμων και ομάδων πληθυσμού.

#### HC.6.6 Προγράμματα αντιμετώπισης καταστροφών και επείγουσας ανταπόκρισης:

Περιλαμβάνει τις ετοιμασίες για κατάλληλη ανταπόκριση σε περίπτωση ανθρωπιστικής έκτακτης ανάγκης, είτε ανθρώπινης είτε φυσικής προέλευσης. Ο στόχος είναι να προστατευθεί η υγεία και να μειωθεί η θνησιμότητα και η νοσηρότητα λόγω υγειονομικών κινδύνων μέσα από κάποιο ειδικό πεδίο επιδημιολογίας καθώς και η εκπαίδευση σε τεχνικά πρότυπα. Αυτό περιλαμβάνει, π.χ. την ικανότητα απόκτησης ή επέκτασης πόρων πολύ γρήγορα, και τις προετοιμασίες για αλλαγή του χειρισμού και της αναφοράς των ασθενών, όπως η διαλογή των ασθενών και η ανακατασκευή της κάλυψης σε αντιστοιχία με τη φύση της επείγουσας κατάστασης.

#### HC.7 ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ:

Αυτές οι υπηρεσίες επικεντρώνονται στο σύστημα υγείας και όχι στην άμεση υγειονομική περίθαλψη, και θεωρούνται συλλογικές, καθώς δεν τοποθετούνται σε συγκεκριμένα άτομα αλλά επωφελούνται όλοι οι χρήστες του υγειονομικού συστήματος. Ειδικότερα, κατευθύνουν και υποστηρίζουν τη λειτουργία του υγειονομικού συστήματος. Αυτές οι υπηρεσίες αναμένεται να διατηρήσουν και να αυξήσουν την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα του υγειονομικού συστήματος και μπορούν να αυξήσουν την αμεροληψία του. Αυτές οι δαπάνες υφίστανται κυρίως αλλά όχι αποκλειστικά από τις κυβερνήσεις. Συμπεριλαμβάνονται ο σχηματισμός και η διαχείριση της κυβερνητικής πολιτικής, η θεσμοθέτηση προτύπων, η ρύθμιση, η αδειοδότηση ή παρακολούθηση των παραγωγών, η διαχείριση συλλογής πόρων και η διαχείριση, παρακολούθηση και αξιολόγηση τέτοιων πόρων,

κτλ. Ωστόσο κάποιες από αυτές τις υπηρεσίες παρέχονται επίσης από ιδιωτικούς οργανισμούς, περιλαμβανομένων μη κυβερνητικών οργανώσεων και ιδιωτικής ιατρικής ασφάλισης. Σαφή παραδείγματα τέτοιας συμμετοχής πολιτών είναι οι συνήγοροι υγείας, τα παρατηρητήρια υγείας και οργανισμοί χρηστών/ καταναλωτών υγείας

HC.7.1 Διακυβέρνηση και διαχείριση υγειονομικού συστήματος: Η διακυβέρνηση έχει οριστεί ως “ η προσεκτική και υπεύθυνη διαχείριση της ευημερίας του πληθυσμού.” (WHO, 2003), και περιλαμβάνει τρεις ευρείες εργασίες: να παρέχει όραμα και κατεύθυνση, να συλλέγει και να χρησιμοποιεί πληροφορία και να εντείνει την επιρροή μέσα από κανονισμούς και άλλα μέσα. Περιλαμβάνει σχεδιασμό, σχηματισμό τακτικής και λήψη πληροφοριών για ολόκληρο το υγειονομικό σύστημα, όπως :

Η παρακολούθηση των αναγκών υγείας (WHO,2002, EPHF 1) και οι παρεμβάσεις υγειονομικής περίθαλψης

Οι λογαριασμοί υγείας και η παρακολούθηση συγκεκριμένων πόρων (EPHF 6) και η ακρόαση

Η ανάπτυξη τακτικών και ο σχεδιασμός (EPHF 3)

Συνεργασίες προώθησης υγείας, κοινωνική συμμετοχή και ενδυνάμωση (EPHF 7)

Έρευνα, ανάπτυξη και επιβολή καινοτόμων παρεμβάσεων για να τεθούν πρότυπα (EPHF 9).

Η διαχείριση εμπεριέχει μια επικέντρωση στη διοίκηση, περιλαμβάνοντας το σχεδιασμό ρυθμιστικών μέτρων, για να παράγει κίνητρα, και να ελέγχει οργανώσεις και πόρους στο σύστημα, όπως γενικά και ειδικά ιατρικά ιδρύματα, περιέχοντας οδοντιατρικές υπηρεσίες, νοσοκομεία και κλινικές, οικόσιτες νοσηλευτικές και αναρρωτικές υπηρεσίες και ανεξάρτητες πρακτικές. Οι διευθυντικοί και επιχειρησιακοί ρόλοι καθώς και οι πόροι που συμμετέχουν σε τέτοιες επιχειρήσεις περιλαμβάνονται.

Ειδικότερα είναι υπεύθυνη για τη:

στρατηγική διαχείριση συστημάτων υγείας και υπηρεσιών για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού

ρύθμιση για να προστατευθεί η δημόσια υγεία, περιλαμβάνοντας διαπίστευση και εξασφάλιση ποιότητας

ανάπτυξη και σχεδιασμό των ανθρωπίνων πόρων.

**Αποκλείει :** όλες τις γενικές δαπάνες που συνδέονται με τη διαχείριση ή τη λειτουργία των παρόχων υγείας, συμπεριλαμβανομένων των νοσοκομείων και άλλων προμηθευτών, τα οποία θα

περιληφθούν στις δαπάνες βάσει καταναλωθείσας υπηρεσίας (HC.1-HC.6). Για παράδειγμα, αν μια ομάδα δημόσιων ή ιδιωτικών νοσοκομείων έχει μια κεντρική μονάδα που παρέχει ορισμένες κοινές υπηρεσίες, όπως αγορά, εργαστήρια, ασθενοφόρα και άλλες εγκαταστάσεις, η αξία αυτών των κοινών υπηρεσιών θα ληφθεί υπόψη ως μέρος της αξίας αυτών των ατομικών υπηρεσιών. **Διασαφηνιστικές περιπτώσεις :** η ρυθμιστική λειτουργία είναι μέρος της κυβερνητικής λειτουργίας και περιλαμβάνει τη θεσμοθέτηση τρόπων για εφαρμογή των κανονισμών. Ωστόσο, το τεχνικό συμβούλιο κάθε προγράμματος έχει τη ευθύνη να διασφαλίζει την εφαρμογή στο επιχειρησιακό επίπεδο. Έτσι ο σχηματισμός των κανονισμών και οι μηχανισμοί εφαρμογής τους είναι κομμάτι της διακυβέρνησης, και η εφαρμογή των ρυθμιστικών κανονισμών μέσα στους ελέγχους συγκεκριμένου προγράμματος είναι μέρος της σχετικής λειτουργίας. Το επιχειρησιακό επίπεδο είναι πιθανό να χωρίζεται από συγκεκριμένα επικεντρωμένα στο πρόγραμμα σώματα.

HC.7.2 Διαχείριση της υγειονομικής χρηματοδότησης: Αυτή η τάξη περιλαμβάνει ένα υποσυστατικό συγκεκριμένο για την υγειονομική χρηματοδότηση, ανεξάρτητα από τη δημόσια και ιδιωτική προέλευσή του ή τη δημόσια και ιδιωτική παροχή του, π.χ. προϋπολογισμός και συγκέντρωση πόρων (Poullier, 1992 και Nicolle και Mathauer, 2010). **Περιλαμβάνει:** τον έλεγχο της συλλογής πόρων και τη διαχείριση, παρακολούθηση και αξιολόγηση αυτών των πόρων. Μια περαιτέρω προαιρετική ανάλυση στο επίπεδο τρίτου ψηφίου προτείνεται βάσει δημόσιων και ιδιωτικών σχεδίων χρηματοδότησης. Η διαχείριση της ιδιωτικής υγειονομικής ασφάλισης σημαίνει ουσιαστικά την υπηρεσία υγειονομικής ασφάλειας και τη χρέωση της ασφάλειας για αυτό. Αυτό καλύπτει τις δαπάνες στις πωλήσεις, την υπηρεσία συμμετοχής και τακτικής, την επιδίκαση αιτήσεων, τις στατιστικές λειτουργίες, τις υπηρεσίες νομικής υποστήριξης, τις λειτουργίες επενδύσεων, τις επιπλέον εταιρικές χρεώσεις και κινδύνους. Για δημόσιες υπηρεσίες αναμένεται επίσης να συμπεριλαμβάνονται τα διαχειριστικά κόστη των Ομοσπονδιακών, Κοινοτικών και τοπικών κυβερνητικών προγραμμάτων. **Αποκλείει :** τα διαχειριστικά κόστη των παρόχων υγείας και τα αγαθά και τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που παρέχουν. Επίσης αποκλείονται τα ευκαιριακά κόστη της γραφειοκρατικής εργασίας για τους καταναλωτές και η σχετιζόμενη γενική συλλογή φόρων.

HC.9 ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΠΟΥΘΕΝΑ ΑΛΛΟΥ: Αυτό το αντικείμενο περιλαμβάνει τις λοιπές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που δεν ταξινομούνται στο HC.1 έως HC.7.

## **HC.RI ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ**

HC.RI.1 ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ (TPE): Τα φάρμακα είναι ένα από τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα τεχνολογικά προϊόντα για όλους τους σκοπούς υγειονομικής περίθαλψης. Η συνολική φαρμακευτική δαπάνη έχει υπολογιστεί ότι αποτελεί το ένα τρίτο της τρέχουσας υγειονομικής δαπάνης. Μια εκτίμηση της συνολικής δαπάνης φαρμακευτικής κατανάλωσης είναι σημαντική για το σχεδιασμό και τη λήψη αποφάσεων. Το συνολικό ποσό της δαπάνης στη φαρμακευτική κατανάλωση λαμβάνεται προσθέτοντας το σαφώς αναφερόμενο τμήμα (HC.5.1.1 + HC.5.1.2) και τα υπόλοιπα συστατικά της φαρμακευτικής κατανάλωσης ανεξάρτητα από το μονοπάτι κατανάλωσης. Αυτή είναι η περίπτωση του φαρμακευτικού συστατικού μέσα στα πακέτα αγωγής, κυρίως σαν τμήμα της αλληλεπίδρασης μέσα στην επαφή για θεραπευτική περίθαλψη (HC.1), που αναμένεται να είναι το μεγαλύτερο ποσό, αλλά επίσης τμήμα της περίθαλψης αποκατάστασης (HC.2) και της μακροπρόθεσμης περίθαλψης (HC.3). Μπορεί επίσης να υπάρχουν ποσά ενσωματωμένα σαν τμήμα της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης από γιατρούς που συνταγογραφούν (μέρος του HC.1.3)

## HC.RI.2 ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗ, ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ (TCAM):

Η TCAM έχει αναγνωριστεί να σχετίζεται με την τακτική σε πολλές χώρες λόγω είτε της πολιτιστικής σημασίας του είτε του υψηλού βαθμού ανάπτυξης του, στις χώρες και υψηλού και μεσαίου κατά κεφαλήν εισοδήματος. Οι κοινότεροι τύποι συνοψίζονται ως (Kristoffersen και συνεργάτες, 2008):

Εναλλακτικά συστήματα υγείας, μεταξύ των οποίων τα πιο διαδεδομένα είναι ο βελονισμός, η ομοιοπαθητική, η χειροπρακτική, η οστεοπαθητική

Συμπληρωματικές θεραπείες, όπως η θεραπεία Αλεξάνδρου, η αρωματοθεραπεία, η θεραπεία Bach και άλλες θεραπείες ασθενών, η σωματοθεραπεία, η Αγιουβέρδα, η βοτανική ιατρική, η φυσικοπαθητική, η διατροφολογία, η γιόγκα και η θεραπεία spa.



Εναλλακτικές πρακτικές, όπως η κρυσταλλοθεραπεία, η ιριδολογία, η κινησιολογία και η ηλεκτροθεραπεία

Πνευματικές και εσωτερικές πρακτικές.

Το εύρος των σκοπών των TCAM υπηρεσιών είναι όμοιο με αυτό που παρατηρείται για την αλλοπαθητική πρακτική: Πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση ή διατήρηση στη φύση καθώς και διαδικασίες διάγνωσης, χειρουργείου και συνταγογράφησης.

### HC.RI.3 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ SHA 1.0):

Το περιεχόμενο του HC.6 (Πρόληψη και δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες) στο SHA 1.0 οργανώθηκε είτε βάσει τύπου προγράμματος είτε βάσει ομάδας δικαιούχων είτε με τη θέσπιση κατανάλωσης. Τα κύρια προβλήματα που αναγνωρίστηκαν είναι: α) μια πιθανή αλληλοεπικάλυψη στις τάξεις, εξαρτώμενη από τη δομή προγραμμάτων των χωρών, β) η συμμετοχή ορισμένων θεραπευτικών υπηρεσιών και ο αποκλεισμός ορισμένων προληπτικών θεραπειών που αναφέρονται υπό το HC.R.3 και το HC.R.4 γ) ο αποκλεισμός ορισμένων υπηρεσιών πρόληψης που προκύπτουν από ατομική πρωτοβουλία, δ) ορισμένα συστατικά πρόληψης είναι δύσκολο να διαχωριστούν από τη διοίκηση και ε) οι τράπεζες αίματος αναφέρθηκαν σαν υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Το κύριο εμπόδιο στην αναφορά της πρόληψης που είναι ενσωματωμένη στις υπηρεσίες θεραπείας, αποκατάστασης ή LTC είναι η έλλειψη κατάλληλων αρχείων. Έτσι, ένας σαφής ορισμός δεν είναι ακόμα αρκετός για να διασφαλίσει μια κατανοητή τάξη πρόληψης.

### HC.RI.3.1 ΥΓΕΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΟΥ- ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ (ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ SHA 1.0):

Η υγεία της μητέρας και του παιδιού καλύπτει ένα μεγάλο εύρος υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, όπως η γενετική συμβουλευτική και η πρόληψη συγκεκριμένων γενετικών ανωμαλιών, προ γεννητική και μετά γεννητική ιατρική παρακολούθηση, υγειονομική περίθαλψη παιδιού, προσχολική και σχολική υγεία παιδιού, και εμβολιασμοί.

