

Επίλεκτα και διαχρονικά

Γρηγόρης Σολωμός

*Επίλεκτα και διαχρονικά
κείμενα για την υγεία, την κοινωνική ασφάλιση
και την πολιτική*



Επιλογή κειμένων και επιμέλεια:

Κατερίνα Σολωμού

Γρηγόρης Σολωμός
Επίλεκτα και διαχρονικά κείμενα για την υγεία, την κοινωνική ασφάλιση
και την πολιτική

© Κατερίνα Σολωμού
E-mail: solomou@med.upatras.gr

Πρώτη έκδοση: Ιούνιος 2014, Γιάννης Πικραμένος, εκδότης
ISBN: 978-960-6628-57-3

Γλωσσική επιμέλεια: Γιάννης Γαλανόπουλος

Εκτύπωση / Βιβλιοδεσία: Ταχυεκτυπώσεις – Γραβάνης ΕΠΕ
E-mail: info@tachytypo.gr
Τηλ. κέντρο: 2610 461.780

Γιάννης Σκ. Πικραμένος, εκδότης
Ηρώων Πολυτεχνείου 40, 26441 Πάτρα
Τηλ. κέντρο: 2610 432.200, Fax: 2610 430.884
E-mail: yapi@yapi.gr
Internet: www.yapi.gr

Περιεχόμενα



Προλογικό σημείωμα	7
Αντί προλόγου – Ο Γρηγόρης Σολωμός και η εποχή του	11

Για τα Κοινωνικά και Πολιτικά Ζητήματα

Ας μοιραστούμε την πρόκληση	17
Γιατί επιτέλους δεν τολμάμε;	21
Γυναίκα και AIDS	25
Η ελληνική οικονομία σε επιτήρηση	30
Θαρραλέα μπροστά ή στη δραχμή	34
Ναρκωτικά. Τι μας λείπει, πολιτική βούληση ή θάρρος;	38
Οι σχέσεις Εκκλησίας και Κράτους	41
Τσιγάρο: Κοινωνική πρόκληση	50

Για την Πολιτική Υγείας και το Εθνικό Σύστημα Υγείας

Πρωτοβάθμια φροντίδα	55
Ακόμα μία χαμένη ευκαιρία για την υγεία	57
Είκοσι χρόνια ΕΣΥ	61
Εισήγηση για Εθνικό Σύστημα Υγείας	68
Η Ιατρική Σχολή Πάτρας και τα προβλήματά της	88
Η χρηματοδότηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ..	101
Νέα μεταρρύθμιση του ΕΣΥ	114
Υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων	120
Υγεία και «φακελάκια»	138

Για την Κοινωνική Ασφάλιση

Μην παίζουμε με την κοινωνική ασφάλιση	143
Το ασφαλιστικό δεν είναι πρόβλημα μόνο οικονομικό, αλλά κυρίως κοινωνικό και κατεξοχήν ηθικό	148
Αναδιοργάνωση της ασφάλισης	153
Δυσοίωνα το μέλλον της κοινωνικής ασφάλισης	158
Θα ασχοληθούμε επιτέλους σοβαρά με την κοινωνική ασφάλιση;	162
Κοινωνική ασφάλεια και αντικοινωνική ανασφάλεια	167
Κοινωνικό κράτος	173
Ταμεία και αποθεματικά	177
Τι πρέπει να γίνει για την κοινωνική ασφάλιση	181
Το ασφαλιστικό πρόβλημα και οι κοινωνικοί πόροι	186
Το ασφαλιστικό μας πρόβλημα	190

Για τη Φαρμακευτική Περίθαλψη

Η αλήθεια για τη λίστα φαρμάκων	195
Η εκτίμηση της κατάργησης της λίστας φαρμάκων	200
Ο ρόλος της λίστας των φαρμακευτικών προϊόντων	206
Οι δαπάνες και τα φάρμακα	220
Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκου	224
Το φάρμακο αφηνίασε	236
Γρηγόρης Σολωμός (1929–2013)	238

Προλογικό σημείωμα



Ο πατέρας μου,

ο πολυαγαπημένος μου πατέρας...

σε όλη μου τη ζωή τον θυμάμαι να διαβάζει, να γράφει, κλεισμένος στο γραφείο του, με απίστευτα πολλά βιβλία, εφημερίδες και χαρτιά γύρω του.

Στο σπίτι μας, απ'όταν θυμάμαι τον εαυτό μου, κυριαρχούσαν οι πολιτικές, ιστορικές, εννοιολογικές συζητήσεις.

Λάτρευε το διάβασμα... αγαπημένο του δώρο τα βιβλία.

Αγαπούσε την ιατρική, της αφιερώθηκε μέχρι σχεδόν το τέλος της ζωής του και παρέμεινε λειτουργός από τη μεγάλη του αγάπη στον συνάνθρωπο!

Αγαπούσε την ελληνική γλώσσα και ασχολείτο μανιωδώς με την ετυμολογία κάθε λέξης!

Αγαπούσε την ιστορία και ώρες ατέλειωτες ανέτρεχε σε ιστορικές πηγές, προσπαθώντας να ξετυλίξει κάθε αμφισβητούμενη πτυχή της. Αγαπημένα του ασχολία οι ιστορικές αναλύσεις με φίλους του.

Αγαπούσε την αστρονομία, έψαχνε στον ουρανό τους πλανήτες, διάβαζε για τη Μικρή και Μεγάλη Άρκτο και μου έλεγε πως, αν δεν γινόταν γιατρός, θα ήθελε με αυτή την επιστήμη να ασχοληθεί.

Αγαπούσε τα μαθηματικά, τη γεωγραφία.

Αγαπούσε τη φύση —κυρίως τα βουνά—, τη βροχή, το φθινόπωρο και του προκαλούσε θαυμασμό και δέος η δημιουργία του κόσμου.

Αγαπούσε τον άνθρωπο και βοηθούσε με οποιονδήποτε τρόπο τον συνάνθρωπο, ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας και πολιτικών πεποιθήσεων.

Αγαπούσε τη δημοκρατία, την ελευθερία, την εθνική ανεξαρτησία, γι' αυτό και από νεαρή ηλικία συμμετείχε στην Εθνική Αντίσταση και σε αριστερές αντιστασιακές οργανώσεις.

Και κάπως έτσι εντάχθηκε στην πολιτική, με έναν τρόπο ανιδιοτελή και παράξενο για την εποχή μας.

Και της αφοσιώθηκε αγωνιζόμενος για το Εθνικό Σύστημα Υγείας, για την κοινωνική ασφάλιση, για το κράτος πρόνοιας και τη κοινωνική δικαιοσύνη.

Ο πατέρας μου...

ήταν πνεύμα ανήσυχο! Τον απασχολούσε οτιδήποτε συνέβαινε στον κόσμο και αρθρογραφούσε συνεχώς, προσπαθώντας να δώσει λύσεις σε αδιέξοδα και απαντήσεις στα αναπάντητα.

Αυτή είναι και η μεγάλη περιουσία που άφησε πίσω του, ένα τεράστιο αρχείο ομιλιών και άρθρων–δοκιμίων πολιτικών, ιστορικών, υγείας και κοινωνικής ασφάλισης!

Όταν έφυγε, μου έλειναν οι συζητήσεις μας, οι διηγήσεις του, οι αναλύσεις του, η παρουσία του, το πνεύμα του, η ανησυχία του για τον κόσμο.

Προσπάθησα να τον ξαναβρώ για να τον έχω κοντά μου.

Έτσι, άρχισα να ψάχνω το αρχείο του και για μήνες χάθηκα μέσα σε αυτό, γνωρίζοντάς τον πάλι από την αρχή και ζώντας μαζί του ξανά και ξανά.

Ολοκλήρωσα την αρχειοθέτηση του υλικού που ο ίδιος είχε ξεκινήσει κατά τη διάρκεια της αρρώστιας του, για να πραγματοποιήσω την επιθυμία που όμως δεν πρόλαβε να υλοποιήσει... να εκδώσει τις ομιλίες και την αρθρογραφία του.

Αποφάσισα λοιπόν να εκδώσω το πρώτο από μια σειρά βιβλίων με κάποια επίκαιρα και διαχρονικά άρθρα και ομιλίες του, ως φόρο τιμής και εκδήλωση μνήμης για τον χρόνο που λείπει από κοντά μας.

Αισθάνομαι όμως βαθιά την ανάγκη να ευχαριστήσω κάποιους ανθρώπους που με βοήθησαν σε αυτή μου την προσπάθεια:

Αρχικά τον αγαπημένο φίλο του πατέρα μου, ομότιμο καθηγητή της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Γιάννη Κυριόπουλο, που με βοήθησε με τη μεγάλη εμπειρία του στην επιλογή και στην επιμέλεια των άρθρων–κειμένων, αφιερώνοντας πολύτιμο χρόνο. Η βοήθειά του ήταν ουσιαστική και καθοριστική, η προσφορά του ανεκτίμητη, επισφραγίζοντας με τον ενθουσιασμό του το βαθύ δέσιμο, την αγάπη, τη φιλία και τον σεβασμό που μοιραζόταν με τον πατέρα μου.

Τον σύζυγό μου Γιώργο Πατριαρχέα, που αγαπήθηκαν σαν πατέρας με γιο... που κατάλαβε τη βαθιά μου απώλεια, την οποία αισθάνθηκε και ο ίδιος, και με βοήθησε αγόγγυστα σε όλη μου αυτή την προσπάθεια.

Τον εκδότη Γιάννη Πικραμένο, που με άγγιξε από την πρώτη στιγμή με το ζεστό του βλέμμα και με καθοδήγησε με την εμπειρία του.

Πολυαγαπημένε μου πατέρα,
Σου το χαρίζω...

Κατερίνα Σολωμού

Η Κατερίνα Σολωμού είναι ιατρός, αναπληρώτρια καθηγήτρια στο Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Πατρών.

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

Ο Γρηγόρης Σολωμός και η εποχή του



Αναμφιβόλως ο εικοστός αιώνας, και ειδικότερα το δεύτερο ήμισυ, υπήρξε μια εποχή συναρπαστική υπό την οπτική του κοινωνικού, οικονομικού και πολιτικού μετασχηματισμού.

Την περίοδο αυτή κυριάρχησαν ως χαρακτηριστικά γνωρίσματα η πίστη, το πάθος και η υπέρβαση, τα οποία κινητοποίησαν αλλαγές —στη χώρα μας και διεθνώς— μείζονος ιστορικής κλίμακας.

Ο Γρηγόρης Σολωμός υπήρξε ένας άνθρωπος της εποχής του με πίστη στο όραμα της κοινωνικής προόδου, με πάθος για τις ιδέες της πολιτικής δημοκρατίας και με υπέρβαση των φραγμών και των εμποδίων για την υποστήριξη της ελευθερίας και της ισότητας.

Ο Γρηγόρης Σολωμός με τη ζωή και το έργο του επέδειξε αξιοσημείωτη προσήλωση στην υπηρέτηση της ιατρικής, της κοινωνίας και της πολιτικής και, ακόμα, σταθερή «εμμονή» στη δημιουργική σύνθεση αυτών.

Ως γιος ακτημόνων εργατοαγροτών διέσπασε τα περιοριστικά και ταξικά όρια και σπούδασε ιατρική —στη χώρα και στην αλλοδαπή— υπό δυσχερείς και αντίξοες συνθήκες.

Στη συνέχεια άσκησε την κλινική ιατρική μέχρι (σχεδόν) το τέλος της ζωής του, προσδίδοντας σε αυτή τη δραστηριότητα το οφειλόμενο αξιακό και ανθρωπιστικό φορτίο, καθώς επίσης και την αναγκαία επιστημονική τεκμηρίωση.

Ο Γρηγόρης Σολωμός υπήρξε ένας σπουδαίος γιατρός σε μια δύσκολη και μεταβατική εποχή για την κλινική ιατρική.

Η συμμετοχή του ως κοινωνικού αγωνιστή υπήρξε σταθερή και μακρά, ως επίκουρου της εθνικής κινητοποίησης στην Αντίσταση και ως πρωτοστάτη στη διεκδίκηση της κοινωνικής δικαιοσύνης και της πολιτικής ελευθερίας προς όφελος του λαού.

Ο Γρηγόρης Σολωμός υπήρξε ένας σημαντικός κοινωνικός και πολιτικός αγωνιστής για την πολιτική και κοινωνική δημοκρατία σε μια περίπλοκη και ταραχώδη για τη χώρα εποχή.

Ως μετριοπαθής και εύστοχος εκφραστής της υπεράσπισης των δικαιωμάτων του ιατρικού και υγειονομικού κόσμου συνδύαζε την επιδίωξη της γενικής προόδου του υγειονομικού συστήματος με την προώθηση των επιδιώξεων των συναδέλφων του.

Ο Γρηγόρης Σολωμός υπήρξε ένας σοβαρός εκπρόσωπος του ιατρικού συνδικαλισμού και ευρύτερα των αναγκών υγείας του λαού σε μια εποχή ευρείας κινητικότητας στο πεδίο αυτό.

Ως συνεπής και αφοσιωμένος στην πολιτική δράση επέδειξε δυνατότητες αποτελεσματικής προσαρμογής με εξαιρετική επισημονική τεκμηρίωση στα θέματα της πολιτικής υγείας και της κοινωνικής ασφάλισης, και ακόμα σταθερής ιδεολογικής και αξιακής προσήλωσης στις αρχές της κοινωνικής αλληλεγγύης. Στο πλαίσιο αυτό συνέδεσε την παρουσία του στην κεντρική εθνική πολιτική σκηνή με σημαντικά πολιτικά πρόσωπα της εποχής του, καθώς επίσης και με μεγάλα και ιστορικής εμβέλειας θέματα, όπως: το Εθνικό Σύστημα Υγείας, ο Ενιαίος Φορέας Υγείας, η υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων, η καθολική και πλήρης ασφαλιστική κάλυψη του αγροτικού πληθυσμού, ο εκσυγχρονισμός της φαρμακευτικής περίθαλψης και πολλά άλλα σχετικά και επίσης σημαντικά.

Ο Γρηγόρης Σολωμός υπήρξε ένας διακεκριμένος πολιτικός με σημαντική και εκτεταμένη συμβολή σε θετικές εκφράσεις της πολιτικής ζωής σε μια εποχή μειζόνων πολιτικών και κοινωνικών αλλαγών και δομικών αναδιαρθρώσεων στη χώρα.

Ως συναρπαστικός συζητητής, με ευρύτατη γνώση θεμάτων, συνέθετε στον διάλογο ζητήματα και διλήμματα από τα πεδία της ιατρικής, της φυσικής, της ιστορίας, της φιλοσοφίας. Υπήρξε ένας άνθρωπος σε διαρκή πνευματική κίνηση για την αναζήτηση της δημιουργικής γνώσης, της επιστημονικής τεκμηρίωσης και της παραγωγικής σύνθεσης.

Ο Γρηγόρης Σολωμός υπήρξε ένας εξαιρετικός συνομιλητής και διανοούμενος, για την ακρίβεια ένας λόγιος της εποχής του.

Ως αλληλέγγυος και μέτοχος στην αγωνία των άλλων ήταν ένας συνεπής υποστηρικτής των συμπολιτών και του ευρύτερου κοινωνικού κύκλου του.

Ο Γρηγόρης Σολωμός υπήρξε ένας σταθερός συμπαράστατος όλων, ένας μοναδικός φίλος.

Ως σύζυγος, πατέρας και συγγενής προασπίστηκε με αγωνία, αγάπη και πάθος την οικογένειά του.

Μέσα από τη θετική ενέργειά του, τις υπέροχες αντιφάσεις του και το διαρκές πάθος του ο Γρηγόρης Σολωμός άφησε εκτεταμένα «αποτυπώματα» σε συγγραφικό έργο, με βιβλία και άρθρα με ιδιαίτερη εστίαση στην πολιτική υγείας, στην κοινωνική ασφάλιση, στην ιστορία και στην πολιτική.

Στον παρόντα τόμο εμπεριέχεται ένας ελάχιστος αριθμός κειμένων τα οποία, με τη φροντίδα της κυρίας Αικατερίνης Σολωμού, καθηγήτριας της Ιατρικής Σχολής, και εμού αποδίδουν ένα στίγμα των ενδιαφερόντων, του τρόπου σκέψης και δράσης του Γρηγόρη Σολωμού.

Ο Γρηγόρης Σολωμός υπήρξε σπουδαίος γιατρός, σημαντικός κοινωνικός αγωνιστής, διακεκριμένος πολιτικός, πολύτιμος φίλος και στοργικός για την οικογένειά του.

Με τη ζωή και το έργο του απέδειξε περιτράνως την αγάπη του για τον κόσμο, για τους φίλους, για όλους.

Αυτή η αγάπη του συνιστά δέσμευση μνήμης για εμάς.

Γιάννης Κυριόπουλος

Μάιος 2014

Ο Γιάννης Κυριόπουλος είναι ομότιμος καθηγητής της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας.

ΓΙΑ ΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ



Ας μοιραστούμε την πρόκληση



Η φετινή παγκόσμια ημέρα του AIDS —1η Δεκεμβρίου— είναι αφιερωμένη από την Π.Ο.Υ. στην προσπάθεια της παγκόσμιας κοινότητας να μοιραστούμε όλοι μαζί την πρόκληση που αποτελεί το AIDS για την ιατρική, την κοινωνία, τους εθνικούς προϋπολογισμούς, τον πολιτισμό και —το πλέον σημαντικό— το ανθρώπινο γένος στο λυκαυγές του 2000.

Η ταχύτατα εξαπλούμενη επιδημία, πέρα από τη βιολογική απειλή, με τις επιπτώσεις που έχει στο κοινωνικοπολιτιστικό επίπεδο θέτει σε δοκιμασία τους κοινωνικούς μας θεσμούς και αποτελεί κίνδυνο για τη συνοχή της σύγχρονης κοινωνίας.

Σε μια πρώτη φάση, το γεγονός ότι η νόσος εμφανίστηκε σε συγκεκριμένες ειδικές ομάδες είχε οδηγήσει σε εφησυχασμό και επανάπαυση. Αφορούσε κάποιους ομοφυλόφιλους και τοξικομανείς! Άρα δεν απειλούσε την πλειοψηφία του κοινωνικού συνόλου. Ίσως, όπως είπαν μερικοί, να αποτελούσε και τιμωρία των ομάδων αυτών για τη συμπεριφορά τους.

Γρήγορα όμως απεδείχθη η μετάδοση του ιού και με ετεροφυλοφιλικές σχέσεις. Και αυτό είχε ως συνέπεια συμπτώματα πανικού ανά τον κόσμο, αφού πλέον ήταν εμφανής ο κίνδυνος για όλες τις πληθυσμιακές ομάδες.

Αποτέλεσμα αυτής της υστερίας που κυριάρχησε ήταν η αλλαγή της ατομικής και κοινωνικής συμπεριφοράς, του τρόπου ζωής και, ακόμα, της δράσης και αντίδρασης κάθε κοινωνικής ομάδας μπροστά στο πρόβλημα. Έτσι, σε αρκετές χώρες είχαμε εκδίωξη μαθητών—φορέων από σχολεία και πασχόντων από την

εργασία τους· επίσης, από την οικογένειά τους και τον ερωτικό τους σύντροφο.

Οι αντιδράσεις αυτές αποτελούν στοιχεία της πανδημίας το ίδιο σημαντικά όσο και οι εκδηλώσεις της νόσου. Γιατί, όπως «οι ευκαιριακές λοιμώξεις προσβάλλουν άτομα εξασθενημένα από την αρρώστια, έτσι και η προκατάληψη και ο στιγματισμός, που είναι φαινόμενα ευκαιριακά, προσβάλλουν κοινωνίες εξασθενημένες από τον φόβο του αγνώστου» παρατηρεί η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.). Βέβαια, τέτοιες στάσεις της κοινωνίας είχαμε και σε άλλες επιδημίες, που ταλαιπωρούσαν κατά καιρούς με ενοχοποίηση και απομόνωση εκείνους που θεωρούνται υπεύθυνοι, αφού αποτελεί συνηθισμένη ανθρώπινη αντίδραση μπροστά σε απειλητικές πανδημίες.

Υπάρχει όμως μια σημαντική διαφορά ανάμεσα στο AIDS και στις παλαιές επιδημίες γρίπης, πανώλης, ευλογιάς, φυματίωσης, χολέρας, σύφιλης κ.λπ. που πρέπει να επισημανθεί. Εκείνες ήταν μεταδοτικές με τη συνήθη επαφή, γι' αυτό και η απομόνωση ήταν επιβεβλημένη και αποτελεσματική. Αντίθετα, το AIDS δεν μεταδίδεται με την καθημερινή επαφή, αλλά με συγκεκριμένη, χωρίς προφύλαξη, σεξουαλική συμπεριφορά, και γι' αυτό η απομόνωση στην προκειμένη περίπτωση δεν είναι μόνο ατελέσφορη αλλά και επικίνδυνη για την κοινωνία.

Ο στιγματισμός και η περιθωριοποίηση των φορέων και των πασχόντων δημιουργούν στους μεν υγιείς ένα λαθεμένο αίσθημα ασφάλειας, με συνέπεια την εγκατάλειψη κάθε αναγκαίας προφύλαξης, στους δε φορείς μια τάση φυγής και απομάκρυνσης από κάθε σύστημα πρόληψης, προφύλαξης και θεραπείας και τους οδηγούν σε μια εκδικητική επιθετικότητα που συμβάλλει στη διασπορά της νόσου.

Πέρα όμως από τα επιχειρήματα που ανέφερα υπάρχουν και λόγοι ανθρωπιστικοί και κοινωνικοί που επιβάλλουν τη συνεργασία με τους φορείς και απαιτούν μια συμπεριφορά κατανόησης και στήριξης αυτών των ανθρώπων. Αντίθετα, οι τάσεις απομόνωσης, διάκρισης και περιφρόνησης αποτελούν στοιχεία εκφασισμού της κοινωνίας και θέτουν σε κίνδυνο τον πολιτιστικό μας ιστό, τους διαμορφωμένους μέσα στους αιώνες θεσμούς και την κοινωνική μας συνοχή.

Για τον λόγο αυτό και η Π.Ο.Υ. απορρίπτει κάθε ρατσιστική συμπεριφορά της κοινωνίας έναντι των φορέων και κάθε κρούσμα άρνησης παροχής ιατρικών ή νοσηλευτικών υπηρεσιών με οποιαδήποτε δικαιολογία ή πρόφαση. Υπάρχουν άπειρα και συγκινητικά παραδείγματα στην ιστορία της ιατρικής αλτρουισμού, αυτοθυσίας και ανθρωπιάς γιατρών και νοσηλευτριών, που δεν αρνήθηκαν τις υπηρεσίες τους μπροστά σε αρρώστιες περισσότερο μεταδοτικές και εξίσου επικίνδυνες με το AIDS.

Θα πρέπει επομένως να γίνει κατανοητό από τη σύγχρονη κοινωνία ότι το μοναδικό όπλο εναντίον του AIDS, πέρα από την ενημέρωση και τη λήψη των παραδεκτών σήμερα προφυλακτικών μέτρων, είναι η κατανόηση και η στήριξη των φορέων και των πασχόντων.

Και στην προσπάθεια αντιμετώπισης της παγκόσμιας αυτής απειλής και στην ανάγκη πανανθρώπινης συνεργασίας, η Π.Ο.Υ. δεν κάνει μόνον έκκληση για κινητοποίηση και ανθρωπινή ανταπόκριση στην πανδημία του AIDS. Βγάζει κραυγή αγωνίας και καλεί όλους τους κοινωνικούς εταίρους, τον κάθε πολίτη και, πάνω από όλα, τους εργαζομένους στον χώρο της υγείας να αναγνωρίσουν τους τεράστιους κινδύνους που ελλοχεύουν από την προκατάληψη, τον στιγματισμό και τις διακρί-

σεις στη μεταχείριση φορέων και πασχόντων.

Ας μοιραστούμε λοιπόν όλοι την πρόκληση του AIDS, για να αντιμετωπίσουμε τη μάστιγα που δραματικά και ταχύτατα εξαπλώνεται στον πλανήτη και απειλεί τις κοινωνίες, τον πολιτισμό μας, τις εθνικές οικονομίες και, πάνω από όλα, τον άνθρωπο του 21ου αιώνα.

ΤΟ ΒΗΜΑ, 1 Δεκεμβρίου 1991

Γιατί επιτέλους δεν τολμάμε;



Το νομοσχέδιο που έδωσε στη δημοσιότητα η κυβέρνηση και που με τόσο ενδιαφέρον ανέμενε η ελληνική κοινωνία όχι μόνο δεν προσφέρει τίποτα το καινούργιο στην αντιμετώπιση της μάστιγας των ναρκωτικών αλλά είναι υποκριτικό και στερείται παντελώς κοινωνικού προσανατολισμού. Πρότείνει ένα νομικό πλαίσιο αρκετά πονηρό, που, ενώ δεν διαπνέεται από ανθρωπισμό και δεν δημιουργεί την αίσθηση του δικαίου στον χρήστη, περιλαμβάνει διατάξεις—παγίδες που αποβλέπουν στην κατάργηση ή στην αποδυνάμωση των ποινικών κυρώσεων εναντίον των εμπόρων που ο κ. υπουργός παρουσίασε ως «αυστηρές».

Είναι αλήθεια ότι μετά τις συζητήσεις που είχαν αναπτυχθεί δύο χρόνια τώρα ανάμεσα στους ενδιαφερόμενους φορείς και στην πολιτεία και τις κάποιες ενδιαφέρουσες προτάσεις που ακούστηκαν αναμενόταν μια περισσότερο θαρραλέα και τολμηρή πολιτική για μια ουσιαστική αλλά και αιτιολογική προσέγγιση του προβλήματος. Δυστυχώς όμως το Υπουργείο Υγείας δεν μελέτησε τις αδυναμίες του ισχύοντος νόμου, δεν δάχθηκε από την αναποτελεσματικότητα της κάθε κατασταλτικής πολιτικής που ακολουθήθηκε μέχρι σήμερα και δεν αντιλήφθηκε τα μηνύματα των καιρών και μιας αγωνιούσας κοινωνίας, που απαιτούν διαφορετική μεταχείριση του χρήστη, την οποία έχει ανάγκη ως άρρωστος και που δικαιούται ως μέλος μιας σύγχρονης και ανθρώπινης κοινωνίας.

Έτσι, προωθεί για συζήτηση στη Βουλή ένα νομοσχέδιο που εγκαταλείπει τα μεγάλα θύματα της υπόθεσης των ναρκωτι-

κών, τους χρήστες, κυριολεκτικά στα νύχια των εμπορών, ενώ παράλληλα διασφαλίζει νομοθετικά —η μόνη καινοτομία του νομοσχεδίου— διαδικασία πραγματογνωμοσύνης που εγγυάται σίγουρη αποφυλάκιση του εμπορού.

Οι αποφυλάκισεις

Έχω υποστηρίξει και άλλες φορές, χωρίς κανέναν να συγκινηθεί, ότι οι αθρόες αποφυλάκισεις εκατοντάδων εμπορών του λευκού θανάτου (που ερευνά ο καθ' όλα αξιόλογος κ. Φλούδας) δεν οφείλονται στην εμπλοκή των θεραπευτικών διατάξεων μέσα στο πλαίσιο των ποινικών κυρώσεων του Ν. 1729/87 ούτε στην αδυναμία της πολιτείας να εξασφαλίσει την απαραίτητη για την εφαρμογή των θεραπευτικών προγραμμάτων υποδομή, αλλά αποκλειστικά στη βάνανυση παραβίαση της διαδικασίας που προέβλεψε ο νομοθέτης για τη διεξαγωγή της πραγματογνωμοσύνης.

Γιατί το κρίσιμο σημείο του ισχύοντος νόμου ήταν η διαπίστωση ή μη της ύπαρξης εξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες που επικαλείτο ο κάθε συλλαμβανόμενος έμπορος, με στόχο την ένταξή του στις ευεργετικές θεραπευτικές διατάξεις.

Για να αποκλειστεί λοιπόν το ενδεχόμενο λαθεμένων διαγνώσεων και για να διασφαλιστεί κατά το δυνατόν μια σωστή, αδέκαστη και επιστημονικά τεκμηριωμένη κρίση, ο νόμος και οι εν συνεχεία εκδοθείσες αποφάσεις ΚΕΣΥ και Υπουργείου Υγείας καθόρισαν κατά τρόπο μη επιδεχόμενο παρερμηνεία ότι η διεξαγωγή της πραγματογνωμοσύνης για τη διάγνωση εξάρτησης θα γίνει μόνο μέσα σε νοσηλευτικό ίδρυμα και ύστερα από εργαστηριακό έλεγχο, ιστορικό, κλινική εξέταση και παρακολούθηση διατομεακή του εξεταζομένου επί 5–7 ημέρες.

Σε καμιά όμως περίπτωση, τουλάχιστον στην Πάτρα (θα πρέπει να διερευνηθεί τι γινόταν στην υπόλοιπη Ελλάδα), δεν εφαρμόστηκαν οι σχετικές διατάξεις της κείμενης νομοθεσίας και η πραγματογνωμοσύνη διεξαγόταν κατά τρόπο πρόχειρο, παράνομο και αντιεπιστημονικό μέσα σε κλειστή φυλακή από έναν ή δύο ψυχιάτρους. Η δε διάγνωση για την τυχόν ύπαρξη εξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες στηριζόταν μόνο στις πληροφορίες που έδινε ο «δασκαλεμένος» από τον δικηγόρο του κρατούμενος έμπορος. Ακολούθηθηκε δηλαδή μια διαδικασία που σίγουρα οδηγούσε στον χαρακτηρισμό του εξεταζόμενου εμπόρου ως τοξικομανούς και ακολούθως στην αποφυλάκισή του.

Ε, λοιπόν, την παράνομη αυτή διαδικασία, που πέντε χρόνια τώρα χορηγεί αποφυλακιστήριο στους εμπόρους ναρκωτικών, νομιμοποιεί με το προτεινόμενο νομοσχέδιο ο κ. Σούρλας. Συγκεκριμένα, με την παρ. 2 του άρθρου 15 (που τροποποιεί το άρθρο 13 του ισχύοντος νόμου) παρέχει τη δυνατότητα στον ενεργούντα την ανάκριση να αναθέσει τη διενέργεια της πραγματογνωμοσύνης σε γιατρό οιασδήποτε ειδικότητας, ο οποίος με απλή κλινική εξέταση (για την αιματολογική εξέταση απαιτείται η σύμφωνη γνώμη του εξεταζόμενου), και χωρίς την απαραίτητη προϋπόθεση της εισαγωγής του κρατουμένου σε νοσηλευτικό ίδρυμα ή ειδικές μονάδες, καλείται μέσα σε 48 ώρες να αποφανθεί αν υπάρχει εξάρτηση, το είδος της εξάρτησης (ψυχική ή σωματική), τον βαθμό της... και την «επίδραση της εξάρτησης στον καταλογισμό».

Οι πραγματογνώμονες

Δηλαδή το δικαστήριο θα στηριχθεί στην πραγματογνωμοσύνη ενός γιατρού οιασδήποτε ειδικότητας (π.χ. ουρολόγου, δερματολόγου, ορθοπεδικού κ.λπ.), που δεν διαθέτει τις απαιτούμε-

νες γνώσεις επί του αντικειμένου, και μάλιστα επάνω στο κρισιμότερο θέμα του «καταλογισμού». Πέρα όμως από την επισήμανση αυτή, η όλη προτεινόμενη διαδικασία διεξαγωγής της πραγματογνωμοσύνης παρέχει κάθε δυνατότητα εξαγοράς συνειδήσεων από το παντοδύναμο οικονομικά εμπόριο ναρκωτικών, δεδομένης και της χαλαρής ηθικής αντοχής κάποιων από τους γιατρούς μας.

Συμπερασματικά, δεν πρόκειται μόνο για μια ακόμα χαμένη ευκαιρία για μια άλλη θαρραλέα παρέμβαση.

Το προτεινόμενο νομοσχέδιο αφήνει ανέγγιχτη την καρδιά του προβλήματος και με τις μοναδικές τροποποιήσεις που περιλαμβάνει αποτελεί δημόσιο κίνδυνο, αφού συγκαλύπτει, υποθάλλει και ενισχύει το εμπόριο ναρκωτικών και παράλληλα διαιωνίζει την εξάρτηση του δυστυχούς χρήστη από τον έμπορο.

Και το παράλογο γεννάται με την τοποθέτηση όλων των ουσιών στο ίδιο σακί, που ουσιαστικά δεν είναι το ίδιο. Έτσι, ο συνήθως ευκαιριακός χρήστης χασίς είναι το μεγάλο θύμα των νομικών ρυθμίσεων, επειδή είναι χρήστης μιας εθιστικής ευφορικής και όχι τοξικής ουσίας, που δεν προκαλεί σύνδρομο στέρησης, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να εκμεταλλευτεί τις θεραπευτικές διατάξεις και να σύρεται στη φυλακή. Μόνον πλέον αυτός μετά τις «διευκολύνσεις» που παρέχει ο κ. Σούρλας στους εμπόρους.

Ως εκ τούτου, τα «ιδιοτελή συμφέροντα» αφορούν κάποιους άλλους και μάλιστα στο Υπουργείο Υγείας, και όχι εκείνους που κατά τον κ. Σούρλα διαφωνούν με τις απόψεις του.

ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ, 20 Ιουλίου 1992

Γυναίκα και AIDS



1η Δεκεμβρίου: Μια παγκόσμια ημέρα για το AIDS. Μια ημέρα εθνικού απολογισμού και προγραμματισμού. Μια ημέρα παγκόσμιου διαλόγου, αλλά και μια ημέρα πανανθρώπινης κινητοποίησης για την αναχαίτιση της μάστιγας του αιώνα.

Καθιερώθηκε τον Γενάρη του 1988 στην παγκόσμια διάσκεψη κορυφής του Λονδίνου για το AIDS. Η διάσκεψη εκείνη υπήρξε μια κραυγή αγωνίας όλων των λαών για την επερχόμενη πανδημία και κατέδειξε τη θέλησή τους να συνεργαστούν και να αμυνθούν όλοι μαζί, ανεξάρτητα από πολιτικά συστήματα, αντιλήψεις και επιλογές, ή ακόμα και συγκρουόμενες κοσμοθεωρίες, γιατί «μόνο μια παγκόσμια προσπάθεια θα σταματήσει το AIDS».

Αλλά για να δούμε πώς βρίσκει την Ελλάδα η μεγάλη αυτή ημέρα. Πού βρισκόμαστε από πλευράς εξάπλωσης της αρρώστιας, αλλά και πόσο εκμεταλλευτήκαμε τις γνώσεις και την εμπειρία των λαών της δυτικής Ευρώπης και της Αμερικής, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι εμείς βρισκόμαστε από πλευράς κρουσμάτων πέντε χρόνια πίσω από αυτούς; Λυπάμαι, αλλά η εκτίμησή μου δεν είναι καθόλου ικανοποιητική. Φαίνεται ότι τα δύο τελευταία χρόνια εφησυχάζουμε επικίνδυνα. Γιατί πολύ λίγα από αυτά που είχαν αποφασιστεί και είχαν ανακοινωθεί σ' εκείνη τη μαζική τηλεοπτική εμφάνιση με πέντε πανεπιστημιακούς ερευνητές και τριάντα πέντε φορείς (δεν έγινε άλλη από τότε) τον Μάιο του 1988 υλοποιήθηκαν.

Ιδιαίτερα σημειώνω:

- Τη μη προώθηση του προγράμματος εκπαίδευσης γιατρών και νοσηλευτών στο εξωτερικό.
- Τη μη ενεργοποίηση του ΕΚΕΥ για ενίσχυση της βασικής, επιδημιολογικής και κοινωνικής έρευνας.
- Την ανάσχεση της συνεχούς και τεκμηριωμένης ενημέρωσης και πληροφόρησης του κοινού. Για παράδειγμα αναφέρομαι στον διεθνή σημερινό οργανισμό από τη Νέα Υόρκη μέχρι τη Μόσχα και από τη Γενεύη μέχρι τη Σρι Λάνκα και διερωτώμαι πόσο Έλληνες και Ελληνίδες γνωρίζουν το θέμα–κλειδί της ημέρας.
- Την απουσία κάθε προσπάθειας για τροποποίηση της κοινωνικής αντίστασης στο πρόβλημα και μείωση των κρουσμάτων απάνθρωπης συμπεριφοράς, απομονωτισμού ή ακόμα και εκφασισμού της κοινωνίας μας.

Θέλω να πιστεύω ότι η ραγδαία άνοδος των κρουσμάτων στη χώρα μας (φτάσαμε τα 375), παρότι συνεχίζουμε να διατηρούμε την τελευταία θέση στον πίνακα κρουσμάτων των ευρωπαϊκών χωρών, θα αφυπνίσει τους αρμοδίους και ιδιαίτερα σήμερα, που η ημέρα παγκοσμίως θεωρείται επαγρύπνησης, προγραμματισμού και δράσης.