### HC.RI.3.2 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ SHA 1.0):

Αυτό το αντικείμενο περιλαμβάνει μια ποικιλία υπηρεσιών εκπαίδευσης και παρακολούθησης (για παράδειγμα οι οδοντίατροι), την πρόληψη νόσου και την προώθηση συνθηκών υγιούς διαβίωσης

και τρόπου ζωής στα σχολεία. Αυτό περιλαμβάνει βασική ιατρική αγωγή, όπως η οδοντιατρική αγωγή, αν παρέχεται σαν ενσωματωμένο κομμάτι της λειτουργίας δημόσιας υγείας.

**Περιλαμβάνει :** παρεμβάσεις ενάντια στο κάπνισμα, στο αλκοόλ και στην κατάχρηση ουσιών.

**Αποκλείει :** προγράμματα εμβολιασμού (HC.6.1)

HC.RI.3.3 ΠΡΟΛΗΨΗ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΩΝ (ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ SHA 1.0): Αυτό το αντικείμενο περιλαμβάνει την υποχρεωτική καταγραφή και ειδοποίηση ορισμένων μεταδιδόμενων ασθενειών και τις επιδημιολογικές έρευνες για μεταδιδόμενες νόσους, προσπάθειες να ανιχνευτούν πιθανές επαφές και προέλευση της νόσου, πρόληψη της φυματίωσης και έλεγχο της φυματίωσης (περιλαμβάνοντας τη συστηματική παρακολούθηση σε ομάδες υψηλού κινδύνου), προγράμματα ανοσοποίησης/ εμβολιασμού, και εμβολιασμό στη μητρότητα και υγειονομική περίθαλψη παιδιού. **Αποκλείει:** εμβολιασμό για επαγγελματική υγεία (HC.6.1) · εμβολιασμός για ταξίδι και τουρισμό με πρωτοβουλία του ασθενούς (HC.6.1).

HC.RI.3.4 ΠΡΟΛΗΨΗ ΜΗ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΩΝ (ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ SHA 1.0): Αυτό το αντικείμενο περιέχει υπηρεσίες δημόσιας υγείας όπως η υγειονομική εκπαίδευση, πρόληψη νόσου και προώθηση υγιεινών συνθηκών διαβίωσης και τρόπου ζωής, υπηρεσίες που παρέχονται από κέντρα παρακολούθησης και ελέγχου ασθενειών αλλά και προγράμματα αποφυγής κινδύνου και βελτίωσης της κατάστασης υγείας των εθνών ακόμα και αν δεν κατευθύνονται ειδικά προς τις μεταδιδόμενες ασθένειες. **Περιλαμβάνει :** Παρεμβάσεις ενάντια στο κάπνισμα και στο αλκοόλ και στην κατάχρηση ουσιών, όπως οι αντικαπνιστικές καμπάνιες, δραστηριότητες κοινοτικών εργαζομένων, υπηρεσίες που παρέχονται από ομάδες αυτοβοήθειας, γενική υγειονομική εκπαίδευση και υγειονομική πληροφόρηση του κοινού, καμπάνιες υγειονομικής εκπαίδευσης, καμπάνιες υπέρ του υγιεινού τρόπου ζωής, ασφαλούς σεξ, κτλ και ανταλλαγή πληροφοριών π.χ. για τον αλκοολισμό και τον εθισμό σε ναρκωτικά. **Αποκλείει :** παρακολούθηση περιβαλλοντικής δημόσιας υγείας και δημόσια πληροφόρηση σχετικά με τις περιβαλλοντικές συνθήκες.

HC.RI.3.5 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ SHA 1.0): Περιλαμβάνει: την παρακολούθηση της υγείας των υπαλλήλων (ιατρικά τσεκάπ ρουτίνας) και η θεραπευτική περίθαλψη (περιλαμβανομένων των υπηρεσιών επείγουσας υγειονομικής

περίθαλψης) εντός και εκτός των εργασιακών εγκαταστάσεων. **Αποκλείει**, παρά ταύτα, την αποζημίωση σε είδος αγαθών και υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που αποτελούν οικόσιτη πραγματική τελική κατανάλωση παρά ενδιάμεση κατανάλωση επιχειρήσεων.

HC.RI.3.9 ΛΟΙΠΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ: Αυτό το αντικείμενο περιέχει μια ποικιλία διαφόρων δημόσιων υγειονομικών υπηρεσιών, όπως η λειτουργία και διαχείριση τραπεζών αίματος και οργάνων, και την προετοιμασία και διασπορά πληροφοριών σε θέματα δημόσιας υγείας που δεν κατατάσσονται πουθενά αλλού. **Περιέχει**: δημόσια περιβαλλοντική υγειονομική παρακολούθηση και δημόσια πληροφόρηση σε περιβαλλοντικές συνθήκες.

### **HCR ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ-ΜΕ-ΤΗΝ-ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΤΑΞΕΙΣ**

HCR.1 ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ (ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ): Αυτό το αντικείμενο περιλαμβάνει τις δαπάνες σε κοινωνικές υπηρεσίες περίθαλψης χαμηλότερου επιπέδου προκειμένου να υποβοηθήσουν τις ιδρυματικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (όπως η βοήθεια στο σπίτι, η μεταφορά σε ημερήσια κέντρα, κτλ). **Περιλαμβάνει** : επιδοτήσεις σε τοπικές υπηρεσίες (καθώς και δαπάνες για τη διαμονή) σε ρυθμίσεις υποβοηθούμενης διαβίωσης και άλλους τύπους προστατευμένης κατοικίας για άτομα με κινητικούς περιορισμούς (καθώς επίσης και τοπικές υπηρεσίες για άτομα που υποφέρουν από νοητική στέρηση, νοητική νόσο ή προβλήματα κατάχρησης ουσιών καθώς και οικίες για άτομα με φυσική και νοητική αναπηρία), υπηρεσίες διαχείρισης σπιτιού, ημερήσιες κοινωνικές υπηρεσίες για εξαρτημένα άτομα και μεταφορά από και προς σε εγκαταστάσεις ημερήσιας περίθαλψης ή παρόμοιες κοινωνικές υπηρεσίες για άτομα με λειτουργικούς περιορισμούς. **Αποκλείει**: όλες τις υπηρεσίες που σχετίζονται κυρίως με την παροχή μακροπρόθεσμης υγειονομικής και προσωπικής περίθαλψης που περιλαμβάνονται στη λειτουργία HC.3 μακροπρόθεσμη περίθαλψη (υγεία). Επίσης αποκλείονται υπηρεσίες που περιέχουν παρακολούθηση ατόμων με νοητική στέρηση όπως οι ασθενείς με άνοια αλλά και η ιατρική αξιολόγηση και οι υπηρεσίες που περιέχουν διαχείριση περιπτώσεων και συντονισμό μεταξύ ιατρικής και μακροπρόθεσμης υγειονομικής περίθαλψης (που επίσης βρίσκονται υπό το HC.3) . Αποκλείονται επίσης και η ειδική εκπαίδευση για ανάπηρα άτομα και η επαγγελματική αποκατάσταση.

HCR.1.1 Σε είδος μακροπρόθεσμη υγειονομική περίθαλψη: Αυτό το αντικείμενο περιλαμβάνει υπηρεσίες μακροπρόθεσμης υγειονομικής περίθαλψης σε είδος όπως περιγράφηκε παραπάνω που παρέχονται σε άτομα με προβλήματα υγείας και λειτουργικούς περιορισμούς ή επιδείνωση, όπου ο πρωταρχικός σκοπός είναι να επιτραπεί η ανεξάρτητη διαβίωση και η αλληλεπίδραση με το περιβάλλον.

HCR.1.2 Δικαιούχοι μακροπρόθεσμης κοινωνικής περίθαλψης τοις μετρητοίς: Αυτό το αντικείμενο περιλαμβάνει την παροχή προνομίων μακροπρόθεσμης υγειονομικής περίθαλψης με τη μορφή μεταφορών που παρέχονται σε μεμονωμένα άτομα και νοικοκυριά. Καλύπτει κυρίως τις ανεπίσημες υπηρεσίες φροντίδας κοινωνικής φύσεως που παρέχονται από μέλη της οικογένειας ή την αποζημίωση των παρόχων επίσης κοινωνικής υποστήριξης για να επικουρήσουν τις ιδρυματικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής ώστε να επιτρέχουν την ανεξάρτητη διαβίωση. **Δεν καλύπτει** προνόμια τοις μετρητοίς για προστασία εισοδήματος σε περίπτωση αρρώστιας ή αναπηρίας, όπως η αναρρωτική άδεια μετ' αποδοχών ή η προστασία εισοδήματος σε περίπτωση αναπηρίας (εκτός από τις συντάξεις αναπηρίας για άτομα πάνω από την ηλικία συνταξιοδότησης.)

HCR.2 ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΩ ΠΟΛΥΕΣΤΙΑΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ: Η υγεία είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης ενός ευρέος φάσματος οριζουσών. Για να βελτιωθούν οι εκβάσεις υγείας, απαιτούνται υγειονομικά συστήματα καθώς και παγκόσμιες πολιτικές, κοινωνικοοικονομικές, πληροφοριακές, τεχνολογικές και κλιματικές παρεμβάσεις. Κατανοητή κάλυψη για την προώθηση υγείας αναζητείται περιλαμβάνοντας τη συνολική δαπάνη κοινών προσπαθειών με πολύ-εστιακές και πολύ-παραγοντικές υπηρεσίες και προγράμματα που μπορεί να σχετίζονται με την τακτική. Στις περισσότερες των περιπτώσεων, η πολυεστιακή προσέγγιση έχει κοινό συμφέρον, και η δαπάνη που είναι ωφέλιμη για την υγειονομική περίθαλψη μπορεί να επικαλύπτεται με εκείνη άλλων κοινωνικών λειτουργιών. Ο σκοπός του να υπάρχει μια πολυεστιακή αξιολόγηση ισορροπεί τα περιορισμένα όρια της υγειονομικής περίθαλψης με υπευθυνότητα για την αξιοπιστία των πόρων που υποβόσκουν στο σύστημα υγείας, καθώς και εκείνων πέρα από το σύστημα υγείας, που συμμετέχουν στις προσπάθειες προώθησης υγείας.

HCR.2.1 Παρεμβάσεις τροφής και πόσιμου νερού: Περιλαμβάνει: μέτρα ασφάλειας τροφίμων και νερού, όπως αγρό-πολιτιστικές παρεμβάσεις για να αποφευχθεί η τοξικολογική μόλυνση τροφής και νερού που χρησιμοποιούνται για διατροφικούς σκοπούς και τη βελτίωση των μέτρων ελέγχου ποιότητας που ρυθμίζουν την παραγωγή και τη διανομή προϊόντων πόσιμου νερού και τροφίμων. **Αποκλείει:** δαπάνες σε άμεσες υγειονομικές ρυθμίσεις (HC.7) καθώς και παρακολούθηση και επιτήρηση συστατικών προγραμμάτων, όπως ο ποιοτικός έλεγχος που διενεργείται από εργαστήρια δημόσιας υγείας (HC.6.2).

HCR.2.2 Περιβαλλοντικές παρεμβάσεις (εξαιρουμένων αυτών που σχετίζονται με την τροφή και το πόσιμο νερό): Αυτό το αντικείμενο περιλαμβάνει μια ποικιλία παρεμβάσεων περιβαλλοντικού ελέγχου με ειδική επικέντρωση στο ενδιαφέρον της δημόσιας υγείας, όπως η διαχείριση αποβλήτων (μέτρα ασφαλείας που συνδέονται με αυτές τις υπηρεσίες), διαχείριση αποβολής λυμάτων (μέτρα ασφαλείας και νόμοι ποιότητας), μείωση μόλυνσης (πρόληψη, παρακολούθηση, μείωση και έλεγχος της ηχητικής και ατμοσφαιρικής μόλυνσης, του υδάτινου σώματος και του εδάφους), έρευνα και ανάπτυξη στην περιβαλλοντική προστασία. **Αποκλείει:** τις δαπάνες σε άμεσες υγειονομικές περιβαλλοντικές ρυθμίσεις (HC.7), καθώς και στην παρακολούθηση και επίβλεψη συστατικών προγραμμάτων, όπως η παρακολούθηση από δημόσια υγειονομικά εργαστήρια επίμονων οργανικών μολυσματικών στο ανθρώπινο γάλα σε γεωγραφικές περιοχές κινδύνου(HC.6.2).

HCR.2.3 Λοιπή πολυεστιακή προώθηση υγείας: Αυτή η κατηγορία στοχεύει να συλλέξει δαπάνες που περιλαμβάνουν ένα σημαντικό ενδιαφέρον δημόσιας υγείας, αλλά που δε βρίσκεται απαραίτητα στα υγειονομικά όρια. Οι παρεμβάσεις σε τέτοιο ποικίλο εύρος περιοχών περιλαμβάνει σε κάποιο βαθμό μια συστηματική προσέγγιση : ενδυνάμωση των συστημάτων επιτήρησης, βελτίωση αξιολόγησης κινδύνου, αξιολόγηση νέων τεχνολογιών για ασφάλεια και μείωση κινδύνου, βελτίωση επικοινωνίας κινδύνου και συνηγορίας, αύξηση του ρόλου του υγειονομικού συστήματος στο συντονισμό με άλλους συνεργάτες, και βελτίωση της διεθνούς και εθνικής συνεργασίας.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

**ΤΥΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ:** Η εργασία μας είναι ερευνητική.

**ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΜΑΣ:** Η κύρια φιλοδοξία μας στην παρούσα εργασία είναι να καταγράψουμε και να υπολογίσουμε τις δημόσιες δαπάνες υγείας στην Ελλάδα από το 1833 έως και το 1940, σύμφωνα με το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας. Στόχος μας είναι να αποδημήσουμε στη συνέχεια τις συνολικές δαπάνες στα επιμέρους στοιχεία που τις συνθέτουν, να αναλύσουμε και να παρουσιάσουμε τα μοτίβα της αλλαγής αυτών των μεγεθών και να μπορέσουμε να κάνουμε ασφαλείς και σχετικές συγκρίσεις με τις αλλαγές άλλων διαθέσιμων μακροοικονομικών μεγεθών της ίδιας περιόδου αποκαλύπτοντας την μεταξύ τους σχέση.

**ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ:** Η εξεταζόμενη περίοδος (1833-1940) ξεκινάει με την δημιουργία ανεξάρτητου ελληνικού κράτους, μετά από 400 χρόνια τουρκικής κατοχής. Η περίοδος σταματάει ξαφνικά με την έναρξη του Α' Βαλκανικού πολέμου καθώς και το ξέσπασμα του Α Παγκοσμίου Πολέμου. Στη συνέχεια έρχεται ο Β' Βαλκανικός Πόλεμος, ο ξεριζωμός της Σμύρνης και τελειώνει η υπό εξέταση περίοδος με την έναρξη του Β Παγκοσμίου Πολέμου. Η συγκεκριμένη περίοδος, πέρα από την ιστορική της αξία, έχει νόημα και από την οικονομική σκοπιά, καθώς δεν υπάρχουν συστηματικά καταγεγραμμένα στοιχεία για τις δημόσιες δαπάνες υγείας. Παρόλα αυτά η περίοδος είναι αρκετά ομοιογενής, όσον αφορά τα βασικά χαρακτηριστικά της οικονομίας που εξετάζουμε, ώστε τα δεδομένα μας να έχουν νόημα και να είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για την μελέτη της μακροπρόθεσμης ανάπτυξης της χώρας.

**ΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ:** Αντίθετα από το αναμενόμενο, η έρευνα έφερε στο φως επαρκή δεδομένα, που αποδείχτηκαν αρκετά για την ασφαλή εξαγωγή συμπερασμάτων για τις δημόσιες δαπάνες υγείας. Οι δυσκολίες, προφανώς ήταν αρκετές. Αρκετοί λογαριασμοί δεν ήταν ξεκάθαροι ως προς το περιεχόμενό τους, δεν φαίνονταν καλά λόγω της παλαιότητας των εγγράφων, άλλαζαν ονομασία στο πέρασμα των χρόνων. Θα πρέπει να σημειωθεί εδώ ότι τα περισσότερα από τα ανεπεξέργαστα δεδομένα προέρχονται από επίσημες δημοσιεύσεις και συντάχθηκαν από επίσημους φορείς. Γι' αυτό το λόγο όλα τα δεδομένα της εργασίας έχουν ανακτηθεί είτε από τις αρχικές πηγές τους (ισολογισμοί-προϋπολογισμοί του κράτους, στατιστικές εκδόσεις, υπουργικές αναφορές κ.ά), είτε από περιεκτικές εκδόσεις εκτιμήσεων της ίδιας περιόδου.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Η ραχοκοκαλιά της μελέτης μας στηρίζεται στους ετήσιους Εθνικούς Ισολογισμούς καθώς και στους ετήσιους Εθνικούς Προϋπολογισμούς για τα χρόνια που μας

αφορούν. Η ταξινόμηση και κωδικοποίηση των εξόδων βασίστηκε στο SHA 2011 (SYSTEM OF HEALTH ACCOUNTS, OECD). Το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) είναι το σύστημα που προσδιορίζει την οικονομική επιβάρυνση του κάθε χρηματοδοτικού φορέα και την κατεύθυνση της υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή υγείας και ανά υγειονομική δραστηριότητα. Το ΣΛΥ δομείται στους εξής τρεις άξονες:

Τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ανά χρηματοδοτικό φορέα (πλευρά της ζήτησης)

Την κατεύθυνση της υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή υγείας και ανά υγειονομική δραστηριότητα (πλευρά της προσφοράς)

Τη χρηματοδότηση των φορέων στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας (πλευρά της κατανάλωσης)

Στην εργασία μας, μοναδικός χρηματοδότης είναι το κράτος. Μελετήσαμε σε βάθος τους προϋπολογισμούς όλων αυτών των ετών και κατατάξαμε τις διάφορες δαπάνες στις κατηγορίες πρώτου ψηφίου του ΣΛΥ του ΟΟΣΑ. Αυτό έγινε γιατί παρατηρήσαμε ότι οι δαπάνες δεν ήταν περίπλοκες αλλά ούτε και ακριβείς ως προς το περιεχόμενό τους.

Τα στοιχεία που παρουσιάζονται στους λογαριασμούς για την περίοδο 1833-1940 εκφράζονται στην τρέχουσα, κατά το χρόνο αυτό, νομισματική μονάδα, που είναι η παλιά δραχμή. Το σύνολο των δαπανών υγείας μέχρι το 1880 διαιρέθηκαν με το 1.12 ώστε να καταστούν συγκρίσιμα με τα δεδομένα ως το 1940, που εκφράζονται στην νέα νομισματική μονάδα, την LMU δραχμή. (Κωστελένος, 1995) (Κωστελένος, Αθανασίου, Αντωνίου, 2006) (Willis Parker, 1968). Να αναφέρουμε εδώ πως η Λατινική νομισματική ένωση (1865-1927) ήταν μια πρόιμη προσπάθεια του 19<sup>ου</sup> αιώνα να ενοποιηθούν αρκετά ευρωπαϊκά νομίσματα σε ένα ενιαίο νόμισμα που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σε όλα τα κράτη μέλη. Όλα τα παρακάτω ποσά εκφράζονται σε σταθερές δραχμές του 1914. Επειδή δεν υπάρχει ειδικός αποπληθωριστής για τις δαπάνες υγείας για την υπό εξέταση περίοδο, μετατρέψαμε τις τρέχουσες τιμές με τον αποπληθωριστή του ΑΕΠ έτους 1914, που είναι ο πιο αξιόπιστος από τους τρεις σχετικούς που υπάρχουν (1860, 1887) (Kostelenos et al, 2007)



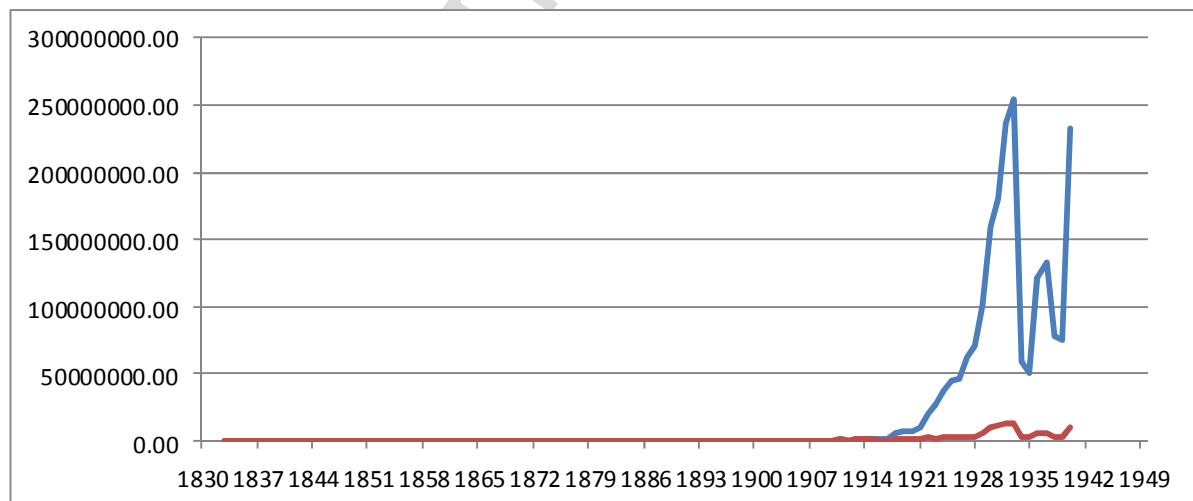
## ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΑ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ(1833-1940)

- *Συνολικές Δαπάνες Υγείας (1833-1940)*

Στο παρακάτω διάγραμμα(διάγραμμα 1) παρουσιάζεται η συνολική δαπάνη υγείας σε τρέχουσες και σταθερές τιμές για τα έτη 1833-1940.

Αξίζει να σημειωθεί ότι μέχρι και το έτος 1912 παρατηρείται μία σταθερή πορεία των εν λόγω δαπανών με ελάχιστες αυξομειώσεις που θεωρούνται λογικές σε βάθος χρόνου. Το έτος 1912 η Ελλάδα εισέρχεται στους Βαλκανικούς πολέμους και έκτοτε βρίσκεται σε συνεχή εμπόλεμη κατάσταση. Απόρροια των γεγονότων αυτών είναι η ραγδαία αύξηση των δαπανών και η διατήρησή τους για αρκετό διάστημα σε υψηλά για τη χώρα επίπεδα. Οι μεταβολές που παρατηρούνται από το 1912 έως και το 1940 είναι έντονες κυρίως λόγω των εναλλαγών της εμπόλεμης κατάστασης σε περιόδους ειρήνης που την ακολουθούν. Επειδή η χρονική περίοδος που μελετάμε είναι μεγάλη και λόγω της ύπαρξης υψηλών τιμών είναι λογικό οι σταθερές τιμές να παρουσιάζονται σαν μία σχεδόν ευθεία γραμμή.

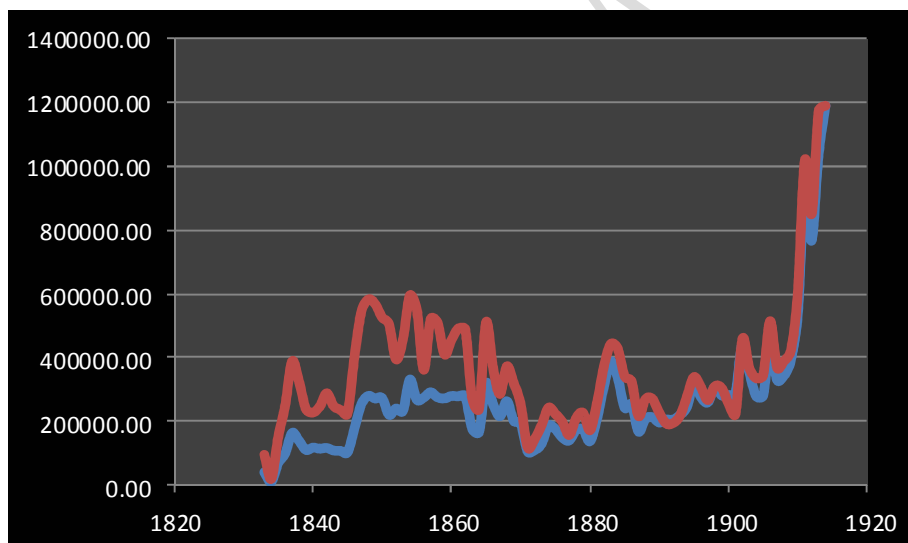
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1: Συνολική Δαπάνη Υγείας ΣΕ ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΚΑΙ ΣΤΑΘΕΡΕΣ ΤΙΜΕΣ ΑΝΑ ΕΤΟΣ(1833-1940)



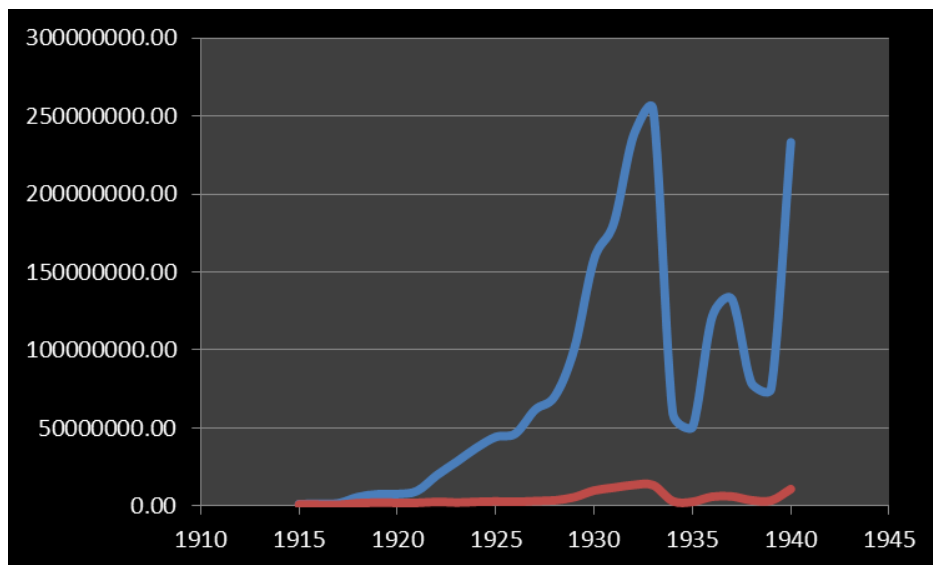
Στη συνέχεια παρουσιάζουμε τη συγκεκριμένη περίοδο σε δύο επιμέρους διαγράμματα. Το πρώτο από το έτος 1833 έως και το 1914(που είναι το έτος βάσης του αποπληθωριστή μας) και το δεύτερο από το 1915 έως και το 1940.Καθόλη τη διάρκεια της πρώτης περιόδου όπως και της

δεύτερης, παρατηρείται μία μικρή αυξητική τάση. Απότομες και μεγάλες αυξήσεις παρατηρούμε σε περιόδους όπου τα ιστορικά γεγονότα είναι έντονα. Συμπεραίνουμε ότι οι μεταβολές των τιμών των δαπανών συνδέονται άμεσα με τα ιστορικά γεγονότα. Για παράδειγμα έχουμε αύξηση των δαπανών κατά τη διάρκεια της Κρητικής Επανάστασης το 1866, στον Βαλκανικό Πόλεμο του 1913, στη Μικρασιατική Καταστροφή το 1922 καθώς και κατά την έναρξη του Β' Παγκοσμίου Πολέμου. Επιπλέον το διάγραμμα υποδεικνύει μια κυκλικότητα(περιοδικότητα) για τις περιόδους 1834-1845, 1846-1864, 1865-1881, 1882-1899, 1900-1905, 1906-1915, 1925-1935 και 1938-1940.

Αυτό που εύλογα συνειδητοποιούμε είναι ότι οι δαπάνες υγείας δεν αυξάνονται λόγω της ύπαρξης μιας οργανωμένης μελέτης ή μίας στοχευμένης πολιτικής υγείας, αλλά κυρίως λόγω έκτακτων καταστάσεων που ουσιαστικά αναγκάζουν το κράτος να ξοδέψει κάτι παραπάνω από το προβλεπόμενο.