Εφέτος ειδικά η παγκόσμια αυτή ημέρα έχει θέμα «Γυναίκα και AIDS». Κι αυτό γιατί ο ρόλος της γυναίκας τόσο στη μετάδοση όσο και στην αντιμετώπιση της αρρώστιας είναι σημαντικός και πολύτιμος.

Αλλά και το γεγονός ότι τα τρία τελευταία χρόνια έχει σημειωθεί μια ανησυχητική είσοδος της γυναίκας στο πρόβλημα όχι μόνο δικαιολογεί αλλά και επιβάλλει την αφιέρωση αυτή, η οποία ήρθε ως αποτέλεσμα πολύχρονων προσπαθειών της Π.Ο.Υ. και της παρισινής διακήρυξης του 1989 για τη «Γυναίκα και το Παιδί στο AIDS» με τα δεκαπέντε ιστορικά σημεία της.

Ανησυχητικοί αριθμοί

Σήμερα υπολογίζεται ότι από τα 9 εκατ. φορέων που υπάρχουν σε όλο τον κόσμο τα 3,5 εκατ. είναι γυναίκες και ότι στη διετία 1990–1991 θα αρρωστήσουν πάνω από 200.000 από αυτές. Εκτιμάται δε ότι μέχρι το 2000 το ποσοστό των κρουσμάτων στις γυναίκες θα φτάσει το 50%. Αλλά και στην Ευρώπη οι αριθμοί είναι ανησυχητικοί. Μέσα σε δύο χρόνια το ποσοστό των γυναικών που νοσούν ανέβηκε από 9% στο 14%. Και στην Ελλάδα, που δεν είχαμε καμιά γυναίκα άρρωστη από AIDS μέχρι το 1986, σήμερα φτάσαμε στο 10%.

Η δραματική αυτή αύξηση στα τελευταία αυτά χρόνια των γυναικών φορέων και ασθενών οφείλεται στο διαρκώς αυξανόμενο ποσοστό της ετεροφυλοφιλικής μετάδοσης του ιού. Δύο δε είναι οι κύριες πηγές της ετεροσεξουαλικής μόλυνσης: οι εκδιδόμενες τοξικομανείς γυναίκες και οι αμφιφυλόφιλοι άνδρες. Πέρα όμως από αυτές τις κατηγορίες έχουν σημαντικό μερίδιο ευθύνης όλοι σχεδόν οι άνδρες που αρνούνται ή αποφεύγουν τη λήψη προφυλακτικών μέτρων, είτε γιατί υποτιμούν και περιφρονούν από άγνοια ή ασυγχώρητο και εγκληματικό «ανδρικό» ψευτοεγωισμό τόσο τον ελλοχεύοντα κίνδυνο όσο και τη γυναίκα είτε γιατί θέλουν να αποφύγουν τη δημιουργία υποψιών για άστατο σεξουαλικό βίο.

Βέβαια, το όλο πρόβλημα επιδεινώνεται και από τη θέση της γυναίκας στην κοινωνία και στην οικογένεια, που μπορεί να διαφέρει από χώρα σε χώρα, αλλά σε όλες την καθιστά κοινωνικά υποδεέστερη.

«Τα δύο τελευταία χρόνια φαίνεται ότι εφησυχάζουμε επικίνδυνα, αφού υπάρχει ραγδαία άνοδος των κρουσμάτων στη χώρα μας».

Οι συνέπειες της ραγδαίας αυτής αύξησης των γυναικείων

κρουσμάτων είναι η αλματώδης άνοδος των περιγεννητικά μολυσμένων και νεκρών παιδιών (εκτιμάται ότι το 1992 θα γεννηθούν πάνω από 4 εκατ. παιδιά από μολυσμένες από τον ιό γυναίκες και θα μείνουν ορφανά πάνω από 10 εκατ. σε ολόκληρο τον κόσμο), οι ρωγμές που δημιουργούνται στις προσωπικές σχέσεις, στην οικογένεια, στην κοινωνία, στις υπηρεσίες υγείας, στην εκπαίδευση και στην εργασία και οι τεράστιες επιπτώσεις στην εθνική οικονομία κάθε λαού.

Το θέμα της σημερινής ημέρας «Γυναίκα και AIDS» αγγίζει εκατομμύρια γυναικών. Γυναικών που έχουν μολυνθεί από τον ιό του AIDS, γυναικών που έχουν παιδιά ή συζύγους με AIDS και γυναικών νοσηλευτριών, κοινωνικών λειτουργών, εκπαιδευτικών, συμβούλων και όλων εκείνων που δίνουν την καθημερινή μάχη εναντίον της επάρατης νόσου και των συνεπειών της.

Και αγγίζει ακόμα όλους τους άνδρες και τα παιδιά, γιατί ο ρόλος της γυναίκας είναι σημαντικός και ανεκτίμητος όχι μόνο στο σπίτι και στην κοινωνία, αλλά και στην πρόληψη της εξάπλωσης του ιού και στην περίθαλψη των θυμάτων.

Γι' αυτό σήμερα η παγκόσμια αυτή ημέρα θα πρέπει να γίνει αφετηρία νέων προσπαθειών για μια ουσιαστική και περισσότερο αποτελεσματική προσέγγιση του προβλήματος. Οι άνδρες καλούνται να σοβαρευτούν επιτέλους και να πάρουν κάθε επιβαλλόμενο μέτρο για την προστασία της συζύγου τους, της φίλης τους και των παιδιών τους. Και οι γυναίκες καλούνται να διεκδικήσουν την προστασία τους και να επιβάλουν τους όρους της «συνάντησης» στις σεξουαλικές τους σχέσεις, επίσημες ή ανεπίσημες. Είναι καιρός πλέον να βγουν από τον λήθαργο και να αναλάβουν κάθε σχετική πρωτοβουλία. Hannibal ante portas.

Και δεν πρέπει να ξεχνούν ποτέ ότι η προστασία των παι-

διών τους και της οικογένειάς τους προϋποθέτει την προστασία τη δική τους. Ασφαλέστατος ο μονογαμικός βίος, αλλά ποτέ μην αρνούμαστε και την προφύλαξη.

Επίσης, η γυναίκα την παγκόσμια αυτή ημέρα καλείται, με την τεράστια βιολογική και ψυχική δύναμη που έμφυτα διαθέτει, να συμβάλει στην ψυχολογική στήριξη των ασθενών και φορέων οικογενειακών και ερωτικών της συντρόφων, στοιχείο απαραίτητο για τη θεραπευτική και κοινωνική τους υποβοήθηση, αλλά και στην προστασία του κοινωνικού συνόλου από την ενδεχόμενη εκδικητική διάθεση των φορέων, στην οποία δικαιολογημένα και νομοτελειακά τους οδηγεί η εγκατάλειψη και η περιθωριοποίησή τους.

Αφύπνιση της πολιτείας

Τέλος, καλείται η γυναίκα να ενεργοποιηθεί στη νοσηλευτική περίθαλψη των πασχόντων, γιατί ο ρόλος της εδώ δεν είναι μόνο πολύτιμος αλλά και με τίποτα δεν μπορεί να υποκατασταθεί.

Μόνο η αφύπνιση της γυναίκας και η ανάληψη εκ μέρους της κάθε πρωτοβουλίας για την εξασφάλιση —κατά το δυνατόν— ακίνδυνων συνθηκών σε κάθε «συνάντησή» της (και αυτό αφορά και τις εκδιδόμενες) και για μια ανθρώπινη μεταχείριση φορέων και αρρώστων μπορεί να συμβάλει στη μείωση της εξάπλωσης του ιού και στη διατήρηση της συνοχής του κοινωνικού μας ιστού, που απειλείται.

Αλλά όλα αυτά προϋποθέτουν και απαιτούν αφύπνιση της πολιτείας, η οποία φαίνεται ότι μακαρίως εφησυχάζει την τελευταία διετία, παρά την κραυγή αγωνίας της παγκόσμιας κοινότητας.

ΤΑ ΝΕΑ, 1 Δεκεμβρίου 1990

Η ελληνική οικονομία σε επιτήρηση



Η ιστορία επαναλαμβάνεται! Κι αυτό δεν είναι κακό, αρκεί να μην εξελιχθεί σε τραγωδία. Να διαβάζουμε και να μελετάμε τα παθήματα του παρελθόντος και η γνώση των συνεπειών και της εξέλιξης εκείνων των γεγονότων να σταθεί δίδαγμα για την πολιτική ηγεσία του τόπου και εμπειρία προς αποφυγήν λαθεμένων χειρισμών για την κατά το δυνατόν με λιγότερα αιμάσσοντα τραύματα έξοδο από την κρίση.

Τα ίδια πάθαμε και το 1897 μετά τον ατυχή εκείνο πόλεμο που μας οδήγησαν οι τότε κυβερνώντες μέσα σ' ένα κλίμα εξαλλοσύνης που διαμόρφωνε ο Τύπος και η παραφροσύνη ενός ολόκληρου λαού. Και τότε η Γερμανία, με μίσος και εμπάθεια —όπως και σήμερα— αξίωσε από τους Τούρκους «την συντριβήν της Ελλάδος» (Σ. Καργάκος, *Ιστορία του Ελληνικού κόσμου και του μείζονος χώρου*, τόμ. Β', Αθήνα: Gutenberg, σελ. 373), με επακόλουθο την υποχρέωση από τις τότε Μεγάλες Δυνάμεις καταβολής πολεμικής αποζημίωσης στην Τουρκία 100 εκατ. χρυσών φράγκων (4 εκατ. λίρες), που «πρόθυμα» μας έδωσαν οι τότε Μεγάλοι και που για να εξασφαλίσουν μας επέβαλαν τον Διεθνή Οικονομικό Έλεγχο (ΔΟΕ), δηλαδή το τότε Διεθνές Νομισματικό Ταμείο.

Κάτω δε από τα καυδιανά δίκρανα του ΔΟΕ, η επιτροπή ξένων ανέλαβε τη διαχείριση των εσόδων του χαρτοσήμου και των ειδών μονοπωλίου (πετρέλαιο, αλάτι, σπύρτα, τραπουλόχαρτα, οινόπνευμα, κινίνο και μορφίνη) μέχρι και τη δεκαετία του '70.

Όμως η εχθρική στάση των ξένων —με εξαίρεση και τότε τη Γαλλία—, η ταπείνωση που νιώσαμε από εκείνη την ήττα

και η βαριά έμμεση φορολογία που επέβαλε ο ΔΟΕ σε είδη πρώτης ανάγκης μάς αφύπνισαν και μας έβγαλαν από την πολιτική νιρβάνας που χαρακτήριζε τον δημόσιο βίο της χώρας.

Και μέσα σε πέντε χρόνια το δημόσιο χρέος μειώθηκε σημαντικά και αποκαταστάθηκε η εμπιστοσύνη των διεθνών κεφαλαιαγορών προς τη δανειοληπτική ικανότητα της Ελλάδας, με αποτέλεσμα το 1902 —και με τη βοήθεια του ΔΟΕ— να μας δοθεί νέο δάνειο για την ανάπτυξη των ελληνικών σιδηροδρόμων.

Υπήρξε τόσο θεαματική η ανάκαμψη της εθνικής μας οικονομίας, που, παρά την αυστηρή κηδεμόνευσή της από τον ΔΟΕ, η χώρα μας κατάφερε να αναγεννηθεί από τη συμφορά και να πάρει μέρος στους νικηφόρους Βαλκανικούς πολέμους και στον Α΄ Παγκόσμιο πόλεμο έστω και μερικώς και να διπλάσιαι την έκτασή της με την κατάληψη της Μακεδονίας, της Δυτικής Θράκης και της Ηπείρου και την προσάρτηση της Κρήτης και των νησιών του Αιγαίου.

Δυστυχώς όμως και πάλι —όπως από τα στοιχεία που υπάρχουν φαίνεται— η Γερμανία, θέλοντας να κρατήσει την Ελλάδα σε ευνοϊκή προς τις κεντρικές Δυνάμεις ουδετερότητα και μακράν της Αντάντ κατά τον επικείμενο Α΄ Παγκόσμιο πόλεμο, σχεδίασε και εκτέλεσε με το χέρι του περιθωριακού Σχοινά την άνοιξη του 1913 στη Θεσσαλονίκη τη δολοφονία του αγγλόφιλου βασιλιά Γεωργίου Α΄ και στη συνέχεια ο Γουλιέλμος τον ίδιο χρόνο κάλεσε στη Γερμανία τον Κωνσταντίνο και του επέδωσε τη στραταρχική ράβδο. Έτσι, δρομολογήθηκε αναπόφευκτα ο εθνικός διχασμός, που μας οδήγησε στη Μικρασιατική καταστροφή. Γιατί με Βενιζέλο και Γεώργιο Α΄ διχασμός δεν θα υπήρχε.

Παρ' όλα αυτά, η οικονομία μας άντεξε και τις δαπάνες ενός

δεκάχρονου πολέμου και την υποδοχή και αποκατάσταση δύο και πλέον εκατομμυρίων προσφύγων και το κόστος του θαύματος της χρυσής τετραετίας 1928–32. Και επίσης τα δεινά και τις καταστροφές μιας τρίχρονης πάλι γερμανικής κατοχής, για τις οποίες δεν μας έδωσαν ούτε δραχμή. Ακόμα και το κατοχικό δάνειο, σημερινής αξίας 70 δις ευρώ, που αναγκαστικά τους δώσαμε το 1943 είναι ανεξόφλητο και ξεχασμένο.

Σήμερα, μετά από πολύχρονες και σκληρές θυσίες του λαού μας, που κάλυψαν τις πληγές της Κατοχής και της εμφύλιας σύρραξης του 1946–49, βρισκόμαστε στην ευρωζώνη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, και μάλιστα μ' ένα κοινωνικό κράτος που όλοι θαυμάζουν.

Όμως η οικονομία μας τα τελευταία χρόνια δεν πάει καθόλου καλά. Αιφνίδια και αναπάντεχα βρεθήκαμε μπροστά σε μια κρίση που δεν έχει προηγούμενο. Και ο λαός μας καλείται και πάλι σε νέες θυσίες.

Αλλά, επειδή σήμερα με αφορμή τη βαθιά αυτή οικονομική κρίση βρισκόμαστε μπροστά σε μια ανανεούμενη και διαρκώς ενισχυόμενη τρομοκρατία των αγορών που έχει στόχο τη ληστρική κερδοφορία σε βάρος μας· επειδή οι συνεταίροι μας στην Ε.Ε. —πρωτοστατούσης και πάλι της Γερμανίας— μας υπαγορεύουν πολιτικές που ισοπεδώνουν το κράτος πρόνοιας που στήσαμε με πολλούς κοινωνικούς αγώνες και οικονομικές θυσίες τα τελευταία 25 χρόνια· και επειδή διαπιστώνουμε ότι η Ε.Ε. δεν θέλει σε καμιά περίπτωση την προσφυγή μας στο ΔΝΤ γιατί απαξιώνεται η αξιοπιστία —όπως λένε— του ευρώ, θεωρώ ότι θα πρέπει να σκεφτούμε σοβαρά την προσφυγή μας στο εν λόγω Ταμείο, *εφόσον βέβαια μας επιβάλλει τους ίδιους όρους του 1897 και αναλάβει την εξόφληση των δανείων μας.*

Μήπως, αλήθεια, μπροστά σε μια τέτοια περίπτωση μας παρακαλούν τα συνεταιρικά μας να μας δανειοδοτήσουν και μάλιστα απόκως για να μην πάμε στο ΔΝΤ;

Ας δοκιμάσουμε, αφού ο βρεγμένος τη βροχή δεν τη φοβάται!

ΤΟ ΠΑΡΟΝ, 25 Φεβρουαρίου 2010

Θαρραλέα μπροστά ή στη δραχμή



Πριν από έναν χρόνο έγραφα στους βουλευτές του ΠΑΣΟΚ ότι, αν ο ελληνικός λαός υφίσταται τη φοβερή βάσανο της «σταγόνας» και φτάσαμε στην επιλεκτική χρεοκοπία, με δυσσίωνες για το έθνος προβλέψεις, αυτό οφείλεται σε εσάς.

Φαίνεται όμως ότι και αυτή η κυβέρνηση έχει δυστοκία. Κι αφού είναι ξεκάθαρο ότι το δημοσιονομικό μας έλλειμμα οφείλεται από τη μια μεριά στην αλόγιστη υπερτροφική ανάπτυξη του δημόσιου τομέα και από την άλλη στη δυσάγωγή και προκλητική φοροδιαφυγή, αντί να καταβάλουμε προσπάθειες περιορισμού του δημόσιου τομέα και να πάρουμε σκληρά κατασταλτικά μέτρα πάταξης της φοροδιαφυγής, αφήνουμε τις δημόσιες δαπάνες να παραμένουν σχεδόν ανέγγιχτες και τη φοροδιαφυγή να θεριεύει και «την Άρτα φοβερίζει» επίσημα και προκλητικά με το «δεν πληρώνω, δεν πληρώνω». Ούτε έναν δεν έχουν βάλει στη φυλακή μέχρι τώρα. Κατά καιρούς μιλάνε για εντοπισμό μεγάλου αριθμού καταθετών εκατομμυρίων ευρώ, των οποίων όμως οι φορολογικές δηλώσεις περιορίζονται σε λίγες δεκάδες χιλιάδων ευρώ. Και κανέναν δεν ακούσαμε να μπει στη φυλακή για διακίνηση «μαύρου» χρήματος ή να πληρώσει κάποιο βαρύ πρόστιμο ή να κατασχεθούν οι αδιαιολόγητα αποκτηθείσες καταθέσεις του.