Διάγραμμα 1.1:Συνολική δαπάνη Υγείας (1833-1914)

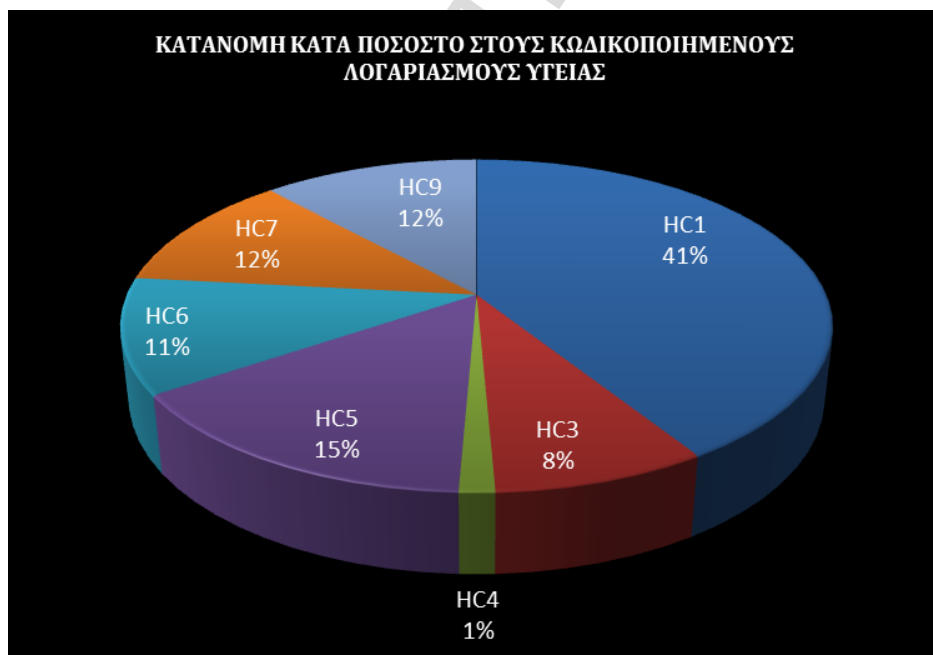


Διάγραμμα 1.2: Συνολική δαπάνη υγείας (1915-1940).

Τα πλήρη δεδομένα παρατίθενται στον Πίνακα 2 του παραρτήματος.

- *Συνολική Σύνθεση των Δημόσιων Δαπανών Υγείας (ως % κατανομή)*

Διάγραμμα 2: Συνολική Σύνθεση των Δημόσιων Δαπανών Υγείας (ως % κατανομή)



Έχοντας κατά νου την ερμηνεία του κάθε κωδικού από προηγούμενο κεφάλαιο, από το σχεδιάγραμμα βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των δαπανών το κατέχει ο HC1 κωδικός, γεγονός που μας δείχνει ότι το κράτος δίνει ιδιαίτερη σημασία στην περίθαλψη του πληθυσμού και όχι στην πρόληψη των ασθενειών όπως φαίνεται από το HC6 που καταλαμβάνει το 11%. Το ποσοστό του HC3 (8%) εξηγείται από το γεγονός ότι την εποχή αυτή οι περισσότερες ασθένειες είναι άγνωστες και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο οδηγεί σε δαιμονοποίηση αρκετών ασθενειών, οι οποίες δεν μπορούσαν να μεταφραστούν με ιατρικούς όρους. Σαν αποτέλεσμα έχουμε την ασυλοποίηση αυτών των ασθενών. Ενδιαφέρον έχει το γεγονός ότι τα πρώτα χρόνια που εξετάζουμε, τα μοναστήρια πληρωνόντουσαν για να φυλάνε τέτοιους ασθενείς. Το 1% του HC4 δείχνει ότι οι εργαστηριακές δομές είναι υποτυπώδεις, με κύριο δέκτη χρηματοδότησης το Ινστιτούτο Παστέρ. Τα φάρμακα δεν αποτελούν κύριο μέλημα χρηματοδότησης από το κράτος μέχρι και το 1930, οπότε και παρατηρείται μεταστροφή του κράτους με την παραγωγή κινίνης, πράγμα που αποδεικνύει και το 15% στο συγκεκριμένο λογαριασμό. Παρόλο που μιλάμε για ένα νεοσύστατο κράτος, δεν θα μπορούσαμε να μην σχολιάσουμε το 12% του HC7 που έχει να κάνει με τη διοίκηση. Παρόλο που το κράτος κατά τη διάρκεια αυτών των ετών έχει χρεοκοπήσει 4 φορές, έχει κάνει στάσεις πληρωμών, συνάπτει δάνεια για να ξεχρεώνει τοκοχρεολύσια, έχει την «δυνατότητα» να πληρώνει τους κάθε φορά ειδικούς για την χάραξη της πολιτικής υγείας. Κατά τη διάρκεια όλων αυτών των ετών το κράτος ξόδεψε 150714599.9 δραχμές σε σταθερές τιμές 1914.

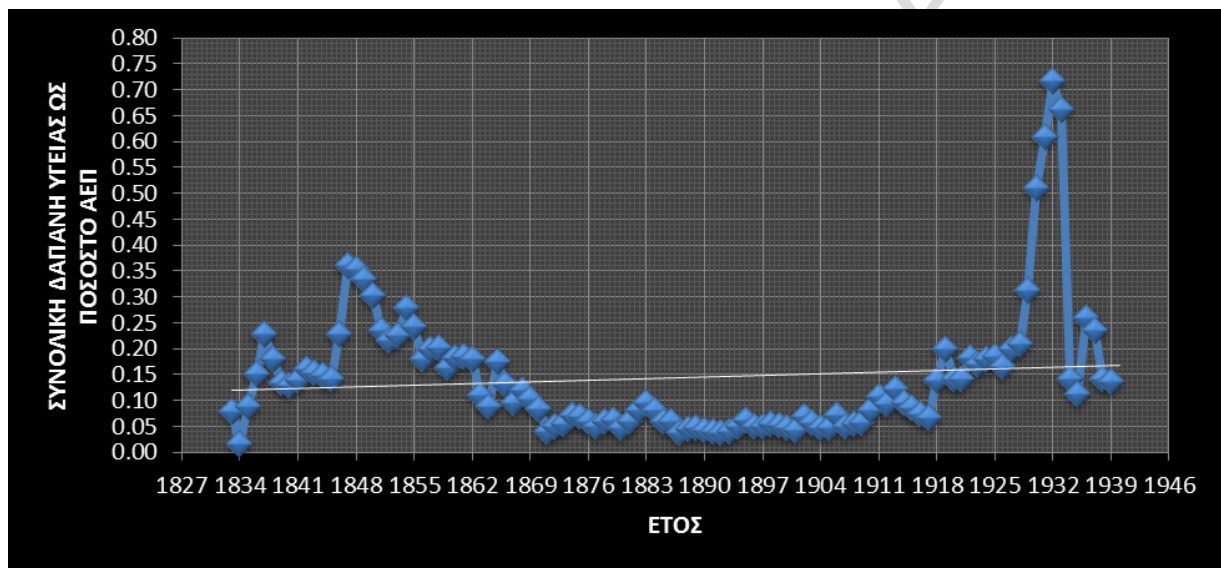
Τα δεδομένα τα υπολογίσαμε από τον πίνακα 3 του παρατήματος.

- *Συνολική Δαπάνη Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ(1833-1940)*

Η δημόσια υγειονομική δαπάνη που εκφράζεται ως ποσοστό του ΑΕΠ αποτελεί το σημαντικότερο δείκτη εκτίμησης της πολιτικής υγείας μιας χώρας. Υψηλά ποσοστά της εν λόγω δαπάνης απαντώνται σε αναπτυγμένες χώρες. Η δαπάνη είναι υπερβολικά χαμηλή καθ' όλη την εξεταζόμενη χρονική διάρκεια, γεγονός που αποδεικνύει ότι μιλάμε για μία αναπτυσσόμενη χώρα.

Η εικόνα δεν αλλάζει σε σχέση με τις παραπάνω αναλύσεις. Οι δημόσιες δαπάνες υγείας αποτελούν ένα πολύ μικρό ποσοστό του ΑΕΠ, πολλές φορές και σχεδόν μηδενικό. Επιπλέον μετά το 1860 παρατηρείται μία συνεχής πτωτική πορεία του ποσοστού αυτού με μόνο μία μικρή αύξηση από το 1926 έως το 1930. Αυτό το διάγραμμα ίσως αντικατοπτρίζει τις προτεραιότητες της εκάστοτε κυβέρνησης να διανείμει τους περιορισμένους πόρους στην ανακούφιση των απόρων ή στην δημιουργία δημόσιων υποδομών.

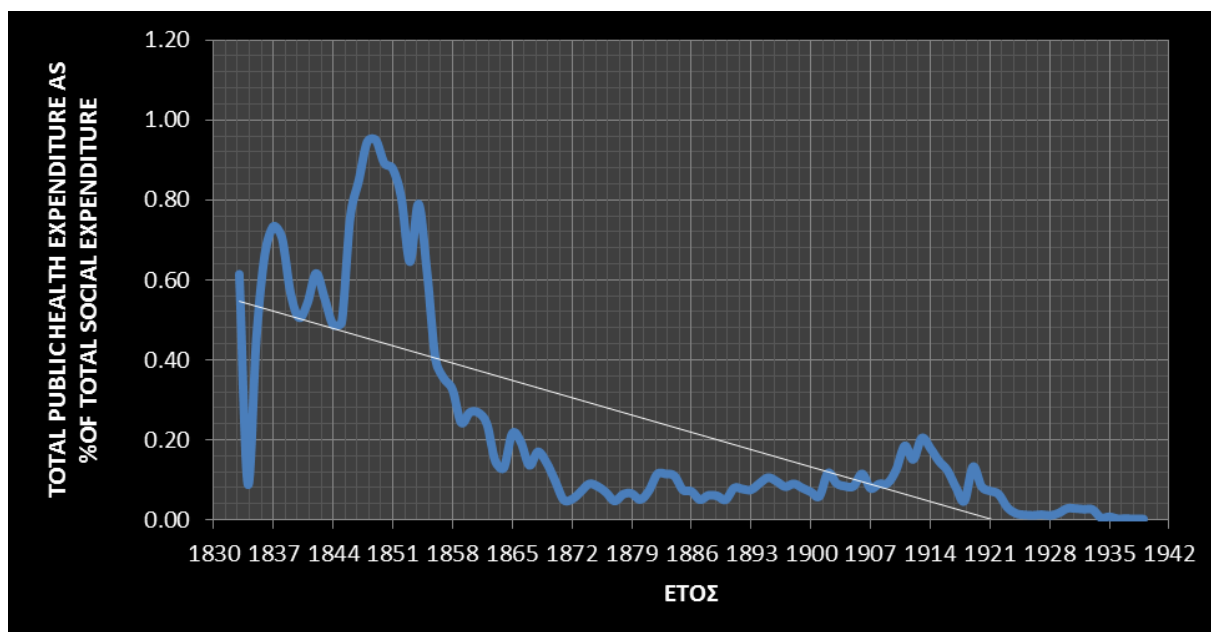
Διάγραμμα 3: Συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ



- *Συνολική Δαπάνη Υγείας ως ποσοστό της Δημόσιας Κοινωνικής Δαπάνης (1833-1940)*

Στο παρακάτω διάγραμμα απεικονίζεται η συνολική δαπάνη υγείας ως ποσοστό των δημόσιων κοινωνικών δαπανών. Η κοινωνική πολιτική του κράτους δεν ήταν προτεραιότητα κατά την δημιουργία του κράτους, παρά μόνο όταν είναι να περιθάλψει πρόσφυγες και να ανακουφίσει ανθρώπους από τις καταστροφές. Σαν συμπέρασμα για την υπό εξέταση περίοδο, ο τομέας της υγείας φαίνεται να απορροφά πολύ μικρό ποσοστό του συνόλου των δημόσιων κοινωνικών δαπανών και κυρίως για την άμεση ανακούφιση χηρών, ορφανών, τραυματιών πολέμου, δηλαδή ανθρώπων σε μεγάλη ανάγκη. Η μόνη αξιοπρόσεχτη περίοδος όπου ο τομέας της υγείας απορροφά μεγάλο ποσοστό είναι κατά την περίοδο 1848-1858.

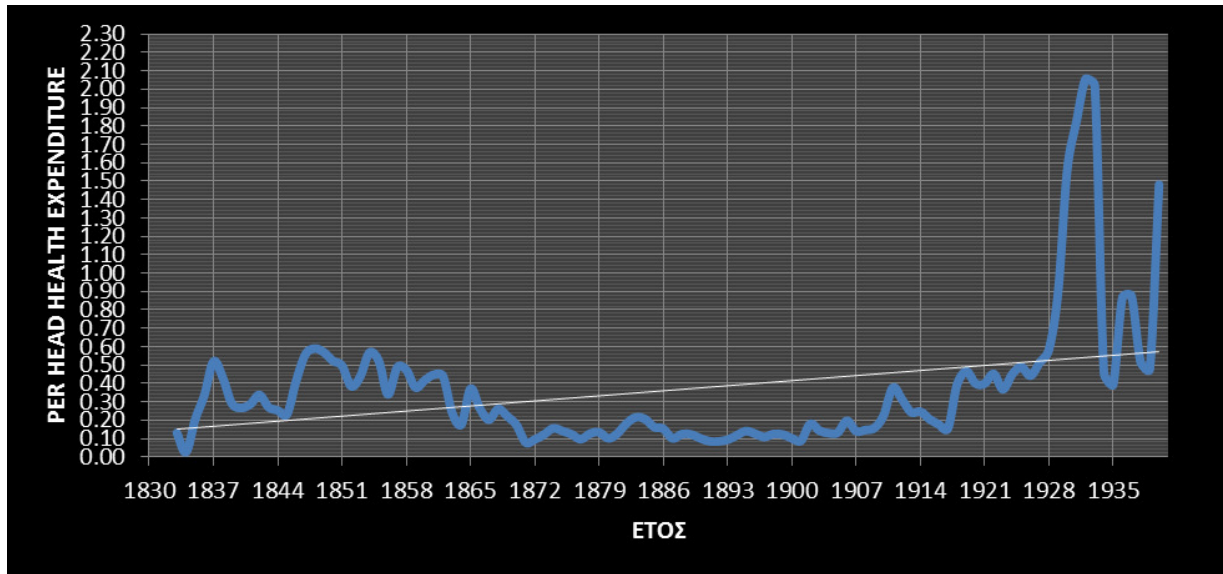
Διάγραμμα 4:Συνολική Δαπάνη Υγείας ως ποσοστό των Δημοσίων Κοινωνικών Δαπανών σε τρέχουσες τιμές(1833-1940)



Οι υπολογισμοί μας βρίσκονται στον πίνακα 6 του παραρτήματος.

- *Κατά κεφαλήν Δημόσια Δαπάνη Υγείας*

Για την περίοδο 1833-1940 η μέση ετήσια Δημόσια Δαπάνη Υγείας σε σταθερές τιμές 1914 ήταν 1.395.505,56 δραχμές και ο μέσος πληθυσμός της χώρας 2.773.265 κάτοικοι. Αυτά τα δεδομένα υποδεικνύουν μία μέση κατά κεφαλή δαπάνη υγείας 0,36 δραχμές. Από το 1865 και μετά η κατά κεφαλή δαπάνη υγείας είναι υπερβολικά χαμηλή, με μία ικανοποιητική αύξηση το 1932(αξιοπερίεργο αν αναλογιστεί το οικονομικό κραχ του 1929),η οποία δεν διαρκεί πολύ. Είναι ασφαλές να πούμε ότι καμία κυβέρνηση δεν θεωρεί τη βελτίωση του τομέα υγείας σημαντική και έτσι η πολιτική υγείας παραμένει η ίδια. Για αυτό το λόγο δεν μπορεί να προσφέρει ικανοποιητικές υπηρεσίες υγείας σε έναν ολοένα αυξανόμενο πληθυσμό.(Πίνακας 5 του παραρτήματος)



Διάγραμμα 5: Κατά κεφαλήν δημόσιες δαπάνες υγείας(1833-1940) σε σταθερές τιμές έτους βάσης 1914.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΛ

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ύστερα από 400 χρόνια σκλαβιάς και έναν δεκαετή πόλεμο για την ανεξαρτησία του, η δημιουργία του ελληνικού κράτους ήταν γεγονός. Από τη δημιουργία του, το κράτος βρισκόταν σε δεινή οικονομική θέση. Αυτό που πρέπει να τονίσουμε είναι ότι η Ελλάδα, σε αντίθεση με όλα τα υπόλοιπα Ευρωπαϊκά κράτη της εποχής αυτής, δεν διέθετε οργανωμένο σύστημα περίθαλψης που το μόνο που θα απαιτούσε κάποια αναμόρφωση ανάλογα των οικονομικών, κοινωνικών και δημογραφικών συνθηκών της εκάστοτε εποχής (Βοζίκης, Κωστελένος, 2009). Οι βασικές δομές εισήχθησαν από τους ξένους μονάρχες και από την αρχή το κράτος ανέλαβε ένα ρόλο παρεμβατικό. (Κουρής, Σουλιώτης, Φιλαλήτης, 2007).

Από την ανάλυσή μας σε αυτή την εργασία, μπορούμε να κατανοήσουμε ότι η χρονική διάρκεια 1833-1940 χαρακτηρίζεται από την έλλειψη οικονομικών πόρων. Η κάθε κυβέρνηση/διοίκηση είναι αναγκασμένη να ακολουθεί πολιτική λιτότητας με σαφή υποχρηματοδότηση του τομέα της Υγείας. Μελετώντας τους προϋπολογισμούς για να κωδικοποιήσουμε τους λογαριασμούς, κατανοήσαμε ότι τα λεφτά που κατευθύνονταν προς την υγεία ήταν πάντα λιγότερα από όσα προϋπολογίζονταν. Για παράδειγμα, τα λεφτά των δανείων της εποχής του Όθωνα δεν πήγαν σε υποδομές, που θα βοηθούσαν την ανάκαμψη της ελληνικής οικονομίας, αλλά σπαταλήθηκαν στους εμφυλίους της επανάστασης και σε έξοδα της Διοίκησης. Όταν ο Τρικούπης ανέλαβε την πρωθυπουργία, προσαρτήθηκε στην Ελλάδα η Θεσσαλία και η Άρτα. Για την παραχώρηση αυτών των περιοχών καταβλήθηκαν οικονομικές αποζημιώσεις. Το 1896 ξέσπασε εξέγερση στην Κρήτη εναντίον της Οθωμανικής διοίκησης. Ο πρωθυπουργός έστειλε ελληνικά στρατεύματα στο νησί. Αποτέλεσμα της ήττας ήταν να αναγκαστεί η Ελλάδα να πληρώσει πολεμικές αποζημιώσεις και να δεχθεί νέο Διεθνή Οικονομικό Έλεγχο για το διογκωμένο εξωτερικό της χρέος. Από το 1923 ως το 1932 τα συνεχή δάνεια από το εξωτερικό αύξησαν το ανυπέρβλητο πια δημόσιο χρέος, ενώ το ισοζύγιο πληρωμών παρά τις όποιες προσπάθειες παρέμενε αρνητικό.

Με όλα τα παραπάνω και μελετώντας και το ποσοστό του ΑΕΠ για τις δαπάνες υγείας όπως και το ποσοστό των συνολικών κοινωνικών δαπανών, θα μπορούσαμε να υποθέσουμε, ότι κοινωνικές δαπάνες που δεν είχαν σχέση με την εθνική άμυνα, δεν ήταν προτεραιότητα για το



ελληνικό κράτος. Έρευνες για εκείνη την εποχή δείχνουν ότι κατά μέσο όρο μόνο το 4% των κοινωνικών δαπανών διατέθηκε για τις κοινωνικές ανάγκες του πληθυσμού(Αντωνίου,Κωστελένος,Κασκαρέλης,2009).

Μετά τη σύσταση του ελληνικού κράτους δεν εφαρμόστηκε σαφής υγειονομική πολιτική. Η έρευνά μας έδειξε ότι οι συνολικές δαπάνες Υγείας σε σταθερές τιμές έτους βάσης 1914 παρουσιάζουν μία μικρή αυξητική τάση καθ' όλη τη διάρκεια της περιόδου, με ικανοποιητική αύξηση προς το τέλος της εξεταζόμενης περιόδου, αλλά όχι κάποια αξιοπρόσεχτη αύξηση. Επειδή το κράτος αδυνατεί να ασκήσει μία συνεκτική πολιτική, 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. (Μανιού,Ιακωβίδου,2009). Λόγω έλλειψης υποδομών, τα μοναστήρια πληρώνονται σταθερά από το κράτος, ιδιαίτερα τα πρώτα χρόνια δημιουργίας του, για την φύλαξη των ψυχιατρικών περιστατικών.

Η αδυναμία του κράτους να εφαρμόσει πολιτικές υγείας εντοπίζεται και στο γεγονός ότι μέχρι και την ίδρυση του πρώτου Υπουργείου Υγείας το 1922,υπεύθυνη για αυτό τον τομέα ήταν η Γραμματεία Εσωτερικών. Η Γραμματεία Εσωτερικών επιφορτίστηκε και με καθήκοντα της «υγειονομικής αστυνομίας».Ουσιαστικά η προστασία της δημόσιας υγείας τέθηκε σε εφαρμογή είτε με κατασταλτικούς και εποπτικούς μηχανισμούς είτε με μηχανισμούς απομόνωσης. Στην δεύτερη περίπτωση ήταν και η επιστημονική άγνοια και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο του πληθυσμού, που οδηγούσαν σε «δαιμονοποίηση» των ασθενειών. Γενικότερα, μέχρι το 1922,το υγειονομικό πλαίσιο είχε χαρακτήρα αποτροπής κυρίως των λοιμωδών νοσημάτων και όχι τόσο πρόληψης, πράγμα που συνάδει με το γενικότερο πνεύμα της εποχής.

Από το 1864 έως και τους Βαλκανικούς Πολέμους, οι πιστώσεις προς τα Δημόσια Νοσοκομεία περικόπτονταν σταθερά και πολλά ιδρύματα έκλεισαν ώστε να ισοσκελιστούν οι προϋπολογισμοί. Ενδεικτικά αναφέρεται πως ενώ ο προϋπολογισμός από το 1859 έως το 1908 είχε επταπλασιαστεί (από 19,4 σε 134 εκ. Δρχ.),οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία είχαν μειωθεί από τις 400.000 στις 326.000δρχ. ( Λιάκος Α,1993).Το 1922 η Μικρασιατική Καταστροφή επέτεινε την ήδη δεινή οικονομική κατάσταση της Ελλάδας. Οι περισσότερες δαπάνες έγιναν για

την περίθαλψη των προσφύγων και όχι για την υγεία του πληθυσμού. Μελετητές της περιόδου επισήμαναν σαφή επιδείνωση της υγείας του πληθυσμού λόγω του προσφυγικού ζητήματος (Λιάκος Α,1993). Το πλαίσιο παροχής υπηρεσιών υγείας σε μια χώρα προσαρμόζεται προκειμένου να ανταποκριθεί στις μεταβαλλόμενες κοινωνικές, δημογραφικές, οικονομικές και επιδημιολογικές ανάγκες. Η διαχρονική εξέλιξη άλλοτε είναι προϊόν μακρού μελετημένου σχεδιασμού και άλλοτε αποτέλεσμα ριζοσπαστικών επιλογών που επιδιώκουν να λύσουν άμεσα προβλήματα υπό το κράτος της πίεσης της κοινωνικής γνώμης, των οικονομικών αδιεξόδων ή της θεαματικής επιβάρυνσης των δεικτών δημόσιας υγείας. Στη χώρα μας, η ανάπτυξη και εξέλιξη του υγειονομικού συστήματος χαρακτηρίζεται από περιόδους στασιμότητας και περιόδους δυναμικών αλλαγών.(Μανιού,Ιακωβίδου,2009).Η ανύπαρκτη πολιτική υγείας αναγκάζεται να χαραχτεί βραχυπρόθεσμα υπό την πίεση προσφύγων, πολέμων, τραυματιών, αναξιοπαθούντων. Κυρίως υπό την πίεση καταστροφών. Για αυτό το λόγο καμία υποδομή δεν δημιουργείται με προοπτική. Οι μικρές αυξητικές τάσεις στα διαγράμματα που μελετήσαμε απλά αποδεικνύουν μια αύξηση δαπανών σε τέτοιες περιόδους.

Παρόλο πάντως την έλλειψη συγκεκριμένης πολιτικής για την υγεία, ιδιαίτερη εντύπωση προκαλεί το γεγονός, ότι ένα σημαντικό ποσοστό των δαπανών διατίθεται στους εκάστοτε αρμόδιους για την διοίκηση. Είναι περίπου το ίδιο ποσοστό που διατίθεται για την πρόληψη των ασθενειών!

Συμπερασματικά ανεπάρκεια του νομικού συστήματος, η υποχρηματοδότηση του τομέα της υγείας, η ανικανότητα της ηγεσίας να χαράξει μια μακρόπνοη πολιτική υγείας καθώς και η ολοκληρωτική απουσία των αρχών σε όλους τομείς της υγείας είναι οι κυριότεροι παράγοντες δημιουργίας αυτής της απογοητευτικής εικόνας του τομέα της Δημόσιας Υγείας στην περίοδο που εξετάζουμε.

Αξιοπρόσεκτο! Σαν κάτι να μας θυμίζει και σήμερα...

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Κατηγοριοποίηση των δαπανών σύμφωνα με το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας του ΟΟΣΑ

ΕΤΟΣ	HC1(Curative Care)	HC3(Long-term care)	HC4(Ancillary services non-specified by function)	HC5(Medical goods non specified by function)	HC6(Preventive Care)	HC7(Governance and health system and financing administration)	HC9(Other health care services not elsewhere classified)	ΣΥΝ
1833							44034.13393	440
1834							10086.60714	100
1835	20122.98				40985.5	13245.54	1871.81	762
1836	41610.75				61033.04		7735.86	110
1837	27462.37				82662.85	5612.78	66681.84	182
1838	39083.35				104051.04		11961.08	155
1839	28823.12				88669.19		5503.46	122
1840	31518.52				89014.07		10237.39	130
1841	29420.3				91846.02		5911.08	127
1842	30375.66				95826.38		3450.64	129
1843	28026.74				90347.72		2045.33	120
1844	25617.22				88141.51		5689.76	119
1845	25635.23				87003.67		1542.13	114
1846	23793.22				170847.46		3213.17	197
1847	44199.14				228343.59		11044.09	283
1848	57187.8				230818.98		24647.6	312
1849	55556.32				238022.49		10063.93	303
1850	56513.2				235311.49		13193.3	305
1851	38158.38				191850.02		16222.82	246
1852	48626.23				205875.85		14002.19	268
1853	47918.08				200547.72		11405.49	259
1854	55645.69				293963.34		20907.25	370
1855	50730				233462.3		15438.31	299
1856	72046.39				197645.17		36994.7	306
1857	59474.03				241690.27		24446.75	325
1858	84818.95				196812.81		25853.62	307
1859	76681.77				199281.87		28045.08	304
1860	73658.25				212594.98		26115.15	312
1861	77739.7				207275.93		26112.76	311

1862	74138.58				208616.82		28099.54	310
1863	45291.86				126723.16		24791.03	196
1864	64770.85				95671.51	2295.2	23598.32	186
1865	108260.95				118577.86	368	129841.19	357
1866	114567.98				107921.01		62363.45	284
1867	100929.88				109720.56		30381.93	241
1868	107919.6				112073.14		74195.52	294
1869	94190.03				105445.54		24915.17	224
1870	82654.85				110385.04		22774.32	215
1871	77603.3				18060.22		21726.5	117
1872	78597.38				8043.75		35428.18	122
1873	84779.24				17167.31		41648.56	143
1874	93095.97				81554.01		32934.41	207
1875	92082.09				67238.98		36670.38	195
1876	93496.69				38342.89		34410.66	166
1877	90046.25				39087.41		26902.8	156
1878	112955.4				38367.16		40835.61	192
1879	114429.88				42788.26		36887.02	194
1880	40078.11	62466.59			31949.53		18779.39	153
1881	41120.24	58920.65		15	52993		53078.14	206
1882	41796	59632		1800	132271.8		72800	308
1883	41425.04	69762.28			51514.1		224778.75	387
1884	45746.6	65012.89			74423.38		151022.02	336
1885	41998.09	74342.48			68315.82		57571.55	242
1886	41155.77	86932.38			81971.69		42421.08	252
1887	40657.63	66644.56			35617.85		24324.8	167
1888	44990.42	68398.02			34615.47		59020.01	207
1889	46417.06	70559.92			53693.53		41921.96	212
1890	43991.7	68534.16			41308.95		41755.59	195
1891	45133.06	69164.03			43205.98		47565.85	205
1892	45180.6	69417.37			46069.49		43747.8	204
1893	39637.19	85704.28			35964.78	11430	47208.35	219
1894	44604.99	101778.4			49742.94	10653	37875.68	244
1895	42594.33	102725.34			51386.12	11370	110169.47	318
1896	52148.53	105930.94			51409.4	11473.33	54820.61	275
1897	53804.69	96312.26			47228	11700.25	49914.25	258
1898	54192.64	120656.73			45199.91	11984.87	74927.14	306
1899	53381.95	107633.31			47945.77	11719.48	59887.33	280
1900	53793.09	108200.77			46791.22	11801.53	61576.24	282
1901	53789.22	112163.6			46645.64	11835.29	65463.57	289
1902	64850.6	127732.38			38717.95	12000	200106.4	443