Παράλληλα, δεν περιορίστηκε ο αριθμός των δημόσιων υπαλλήλων ούτε κατά έναν μισθοδοτούμενο, όταν ο ιδιωτικός τομέας θρηνεί για την απώλεια πλέον των 600.000 θέσεων. Δεν υποστηρίζω τις απολύσεις, έστω κι αν πρόκειται για «προϊό-

ντα» της πελατειακής πολιτικής της τελευταίας τριακονταετίας. Αλλά θα πρέπει να προχωρήσουμε σύντομα με αποφασιστικά, οριστικά και αποτελεσματικά μέτρα και παράλληλη προσπάθεια να μην είναι αντικοινωνικά. Όπως:

1. Ιδιωτικοποίηση της λειτουργίας μόνο (και όχι της περυσίας) των πολλών και μεγάλων δημόσιων επιχειρήσεων, όπως σιδηροδρόμων, ταχυδρομείων, ενέργειας, ύδρευσης κ.ά. Κανείς δεν θα απολυθεί. Αλλά θα ιδιωτικοποιηθούν. Η συζητούμενη λύση της κατάργησης πολλών δημόσιων ή παραδημόσιων επιχειρήσεων με μετάταξη των υπηρετούντων σε άλλες δημόσιες επιχειρήσεις δεν πρόκειται να περιορίσει τις δημόσιες δαπάνες και συνακόλουθα το έλλειμμα. Πρόκειται για σοφιστεία. Η λύση που θα πρέπει να προκριθεί είναι εκείνη που μεταφέρει το κόστος της λειτουργίας κάποιων μεγάλων κρατικών φορέων από το δημόσιο σε ιδιώτες, ανεξαρτήτως του ύψους της «ενοικίασης».

2. Να μην προσληφθεί διά νόμου κανένας στον δημόσιο και ευρύτερο τομέα όσο το δημοσιονομικό έλλειμμα δεν πέφτει κάτω του 3%. Ούτε το μέτρο «ένας στους δέκα συνταξιοδοτούμενους», που έντονα συζητείται, εφαρμόζεται, και μάλιστα ασύστολα καταστρατηγείται.

3. Η φοροδιαφυγή πάνω από 100.000 ευρώ να χαρακτηρίζεται και να διώκεται ως ιδιώνυμο αδίκημα και για πάνω από 200.000 να περιλαμβάνει εκτόπιση και κατάσχεση της περιουσίας. Η εκτόπιση στην πατρίδα μας εφαρμόστηκε από τη δεκαετία του '30 και κυριολεκτικά πάταξε και κατέργησε τη ζωοκλοπή, που ήταν η μεγάλη μάστιγα της υπαίθρου μας τους πρώτους μετά την εθνική μας ανεξαρτησία αιώνες.

Αν δεν μαζέψουμε τη διαφεύγουσα φορολογητέα ύλη, το

έθνος μας θα πεθάνει από πλείστες όσες επιπτώσεις συνεπάγεται η οικονομική κρίση, όπως η υπογεννητικότητα, η επενδυτική άπνοια, η ανασφάλεια, εθνική και κοινωνική, και κυρίως η αβεβαιότητα.

Θεωρώ πλέον ηθικό και δίκαιο μέτρο το «τσάκισμα» της φοροδιαφυγής, ακόμα και με σκληρά μέτρα, παρά τη μείωση μισθών πείνας και συντάξεων γλίσχρων.

4. Άμεση ενεργοποίηση των θεσμοθετημένων από χρόνια μηχανισμών περιορισμού της εισφοροδιαφυγής ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ κ.λπ. και σύνθλιψη της ανασφάλιστης απασχόλησης.

Με απογραφές των συνταξιούχων το θεριό δεν «σκοτώνεται». Και για να μαζευτούν τα λεφτά που περιμένουν να πάρουμε και δεν πάμε θέλει δουλειά πολλή, και θα πρέπει να συνειδητοποιήσουν οι διοικήσεις των μεγάλων ασφαλιστικών οργανισμών ότι δεν γίνεται πάταξη της εισφοροδιαφυγής από το γραφείο.

5. Δήμευση και εκποίηση των αυθαιρέτων που βρίσκονται σε δασικές ή χορτολιβαδικές ή άλλες δημόσιες εκτάσεις καθώς και σε παρόχθιες και παραθαλάσσιες περιοχές. Μόνο έτσι θα σταματήσει η λεηλασία της δημόσιας γης, με ταυτόχρονη εισροή εσόδων στον κρατικό κορβανά.

6. Όλοι οι κοινωνικοί πόροι που προέρχονται από πληθυσμιακές ομάδες που δεν έχουν καμιά σχέση με τα εισπράττοντα ασφαλιστικά ταμεία να περιέλθουν στον κρατικό προϋπολογισμό.

7. Κατάργηση της παρ. 12 του άρθρου 34 του Ν. 2773/99, που θεσμοθέτησε την επιχορήγηση του κρατικού προϋπολογισμού προς τον ΟΑΠ-ΔΕΗ, ως αντιπαροχή της δήθεν ενσωματωμένης περιουσίας του ΟΑΠ-ΔΕΗ στην περιουσία της ΔΕΗ

Α.Ε. Το ποσό που αποδίδεται —πέραν των εργοδοτικών εισφορών— επικαιροποιημένο για φέτος ξεπερνά τα 700 εκατ. ευρώ.

8. Ένα χαράτσι σημαντικό για τα έσοδα του κράτους, που όμως μπορεί να αποφύγει ο κάθε πολίτης, είναι το ποσό των 20–25 ευρώ μηνιαίως στο κάθε κινητό τηλέφωνο. Και

9. Καμιά μείωση μισθών και συντάξεων. Δεν αντέχει άλλο ούτε ο μισθωτός ούτε ο συνταξιούχος ούτε η αγορά ούτε η κοινωνία. Κι αν οι τροϊκανοί επιμένουν, να γυρίσουμε στη δραχμή συντεταγμένα. Και μην ξεχνάμε ότι με τη δραχμή μας συντελέστηκε το θαύμα της οικονομίας μας, παρά τα ερείπια που μας άφησε ο δεκάχρονος πόλεμος στη δεκαετία του '40.

Και μην αμελήσουμε! Όταν γυρίσουμε στη δραχμή, να κινήσουμε τη διαδικασία επιστροφής του αναγκαστικού δανείου που δώσαμε στη Γερμανία στα χρόνια της Κατοχής. Σύμπας ο λαός μας θα το χαρεί. Και, ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα, θα το γλεντήσει.

19 Ιουλίου 2012

ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ.

Τι μας λείπει, πολιτική βούληση ή θάρρος;



Οργασμός στον χώρο των ναρκωτικών. Μεγάλη κινητικότητα, πολλές συζητήσεις και αρκετές προτάσεις —ανάμεσά τους και κάποιες ενδιαφέρουσες— που φιλοδοξούν να προσεγγίσουν αποτελεσματικά το πρόβλημα.

Και δικαιολογημένα, αφού κάθε πολιτική που εφαρμόστηκε μετά τη μεταπολίτευση δεν κατάφερε να κάμψει τους διαρκώς αυξανόμενους ρυθμούς χρήσης ναρκωτικών ουσιών. Ακόμα και εκείνη η αξιόλογη επέμβαση της πολιτείας με τον Ν. 1729/87, αν και διαπνεόταν από κοινωνικό προσανατολισμό, στάθηκε ανίκανη να αναχαιτίσει τη μάστιγα, γιατί έλειπε το θάρρος.

Έτσι, σήμερα βρισκόμαστε μπροστά σε έναν τεράστιας έκτασης επωαζόμενο κίνδυνο, που απαιτεί επιτέλους τόλμη και αποφασιστικότητα. Η αναγκαιότητα δε για μια δυναμική και αποφασιστική αντιμετώπιση του προβλήματος επιβάλλεται και από την αναμφισβήτητη συμβολή της τοξικομανίας στην εξάπλωση του AIDS.

Γι' αυτό νομίζω ότι πρέπει σύντομα να δρομολογηθεί ένας διάλογος μεταξύ πολιτείας και όλων των ενδιαφερόμενων και εμπλεκόμενων στο θέμα φορέων με στόχο τη διαμόρφωση μιας άλλης πολιτικής, θαρραλέας και ριζοσπαστικής, που θα προσβλέπει σε μια αιτιολογική προσέγγιση του προβλήματος.

Δηλαδή, αν δεχτούμε ότι αποκλειστικό κίνητρο της ανάπτυξης των κυκλωμάτων εμπορίας ναρκωτικών είναι το κέρ-

δος, για να «σπάσουμε» τα κυκλώματα αυτά του θανάτου δεν έχουμε παρά να διευκολύνουμε και να ενθαρρύνουμε την αποκόλληση και την απομάκρυνση των χρηστών (καταναλωτών) από τους εμπόρους. Και μπορούμε να απεγκλωβίσουμε τους χρήστες μόνο με την ικανοποίηση της χρήσης και την ανάληψη από την πολιτεία της δωρεάν χορήγησης των ναρκωτικών ουσιών στους αποδεδειγμένα ναρκομανείς.

Πρόκειται για μια πολιτική που θα ξεκινάει από την αρχή και την αποδοχή ότι «ο χρήστης είναι άρρωστος» και που θα εκφράζεται και θα ολοκληρώνεται με την κατανόηση, την αγάπη και την αλληλεγγύη της κοινωνίας προς αυτόν. Μια πολιτική που θα στοχεύει στην αποπεριθωριοποίηση των θυμάτων και στην επανένταξή τους σε μια κοινωνία «συλλογικότητας».

Και πρέπει να συζητήσουμε σοβαρά την πρόταση αυτή αν θέλουμε:

1. Να απεγκλωβίσουμε τον χρήστη από τα κυκλώματα εμπορίας και να τον απαλλάξουμε από κάθε επικίνδυνη και ποινικά κολάσιμη συμπεριφορά.

2. Να αποφύγουμε τους θανάτους που οφείλονται στη νοθεία του εμπορεύματος.

3. Να προστατέψουμε τους χρήστες από το AIDS.

4. Να αποκλείσουμε στον οποιονδήποτε κάτοχο ναρκωτικών κάθε δυνατότητα διαφυγής από την «τσιμπίδα» του νόμου με την επίκληση της ιδιότητας του χρήστη.

5. Να αποθαρρύνουμε τα κυκλώματα ναρκωτικών για «κατασκευή» νέων τοξικομανών, αφού δεν θα υπάρχουν πλέον χρήστες για εκμετάλλευση ή εκβιασμό.

6. Να απελευθερώσουμε τον χρήστη από το αντιεξουσιαστικό και αντικοινωνικό σύνδρομο που δικαιολογημένα τον

διακατέχει και να τον καταστήσουμε συνεργάσιμο με τις υγειονομικές μας υπηρεσίες. Και

7. Να αποδεχθεί ο τοξικοεξαρτημένος τη διαδικασία της αποτοξίνωσης και της κοινωνικής επανένταξής του.

Νομοθετικό πλαίσιο λοιπόν πλήρους αποδοχής του χρήστη, αλλά σκληρό και ανελέητο για τον έμπορο, ακόμα κι αν είναι χρήστης, αφού θα εκλείψει κάθε δικαιολογία ατομικής του ικανοποίησης.

Είναι βέβαιο ότι η πρόταση αυτή, που για πρώτη φορά διατύπωσα κατά τη συζήτηση του προσχεδίου του Ν. 1729/1987, θα συναντήσει έντονη αντίδραση τόσο της συντηρητικής κοινωνίας μας όσο και των αποκλειστικά θιγόμενων κυκλωμάτων διακίνησης ναρκωτικών.

Αλλά —προς Θεού— σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να επιμείνουμε σε μια πολιτική που υπαγορεύεται από προκαταλήψεις, δογματισμούς και τεράστια συμφέροντα, που στηρίζεται στην άγνοια και στον φόβο και που δεν κατάφερε μέχρι σήμερα να κάμψει το πρόβλημα.

Όσο για τη νομιμοποίηση της χρήσης των ναρκωτικών, την οποία συζητάμε και που πολλούς «σοκάρει», θυμίζω ότι έχει ήδη έμμεσα συντελεστεί με τη δωρεάν χορήγηση από την πολιτεία συρίγγων στους τοξικομανείς για την προστασία τους από το AIDS και την ανοχή του νόμου στις περιπτώσεις κατάρχεις «μικροποσοτήτων». Αυτό άραγε δεν είναι και δεν αποτελεί νομιμοποίηση της χρήσης;

Επομένως, κάθε αντίρρηση, σεβαστή και συζητήσιμη καθ' όλα, θυμίζει και λίγο στρουθοκαμηλισμό.

ΕΠΙΚΑΙΡΟΤΗΤΑ, 22 Μαΐου 1990

Οι σχέσεις Εκκλησίας και Κράτους



Η Ορθόδοξη Εκκλησία της Ελλάδος, αυτοκέφαλη και ανεξάρτητη από κάθε άλλη Εκκλησία, είναι μεν αυτοδιοικούμενη αλλά πολιτικά υπόκειται στην κοσμική αρχή.

Οι σχέσεις μάλιστα με την πολιτεία καθιερώθηκαν από την εποχή της συγκρότησης του νεοελληνικού κράτους, του οποίου υπήρξε διοικητικό και οργανωτικό δημιουργήμα. Με την έννοια αυτή, η Εκκλησία της Ελλάδος θα μπορούσε ως διοικητικό μόρφωμα να χαρακτηριστεί Εκκλησία κρατική ή εθνική, αφού η οργανωτική της υπόσταση κυοφορήθηκε στους κόλπους του νεοελληνικού κράτους, η εκκλησιαστική της δικαιοδοσία συνέπιπτε με εκείνη της εθνικής επικράτειας και η ίδια «έμαθε» ότι πέραν των υποχρεώσεων και δικαιωμάτων που απορρέουν ως πνευματικό καθίδρυμα εγγκολώθηκε και εθνική ευθύνη (Αντώνης Μανιτάκης, *Οι σχέσεις της Εκκλησίας με το Κράτος-Έθνος στη σκιά των ταυτοτήτων*, Αθήνα: Νεφέλη, 2000).

Η Ορθόδοξη Εκκλησία της Ελλάδος δεν αναστήθηκε με την παλιγγενεσία, αλλά στήθηκε κυριολεκτικά από την κρατική εξουσία ως θεσμός του Κράτους ανεξάρτητος και αυτοκέφαλος.

Η καθιέρωση της εκκλησιαστικής ανεξαρτησίας εντάσσεται στο ευρύτερο ιστορικό πλαίσιο δημιουργίας εθνικών κρατών και εγκαθίδρυσης εθνικών εκκλησιών στα Βαλκάνια.

Δεν πρέπει δε να αντιμετωπίζεται ως δημιουργήμα μιας ξενόφερτης εξουσίας μετά την ίδρυση του νεοελληνικού κράτους, αλλά ως φυσιολογική και αναγκαία συνέπεια της δημιουργίας του εθνικού κράτους. Στο ανεξάρτητο δηλαδή εθνικό κράτος

όπως ήταν η Ελλάδα δεν μπορούσε να έχει την «επικρατούσα στην επικράτειά του θρησκεία της Ανατολικής Εκκλησίας» οργανωμένη και διευθυνόμενη από ένα εξωεθνικό αναγκαστικά κέντρο, όπως ήταν το Οικουμενικό Πατριαρχείο, που βρισκόταν υπό την κυριαρχία ξένου κράτους, και μάλιστα αλλόθρησκου, με το οποίο η Ελλάδα βρισκόταν σε εμπόλεμη κατάσταση. Και θα ήταν παράλογο να υπόκειται η ελληνική Εκκλησία διοικητικά εις άλλου κράτους εκκλησιαστική αρχή. Έτσι, το αυτοκέφαλο εναρμονιζόταν απόλυτα με την εθνική ανεξαρτησία και ήταν αναγκαίο για να αποκτήσει το πρώτο ανά την οικουμένη έθνος των χριστιανών ορθοδόξων μια διακριτή εθνική εκκλησιαστική διοίκηση, της οποίας η πνευματική δικαιοδοσία αντιστοιχεί στα σύνορα της ανεξάρτητης επικράτειας.

Η εθνική αυθυπαρξία της Εκκλησίας της Ελλάδος ίσχυσε χωρίς κραδασμούς επί δύο αιώνες, επιβεβαιώθηκε από όλα τα Συντάγματα και ουδέποτε αμφισβητήθηκε, εφόσον άλλωστε δεν θιγόταν η δογματική ορθόδοξη ενότητά της με το Πατριαρχείο και τις ομόδοξες Εκκλησίες.

Επίσης, η ανεξαρτησία της Εκκλησίας της Ελλάδος έναντι του Πατριαρχείου είχε διακηρυχθεί και επιβληθεί στην πράξη από την εποχή της Επανάστασης και είχε υιοθετηθεί ουσιαστικά και τυπικά από την Εθνική Συνέλευση. Η εξουσία του Κράτους να επεμβαίνει, να ρυθμίζει και να καθορίζει τα της Εκκλησίας, να νομοθετεί για λογαριασμό της, χωρίς καν να ζητά τη γνώμη της, και γενικά ο αποκλεισμός της από τις δημόσιες υποθέσεις είχε δοκιμαστεί και καθιερωθεί από τις επαναστατικές συνελεύσεις με την παρουσία και τη συγκατάθεση του πρώτου «Μίνιστρου» επί των εκκλησιαστικών επισκόπου Ανδρούσης Ιωσήφ.

Βέβαια, ο Καποδίστριας δίστασε στην αρχή να προχωρήσει

στην αυτονομία της Εκκλησίας χωρίς συνεννόηση με το Πατριαρχείο, ωστόσο δεν ήταν αντίθετος με την παρεμβατική πολιτική του Κράτους στα εκκλησιαστικά θέματα και στη ρύθμισή τους με τρόπο συγκεντρωτικό από το Κράτος.

Το αυτοκέφαλο διακηρύχθηκε και κανονικά με τον συνοδικό τόμο του 1850, τότε που ο πατριάρχης κήρυξε την ελληνική Εκκλησία ανεξάρτητη και διοικούμενη από τη διαρκή Ιερά Σύνοδο των Ιεραρχών, που αναγνωρίζεται ως η ανώτατη εκκλησιαστική αρχή του Κράτους. Έτσι, μέχρι σήμερα η Εκκλησία της Ελλάδος εξασφάλισε οριστικά τη διοικητική ανεξάρτησή της από το Πατριαρχείο, με τίμημα όμως τη διηνεκή υποταγή της στην εθνική κοσμική εξουσία, υποταγή που σε ορισμένες περιόδους έφτασε στην υποτέλεια.

Θεσμικές συνέπειες του «αυτοκέφαλου»

Η σημαντικότερη αντίδραση που προκλήθηκε με την καθιέρωση του «αυτοκέφαλου» ήταν η διαδικασία και ο μονομερής τρόπος που επιβλήθηκε, δηλαδή η αναγνώριση του βασιλιά ως πολιτικού αρχηγού της Εκκλησίας, και συγκεκριμένα «η υπερέτατη εκκλησιαστική εξουσία εναπόκειται στην υπό του Βασιλέως κυριαρχία».

Με τη διακήρυξη αυτή δεν επιδιώχθηκε τόσο η υποταγή της Εκκλησίας στον μονάρχη όσο η εξασφάλιση της υποταγής της στην κοσμική εξουσία και κυρίως στην υπέρτατη εντός του Κράτους εξουσία, δηλαδή τον βασιλιά ή τον λαό.