1903	77602.52	121152.78			49174.8	11580.37	93230.26	352
1904	70473.96	120112.11			31396.47	11781.5	44003.9	277
1905	71876.17	102788.39			23184.6	11972.65	70618.49	280
1906	68834.47	123497.47			19790.59	11978.16	214859.27	438
1907	77347.04	135992.43			23235.76	9877.15	82802.83	329
1908	77301.24	126531.89			41293.08	9993.49	87741.27	342
1909	103721.03	172979.07			51644.24	9719.6	53402.86	391
1910	129965.09	153776.63			168792.44	9595.4	74648.98	536
1911	159486.19	142445.65			539164.72	9636.45	71931.04	922
1912	188027.61	163470.67			340102.48	9320	66660.96	767
1913	275006.67	165529.89			517002.73	9319.7	71080.33	103
1914	315429.41	233097.11	3215.75	13827.92	133757.57	27309.15	463766.71	119
1915	340911.49	246053.38	4002.8		75949.5	17041.64	521449.12	120
1916	421806.04	294516.25	2996.18		99341.9	26707.01	525167.65	137
1917	669145.65	404994.82	1770		191189.49	20603.5	481221.65	176
1918	1354752.47	806977.94	10616.7	45178.55	240511.7	25415.65	3311386.95	579
1919	2417288.12	446404.75	758334		3667775.35	2671.4	244515.75	753
1920	3198542.85	522498.95	254408.4		2697371.65	6888.5	950360.4	763
1921	5194289.8	1120261.45	259252.1		1487750.65	4859.6	1561720.95	962
1922	8729595.1	1291570.15	104095.8		7191675.1	2700.8	2362376.1	196
1923	13931274.34	2513096.55	721865.5	48799.95	7652818.8	19752	3375518.55	282
1924	19186447.7	2483541.6	949293.9		9572950.5	504057.7	4452371.65	371
1925	36164503.15	3729592.1	644833.6		1482861.75	181224.3	2037776.35	442
1926	24607448.3	7450950.75	1023518		2270602	7359073.3	3705013.45	464
1927	34560222.1	8149089.95	1224875		2188053.6	9204708.95	6389905.8	617
1928	39058276.6	10095076.7	1505165		3681518.95	10927436.85	5046166.75	703
1929	54089544.2	9491988.05	1802203		6601948.7	19528726.95	9621837	101
1930	88096984.3	13024919.8	1165692		28003170.45	16043964.25	11976279.5	158
1931	91453132.65	17038206.5	1592718		42171313.85	22097046	6896068.1	181
1932	79525475.7	17628382.4	1959916	98298949	17406427.7	17312491.35	5121064	237
1933	83266833.35	19376142.4	2507867	105362290.4	17334714.2	20116694.45	6067805.2	254
1934	29453324.2	7235542	187648.7	4646778	13082068.05	2847514.62	1888700.2	593
1935	27271039.5	4701804.8	950528.3	3323167	12064623.3	1801054.95	203091.4	503
1936	46663732.35	10437829.7	1215348	37777411.8	14160468.52	8255088.01	2719865.6	121
1937	61968882.75	26197540.5	2590097	7037903	8579133.3	23405822.1	2966003.5	132
1938	31336096.6	384782.6	2100658	8650275	5662884.45	24880059.25	5666664.9	786
1939	22082516.38	215326.6	2253066	14868495	6197376.15	26756254.05	3075653.6	754
1940	30022892.8	169761	2336094	24079614	6217274.9	25178247.6	145178791.1	233

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2:**Συνολικές Δημόσιες Δαπάνες Υγείας σε τρέχουσες και σταθερές τιμές έτους βάσης 1914.

ΕΤΟΣ	ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΤΙΜΕΣ	ΣΤΑΘΕΡΕΣ ΤΙΜΕΣ	ΕΤΟΣ	ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΤΙΜΕΣ	ΣΤΑΘΕΡΕΣ ΤΙΜΕΣ
1833	39316.19	94328.69	1887	167244.84	215974.88
1834	9005.90	19043.97	1888	207023.92	269019.44
1835	68058.78	150015.18	1889	212592.47	270002.81
1836	98553.26	248519.51	1890	195590.40	226502.30
1837	162874.86	387487.35	1891	205068.92	192611.96
1838	138478.10	324989.85	1892	204415.26	194118.10
1839	109817.65	238290.16	1893	219944.60	217442.13
1840	116758.91	227058.93	1894	244655.01	277651.91
1841	113551.25	246323.43	1895	318245.26	338246.17
1842	115761.32	287587.65	1896	275782.81	307667.89
1843	107517.67	247708.23	1897	258959.45	266038.62
1844	106650.44	235502.35	1898	306961.29	308955.91
1845	101947.35	222981.65	1899	280567.84	304145.66
1846	176655.22	401142.44	1900	282162.85	255068.18
1847	253202.52	544453.49	1901	289897.32	223054.63
1848	279155.70	582141.97	1902	443407.33	458133.73
1849	271109.59	567938.75	1903	352740.73	366819.85
1850	272337.49	525769.01	1904	277767.94	334433.80
1851	219849.30	503799.17	1905	280440.30	344346.71
1852	239735.96	394223.36	1906	438959.96	514155.98
1853	232027.94	455616.97	1907	329255.21	368128.89
1854	330818.11	594347.53	1908	342860.97	388805.88
1855	267527.33	551350.48	1909	391466.80	421886.56
1856	273827.02	361343.77	1910	536778.54	605134.00
1857	290724.15	520366.84	1911	922664.05	1018191.21
1858	274540.52	509659.30	1912	767581.72	850996.85
1859	271436.36	409566.81	1913	1037939.32	1173673.50
1860	278900.34	454463.92	1914	1190403.62	1190403.62
1861	277793.21	491138.49	1915	1205407.93	991116.76
1862	277549.05	487867.32	1916	1370535.03	854837.07
1863	175719.69	269600.71	1917	1768925.11	743387.23
1864	166371.32	239693.40	1918	5794839.96	1896539.64
1865	318792.86	510398.12	1919	7536989.37	2247041.94
1866	254332.54	368973.79	1920	7630070.75	2007174.64
1867	215207.47	285365.29	1921	9628134.55	2031037.93
1868	262668.09	372011.95	1922	19682013.05	2686794.02

1869	200491.73	319457.54	1923	28263125.69	2234909.73
1870	192691.26	253021.04	1924	37148663.05	2660964.64
1871	104812.52	117346.84	1925	44240791.25	2933720.56
1872	108990.46	143236.91	1926	46416605.80	2689397.29
1873	128209.92	186478.52	1927	61716855.40	3170813.25
1874	185343.21	242019.17	1928	70313640.80	3618257.20
1875	174992.37	222751.52	1929	101136247.90	5657178.60
1876	148437.71	198175.77	1930	158311010.30	9930639.85
1877	139318.27	156399.61	1931	181248485.10	11776921.50
1878	171569.79	209539.51	1932	237252706.15	13458355.39
1879	173308.18	226048.52	1933	254032347.00	13370850.09
1880	136851.45	171414.10	1934	59341575.77	3098941.69
1881	206127.03	256203.65	1935	50315309.25	2671923.50
1882	308299.80	371096.75	1936	121229744.01	5996889.06
1883	387480.17	442368.88	1937	132745382.10	6152058.07
1884	336204.89	428194.53	1938	78681420.80	3657335.66
1885	242227.94	340853.99	1939	75448687.78	3496654.28
1886	252480.92	324580.14	1940	233182675.40	10838992.30

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3:**Συνολική σύνθεση των δημόσιων δαπανών υγείας (ως επί % κατανομή)

	Curative care	Long-term care(health)	Ancillary services(non-specified by function)	Medical goods(non-specified by function)	Preventive care	Governance, and health system and financing administration	Other health care services not elsewhere classified (n.e.c.)
ΕΤΟΣ	HC1	HC3	HC4	HC5	HC6	HC7	HC9
1833	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
1834	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
1835	26.4	0.0	0.0	0.0	53.8	17.4	2.5
1836	37.7	0.0	0.0	0.0	55.3	0.0	7.0
1837	15.1	0.0	0.0	0.0	45.3	3.1	36.6
1838	25.2	0.0	0.0	0.0	67.1	0.0	7.7
1839	23.4	0.0	0.0	0.0	72.1	0.0	4.5
1840	24.1	0.0	0.0	0.0	68.1	0.0	7.8
1841	23.1	0.0	0.0	0.0	72.2	0.0	4.6
1842	23.4	0.0	0.0	0.0	73.9	0.0	2.7
1843	23.3	0.0	0.0	0.0	75.0	0.0	1.7
1844	21.4	0.0	0.0	0.0	73.8	0.0	4.8
1845	22.5	0.0	0.0	0.0	76.2	0.0	1.4
1846	12.0	0.0	0.0	0.0	86.4	0.0	1.6
1847	15.6	0.0	0.0	0.0	80.5	0.0	3.9
1848	18.3	0.0	0.0	0.0	73.8	0.0	7.9
1849	18.3	0.0	0.0	0.0	78.4	0.0	3.3
1850	18.5	0.0	0.0	0.0	77.1	0.0	4.3
1851	15.5	0.0	0.0	0.0	77.9	0.0	6.6
1852	18.1	0.0	0.0	0.0	76.7	0.0	5.2
1853	18.4	0.0	0.0	0.0	77.2	0.0	4.4
1854	15.0	0.0	0.0	0.0	79.3	0.0	5.6
1855	16.9	0.0	0.0	0.0	77.9	0.0	5.2
1856	23.5	0.0	0.0	0.0	64.4	0.0	12.1
1857	18.3	0.0	0.0	0.0	74.2	0.0	7.5
1858	27.6	0.0	0.0	0.0	64.0	0.0	8.4
1859	25.2	0.0	0.0	0.0	65.6	0.0	9.2
1860	23.6	0.0	0.0	0.0	68.1	0.0	8.4
1861	25.0	0.0	0.0	0.0	66.6	0.0	8.4
1862	23.8	0.0	0.0	0.0	67.1	0.0	9.0
1863	23.0	0.0	0.0	0.0	64.4	0.0	12.6



1864	34.8	0.0	0.0	0.0	51.3	1.2	12.7
1865	30.3	0.0	0.0	0.0	33.2	0.1	36.4
1866	40.2	0.0	0.0	0.0	37.9	0.0	21.9
1867	41.9	0.0	0.0	0.0	45.5	0.0	12.6
1868	36.7	0.0	0.0	0.0	38.1	0.0	25.2
1869	41.9	0.0	0.0	0.0	47.0	0.0	11.1
1870	38.3	0.0	0.0	0.0	51.1	0.0	10.6
1871	66.1	0.0	0.0	0.0	15.4	0.0	18.5
1872	64.4	0.0	0.0	0.0	6.6	0.0	29.0
1873	59.0	0.0	0.0	0.0	12.0	0.0	29.0
1874	44.8	0.0	0.0	0.0	39.3	0.0	15.9
1875	47.0	0.0	0.0	0.0	34.3	0.0	18.7
1876	56.2	0.0	0.0	0.0	23.1	0.0	20.7
1877	57.7	0.0	0.0	0.0	25.1	0.0	17.2
1878	58.8	0.0	0.0	0.0	20.0	0.0	21.3
1879	59.0	0.0	0.0	0.0	22.0	0.0	19.0
1880	26.1	40.8	0.0	0.0	20.8	0.0	12.3
1881	19.9	28.6	0.0	0.0	25.7	0.0	25.8
1882	13.6	19.3	0.0	0.6	42.9	0.0	23.6
1883	10.7	18.0	0.0	0.0	13.3	0.0	58.0
1884	13.6	19.3	0.0	0.0	22.1	0.0	44.9
1885	17.3	30.7	0.0	0.0	28.2	0.0	23.8
1886	16.3	34.4	0.0	0.0	32.5	0.0	16.8
1887	24.3	39.8	0.0	0.0	21.3	0.0	14.5
1888	21.7	33.0	0.0	0.0	16.7	0.0	28.5
1889	21.8	33.2	0.0	0.0	25.3	0.0	19.7
1890	22.5	35.0	0.0	0.0	21.1	0.0	21.3
1891	22.0	33.7	0.0	0.0	21.1	0.0	23.2
1892	22.1	34.0	0.0	0.0	22.5	0.0	21.4
1893	18.0	39.0	0.0	0.0	16.4	5.2	21.5
1894	18.2	41.6	0.0	0.0	20.3	4.4	15.5
1895	13.4	32.3	0.0	0.0	16.1	3.6	34.6
1896	18.9	38.4	0.0	0.0	18.6	4.2	19.9
1897	20.8	37.2	0.0	0.0	18.2	4.5	19.3
1898	17.7	39.3	0.0	0.0	14.7	3.9	24.4
1899	19.0	38.4	0.0	0.0	17.1	4.2	21.3
1900	19.1	38.3	0.0	0.0	16.6	4.2	21.8
1901	18.6	38.7	0.0	0.0	16.1	4.1	22.6
1902	14.6	28.8	0.0	0.0	8.7	2.7	45.1
1903	22.0	34.3	0.0	0.0	13.9	3.3	26.4
1904	25.4	43.2	0.0	0.0	11.3	4.2	15.8

1905	25.6	36.7	0.0	0.0	8.3	4.3	25.2
1906	15.7	28.1	0.0	0.0	4.5	2.7	48.9
1907	23.5	41.3	0.0	0.0	7.1	3.0	25.1
1908	22.5	36.9	0.0	0.0	12.0	2.9	25.6
1909	26.5	44.2	0.0	0.0	13.2	2.5	13.6
1910	24.2	28.6	0.0	0.0	31.4	1.8	13.9
1911	17.3	15.4	0.0	0.0	58.4	1.0	7.8
1912	24.5	21.3	0.0	0.0	44.3	1.2	8.7
1913	26.5	15.9	0.0	0.0	49.8	0.9	6.8
1914	26.5	19.6	0.3	1.2	11.2	2.3	39.0
1915	28.3	20.4	0.3	0.0	6.3	1.4	43.3
1916	30.8	21.5	0.2	0.0	7.2	1.9	38.3
1917	37.8	22.9	0.1	0.0	10.8	1.2	27.2
1918	23.4	13.9	0.2	0.8	4.2	0.4	57.1
1919	32.1	5.9	10.1	0.0	48.7	0.0	3.2
1920	41.9	6.8	3.3	0.0	35.4	0.1	12.5
1921	53.9	11.6	2.7	0.0	15.5	0.1	16.2
1922	44.4	6.6	0.5	0.0	36.5	0.0	12.0
1923	49.3	8.9	2.6	0.2	27.1	0.1	11.9
1924	51.6	6.7	2.6	0.0	25.8	1.4	12.0
1925	81.7	8.4	1.5	0.0	3.4	0.4	4.6
1926	53.0	16.1	2.2	0.0	4.9	15.9	8.0
1927	56.0	13.2	2.0	0.0	3.5	14.9	10.4
1928	55.5	14.4	2.1	0.0	5.2	15.5	7.2
1929	53.5	9.4	1.8	0.0	6.5	19.3	9.5
1930	55.6	8.2	0.7	0.0	17.7	10.1	7.6
1931	50.5	9.4	0.9	0.0	23.3	12.2	3.8
1932	33.5	7.4	0.8	41.4	7.3	7.3	2.2
1933	32.8	7.6	1.0	41.5	6.8	7.9	2.4
1934	49.6	12.2	0.3	7.8	22.0	4.8	3.2
1935	54.2	9.3	1.9	6.6	24.0	3.6	0.4
1936	38.5	8.6	1.0	31.2	11.7	6.8	2.2
1937	46.7	19.7	2.0	5.3	6.5	17.6	2.2
1938	39.8	0.5	2.7	11.0	7.2	31.6	7.2
1939	29.3	0.3	3.0	19.7	8.2	35.5	4.1
1940	12.9	0.1	1.0	10.3	2.7	10.8	62.3

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4:**Συνολική Δαπάνη Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ 1833-1940 σε LMU δραχμές και τρέχουσες τιμές.