Η παρεπόμενη επομένως θεσμική συνέπεια του αυτοκεφάλου ήταν η παραίτηση της Εκκλησίας από κάθε αξίωση ανάμειξης της στα θέματα που ανάγονται στην αποκλειστική αρμοδιότητα της πολιτικής εξουσίας. Η φροντίδα εξάλλου της

κοσμικής εξουσίας επί της Εκκλησίας, διοικητική και οργανική, απεδίδετο στο γεγονός ότι «εις μόνον την πολιτική εξουσίαν απόκειται το βαρύτερο χρέος της ησυχίας και ασφαλείας της Επικρατείας ... και κατά τούτο θεωρούμε τον κοσμικό άρχοντα κεφαλή της Εκκλησίας».

Επέρχεται δηλαδή πλήρης διαχωρισμός των εγκοσμίων από τις πνευματικές υποθέσεις και παραίτηση της Εκκλησίας από τα δημόσια πράγματα.

Η πλήρης επομένως χειραφέτηση της «πολιτικής» από τη «θρησκευτική σφαίρα» αποτελεί την πιο σημαντική δομικού χαρακτήρα αλλαγή που επιτελέστηκε στην κυοφορούμενη ιδιωτική κοινωνία.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το σύστημα της «πολιτειοκρατίας» στις σχέσεις Κράτους και Εκκλησίας δεν καθιερώθηκε συνταγματικά αλλά νομοθετικά. Επιβλήθηκε δηλαδή η νομοθετική και διοικητική παρέμβαση της πολιτικής εξουσίας στη διοίκηση της Εκκλησίας και στον διορισμό κληρικών και επισκόπων, προτού ακόμη θεσπιστεί σχετική συνταγματική διάταξη. Η ρητή συνταγματική πρόβλεψη καθιερώθηκε το 1844 και σε όλα τα μετέπειτα Συντάγματα για δυνατότητα παρέμβασης της πολιτείας στη διοίκηση της Εκκλησίας, με παράλληλη απαγόρευση εμπλοκής της εκκλησιαστικής αρχής στις πολιτικές και γενικά δημόσιες υποθέσεις του Κράτους: «Πάσα κυριαρχία περιλαμβάνει εν αυτή και το περί το διακοσμείν τα της Εκκλησίας». Αποφασίστηκε δηλαδή και καθιερώθηκε τα εκκλησιαστικά διοικητικά ζητήματα να ρυθμίζονται με νόμο και όχι με πράξεις και αποφάσεις αυτόνομες της ίδιας της Εκκλησίας.

Από το δεύτερο όμως ήμισυ του 20ού αιώνα η Εκκλησία

αναγορεύεται σε ιδιότυπο νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου και οι πράξεις της θεωρούνται διοικητικές και οι αποφάσεις εκλογής και διορισμού μητροπολιτών υπόκεινται ως πράξεις εκτελεστές στον ακυρωτικό έλεγχο του Συμβουλίου της Επικρατείας. Με το σύστημα αυτό το μεν Κράτος απέκτησε δικαίωμα παρέμβασης σε θέματα οργάνωσης και διοίκησης της Εκκλησίας, οι δε εκκλησιαστικές αρχές εξοπλίστηκαν με πρόνοια κρατικά και οι αποφάσεις τους περιβάλλονται με κύρος και ισχύ δημόσιας αρχής.

Τέλος, με το Σύνταγμα του 1975 κατοχυρώθηκε ρητά το αυτοδιοίκητο της Εκκλησίας και αποκλείστηκε παντελώς η ανάμειξη της πολιτείας στη διοίκηση της Εκκλησίας, αλλά παράλληλα αποκλείστηκε η αναφορά της Εκκλησίας σε θέματα της πολιτικά οργανωμένης κοινωνίας, τα οποία ρυθμίζονται από την τεταγμένη προς τούτο κρατική εξουσία.

Σύγκρουση της κανονικής δικαιοπραξίας της Εκκλησίας με την κρατική

Η επίκληση των ιερών αποστολικών και συνοδικών κανόνων που αναφέρονται στο άρθρο 3 του Συντάγματος έγινε αιτία και δικαιολογία πρόταξης και αντιπαράθεσης της κανονικής δικαιοπραξίας απέναντι στην κρατική. Θεωρήθηκε δηλαδή από την Εκκλησία ότι η υποχρέωση τήρησης των ιερών κανόνων που θεσπίστηκαν με συνοδικές πράξεις εφόσον έρχεται σε αντίθεση με νόμο μπορεί να τον παρακάμψει, ισχυριζόμενη ότι πρόκειται για ιερούς κανόνες υπέρτερης ισχύος των ισχυόντων νόμων ή διοικητικών αποφάσεων.

Η αντίληψη αυτή όμως θεωρήθηκε ότι επάγει μια θεοκρατική ερμηνευτική προσέγγιση του Συντάγματος που οδηγεί

στην παράκαμψή του, θέτει την Εκκλησία πάνω από το Σύνταγμα και νομιμοποιεί εκκλησιαστικές συμπεριφορές και αντιλήψεις που περιφρονούν κάθε έννοια συνταγματικής νομιμότητας και δημοκρατικής νομιμοφροσύνης.

Η ένταση δε αυτή που δημιουργείται από τη διαφορετική ερμηνεία των σχετικών συνταγματικών διατάξεων είναι αποτέλεσμα της αντιφατικής ιστορικής σύζευξης της εκκλησιαστικής δικαιοπραξίας με εκείνη του Κράτους-εξουσίας που κυοφορήθηκε στους κόλπους του νεοελληνικού κράτους.

Όμως κατά τη νομική ακριβολογία η συνταγματική κατοχύρωση των ιερών κανόνων στο Σύνταγμα ισοδυναμεί με συνταγματική προτροπή προς την Εκκλησία να σέβεται τους κανόνες της ορθόδοξης παράδοσης που αφορούν το αυτοδιοίκητο και τη νομιμοποιεί να αντιτίθεται σε κάθε «αντικανονική» παρέμβαση του Κράτους στα εσωτερικά της.

Επίσης, η επιψήφιση του Καταστατικού Χάρτη της Εκκλησίας από τη νομοθετική εξουσία, αντί οι καταστατικοί κανόνες της Εκκλησίας να αποτελούν εσωτερική της υπόθεση, παίρνουν τη μορφή κρατικού νόμου και γίνονται υπόθεση κρατικού ενδιαφέροντος.

Με τον τρόπο αυτό το αυτοδιοίκητο της Εκκλησίας υπονομεύεται θεσμικά και εκμηδενίζεται ιδεολογικά. Διότι, οργανωμένα νομοθετικά, η Εκκλησία νομιμοποιείται μεν να λειτουργεί ως θεσμός του Κράτους και αναγορεύεται σε αρχή κρατική προσκείμενη με δημόσια εξουσία, με αντίτιμο όμως της «κρατικής» αυτής έκφασής της την υπαγωγή της στις διατάξεις του Συντάγματος και των νόμων που αφορούν την οργάνωση και τη διοίκησή της.

Από όσα εκθέσαμε είναι ξεκάθαρο ότι, αν η Εκκλησία θέλει

να αποκτήσει πλήρη καταστατική αυτονομία, θα πρέπει να οργανωθεί στη βάση ενός εσωτερικού καταστατικού χάρτη που θα είναι προϊόν της αυτόνομης βούλησής της, για να μπορεί έτσι να διεκδικεί και να επικαλείται το αυτοδιοίκητο των υποθέσεών της. Γιατί, όσο η διοικητική ύπαρξη και λειτουργία της βασίζεται και εξαρτάται από τη νομοθετική βούληση του Κράτους, η κρατική παρέμβαση, διοικητική ή δικαστική, είναι αναπόφευκτη. Αν λοιπόν η Εκκλησία επιθυμεί την αυτοδιοίκησή της και την απεξάρτησή της από την κρατική κηδεμονία, οφείλει να απεκδυθεί και να αποχωριστεί την κρατική της υπόσταση και να παύσει να λειτουργεί ως θεσμός του Κράτους.

Θεσμικές και ιδεολογικές συνέπειες της ήπιας πολιτειοκρατίας

Από τις υφιστάμενες σήμερα σχέσεις Κράτους και Εκκλησίας προκύπτουν οι παρακάτω θεσμικές συνέπειες:

1. Η δόμηση της Εκκλησίας ακολουθεί τη συγκεντρωτική διοίκηση του Κράτους. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι οι επίσκοποι είναι υποχρεωμένοι να εκτελούν τις εντολές και να αναφέρονται στην υφιστάμενη μονοκεντρική εξουσία.
2. Οι επίσκοποι αποκτούν κρατικού χαρακτήρα εξουσία και εξελίσσονται σε τοπικές εκκλησιαστικές αρχές που συνεργάζονται με τις άλλες κρατικές αρχές.
3. Η εκκλησιαστική λατρεία αποβαίνει κρατική λατρεία και μέσα σ' αυτήν εντάσσονται οι κρατικές τελετές.
4. Η σύνδεση με το Κράτος και ο συγκεντρωτισμός μεταβάλλουν την Εκκλησία σε εθνοκεντρική.

Αυτός όμως ο εθνοκεντρισμός, που έχει τις ρίζες του στην οργάνωση του νεοελληνικού κράτους, δεν λειτούργησε μόνο ως κρατικός θεσμός αλλά και ως παράγων νομιμοποίησης της

εκάστοτε πολιτικής εξουσίας. Ο ρόλος δε αυτός της Εκκλησίας ως νομιμοποιητικού παράγοντα της πολιτικής εξουσίας ήταν ιδιαίτερα έκδηλος καθ' όλη τη διάρκεια του βίου της νεοελληνικής πολιτείας.

Ως εκ τούτου, η σχέση εξάρτησης και υποταγής της Εκκλησίας στην πολιτική εξουσία εξυπηρετούσε τόσο τα συμφέροντα της πολιτείας όσο και τα συμφέροντα της δεσποτοκρατούμενης Εκκλησίας και ενεργούσε αμφίδρομα υπηρετώντας δύο στόχους:

α) Τους σκοπούς του εθνικού ελληνικού κράτους.

β) Νομοθετικές και διοικητικές παρεμβάσεις του Κράτους στα της Εκκλησίας κατά τρόπο που να ευνοεί τη δεσποτοκρατία.

Επομένως, η πολιτική υποταγή της Εκκλησίας στην πολιτική εξουσία με παράλληλη στήριξη της κρατικής εξουσίας είχε ως συνέπεια τον ενστερνισμό από την Εκκλησία της εθνικής ιδεολογίας του νεοελληνικού κράτους και την ταύτισή της με την ιδέα του Έθνους, την οποία στήριζε και εμψύχωνε το νεοελληνικό κράτος.

Διαχρονικά όμως παρατηρήθηκε ότι το περιεχόμενο της εθνικής ιδέας όπου προσχώρησε η επίσημη Εκκλησία άλλαζε και δεν ήταν πάντα το ίδιο ούτε ταυτόσημο με εκείνο που προωθούσε το Κράτος. Άλλωστε, ούτε όλοι οι δεσποτάδες είχαν την ίδια πάντα αντίληψη περί Έθνους. Άλλοτε η ιδέα του Έθνους επιζητούσε τη δημιουργία μιας δημοκρατικής πολιτείας με έμφαση στις αξίες της ελευθερίας και της ισότητας, άλλοτε ταυτιζόταν με τη μεγάλη ιδέα της αναβίωσης της Βυζαντινής Αυτοκρατορίας και άλλοτε προσανατολιζόταν στην προστασία της υφισταμένης κάθε φορά επικράτειας και της ακεραιότητας της χώρας χωρίς διεκδικήσεις αλλά ούτε και παραχωρήσεις.

Η συνταγματική ιστορία της Εκκλησίας τους δύο αιώνες μετά την αποτίναξη του τουρκικού ζυγού δείχνει ότι ο σφιχτός εναγκαλισμός της Ορθόδοξης Εκκλησίας της Ελλάδος με το Κράτος δεν είναι παρά η κορυφή του παγόβουνου της αδιόρατης και στενής σχέσης του χριστιανικού λαού μας με το Έθνος και πέρα από το Έθνος με το γένος, το οποίο τείνει να υποκαταστήσει ή να δώσει ένα νέο περιεχόμενο στην έννοια του Έθνους. Αυτή η στενή διασύνδεση της Εκκλησίας με το Έθνος δοκιμάζεται σήμερα με την κρίση του Κράτους και του Έθνους, αλλά και την εμφανή επιδίωξη κάποιων για διαχωρισμό Κράτους και Εκκλησίας.

2008

Τσιγάρο: Κοινωνική πρόκληση

*«Κανένα ζώον δεν τρώει τον καπνό.
Μόνο ο άνθρωπος».*



Άλλη μια παγκόσμια ημέρα σήμερα αφιερωμένη στην καταπολέμηση του άδικου θανάτου που οφείλεται στο κάπνισμα. Άλλη μια μέρα περισυλλογής, απολογισμού και προγραμματισμού και άλλη μια αντικαπνιστική προσπάθεια του υπουργού Υγείας.

Αλλά σήμερα δεν θα ασχοληθούμε με τις συνέπειες του τσιγάρου σε αυτούς που καπνίζουν· θα μας απασχολήσουν εκείνοι που νομίζουν ότι δεν καπνίζουν και καπνίζουν.

Μετά τις πρόσφατες επιδημιολογικές διαπιστώσεις ότι οι επιπτώσεις του καπνίσματος δεν αφορούν μόνο τον καπνιστή αλλά και το περιβάλλον του —εργασιακό και οικογενειακό— η βλαπτική και νοσογόνος αυτή συμπεριφορά αποκτά και κοινωνική διάσταση. Επειδή η υγεία δεν είναι μόνο αγαθό αλλά και δικαίωμα δεμένο με υποχρεώσεις, που υπαγορεύουν σε όλους μας συνεχή προσπάθεια και ενεργό συμμετοχή. Και ακόμα, επειδή η κοινωνική ευθύνη στον τομέα της υγείας δεν εκφράζεται μόνο με την εξασφάλιση έγκαιρης, ισότιμης και αποτελεσματικής ιατρικής περίθαλψης αλλά με τη συνειδητή ανάληψη από κάθε πλευρά των ευθυνών για την υγεία, θεωρώ ότι η επιμονή των καπνιστών να περιφρονούν την υγεία των παιδιών τους και τα δικαιώματα των συνανθρώπων τους συνιστά κοινωνική πρόκληση.

Οι έρευνες που προανέφερα δείχνουν ότι οι γυναίκες των

καπνιστών εμφανίζουν διπλάσιο ποσοστό καρκίνου του πνεύμονα σε σχέση με ισάριθμες γυναίκες μη καπνιστών και τα παιδιά καπνιστών απουσιάζουν εξαιτίας στηθικών προβλημάτων διπλάσιες ημέρες από το σχολείο τους από τα παιδιά με γονείς μη καπνιστές.

Ακόμα, είναι βεβαιωμένο ότι το παθητικό κάπνισμα επηρεάζει και τα έμβρυα, τα οποία, αν δεν αποβληθούν πρωιμότερα, γεννιούνται λιποβαρή και με διανοητικά προβλήματα (αργότερα).

Η αντικοινωνική και βλαπτική στην υγεία αυτή συμπεριφορά ξεπερνά τα όρια της πρόκλησης και καθίσταται εξοργιστική όταν αφορά γιατρούς ή εκπαιδευτικούς που εξετάζουν τον άρρωστο ή διδάσκουν με το τσιγάρο στο στόμα. Νομίζω ότι το θέαμα πρέπει να απασχολήσει τους ιατρικούς και εκπαιδευτικούς συλλόγους.

Σε όλες τις προηγμένες χώρες το κάπνισμα απαγορεύεται σε κάθε κλειστό χώρο και σε πολλές από αυτές δεν προσλαμβάνουν στα νοσοκομεία γιατρούς καπνιστές. Μόνο στην Ελλάδα, αν και υπάρχουν οι σχετικές διατάξεις, πουθενά δεν εφαρμόζονται, με αποτέλεσμα η συγκέντρωση των «ρύπων» του τσιγάρου, που είναι βεβαιωμένα πια καρκινογόνες, σε χώρους δουλειάς ή και στο σπίτι να ξεπερνά τα ανώτερα επιτρεπόμενα όρια ρύπανσης ακόμα και ανοικτών χώρων.

Έχουν δίκιο λοιπόν όσοι ισχυρίζονται ότι οι ερυθρόδερμοι εξακολουθούν να εκδικούνται τους απογόνους των κατακτητών τους.

Καμιά αντικαπνιστική εκστρατεία δεν πέτυχε μέχρι σήμερα, με εξαίρεση δύο περιόδους: των ετών 1978–81 και 1987–89.

Ακόμα και η επισήμανση στο πακέτο και στις διαφημίσεις του τσιγάρου ότι «το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά την υγεία»,

που θεωρήθηκε σημαντική παρέμβαση στην όλη προσπάθεια, δεν κατάφερε να μειώσει την κατανάλωση ούτε να αυξήσει το ποσοστό εκείνων που κάθε χρόνο «κόβουν» το τσιγάρο πάνω από το 2%.

Φαίνεται ότι οι διαφημίσεις των καπνοβιομηχανιών, με τα βραχυπρόθεσμα ηδονιστικά πρότυπά τους, επηρεάζουν περισσότερο από τα μηνύματα της αγωγής υγείας, που με τον στοχαστικό τους χαρακτήρα δύσκολα κάμπτουν την υποσυνείδητη αντίσταση που δημιουργεί η αυταπάτη της αθανασίας και ο πιθανολογούμενος κίνδυνος στη νεολαία μας. Το σημείο αυτό θεωρείται σημαντικά κρίσιμο, γιατί, επειδή οι νέοι αποτελούν το περισσότερο ενεργό και δραστήριο τμήμα του πληθυσμού στην εισαγωγή, προβολή και υλοποίηση των κοινωνικών μεταβολών, η επικέντρωση της αντικαπνιστικής προσπάθειας σε αυτούς δεν εξυπηρετεί μόνο βιοϊατρικούς στόχους, αλλά αποτελεί τη φυσική έκφραση ενός ορθολογικού κοινωνικού σχεδιασμού.

Συμπερασματικά, μετά τη διαπίστωση των συνεπειών του παθητικού καπνίσματος, το πρόβλημα έχει λάβει πέραν των βιολογικών και υγειονομικών, κοινωνικές, ηθικές και νομικές προεκτάσεις.

Και τα δικαιώματα των καπνιστών σταματούν εκεί που η βλαπτική συμπεριφορά τους επηρεάζει αρνητικά την υγεία των μη καπνιστών. Κάποιοι αποφάσισαν να ζήσουν δέκα χρόνια λιγότερα, αλλά με την απόλαυση του τσιγάρου. Κάποιοι άλλοι όμως προτιμούν τον καθαρό αέρα, και ας ζήσουν όσο τους μέλλει.

Εύχομαι επιτυχία στην προσπάθεια του υπουργού Υγείας.

ΕΠΙΚΑΙΡΟΤΗΤΑ

ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ



Πρωτοβάθμια φροντίδα



Ο κόσμος κουράστηκε με το ΕΣΥ. Τόσο με τη διαχείριση και την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών όσο και με τις παλινωδίες της εκάστοτε πολιτικής ηγεσίας του αρμόδιου υπουργείου.

Από τη μια μεριά ο ιατροκεντρικός χαρακτήρας του συστήματος και η εξέλιξη του ιατρικού σώματος σε μια πανίσχυρη συντεχνία που ανθίσταται σε κάθε επιχειρούμενη μεταρρύθμιση, με αποτέλεσμα τη διαιώνιση αντικοινωνικών σηπτικών φαινομένων και την αμφισβήτηση της αποτελεσματικότητας της σύγχρονης κλινικής ιατρικής από τον άρρωστο, η οποία υφέρπει και διαβρώνει το κύρος και την αξιοπιστία του ιατροβιομηχανικού συμπλέγματος, και από την άλλη τα αλλεπάλληλα νομοσχέδια και οι νόμοι με τους πομπώδεις και φιλόδοξους τίτλους που προκαλούν θυμηδία και δυσφορία του κοινού.

Και, ακόμα, παρά τις προσπάθειες συγκράτησης και ελέγχου του κόστους των υπηρεσιών υγείας, οι υγειονομικές δαπάνες εξακολουθούν να αυξάνονται με ρυθμό μεγαλύτερο από τον αντίστοιχο του ΑΕΠ, και ιδιαίτερα εκείνες που αφορούν το φάρμακο και τις εξετάσεις προηγμένης τεχνολογίας.

Παράλληλα πιστοποιείται ότι οι αιτίες πρόωρης και αποτρεπτής θνησιμότητας δεν ελέγχονται, οι ανισότητες στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας αναπαράγονται και διευρύνονται και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αμφισβητείται.

Επίσης, η αναζήτηση της ποιότητας, της ελεύθερης επιλογής

γιατρού και νοσηλευτηρίου και της αποδοτικότητας, που εξακολουθεί να αποτελεί το ζητούμενο τόσο στην απελθούσα όσο και στην τρέχουσα δεκαετία, στην πατρίδα μας δεν φαίνονται καθόλου εφικτά. Γιατί μας λείπει ο αναγκαίος στρατηγικός επαναπροσανατολισμός, αντί των κάποιων διευθετήσεων που κάθε φορά προκρίνουμε.

Ωστόσο, θα πρέπει επιτέλους να συνειδητοποιήσουμε ότι κανένα σύστημα περίθαλψης δεν θα είναι αποτελεσματικό αν δεν αποβλέπει στον έλεγχο της άκαιρης θνησιμότητας και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, με παράλληλο περιορισμό της δαπάνης.

Γι' αυτό αποτελεί επιτακτική ανάγκη ο επαναπροσδιορισμός του κέντρου ευθύνης του ΕΣΥ και η ανάδειξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας και περίθαλψης σε εξαιρετικής σημασίας προτεραιότητα.

Γιατί η παράταση των αρρυθμιών και η διαιώνιση των αγκυλώσεων του Εθνικού Συστήματος Υγείας στον τόπο μας εστιάζεται κατά κύριο λόγο στην αποσύνθεση των δομών στην ανοικτή εξωνοσοκομειακή περίθαλψη στα αστικά κέντρα.

Η σημασία δε που έχει η ανάπτυξη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και φροντίδας στην αναβάθμιση του συστήματος υγείας και συνακόλουθα στον περιορισμό του κόστους καταδεικνύεται από την ασφυξία του νοσοκομείου και τη δυσάρεσκα του πολίτη.

ΤΟ ΒΗΜΑ, 24 Απριλίου 2003

Η ΓΝΩΜΗ, 13 Ιουλίου 2009

Ακόμα μία χαμένη ευκαιρία για την υγεία



Υπερβολικός και αδικαιολόγητος θεωρείται ο θόρυβος που ακολούθησε την κατάθεση του νομοσχεδίου για την υγεία στη Βουλή. Και αυτό γιατί οι προτεινόμενες παρεμβάσεις σε καμία περίπτωση δεν αίρουν τα αδιέξοδα της υφιστάμενης καταστάσεως και, πολύ περισσότερο, δεν συμβάλλουν στη βελτίωση της παρεχόμενης περίθαλψης. Απλώς αποτελούν μία ακόμα χαμένη ευκαιρία!

Είναι γεγονός ότι μετά την εξάχρονη, έστω και μερική, λειτουργία του ΕΣΥ διαπιστώθηκαν αδυναμίες που κατέστησαν αναγκαία τη μεταρρύθμισή του, η οποία όμως θα έπρεπε να προσβλέπει στην ανάταξη των εντοπισμένων οργανωτικών και λειτουργικών δυσκαμψιών και στην πλήρη ανάπτυξη του συστήματος μέσα στο πλαίσιο της θεμελιακής αρχής για ισότιμη, ποιοτικά καλή και δωρεάν υγεία στον λαό.

Δυστυχώς όμως φαίνεται ότι η κυβέρνηση δεν διαθέτει την απαραίτητη προς την κατεύθυνση αυτή πολιτική βούληση και, παρά τους κομπασμούς του αρμόδιου υπουργού, η ακινησία διαιωνίζεται και η υγειονομική αγκύλωση παρατείνεται, αφού τα τέσσερα τελευταία χρόνια δεν έχει επιχειρηθεί καμία, έστω και περιορισμένης έκτασης, οργανωτική αναδιάρθρωση και το σύστημα έχει εγκαταλειφθεί κυριολεκτικά στην τύχη του.

Συγκεκριμένα, το υπό συζήτηση νομοσχέδιο, αν και παρουσιάζει τεχνικές δυσκολίες στην αξιολόγησή του, φαίνεται ότι δεν προσδιορίζει στόχους, δεν ασχολείται με προγραμματισμό, αντιπαρέρχεται τις αδυναμίες του υπάρχοντος συστήμα-

τος, κλείνει τα μάτια μπροστά στην επερχόμενη κατάρρευση και σε καμία περίπτωση δεν εκφράζει συγκεκριμένη πολιτική υγείας. Γιατί:

- Ενθαρρύνει τη διαμορφούμενη αποκλειστικά από τον γιατρό υπερκατανάλωση υπηρεσιών υγείας, ανεξάρτητα από τις πραγματικές ανάγκες.
- Αποδυναμώνει τις πρωτοβάθμιας φροντίδας υπηρεσίες υγείας (εγκατάλειψη Κέντρων Υγείας και υπαγωγή τους στον νομόρχη) και επαναπροσανατολίζει προς τη λίκαν δαπανηρή και αναποτελεσματική δευτεροβάθμια (νοσοκομειακή) περίθαλψη.
- Ενισχύει τις ποικιλώνυμες ιδιωτικές διαγνωστικές υπηρεσίες, των οποίων το κόστος (με το λίκαν υψηλό τιμολόγιο και την προκλητική ζήτηση που υποθάλλεται και αναπτύσσεται) δημιουργεί σοβαρές οικονομικές παρενέργειες στους ασφαλιστικούς οργανισμούς και οικογενειακούς προϋπολογισμούς.
- Δεν προσφέρει κίνητρα για την αύξηση της παραγωγικότητας. Μόνον η αμοιβή κατά πράξη και στα νοσοκομεία μας θα εξαφανίσει τις λίστες αναμονής, θα περιορίσει τη συναλλαγή και θα θεραπεύσει την ανίατη ασθένεια των καθημερινών «βλαβών» στεφανιογράφων, αξονικών τομογράφων κ.λπ.
- Εισάγει δύο νέους θεσμούς εργασιακών σχέσεων: του γιατρού μερικής απασχόλησης, που απαράδεκτα εξελίσσεται μέχρι τον βαθμό του διευθυντή, και του γιατρού—συμβούλου, που —ντροπή!— διορίζει ο νομόρχης. Αν και ο πρώτος εξ αυτών μπορούσε να είναι σημαντικά χρήσιμος για την κάλυψη των κενών στα Κέντρα Υγείας και στα επαρχιακά νοσοκομεία, η όλη διαδικασία σύστασης και πλήρωσης των θέσεων αυτών δημιουργεί σοβαρές αμφιβολίες για την ειλι-

κρίνεια και την καθαρότητα των κυβερνητικών προθέσεων. Παραχωρεί στον άρρωστο το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής γιατρού και θεραπευτηρίου. Δεν πρόκειται περί καινοτομίας, αφού και σήμερα θεωρητικά κάνουν χρήση του «προνομίου» αυτού δύομισι εκατομμύρια Έλληνες προκειμένου για γιατρό και επτά εκατομμύρια για θεραπευτήριο.

- Η πρόταση όμως στερείται σοβαρότητας, γιατί είναι ανεφάρμοστη και, ως εκ τούτου, αποβλέπει σε πολιτική κατανάλωση. Γιατί, αφενός, η οικονομική επιβάρυνση (πέραν δηλαδή των σημερινών δαπανών για την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης) των ήδη χειμαζόμενων ταμείων φαίνεται δυσβάστακτη στην οικονομική συγκυρία: 55 δις για τον ΟΓΑ, 60 δις για το ΙΚΑ, 12 δις για το ΤΕΒΕ και 10 περίπου δις για κάποια άλλα ταμεία και, αφετέρου, είναι πλέον βέβαιο ότι η συντριπτική πλειοψηφία των γιατρών δεν θα δεχθεί τους όρους μιας τέτοιας σύμβασης, όπως αρνείται και σήμερα τη συνεργασία με ταμεία που έχουν το προτεινόμενο σύστημα.

Για να γίνει η πρόταση αποδεκτή, θα πρέπει το κόστος που προανέφερα τουλάχιστον να διπλασιαστεί. Και, ακόμα, θα πρέπει να απασχολήσει τον κ. υπουργό Υγείας η τύχη του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού που υπηρετεί σήμερα στο ΙΚΑ και στο ΤΕΒΕ και αύριο θα είναι χωρίς δουλειά με την εφαρμογή του εγχειρήματος αυτού.

- Τέλος, το νομοσχέδιο δεν ασχολείται καθόλου με τη χρηματοδοτική ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα, τη σημασία και την αναγκαιότητα της οποίας έχουν πρόσφατα επισημάνει στα ΝΕΑ οι καθηγητές κ. Γ. Σκουτέλης και Γ. Κυρίοπουλος.

Στην όλη αυτή δημαγωγική φιέστα της κυβέρνησης η αντίδραση της αντιπολίτευσης δεν ήταν εύστοχη και η επιχειρηματολογία των συνδικαλιστικών φορέων καθόλου πειστική. Για παράδειγμα, κανείς δεν συγκινείται με την επίκληση των συνεπειών που συνεπάγεται ο θεςμός του γιατρού μερικής απασχόλησης (νόθευση του συστήματος, γιατροί δύο ταχυτήτων, άσκηση ιδιωτικού επαγγέλματος κ.λπ.).

Όλοι, τόσο οι οικούντες όσο και οι παροικούντες το ΕΣΥ, γνωρίζουν ότι το σύστημα έχει φαλκιδευτεί και με τις δύο ταχύτητες (πανεπιστημιακοί και μη) και με το δίκην «κρυφού σχολειού» ιδιωτικό ιατρείο μιας μεγάλης μερίδας γιατρών του ΕΣΥ, που ποτέ δεν λειτούργησαν ούτε πλήρως ούτε αποκλειστικά.

Επίσης, προκαλούν ιλαρότητα τα κροκοδείλια δάκρυα κάποιων για την επιχειρούμενη από την κυβέρνηση ιδιωτικοποίηση της υγείας, όταν έχει διαπιστωθεί μια γενική ένοχη σιωπή (ή σιωπηρή ανοχή) μπροστά στη δυσσομία που αποπνέει ο χρηματισμός και η συναλλαγή στα κρατικά μας νοσοκομεία, στους ασφαλιστικούς οργανισμούς και ταμεία, στα ιδιωτικά ιατρεία και κλινικές και που προδίδει βαθιά σήψη όλων των αξιών στον χώρο της υγείας και της υπόλοιπης δημόσιας και ιδιωτικής ζωής του τόπου.

Δεν χάθηκε λοιπόν μόνον η ευκαιρία από την πλευρά της κυβέρνησης για ανασυγκρότηση του υγειονομικού μας συστήματος, αλλά και από την αντιπολίτευση και τους συνδικαλιστικούς φορείς για μια υπεύθυνη και σοβαρή πρόταση πολιτικής υγείας.

ΤΟ ΒΗΜΑ, 5 Απριλίου 1992

Είκοσι χρόνια ΕΣΥ



Πριν από είκοσι χρόνια ξεκίνησε η μεγάλη υγειονομική μεταρρύθμιση στην πατρίδα μας με τον Ν. 1397/83, του οποίου είχα την τιμή να είμαι εισηγητής στη Βουλή των Ελλήνων.

Υποσχθήκαμε τότε ένα σύστημα δημόσιο, αποκεντρωμένο, καθολικό και αποτελεσματικό, το οποίο θα παρείχε δωρεάν υγεία και ποιότητα περίθαλψης στον λαό, ανεξάρτητα από την οικονομική κατάσταση, την κοινωνική θέση και τον τόπο κατοικίας του καθένα.

Όποιος ισχυρίζεται ότι το ΕΣΥ δεν πέτυχε το αδικεί και, επιεικώς, το κάνει από προκατάληψη. Δεν έχω χρόνο να αναφερθώ στις επιτυχίες του και πόσο άλλαξε τη μοίρα του λαού μας μπροστά στην αρρώστια και στον θάνατο. Αναφέρω σύντομα και επιγραμματικά τρεις μεγάλες του επιτυχίες:

α) Σταμάτησαν τα караβάνια των ασθενών να αναζητούν την υγεία τους σε ξένα νοσοκομεία ακόμα και για κირσούς. Αυτό σημαίνει εμπιστοσύνη στον Έλληνα γιατρό.

β) Έκλεισε το 80% των ιδιωτικών κλινικών, με εξαίρεση τα μαιευτήρια για τους γνωστούς λόγους. Αυτό μεταφράζεται σε εμπιστοσύνη του λαού μας προς το ελληνικό νοσοκομείο.

γ) Βελτίωσε θεαματικά τους υγειονομικούς δείκτες της χώρας και βρίσκεται σε πολύ καλή θέση συγκρινόμενο με υγειονομικά συστήματα εκατοντάδων χωρών. Αυτό σημαίνει πολύ καλό σύστημα υγείας. Και βρίσκεται σε πολύ καλή θέση συγκρινόμενο με υγειονομικά συστήματα εκατοντάδων χωρών και με κρίσεις της Π.Ο.Υ.

Ασφαλώς δεν απέδωσε όσα περιμέναμε και δεν δικαίωσε τις προσδοκίες του λαού μας, ο οποίος πραγματικά σαγηνεύτηκε από το ΕΣΥ, που αποτέλεσε τον κύριο πολιτικό και κοινωνικό μοχλό στη διατήρηση του ΠΑΣΟΚ στην εξουσία επί είκοσι χρόνια.

Βέβαια, ο πολιτικός αυτός φορέας έχει την κύρια ευθύνη για τις παρενέργειες που δημιουργήθηκαν στην πορεία της ανάπτυξης και της εξέλιξης του ΕΣΥ, γιατί:

1. Δεν εφαρμόστηκε σωστά και πλήρως ο αρχικός νόμος.
 - Παρότι προέβλεπε, και μάλιστα λεπτομερειακά για νόμο, την αποκέντρωση και τη δημιουργία των ΠΕΣΥ, μόλις πριν από δύο χρόνια συστήθηκαν και λειτούργησαν.
 - Παρότι αποτελούσε βασική δέσμευση η ενοποίηση των κλάδων υγείας των ταμείων, επτά υπουργεία συνεχίζουν να προσφέρουν υπηρεσίες υγείας, αναπαράγοντας τις ανισότητες στον λαό.
 - Παρότι υποσχέθηκε και δεσμεύτηκε νομοθετικά ότι θα υπάρξει Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, είκοσι χρόνια μετά την ψήφιση του εν λόγω νόμου δεν συστήθηκαν ακόμη τα αστικά Κέντρα Υγείας και τα 150 περίπου Κέντρα Υγείας της υπαίθρου υπολειτουργούν ή δεν λειτουργούν καθόλου.
 - Ακόμα, προβλέφθηκε ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού σ' εκείνον τον αρχικό νόμο, βασικός μοχλός λειτουργίας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, και όμως μέχρι τώρα όχι μόνο δεν λειτούργησε ο θεσμός αλλά και δεν ενισχύσαμε όλα αυτά τα χρόνια την παραγωγή γενικών γιατρών που θα στήριζαν το σύστημα.

Πήγα στην Κούβα, χώρα με τον ίδιο πληθυσμό και τον ίδιο

αριθμό γιατρών με εμάς. Από τους 60.000 γιατρούς τους οι 36.000 είναι γενικής ιατρικής και στελεχώνουν ένα δυναμικό σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας.

- Και, παρότι μιλήσαμε για συνεχιζόμενη εκπαίδευση των γιατρών, για επανακρίσεις αξιοκρατικές και αποδοχές αξιοπρεπείς, όλα τα ξεχάσαμε, ενθαρρύνοντας σιωπηρά και ένοχα τη συμπλήρωση του εισοδήματος του γιατρού από την τσέπη του αρρώστου.