ΕΤΟΣ	ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΤΙΜΕΣ	GDP	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ Ως ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΑΕΠ	ΕΤΟΣ	ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΤΙΜΕΣ	GDP	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ Ως ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΑΕΠ
1833	39316.19101	49327592.31	0.08	1887	167244.84	445552566.7	0.04
1834	9005.899235	60111408.67	0.01	1888	207023.92	457843916.5	0.05
1835	68058.77679	76038358.86	0.09	1889	212592.47	441011848	0.05
1836	98553.25893	64873631.54	0.15	1890	195590.4	463711498.4	0.04
1837	162874.8571	71130900.12	0.23	1891	205068.92	506074774.7	0.04
1838	138478.0982	76561463.73	0.18	1892	204415.26	530183042.8	0.04
1839	109817.6518	82158943.69	0.13	1893	219944.6	550345214.4	0.04
1840	116758.9107	90511374.49	0.13	1894	244655.01	497796031.5	0.05
1841	113551.25	81524302.68	0.14	1895	318245.26	519172167.7	0.06
1842	115761.3214	72050835.25	0.16	1896	275782.81	551490093.6	0.05
1843	107517.6696	70304739.73	0.15	1897	258959.45	512247563.7	0.05
1844	106650.4375	72286509.89	0.15	1898	306961.29	568609039.3	0.05
1845	101947.3482	72555290.24	0.14	1899	280567.84	542817094.8	0.05
1846	176655.2232	77310984.65	0.23	1900	282162.85	585318900.3	0.05
1847	253202.5179	70202231.74	0.36	1901	289897.32	663880008.7	0.04
1848	279155.6964	78740259.51	0.35	1902	443407.33	638047416.9	0.07
1849	271109.5893	81072203.09	0.33	1903	352740.73	623984536	0.06
1850	272337.4911	89725821.98	0.30	1904	277767.94	572452525.9	0.05
1851	219849.3036	93491566.56	0.24	1905	280440.3	579591945.7	0.05
1852	239735.9554	111072033.2	0.22	1906	438959.96	604516897.3	0.07
1853	232027.9375	102915915.1	0.23	1907	329255.21	646723396.4	0.05
1854	330818.1071	118870212.8	0.28	1908	342860.97	638396799.3	0.05
1855	267527.3304	109909134.9	0.24	1909	391466.8	689464639.5	0.06
1856	273827.0179	151598736.6	0.18	1910	536778.54	660869107.5	0.08
1857	290724.1518	145799996.8	0.20	1911	922664.05	847536747.3	0.11
1858	274540.5179	136394946.3	0.20	1912	767581.72	823862625.8	0.09
1859	271436.3571	166176291.4	0.16	1913	1037939.32	856722065.8	0.12
1860	278900.3393	152205785.7	0.18	1914	1190403.62	1235786566	0.10
1861	277793.2054	150281238	0.18	1915	1205407.93	1420876565	0.08
1862	277549.0536	154490247	0.18	1916	1370535.03	1882928700	0.07
1863	175719.6875	160133780.6	0.11	1917	1768925.11	2689025077	0.07

1864	166371.3214	187269130.5	0.09	1918	5794839.96	4196152017	0.14
1865	318792.8571	182285007.2	0.17	1919	7536989.37	3789749966	0.20
1866	254332.5357	194257887.1	0.13	1920	7630070.75	5361536871	0.14
1867	215207.4732	227097908.9	0.09	1921	9628134.55	6821748101	0.14
1868	262668.0893	217616328.9	0.12	1922	19682013.05	10780134536	0.18
1869	200491.7321	193019153	0.10	1923	28263125.69	16558597496	0.17
1870	192691.2589	230486437.5	0.08	1924	37148663.05	20718344368	0.18
1871	104812.5179	263454290.9	0.04	1925	44240791.25	23992285292	0.18
1872	108990.4554	221459580.2	0.05	1926	46416605.8	28217011578	0.16
1873	128209.9196	239559808.4	0.05	1927	61716855.4	30874784578	0.20
1874	185343.2054	256489073.5	0.07	1928	70313640.8	33618998228	0.21
1875	174992.3661	256007211.5	0.07	1929	101136247.9	32387828463	0.31
1876	148437.7143	246853109	0.06	1930	158311010.3	31089932899	0.51
1877	139318.2679	280196086.5	0.05	1931	181248485.1	29751944759	0.61
1878	171569.7946	287893760.6	0.06	1932	237252706.2	33071900119	0.72
1879	173308.1786	284472478.1	0.06	1933	254032347	38349976085	0.66
1880	136851.4464	294015339.2	0.05	1934	59341575.77	42085624562	0.14
1881	206127.03	340537236.6	0.06	1935	50315309.25	44494188102	0.11
1882	308299.8	378493244.7	0.08	1936	121229744	46725383838	0.26
1883	387480.17	402037419.6	0.10	1937	132745382.1	56570810217	0.23
1884	336204.89	409597770.9	0.08	1938	78681420.8	55688778517	0.14
1885	242227.94	404370355.8	0.06	1939	75448687.78	54836336457	0.14
1886	252480.92	427884977.2	0.06	1940	233182675.4		

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5:** Κατά κεφαλήν δαπάνη (1833-1940) σε LMU δραχμές και σταθερές τιμές έτους βάσης 1914.

ΕΤΟΣ	ΣΤΑΘΕΡΕΣ ΤΙΜΕΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	PER HEAD HEALTH EXPENDITURE	ΕΤΟΣ2	ΣΤΑΘΕΡΕΣ ΤΙΜΕΣ3	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ2	PER HEAD HEALTH EXPENDITURES
1833	94328.68941	719040	0.13	1887	215974.8806	2139978	0.10
1834	19043.97317	725520	0.03	1888	269019.4378	2163449	0.12
1835	150015.1843	732070	0.20	1889	270002.8116	2187208	0.12
1836	248519.5138	738680	0.34	1890	226502.2977	2220844	0.10
1837	387487.347	745350	0.52	1891	192611.9624	2254997	0.09
1838	324989.8491	752077	0.43	1892	194118.1042	2289675	0.08
1839	238290.1627	823773	0.29	1893	217442.128	2324887	0.09
1840	227058.9312	850246	0.27	1894	277651.9147	2360640	0.12
1841	246323.4348	861019	0.29	1895	338246.1738	2396943	0.14
1842	287587.6531	853005	0.34	1896	307667.8903	2433806	0.13
1843	247708.2262	915059	0.27	1897	266038.6248	2451185	0.11
1844	235502.3523	930295	0.25	1898	308955.9066	2468688	0.13
1845	222981.647	960236	0.23	1899	304145.6576	2486316	0.12
1846	401142.4433	968988	0.41	1900	255068.1774	2504070	0.10
1847	544453.4863	977819	0.56	1901	223054.6267	2521951	0.09
1848	582141.9662	986731	0.59	1902	458133.7274	2539966	0.18
1849	567938.7505	996302	0.57	1903	366819.8498	2558097	0.14
1850	525769.0057	1005966	0.52	1904	334433.8006	2576364	0.13
1851	503799.1718	1015724	0.50	1905	344346.7112	2594761	0.13
1852	394223.3626	1025577	0.38	1906	514155.9804	2613290	0.20
1853	455616.9728	1035527	0.44	1907	368128.8884	2631952	0.14
1854	594347.5313	1044482	0.57	1908	388805.8765	2649218	0.15
1855	551350.4788	1053515	0.52	1909	421886.5615	2666597	0.16
1856	361343.7731	1062627	0.34	1910	605133.9956	2684090	0.23
1857	520366.8421	1069377	0.49	1911	1018191.208	2701698	0.38
1858	509659.3006	1076170	0.47	1912	850996.85	2719422	0.31
1859	409566.8135	1083006	0.38	1913	1173673.504	4819793	0.24
1860	454463.9179	1089886	0.42	1914	1190403.62	4818245	0.25
1861	491138.4887	1096810	0.45	1915	991116.7571	4816998	0.21
1862	487867.3244	1110703	0.44	1916	854837.0715	4816050	0.18
1863	269600.7066	1124772	0.24	1917	743387.2255	4815401	0.15

1864	239693.4041	1359064	0.18	1918	1896539.642	4815049	0.39
1865	510398.1173	1375043	0.37	1919	2247041.945	4814994	0.47
1866	368973.7926	1391216	0.27	1920	2007174.644	5016889	0.40
1867	285365.2856	1407585	0.20	1921	2031037.929	5089515	0.40
1868	372011.9513	1424152	0.26	1922	2686794.019	5943000	0.45
1869	319457.5397	1440920	0.22	1923	2234909.732	6077000	0.37
1870	253021.0397	1457894	0.17	1924	2660964.636	5923000	0.45
1871	117346.8441	1480994	0.08	1925	2933720.561	5992000	0.49
1872	143236.9146	1504460	0.10	1926	2689397.289	6091000	0.44
1873	186478.5162	1528298	0.12	1927	3170813.249	6168000	0.51
1874	242019.166	1552414	0.16	1928	3618257.202	6204684	0.58
1875	222751.5166	1577114	0.14	1929	5657178.602	6315000	0.90
1876	198175.7709	1602103	0.12	1930	9930639.851	6367149	1.56
1877	156399.6116	1627488	0.10	1931	11776921.5	6462772	1.82
1878	209539.5125	1653275	0.13	1932	13458355.39	6543625	2.06
1879	226048.5167	1679470	0.13	1933	13370850.09	6624468	2.02
1880	171414.0979	1695161	0.10	1934	3098941.692	6726891	0.46
1881	256203.6455	2004991	0.13	1935	2671923.499	6836984	0.39
1882	371096.753	2026813	0.18	1936	5996889.056	6936227	0.86
1883	442368.877	2048901	0.22	1937	6152058.07	7028530	0.88
1884	428194.5262	2071257	0.21	1938	3657335.66	7121753	0.51
1885	340853.9921	2093886	0.16	1939	3496654.281	7318915	0.48
1886	324580.1377	2116792	0.15	1940	10838992.3	7318915	1.48

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6:**Συνολική Δημόσια Δαπάνη Υγείας ως ποσοστό των Δημόσιων Κοινωνικών Δαπανών

ΕΤΟΣ	ΣΤΑΘΕΡΕΣ ΤΙΜΕΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ	%
1833	94328.69	153538.97	0.61
1834	19043.97	213003.51	0.09
1835	150015.18	331044.77	0.45
1836	248519.51	373375.77	0.67
1837	387487.35	527750.37	0.73
1838	324989.85	460697.48	0.71
1839	238290.16	419465.64	0.57
1840	227058.93	448989.15	0.51
1841	246323.43	453923.45	0.54
1842	287587.65	466405.83	0.62
1843	247708.23	447158.18	0.55
1844	235502.35	483261.59	0.49
1845	222981.65	451002.93	0.49
1846	401142.44	530244.20	0.76
1847	544453.49	641582.52	0.85
1848	582141.97	615463.46	0.95
1849	567938.75	597723.90	0.95
1850	525769.01	589233.27	0.89
1851	503799.17	573886.76	0.88
1852	394223.36	490364.17	0.80
1853	455616.97	705914.71	0.65
1854	594347.53	752027.31	0.79
1855	551350.48	888117.68	0.62
1856	361343.77	902532.11	0.40
1857	520366.84	1473893.52	0.35
1858	509659.30	1566118.38	0.33
1859	409566.81	1683020.10	0.24
1860	454463.92	1693642.10	0.27
1861	491138.49	1828276.53	0.27
1862	487867.32	2019474.69	0.24
1863	269600.71	1828269.53	0.15
1864	239693.40	1846718.58	0.13
1865	510398.12	2359715.02	0.22
1866	368973.79	1896311.20	0.19
1867	285365.29	2092584.49	0.14

1868	372011.95	2184197.98	0.17
1869	319457.54	2225471.67	0.14
1870	253021.04	2568969.12	0.10
1871	117346.84	2321888.41	0.05
1872	143236.91	2773296.83	0.05
1873	186478.52	2662843.80	0.07
1874	242019.17	2693062.74	0.09
1875	222751.52	2653930.70	0.08
1876	198175.77	2892927.87	0.07
1877	156399.61	3318021.96	0.05
1878	209539.51	3265258.14	0.06
1879	226048.52	3426016.78	0.07
1880	171414.10	3383841.85	0.05
1881	256203.65	3534624.57	0.07
1882	371096.75	3238819.98	0.11
1883	442368.88	3858601.35	0.11
1884	428194.53	3889406.64	0.11
1885	340853.99	4556922.59	0.07
1886	324580.14	4560364.15	0.07
1887	215974.88	4291497.38	0.05
1888	269019.44	4364464.71	0.06
1889	270002.81	4498719.51	0.06
1890	226502.30	4504092.69	0.05
1891	192611.96	2414579.20	0.08
1892	194118.10	2522098.97	0.08
1893	217442.13	2891113.50	0.08
1894	277651.91	3026936.55	0.09
1895	338246.17	3199627.11	0.11
1896	307667.89	3207372.28	0.10
1897	266038.62	3205983.65	0.08
1898	308955.91	3418925.83	0.09
1899	304145.66	3813271.66	0.08
1900	255068.18	3652218.34	0.07
1901	223054.63	3769391.44	0.06
1902	458133.73	3901607.76	0.12
1903	366819.85	4013225.29	0.09
1904	334433.80	3972638.61	0.08
1905	344346.71	4099104.10	0.08
1906	514155.98	4461366.59	0.12
1907	368128.89	4676093.30	0.08
1908	388805.88	4317292.27	0.09