Και για να αντιληφθείτε πού έχουμε φτάσει, θα σας ρωτήσω τι θα γινόταν αν λέγαμε στον λαό τη δεκαετία του '80 ότι θα πληρώνει επισήμως τον γιατρό του ΕΣΥ για να τον εξετάσει στο νοσοκομείο. Θα γλιτώναμε το λιντσάρισμα; Και όμως σήμερα πλήρως εξουθενωμένος και απογοητευμένος αυτός ο λαός τα δέχεται όλα. Γιατί;

Γιατί κουράστηκε. Κουράστηκε με τις λίστες αναμονής. Κουράστηκε στις ουρές. Κουράστηκε με την αναμονή σ' ένα τηλέφωνο νοσοκομείου που δεν απαντά ή να περιμένει την αδελφή στο κρεβάτι όπου νοσηλεύεται και αυτή να μην έρχεται. Κουράστηκε να βρει έναν γιατρό να μιλήσει για το πρόβλημά του. Κουράστηκε να βρει την ποιότητα της περίθαλψης που του υποσχθήκαμε. Και πήρε την κατάσταση στα χέρια του. Κάνει μόνος του την επιλογή γιατρού και θεραπευτηρίου και βρίσκει τη μεταχείριση που ζητά και θεραπεία ποιότητας που δικαιούται με την τσέπη του.

Στο 44% ανεβάζουν οι ειδικοί το ποσοστό συμμετοχής της ιδιωτικής δαπάνης στο σύνολο των δαπανών υγείας. Πλησιάζουμε δηλαδή τα 2 τρις δρχ.

2. Δεν υπάρχει κοινή και ενιαία πολιτική σε βάθος χρόνου, αφού κάθε υπουργός φτιάχνει και δικό του νόμο. Δεκαέξι

υπουργοί τα τελευταία είκοσι χρόνια, δεκαέξι διαφορετικοί νόμοι, πλήθος προεδρικών διαταγμάτων και άλλων διατάξεων. Δες και έπεσε η κυβέρνηση.

Ερωτώ: Δεν έχουμε ενιαία πολιτική υγείας; Αν όχι, χρειάζεται να καθοριστεί αυτή η ενιαία πολιτική στην υγεία.

3. Δεν γέρασε το ΕΣΥ. Γέρασαμε όλοι εμείς που δουλεύουμε για το ΕΣΥ από το 1974 και πρέπει να φύγουμε.

Τι πρέπει να γίνει:

- α. *Ενοποίηση όλων των κλάδων υγείας και υπαγωγή τους σε ενιαίο φορέα που θα ανήκει στο Υπουργείο Υγείας.* Τα ψέματα που συνεχίζονται να σταματήσουν. Μιλάμε σοβαρά άραγε όταν νομοθετούμε ότι τα ιατρεία του ΙΚΑ που θα δέχονται και ασθενείς άλλων ταμείων θα ανήκουν διοικητικά στο ΙΚΑ και από πλευράς εποπτείας στο Υπουργείο Υγείας; Αναλογιστείτε τι έχει να γίνει μεταξύ των δύο υπουργείων αν συμβεί κάποιο ιατρικό σφάλμα. Θα φταίει το ΙΚΑ, το οποίο επέλεξε και προσέλαβε και που καθορίζει τις εργασιακές σχέσεις του γιατρού, ή το Υπουργείο Υγείας που εποπτεύει; Είμαι περίεργος να μάθω τι σημαίνει αυτή η εποπτεία.

Αν δεν γίνει τώρα, εδώ και τώρα, κύριοι, ο Ενιαίος Φορέας Υγείας που υποσχθήκαμε εδώ και είκοσι χρόνια, να είστε βέβαιοι ότι μετά 5–10 χρόνια, που θα γιορτάζουμε τα τριαντάχρονα του ΕΣΥ, θα ψάλλουμε τον επιτάφιο του συστήματος, γιατί τότε σίγουρα τα μεγάλα και καλά νοσοκομεία της χώρας θα έχουν βγει στο σφυρί και θα έχουν παραχωρηθεί στην ιδιωτική πρωτοβουλία, όπως θα παραχωρηθεί και το ΙΚΑ με όλες του τις υπηρεσίες πλην του Μητρώου.
Σημείωση: Είχε δίκιο ο κ. Παπαδόπουλος όταν παραιτή-

θηκε. Όταν το Υπουργείο Υγείας με την έγκριση, πιστεύω, της κυβέρνησης και του πρωθυπουργού θεσμοθετούσε με νόμο τον ΟΔΙΠΥ, η διοίκηση του ΙΚΑ, με την έγκριση φυσικά του εποπτεύοντος το ΙΚΑ υπουργείου, σχεδίαζε νοσοκομείο στα Λιόσια. Αν δεν έγινε δεν οφείλεται στην πρόθεση της κυβέρνησης να προχωρήσει στον ΕΦΥ, αλλά σε άλλους λόγους. Αυτό λέγεται αλαλούμ και όχι κυβερνητική πολιτική.

β. *Σύσταση αστικών Κέντρων Υγείας.* Φυσικά, όλες οι νομαρχιακές και τοπικές μονάδες υγείας του ΙΚΑ, αφού θα ενταχθούν στον ΕΦΥ, θα αποτελέσουν τα πρώτα αστικά Κέντρα Υγείας. Αν και τώρα δεν γίνει ο ΕΦΥ, μην ξανασηζήταμε για πολιτική υγείας γιατί θα έχουμε γελοιοποιηθεί.

γ. *Ανάπτυξη συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.* Αποτελεί επιτακτική ανάγκη ο επαναπροσδιορισμός του κέντρου ευθύνης του Εθνικού Συστήματος Υγείας και η ανάδειξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας σε εξαιρετικής σημασίας προτεραιότητα.

Γιατί η παράταση των αρρυθμιών και η διαιώνιση των αγκυλώσεων του ΕΣΥ στον τόπο μας εστιάζεται κατά κύριο λόγο στην αποσύνθεση των δομών στην ανοικτή εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και στην παντελή έλλειψη πρωτοβάθμιας φροντίδας.

δ. *Οικογενειακός γιατρός.* Όπου μπορούμε, να γίνει σωστά. Όπου δεν μπορούμε, ας μείνει για αργότερα. Γιατί ο «οικογενειακός γιατρός» έχει πολλά προβλήματα και εκπλήσσομαι για τη βιασύνη πολλών εξ ημών. Ένα μόνο θα ρωτήσω: Θα είναι ο γενικός γιατρός εκείνος που θα προτιμηθεί για τον ρόλο του οικογενειακού γιατρού; Αν ναι,

ερωτώ και πάλι: Θα αρνηθούμε τη μονιμότητα σ' αυτόν τον γενικό γιατρό; Εγώ δυσκολεύομαι να απαντήσω. Επίσης, στο σημείο αυτό θα πρέπει να υπενθυμίσω τα συμπεράσματα που προέκυψαν σε κάποια έρευνα που έγινε από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας σε συνεργασία με την Π.Ο.Υ. στους χρήστες υπηρεσιών υγείας. Μεγάλη σημασία και προτεραιότητα η πλειοψηφία των πολιτών δίνει στη δυνατότητα επιλογής του γιατρού και του θεραπευτηρίου. Γι' αυτό πιστεύω ότι ο οικογενειακός γιατρός δεν θα πρέπει να είναι τροχονόμος, αλλά να μπορεί ο πολίτης να επιλέγει τον γιατρό ή το θεραπευτήριο που θέλει. Προσοχή! Πρόκειται για σημαντική για την πορεία του ΕΣΥ επιλογή.

- ε. *Πλήρωση χωρίς καθυστέρηση των κενών του νοσηλευτικού και λοιπών παραϊατρικών επαγγελματιών προσωπικού. Δεν αντέχει άλλο το σύστημα.*
- στ. *Μηχανοργάνωση όλων των υγειονομικών μονάδων και εφαρμογή διπλογραφικού συστήματος.*
- ζ. *Εφαρμογή κυκλικού ωραρίου στον γιατρό, με παράλληλη αναμόρφωση μισθολογίου και εργασιακών σχέσεων και με διατήρηση του θεσμού της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Όχι για τους λόγους που θεσπίστηκε, αλλά για άλλους πλέον, πολύ σοβαρότερους.*
- η. *Έλεγχος της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.*
- θ. *Μεταφορά δέκα νοσοκομείων του κέντρου και πέντε της Θεσσαλονίκης σε νέα και σύγχρονα για νοσηλευτικές μονάδες κτίρια. Μην προσδοκάτε ποιότητα περίθαλψης σε γερασμένα κτίρια, αφού τα περισσότερα εξ αυτών αποτελούν όνειδος για τη χώρα μας.*

1. *Χρήματα*. Περισσότερα δεν θα ζητήσω. Θα εξοικονομηθούν από την ανάπτυξη του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας με τη μείωση των ημερών νοσηλείας και των εισερχόμενων στα νοσοκομεία ασθενών που θα προκύψει αναμφισβήτητα.

2003

Εισηγήση για Εθνικό Σύστημα Υγείας



Κύριε Πρόεδρε,
Κυρίες και κύριοι συνάδελφοι,

Είναι για μένα ιδιαίτερα σημαντικό το γεγονός ότι, μετά από μια πολύχρονη θητεία στον ιατρικό συνδικαλισμό, έχω την τιμή να εισηγούμαι το σημερινό υπό ψήφιση νομοσχέδιο που με τόση αγωνία περίμενε και ο λαός μας και ο ιατρικός κόσμος ιδιαίτερα.

Το νομοσχέδιο λοιπόν αυτό που έχει τον τίτλο ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ αποτελεί την απάντηση της κυβέρνησης στη λαϊκή επιταγή για μια ριζική και θεσμική αλλαγή στον χώρο της υγείας. Εισάγει νέους θεσμούς και καινούργιους κανόνες, που αποτελούν τη βάση της φιλοσοφίας του νομοσχεδίου και που θα στηρίζουν την πραγματικά επαναστατική πολιτική της κυβέρνησης για μια καλύτερη υγεία στον ελληνικό λαό.

Η πολιτική αυτή, έχοντας ως αφετηρία τη διακήρυξη της 3ης του Σεπτεμβρίου του '74, εκτέθηκε με ειλικρίνεια και σαφήνεια από το ΠΑΣΟΚ προεκλογικά στη διακήρυξη της κυβερνητικής πολιτικής και εγκρίθηκε από τον λαό.

Τιμώντας λοιπόν η κυβέρνηση εκείνο το συμβόλαιο με τον λαό και υλοποιώντας τις προγραμματικές δηλώσεις του πρωθυπουργού μας, όπως διατυπώθηκαν στην εθνική αντιπροσωπεία τον Νοέμβριο του '81, παρουσιάζει με υπερηφάνεια το συζητούμενο νομοσχέδιο, το οποίο είμαι βέβαιος πως θα χαράξει μια καινούργια πορεία και θα οριοθετήσει μια καινούργια εποχή στον τομέα της περίθαλψης του λαού μας. Και η

Βουλή αυτή θα πρέπει να νιώθει υπερήφανη, γιατί από την ίδρυση του ελληνικού κράτους για πρώτη φορά συζητείται μέσα σ' αυτή την αίθουσα ένα σύστημα υγείας. Ένα εθνικό σύστημα υγείας, που αποτέλεσε πάγιο αίτημα της μεγάλης πλειοψηφίας του λαού μας και καταξιώθηκε μέσα από πολύχρονους διεκδικητικούς αγώνες.

Τόσο οι θεσμοί που εισάγονται με το νομοσχέδιο όσο και οι επιλογές και οι ρυθμίσεις που διαλαμβάνονται μέσα σ' αυτό έχουν ως αφετηρία και στηρίζονται πάνω σε συγκεκριμένες θεμελιακές αρχές, που αποτελούν το ιδεολογικό μας πιστεύω και εκφράζουν τις διακηρυγμένες πολλές φορές θέσεις του Πανελληνίου Σοσιαλιστικού Κινήματος. Και οι αρχές αυτές είναι:

α) *Η υγεία του λαού είναι κοινωνικό αγαθό που δεν υπακούει στους νόμους του κέρδους, αλλά αποδίδεται στους πολίτες με κριτήριο την πραγματική ανάγκη, ανεξάρτητα από την κοινωνική θέση, την οικονομική κατάσταση και τον τόπο διαμονής του καθένα και*

β) *το κράτος θα πρέπει να έχει την αποκλειστική ευθύνη για την παροχή των υπηρεσιών υγείας στο σύνολο του λαού μας. Η θέση αυτή είναι σύμφωνη και με την επιταγή του Συντάγματος (διάταξη Συντάγματος).*

Η αποκλειστική αυτή ευθύνη του κράτους για την υγεία του λαού θα υλοποιηθεί μέσα από ένα ενιαίο, αποκεντρωμένο, αντιπροσωπευτικό και δημοκρατικά δομημένο σύστημα υγείας που:

- *θα διασφαλίζει την ουσιαστική συμμετοχή του πολίτη σε κάθε διαδικασία, από τον σχεδιασμό και τον προγραμματισμό μέχρι τη λειτουργία και τον έλεγχο των υπηρεσιών υγείας·*

- *θα είναι δυναμικό* και θα παρέχει τη δυνατότητα της ποσοτικής και ποιοτικής βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών και
- *θα αξιοποιεί για το καλό του λαού μας* τα επιτεύγματα της ιατρικής επιστήμης και τις εξελίξεις της τεχνολογίας.

Μέσα σ' ένα τέτοιο σύστημα κοινωνικοποιημένο είμαστε βέβαιοι ότι και ο γιατρός θα βρει τη θέση που του αξίζει ως λειτουργός και ο πολίτης θα εξασφαλίσει την περίθαλψη που έχει ανάγκη και δικαιούται.

Οι δυο βασικές αρχές που προανέφερα αποτελούν τα θεμέλια πάνω στα οποία στηρίζεται ολόκληρη η φιλοσοφία του νομοσχεδίου.

Θεωρούμε την υγεία *κοινωνικό αγαθό* και πιστεύουμε ότι δεν πρέπει να υπακούει στους νόμους του κέρδους, γιατί η εμπορευματοποίηση της υγείας, που αποτέλεσε ένα από τα κυρίαρχα ιδεολογικά χαρακτηριστικά του σημερινού συστήματος υγείας στη χώρα μας, όσο κι αν δεν θέλουν να το παραδεχτούν μερικοί, στάθηκε κύρια υπεύθυνη:

- για τον ανταγωνισμό και την εκμετάλλευση που δημιουργήθηκε στον χώρο της υγείας·
- για την υπερκατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών και φαρμάκων, η οποία έδρασε βλαπτικά και για τον άρρωστο και για την οικονομία·
- για τον προσανατολισμό του ιατρικού δυναμικού προς τις περισσότερες κερδοφόρες διαγνωστικές και θεραπευτικές ειδικότητες, με αποτέλεσμα να αγνοηθεί η πρόληψη της αρρώστιας και η προαγωγή γενικότερα της υγείας. Και το σπουδαιότερο:
- Γιατί με το να καταστήσει προσιτή την παροχή υπηρεσιών

υγείας, και μάλιστα εκείνων που στηρίζονται στην τεχνολογία, μόνο στις οικονομικά και κοινωνικά ισχυρότερες ομάδες του λαού μας δημιούργησε ανισότητες μπροστά στην αρρώστια και στον θάνατο.

Και η εμπορευματοποίηση αυτή υποστηρίχθηκε και προωθήθηκε άμεσα ή έμμεσα, εκούσια ή ακούσια, από τη βιομηχανία των ιατρικών μηχανημάτων, από τις ιδιωτικές υπηρεσίες παροχής ιατρικής περίθαλψης και από τους ίδιους τους γιατρούς, που παρασυρθήκαν από τη σαγηνευτική μαγεία του τεχνολογικού εξοπλισμού και την υποτιθέμενη θαυματουργική ικανότητα των φαρμάκων.

Και υποστηρίζουμε, επίσης, ότι *το κράτος θα πρέπει να έχει την αποκλειστική ευθύνη για την παροχή των υπηρεσιών υγείας στο σύνολο του πληθυσμού, γιατί:*

α) Η αυξανόμενη χρόνο με τον χρόνο ζήτηση ιατρικών υπηρεσιών περίθαλψης και κοινωνικών φροντίδων, σε συνάρτηση με το διαρκώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών αυτών, είναι αδύνατο να αντιμετωπιστεί ατομικά· και αυτή η αδυναμία είναι εντονότερη στους εργάτες, στους υπαλλήλους, στους αγρότες, στους συνταξιούχους και γενικά στα ασθενέστερα οικονομικά στρώματα.

β) Δεχόμαστε τον κοινωνικό χαρακτήρα της αρρώστιας και του θανάτου. Είναι επιστημονικά θεμελιωμένο ότι η αρρώστια και ο θάνατος αποτελούν συνάρτηση κοινωνικών, οικονομικών και βιολογικών παραμέτρων και έχουν στενή και άμεση σχέση με τον οικονομικό και κοινωνικό μας περίγυρο.

Έχει δε αποδειχτεί και στατιστικά ότι η αρρώστια και ο θάνατος πλήττουν σε μεγαλύτερο βαθμό τα χαμηλά κοινωνικά και οικονομικά στρώματα και, με την έννοια αυτή, η ανισότητα

μπροστά στην αρρώστια και στον θάνατο εκφράζει και την κοινωνική ανισότητα. Σύμφωνα λοιπόν με την άποψη αυτή, η αντιμετώπιση οφείλει να είναι κοινωνική και οι υπηρεσίες υγείας να προσφέρονται με ευθύνη του κράτους μέσα από ένα εθνικό υγειονομικό σύστημα που θα είναι προσιτό σε όλους.

Είμαστε αντίθετοι με την καλλιεργούμενη από πολλούς σήμερα ιδεολογία της ατομικής ευθύνης που θεωρεί την αρρώστια και τον θάνατο εξαρτημένα από τη συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής που επιλέγει κάθε άτομο. Η άποψη αυτή αποσκοπεί να συσκοτίσει τον κοινωνικό χαρακτήρα της υγείας και να συγκαλύψει τα αίτια και τις επιδράσεις της υγειονομικής κρίσης, αποβλέπει δε στην αναζήτηση ατομικών λύσεων και στην εμπορευματοποίηση της προσφοράς των υγειονομικών φροντίδων.