1909	421886.56	4602794.40	0.09
1910	605134.00	4818191.77	0.13
1911	1018191.21	5492559.56	0.19
1912	850996.85	5635967.54	0.15
1913	1173673.50	5731428.93	0.20
1914	1190403.62	6629849.24	0.18
1915	991116.76	6732054.38	0.15
1916	854837.07	6905581.90	0.12
1917	743387.23	9138644.63	0.08
1918	1896539.64	40284144.86	0.05
1919	2247041.94	16883242.49	0.13
1920	2007174.64	24069662.45	0.08
1921	2031037.93	28036976.61	0.07
1922	2686794.02	41744892.10	0.06
1923	2234909.73	69815067.00	0.03
1924	2660964.64	160892257.05	0.02
1925	2933720.56	231254518.75	0.01
1926	2689397.29	237067769.90	0.01
1927	3170813.25	239583792.75	0.01
1928	3618257.20	323975854.45	0.01
1929	5657178.60	342079035.30	0.02
1930	9930639.85	351199712.25	0.03
1931	11776921.50	414376647.35	0.03
1932	13458355.39	504680445.40	0.03
1933	13370850.09	511001872.50	0.03
1934	3098941.69	582851929.45	0.01
1935	2671923.50	345661922.05	0.01
1936	5996889.06	2372469664.94	0.00
1937	6152058.07	1811312942.80	0.00
1938	3657335.66	1714047980.70	0.00
1939	3496654.28	1734808253.10	0.00
1940	10838992.30		

## ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

1. Richard Clogg. Σύντομη ιστορία της νεότερης Ελλάδας, εκδόσεις Καρδαμίτσα, Αθήνα 1999.
2. Leonard Bower & Gordon Bolitho, Otho I: King of Greece: A Biography, London, 1939
3. Μ. Τσαπόγας, «Η ελληνική συνταγματική κίνηση ως το 1943: κοινωνικές συντεταγμένες και θεσμικά αιτήματα», στο Η 3η Σεπτεμβρίου και το Σύνταγμά της. Αποτιμήσεις 150 χρόνια μετά, εκδ. Π. Ν. Σάκκουλας, 1999
4. Ιστορία του Νέου Ελληνισμού 1770-2000, 4ος τόμος: Το Ελληνικό Κράτος, 1833-1871, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, 2003
5. Γρ. Δαφνής, Τα ελληνικά πολιτικά κόμματα, Αθήνα, εκδόσεις Γαλαξίας, 1961
6. Αικατερίνη Φλεριανού, Χαρίλαος Τρικούπης: Η ζωή και το έργο του, Βουλή των Ελλήνων, Αθήνα, 1999
7. Ιστορία του Ελληνικού Έθνους, τόμοι ΙΔ' -ΙΕ', Αθήνα, Εκδοτική Αθηνών, 1977-1978
8. Ι.Μεταξάς, Η ιστορία του Εθνικού Διχασμού, Αθήνα, έκδοση «Καθημερινής», 1935
9. Κ.Δ.Σβολόπουλος, Η ελληνική εξωτερική πολιτική 1900-1945, Αθήνα, Βιβλιοπωλείον της Εστίας, 2001
10. Κ.Π. Παπαρηγόπουλος, Ιστορία του Ελληνικού Έθνους, Τόμος 2: 1922-1967 μ.Χ., εκδόσεις Μάτι, 2005.
11. Γιώργος Ρωμαίος. Η Ελλάδα των δανείων και των χρεοκοπιών. Εκδόσεις Πατάκη, 2012
12. Α. Ηλιαδάκης. Εξωτερικός Δανεισμός και δανειακή κοινωνικοποίηση στην Ελλάδα, 1824-1924, Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα 2003
13. Λ. Τσουλφίδης (2009) Οικονομική Ιστορία της Ελλάδας. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Πανεπιστημίου Μακεδονίας.
14. Ψαλιδόπουλος Μ. (2011) Από την πτώχευση του 1893 στο Γουδί, Καθημερινή 04/07/2011
15. Ιστορία του Νέου Ελληνισμού 1770-2000, (2003) τόμος 4ος : Το Ελληνικό Κράτος, 1833-1871, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
16. Ελευθεριάδης Λάζαρος (2011), Από τον Όθωνα στον Μακαρέζο και λίγο πιο μετά, [www.aegeantimes.gr](http://www.aegeantimes.gr)

17. Γκούβας Χαράλαμπος: "Η Ιστορία της Ελληνικής Οικονομίας", εφημερίδα "Τοπική Φωνή Πρέβεζας"
18. Θ. Σακελλαρόπουλος (1994) Οι κρίσεις στην Ελλάδα. Οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές όψεις, Αθήνα. Εκδόσεις Κριτική Οικονομική Ιστορία της ελληνικής σταφίδας 1851-1912 (1988), Αθήνα, Ι.Ε.Π.Ε.Τ.
19. Ιστορία του Νέου Ελληνισμού 1770-2000 (2003), Τόμος 7ος Ο μεσοπόλεμος, 1922-1940, Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
20. Σάκκης Δ., (2012) Η θέση του παιδιού στην Ελλάδα κατά τον 19ο αιώνα: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ
21. Λιθοξόος Δ. (1984) Η οικονομική κατάσταση στην Ελλάδα την περίοδο 1830-1840, Περιοδικό: «Τετράδια Πολιτικού Διάλογου Έρευνας και Κριτικής»
22. Romily Jenkins (1961), The Dilessi Murders, London: Μία καλογραμμένη εξιστόρηση της δολοφονίας μιας ομάδας Άγγλων περιηγητών στην Ελλάδα το 1870, που ρίχνει άπλετο φως στην μορφή της ελληνικής κοινωνίας στο δεύτερο μισό του 19ου αιώνα.
23. Μπουρνόβα Ε.- Προγουλάκης, Γ. (1999) Ο Αγροτικός Κόσμος 1830- 1940 στο: Κρεμμυδάς, Β. (επιμ.), Εισαγωγή στη Νεοελληνική Οικονομική Ιστορία (18ος- 20ος αιώνας). (Αθήνα, Τυπωθήτω).
24. Πολυχρόνη Ενεπεκίδη : Η Δημόσια Υγεία 1880-1888, τεύχος 46
25. Ιωάννης Ε. Πολυχρονίδης (2010) Δημόσια Υγεία, Κοινωνική Πρόνοια και Υγειονομική Πολιτική στην Κρητική Πολιτεία (1898 –1913)» έκδοση του Εθνικού Ιδρύματος Ερευνών και Μελετών «Ελευθέριος Βενιζέλος» και της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση
26. Εφημερίδα ΚΡΗΤΙΚΑ ΕΠΙΚΑΙΡΑ στο τεύχος Νοεμβρίου/ Δεκεμβρίου 2012
27. Βασίλειος Τσιμέκας (2002): Τα Δωρικά, Αθήνα
28. Θ. Σακελλαρόπουλος (1994) Οι κρίσεις στην Ελλάδα. Οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές όψεις, Αθήνα, Εκδόσεις Κριτική.
29. Οικονομική Ιστορία της ελληνικής σταφίδας 1851-1912 (1988), Αθήνα. Ι.Ε.Π.Ε.Τ
30. Ιστορία Γ' Λυκείου Κατεύθυνσης, (2008), Αθήνα, ΟΕΔΒ

- 31.Μανιού Μ. Ιακωβίδου Ελ.: Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα, Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 8ος,Τεύχος 40,Αθήνα,Οκτώβριος-Δεκέμβριος 2009
- 32.Ευαγγελίδης Τ. Ιστορία του Όθωνος, Βασιλέως της Ελλάδος (1832-1862). Αθήνα,1893
- 33.Δαρδαβέσης Ι.Θ.Η ιστορική πορεία του Υπουργείου Υγείας στην Ελλάδα (1833-1981),Ιατρικό Βήμα
- 34.Νόμος 2882/1922. Περί μεταρρυθμίσεως και συμπληρώσεως του Υπουργείου της Περιθάλψεως μετονομαζόμενου εις Υπουργείον Υγιεινής και Προνοίας. Αθήνα: ΦΕΚ 122, 1922
- 35.Νομοθετικό Διάταγμα. Περί καταργήσεως των Υπουργείων Εθνικής Οικονομίας, Υγιεινής, Προνοίας και Αντιλήψεως. Αθήνα: ΦΕΚ 11/12-1-1926

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αλεξιάδου Σ., Αλεξιάδου Α., Χαμαλίδου Α., Η ιστορική εξέλιξη του θεσμού της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας Διοικητική Ενημέρωση, τεύχος 35, σελ. 106-110
2. Αντωνίου Α, Κασκαρέλης Ι., Κωστελένος, Γ., Οι Δημόσιες Δαπάνες του
3. ελληνικού Κράτους: 1830-1939 (καταναλωτικές – μεταβιβαστικές – επενδυτικές),
4. Ιστορικό Αρχείο Εθνικής Τραπέζης, Αθήνα, 1999
5. Βελονάκη Β., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. Ιστορική εξέλιξη του υγειονομικού συστήματος. Νοσηλευτική στην Ελλάδα. Νοσηλευτική, 2006, τεύχος 45, σελ. 491–499
6. Βερέμης Θ. και Κολιόπουλος Γ., Ελλάδα, η σύγχρονη συνέχεια. Από το 1821 μέχρι σήμερα, εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, 2006
7. Δαρδαβέσης Θ., Η ιστορική πορεία του Υπουργείου Υγείας στην Ελλάδα (1833-1981), Ιατρικό Βήμα, Πολιτική της Υγείας, Οκτώβριος-Νοέμβριος 2008, σελ. 50-61
8. Δαρδαβέσης Θ, Ιωαννίδης Α. Η σύσταση του Υπουργείου Υγείας στο ελληνικό κράτος. Πρακτικά 10<sup>ο</sup> Πανελληνίου Ιστορικού Συνεδρίου. Θεσσαλονίκη 1999: 182-196.
9. Εντεθείσης Θ., Η δημόσια Υγεία 1880-1888, Περιοδικό Λογοτεχνία, Τεύχος 46, σελ. 66-69
10. Ευαγγελίδης Τ. Ιστορία του Όθωνος, Βασιλέως της Ελλάδος (1832-1862). Αθήνα, 1893.
11. Ζαβιτσάνος Θ. Δημόσια Κοινωνική Υγιεινή. 1977, Τεύχος Α, Τόμος Α: 237–275, Τεύχος Β, Τόμος Α: 1265–1336, 1705–1706
12. Ζερβογιάννης Ν. «Η Ιστορία της Σπιναλόγκα» Αμάθεια 1994, σελ. 33-36
13. Κορασίδου Μ, Οι άθλιοι των Αθηνών και οι θεραπευτές τους, Φτώχεια και φιλανθρωπία στην ελληνική πρωτεύουσα τον 19<sup>ο</sup> αιώνα, Κέντρο Νεοελληνικών ερευνών Ε.Ι.Ε., Αθήνα, 1995
14. Κώστας – Πετμεζάς, Σ. (επιμ.), Η ανάπτυξη της Ελληνικής Οικονομίας κατά τον 19<sup>ο</sup> αιώνα (1830-1914), Ιστορικό Αρχείο Alpha Bank, Αθήνα, σ. 39-64.
15. Λαδά-Χατζοπούλου Α. Η δημόσια υγεία. Περίθαλψη στην Ελλάδα: Ιστορική εξέλιξη, σημερινά προβλήματα. Σύγχρ Θέμ 1978, 3: 3–15
16. Λιάκος Α., Εργασία και πολιτική στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου, Αθήνα, 1993
17. Μαστρογιάννης Ι., Ιστορία της Κοινωνικής Πρόνοιας της Νεωτέρας Ελλάδος, Αθήνα, 1960.
18. Μακρυγιάννης Ν. Οι 91 Πρωθυπουργοί της Ελλάδος (1843-2003), Αθήνα, 2004
19. Μωραΐτης Ε., Ιστορική Εξέλιξη των Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα, 2007

20. Παναγιωτόπουλος Β. «Δημογραφικές εξελίξεις» Ιστορία του Ελληνικού Έθνους, Ο Ελληνισμός υπό ξένη κυριαρχία (περίοδος 1669-1821) Τουρκοκρατία, Λατινοκρατία Τόμος ΙΑ' (1975), σελ. 155-177
21. Προγουλάκης Γ, Από τη Μικρασιατική καταστροφή στο ευρώ 1922-2001, Αθήνα, 2010
22. Σβορώνος Ν., Επισκόπηση της νεοελληνικής ιστορίας, Θεμέλιο, Αθήνα, 2007
23. Σιμόπουλος Κ., Ξένοι ταξιδιώτες στην Ελλάδα, 1800-1821, τόμος 3, 4η έκδ., Αθήνα, 1984
24. Υφαντόπουλος Γ., Τα οικονομικά της υγείας, θεωρία και πολιτική, Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα, 2003

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

## ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Cassels, A., Health Sector Reform: Key Issues in Less Developed Countries, Forum on Health Sector Reform, Discussion Paper No 1. Division of Strengthening Health Services, WHO, Geneva,1995
2. Clogg R, A short History of modern Greece, Cambridge University Press, Cambridge, 1979.
3. Hjortsberg C, National Health Accounts-Where are we today?, Health Division Document,2001
4. Kooij P., Sapounaki - Drakaki L . , Health Care in Greece and the Netherlands in the Nineteenth Century. A tale of two Cities, Gesnerus 60,188-219
5. OECD,A System of Health accounts,2011
6. Vozikis A., Kostelenos G., Patterns of public health expenditure and health care financing in modern Greece:1833-1911,Archives of Economic History,2009,volume XXI, no 1:pg45-72
7. Willis Parker H.,A history of the Latin Monetary Union, The University of Chicago Press reprinted by Greenwood Press Publishers(1901),New York ,1968