Είναι γεγονός ότι η πρόταση της κυβέρνησης όπως διατυπώνεται στο νομοσχέδιο για κοινωνικοποίηση της υγείας, που αποτελεί και την πολιτική και ιδεολογική της επιλογή, έρχεται με καθυστέρηση πολλών δεκαετιών. Χάθηκε πολύτιμος χρόνος από τη λήξη του Εμφυλίου μέχρι σήμερα, με την αδιαφορία, την αναβλητικότητα και την άναρχη και απρογραμματίστη ανάπτυξη της περίθαλψης και της κοινωνικής ασφάλισης, και δημιουργήθηκε μια απόσταση κοινωνική και υγειονομική από τις άλλες χώρες, την οποία καλείται σήμερα η κυβέρνηση της Αλλαγής να την καλύψει. Και όχι μόνο αυτό, καλείται ακόμα να βγάλει τη χώρα από το υγειονομικό αδιέξοδο, να δώσει λύσεις στην υγειονομική κρίση και να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στη συνεχώς αυξανόμενη ζήτηση υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής μέριμνας. Γι' αυτό υποστηρίζουμε ότι το νομοσχέδιο ήταν μια ιστορική αναγκαιότητα και το Εθνικό Σύστημα

Υγείας ο μονόδρομος που θα μπορούσαμε να ακολουθήσουμε για να βγάλουμε την υγεία από την εξαθλίωση. Για να γίνει καταννοητή και να φωτιστούν οι λόγοι της ιστορικής αυτής αναγκαιότητας, θα πρέπει να κάνουμε μια σύντομη αναδρομή στην ιστορική εξέλιξη των διαφόρων υπηρεσιών υγείας μέσα και έξω από τον ελλαδικό χώρο και να μελετήσουμε τα θεσμικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά του σημερινού συστήματος.

Η εξέλιξη των διαφόρων συστημάτων παροχής κοινωνικών υπηρεσιών συνδέεται άμεσα με την πρόοδο της ιατρικής και την ανάπτυξη της κοινωνικής ασφάλισης. Αν και ξεκίνησαν από τα μέσα του 19ου αιώνα μετά τη βιομηχανική επανάσταση, με τη δημιουργία των πρώτων αλληλοβοηθητικών ταμείων και φορέων κοινωνικής ασφάλισης και κάτω από την πίεση των εργαζομένων και εκείνων που προσέφεραν υπηρεσίες υγείας, όπως ιδιωτών γιατρών και ιδιωτικών ιδρυμάτων, εξελίσσονται και παίρνουν τη σημερινή τους μορφή μετά τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο. Αλλού γρήγορα και αλλού αργότερα, αλλού κλαδικά και αλλού γενικά, η κοινωνική ασφάλιση επεκτείνεται με τη χρηματοδότηση από το πλεόνασμα της βιομηχανικής και οικονομικής ανάπτυξης και λειτούργησε και ως μηχανισμός ανακατανομής των ευεργετημάτων αυτής της ανάπτυξης μέσα από τον κοινωνικό μισθό.

Η έκταση και το είδος των κοινωνικών παροχών ποικίλλουν από χώρα σε χώρα και περιλαμβάνουν την ιατρική περίθαλψη, τη φροντίδα για την πρόληψη της αρρώστιας, επιδόματα ασθενείας κ.λπ. Το σύνολο αυτών των κοινωνικών παροχών έγινε γνωστό μεταπολεμικά με τον όρο «κράτος πρόνοιας».

Η ανάπτυξη δε αυτού του κράτους πρόνοιας ήταν διαφορετική σε κάθε χώρα. Σε μερικές η καθολική και ενιαία ασφάλιση

της υγείας επέτρεψε την ανάπτυξη ενός συστήματος δίκαιου, αποτελεσματικού και κοινωνικά ελεγχόμενου. Σε άλλες όμως, παρά τη σοβαρή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, ο κλαδικός και αποσπασματικός χαρακτήρας της ασφάλισης άφησε περιθώρια για την ανάπτυξη μεγάλων ανισοτήτων και σπατάλης.

Η εποχή όμως της μεταπολεμικής αυτής αισιοδοξίας έληξε με τη χρηματοδοτική–οικονομική κρίση που εκδηλώθηκε στις αρχές της δεκαετίας του '70. Στα χρόνια που ακολούθησαν το κράτος πρόνοιας στάθηκε αδύναμο να ικανοποιήσει τις ανάγκες για περίθαλψη και κοινωνική φροντίδα, γιατί η κρίση εξάφάνισε το πλεόνασμα που χρηματοδοτούσε τις κοινωνικές υπηρεσίες. Και ενώ από τη μια μεριά το κόστος κοινωνικών υπηρεσιών ανέβαινε και η ζήτηση των υπηρεσιών αυτών μεγάλωνε, οι πόροι για την παροχή των αυξημένων αυτών υπηρεσιών λιγόστευαν, με επακόλουθα την ανισότητα, την ανεργία και την κρίση γενικότερα.

Η κατάσταση αυτή δημιούργησε μια ενδιαφέρουσα προβληματική σχετικά με την ανάγκη αναδιοργάνωσης και εκσυγχρονισμού της κοινωνικής ασφάλισης και την αναζήτηση νέων τρόπων ορθολογικής κατανομής των παροχών στον τομέα της υγείας. Συγχρόνως όμως έδωσε και το πρόσχημα στο κεφάλαιο να τεθεί σε αμφισβήτηση η σκοπιμότητα της υποχρεωτικής καθολικής ασφάλισης και να γίνει στόχος της νέας (φιλελεύθερης) Δεξιάς το κράτος πρόνοιας.

Ας δούμε τώρα τι έγινε όλα αυτά τα χρόνια στην Ελλάδα και ποια ήταν η εξέλιξη των υπηρεσιών υγείας στον τόπο μας. Η δημόσια υγεία αρχίζει να αναπτύσσεται στη χώρα μας στα μέσα του περασμένου αιώνα με αποσπασματικά μέτρα κοινωνικής

προστασίας. Ταυτόχρονα συγκροτούνται τα πρώτα ταμεία αλληλοβοήθειας, που στηρίζονται στην αλληλεγγύη των εργαζομένων κατά κλάδους, και αργότερα οι πρώτοι φορείς κοινωνικής ασφάλισης. Τα πρώτα νοσοκομεία ξεκίνησαν με πρωτοβουλία των δήμων, των φιλανθρωπικών οργανώσεων ή των ευεργετών. Σημειώνουμε την ίδρυση του Υπουργείου Περίθαλψης το 1917 και του Υπουργείου Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας το 1922 ως τις πρώτες ουσιαστικές προσπάθειες συντονισμού και ενοποίησης της κοινωνικής πολιτικής. Το 1934, μετά την κινητοποίηση των εργαζομένων για τη μη εφαρμογή του νόμου για τις κοινωνικές ασφαλίσεις που είχε ψηφίσει αλλά δεν είχε προλάβει να εφαρμόσει η κυβέρνηση Βενιζέλου, το Λαϊκό Κόμμα ψηφίζει τον νόμο για την ίδρυση του ΙΚΑ, που αρχίζει να λειτουργεί μέσα στη Μεταξική περίοδο το 1937.

Το ίδρυμα αυτό της κοινωνικής ασφάλισης για πολλούς λόγους δεν ανταποκρίθηκε στις προσδοκίες των εργαζομένων. Κι αυτό γιατί τόσο οι συνθήκες όταν ξεκίνησε όσο και η πολιτική των μετέπειτα κυβερνήσεων προδιέγραψαν την παραπέρα πορεία του. Περιορίστηκε μόνο στην εκτόνωση των λαϊκών διεκδικήσεων για καλύτερη περίθαλψη και λειτούργησε ως μηχανισμός κάλυψης των κενών που άφηνε η ιδιωτική πρωτοβουλία, αλλά και ως μηχανισμός τροφοδότησης με πελατεία του ιδιωτικού τομέα. Εξίσου σημαντικό βήμα αποτελεί ο Ν. 965/37 «Περί οργάνωσης των Δημοσίων Νοσηλευτηρίων και Υγειονομικών ιδρυμάτων», που αναμορφώθηκε το 1941 με τον Ν. 2769, γιατί ξεκίνησε επιτέλους η ίδρυση έστω και προσωρινών κρατικών νοσοκομείων για την αντιμετώπιση των έκτακτων αναγκών, πολλά από τα οποία κάλυψαν τον πληθυσμό μας και μετά τον πόλεμο.

Το υγειονομικό μας σύστημα παίρνει την τελική του μορφή, που διατηρείται μέχρι σήμερα, με την ψήφιση του Ν.Δ. 2592/1953 «Περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως». Με τον νόμο αυτό, που υπήρξε για την εποχή του τολμηρή προσπάθεια και αναμφισβήτητη πρόοδος, επιχειρήθηκε ο εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών υγείας σε μια αποκεντρωμένη βάση. Δυστυχώς όμως ο νόμος αυτός ποτέ δεν εφαρμόστηκε ολοκληρωμένα. Γιατί το ίδιο εκείνο κράτος που τον έφτιαξε, πιεζόμενο από τα συμφέροντα διακεκριμένων ομάδων και τις ιδεολογικές και πολιτικές θέσεις του, κατήργησε, τροποποίησε ή αδρανοποίησε βασικές διατάξεις του νόμου, με αποτέλεσμα να μην εφαρμοστούν ποτέ μέχρι σήμερα τα όσα έλεγε για τις περιφέρειες, για την αποκέντρωση, για τα συμβούλια και την οργάνωση των νοσοκομείων σε τρεις κατηγορίες, καθώς και για την υπαγωγή όλων των νοσοκομείων στην εποπτεία του Υπουργείου Κοινωνικής Πρόνοιας. Στην πράξη εφαρμόστηκαν μόνο οι διατάξεις για τη λειτουργία των κρατικών νοσοκομείων και για τη χωροθέτηση των υγειονομικών σταθμών και αγροτικών ιατρείων.

Στη συνέχεια, η κοινωνική ασφάλιση επεκτείνεται και σε άλλες ομάδες εργαζομένων, ικανοποιώντας κλαδικές διεκδικήσεις. Το τελευταίο μεγάλο βήμα στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης ήταν η ίδρυση του ΟΓΑ το 1961, που θέσπισε και τη χρηματοδότηση της περίθαλψης των αγροτών από κοινωνικούς πόρους. Η περίθαλψη όμως αυτή του αγροτικού μας πληθυσμού, ιδιαίτερα στο εξωνοσοκομειακό σκέλος, παρέμεινε μέχρι τις ημέρες μας προβληματική τόσο από πλευράς ιατρικών φροντίδων όσο και φαρμακευτικής κάλυψης. Σήμερα φαίνεται από ανεπίσημες όμως ενδείξεις ότι υπάρχει ακόμα ένα ποσοστό του ελληνικού λαού (10–15%) που είναι ανασφάλιστο.

Η κοινωνική πολιτική της υγείας στη χώρα μας μεταπολεμικά χαρακτηρίζεται από μια ανακολουθία της προσπάθειας του κράτους να παρέμβει νομοθετικά στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα να μην αλλάξει τίποτα σ' αυτόν τον τόπο τα τελευταία τριάντα χρόνια.

Η αιτία αυτής της στασιμότητας και αποτελμάτωσης είναι το θεσμικό πλαίσιο που επικρατούσε και καθόριζε τους όρους ανάπτυξης και λειτουργίας του συστήματος. Ένα θεσμικό πλαίσιο που ευνόησε την εμπορευματοποίηση της υγείας και την ιδιωτικοποίηση της περίθαλψης μέσα στις δομές του αστικού κράτους.

Η κυριαρχία της ιδιωτικής πρωτοβουλίας δεν περιοριζόταν μόνο στα ιδιωτικά ιατρεία και στις ιδιωτικές κλινικές. Επεκτάθηκε και στις υπηρεσίες του ασφαλιστικού οργανισμού και ταιμείου υγείας, καθώς και στα εξωτερικά ιατρεία (ακόμα και στους θαλάμους) των κρατικών και κάθε μορφής νοσοκομείων. Κι αυτό γιατί η ιδιωτική πρωτοβουλία δεν έδωσε μόνο το προβάδισμα στην ανάπτυξή τους (το 42% των κρεβατιών ανήκει σε ιδιωτικές κλινικές), περιορίζοντας τον δημόσιο τομέα, αλλά —το χειρότερο— επέβαλε την ιδεολογικοπολιτική της άποψη ότι η υγεία δεν είναι κοινωνικό αγαθό αλλά εμπορεύσιμη και ιδιωτικοποιημένη, σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών υγείας. Η αντίληψη αυτή, μαζί με τη δυνατότητα που παρείχε το σύστημα στους γιατρούς να ασκούν ιδιωτικά την ιατρική παράλληλα με την κατοχή θέσης στους ασφαλιστικούς οργανισμούς και στα νοσοκομεία, σε συνδυασμό με τις εξευτελιστικές αμοιβές και τις αντιεπιστημονικές συνθήκες δουλειάς στον δημόσιο τομέα, οδήγησε αναπόφευκτα σε φαλκίδευση των όποιων παροχών και σε καταστρατηγήσεις και έσπρωξε τον κόσμο προς την

ιδιωτική πρωτοβουλία. Έτσι, φτάσαμε στο σημείο τα πολυϊατρεία του ΙΚΑ και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων να αποτελούν χώρους διαμετακομιστικούς των πελατών προς τα ιδιωτικά ιατρεία των ίδιων των γιατρών που υπηρετούν σ' αυτά και στις ιδιωτικές κλινικές και τα νοσοκομεία μας να λειτουργούν ως ιδιωτικές κλινικές για την εξυπηρέτηση της ιδιωτικής πελατείας τους.

Η ιδιωτική πρωτοβουλία έπαιξε καθοριστικό ρόλο και στη διαμόρφωση της κρατικής αντίληψης σχετικά με την έκταση και την ποιότητα των κοινωνικών παροχών στο σύνολο του ελληνικού λαού. Η οποιαδήποτε προσπάθεια κάθε κοινωνικής ομάδας να πετύχει ένα καλύτερο επίπεδο περίθαλψης εξαρτιόταν από την προοπτική εξασφάλισης μεγαλύτερου εισοδήματος στον ιδιωτικό τομέα. Έτσι, η έντονη δραματοποίηση της ελληνικής κοινωνίας οδήγησε στην ύπαρξη των λεγόμενων «ευγενών» ταμείων, τα οποία με τις επιδεικτικές παροχές αντικατοπτρίζουν τις έντονες ταξικές διαφοροποιήσεις και διακρίσεις. Ταξικές διακρίσεις που έφτασαν ακόμα και επάνω στο χειρουργικό τραπέζι.

Η περίπτωση των ιδιωτικών κλινικών θα πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα, γιατί είναι αποκαλυπτική των θεσμικών επιλογών αλλά και της αλληλεπίδρασης με τους άλλους τομείς της οικονομίας. Οι πιο πολλές φτιάχτηκαν με δανειοδότηση από το κράτος και όλες σχεδόν λειτούργησαν με ασφαλισμένους των διαφόρων ταμείων υγείας και ασφαλιστικών οργανισμών. Η ιδιωτική δηλαδή πρωτοβουλία χρησιμοποίησε εδώ το σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης και ως μηχανισμό χρηματοδότησης και ως πηγή τροφοδότησης και ενίσχυσής της. Τέλος, θα πρέπει να αναφέρω ότι η ιδιωτική πρωτοβουλία και γενικότερα η

εμπορευματοποίηση της υγείας έπαιξαν τον ρόλο τους και στις συνέπειες που είχε η ανάπτυξη της οικονομίας στη χώρα μας πάνω στην υγεία. Η μεταπολεμική οικονομική ανάπτυξη στηρίχθηκε στο ξένο κεφάλαιο, επιβεβαιώνοντας την εξάρτηση της χώρας μας από αυτό και τη θέση μας στον περιφερειακό καπιταλισμό. Μετά την κρίση του '70 οι βιομηχανίες, προσπαθώντας να διατηρήσουν την ανταγωνιστικότητά τους, συμπιέζουν το κόστος παραγωγής. Έτσι, αδιαφορούν και για την εξασφάλιση υγιεινών συνθηκών εργασίας και για την προστασία του περιβάλλοντος από τη βιομηχανική ρύπανση.

Ύστερα από όσα ανέφερα, η κατάσταση που έχει διαμορφωθεί στον τομέα της υγείας στη χώρα μας χαρακτηρίζεται από:

α) *Πολυδιάσπαση των υπηρεσιών υγείας.* 380 περίπου ασφαλιστικοί οργανισμοί και ταμεία, από τα οποία περίπου 100 έχουν κλάδους υγείας, λειτουργούν με διαφορετικό νομικό πλαίσιο και παρέχουν διαφορετική ιατρική, νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη το καθένα, με αποτέλεσμα την έλλειψη συντονισμού, τον κατακερματισμό των ευθυνών και τις μεγάλες διακρίσεις σε βάρος των ασθενέστερων κοινωνικά και οικονομικά ομάδων.

β) *Υπέρμετρο συγκεντρωτισμό.* Υπάρχει μια μεγάλη απόσταση μεταξύ του κέντρου που αποφασίζει και του αποδέκτη που δέχεται τις παροχές, με αποτέλεσμα τη δυσκαμψία του συστήματος, την περιφρόνηση των τοπικών προβλημάτων και την έλλειψη δημοκρατικού ελέγχου στις αποφάσεις.

γ) *Ανιση γεωγραφική και κοινωνική κατανομή των υπηρεσιών υγείας,* μια ανισοκατανομή που αποτελεί την κυριότερη λειτουργική αδυναμία του συστήματος και που συνδέεται με

το γενικότερο πρότυπο της οικονομικής μας ανάπτυξης, το οποίο ευνόησε το κέντρο σε βάρος της περιφέρειας και τους ισχυρούς σε βάρος των αδυνάτων. Το 63% των νοσοκομειακών κρεβατιών και το 67% του νοσηλευτικού προσωπικού βρίσκονται στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη και από το σύνολο των γιατρών μόνο το 40% βρίσκεται εκτός λεκανοπεδίου Αττικής.

δ) *Ανεπάρκεια ιατρικού εξοπλισμού και χώρου για εξωτερικά ιατρεία* στα νοσοκομεία και έλλειψη εκπαιδευόμενου νοσηλευτικού και τεχνικού προσωπικού.

Οι λόγοι που προανέφερα, σε συνδυασμό με την ανισοκατανομή των υπηρεσιών υγείας, μας οδήγησαν στην υπολειψιμοσύνη των επαρχιακών νοσοκομείων και στα ράντζα της Αθήνας, με όλες τις συνέπειες και στον άρρωστο και στην κοινωνία και στην οικονομία.

ε) *Πανελή έλλειψη ενδιαφέροντος για την προαγωγή και συνέχιση της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης των γιατρών.* Ό,τι έμαθε ο καθένας μας μέχρι το πτυχίο ή και την ειδικότητα, έμαθε! Από εκεί και πέρα μόνο περιπτωσιακή είναι η ενημέρωση. Εδώ την ευθύνη δεν την έχει μόνον η πολιτεία αλλά και οι γιατροί, που δέχτηκαν μια κατάσταση που κάθε άλλο παρά εξυπηρετούσε την αποστολή τους και το λειτούργημα και εγκλωβίστηκαν σ' ένα σύστημα δουλειάς που τους έφθιρε επιστημονικά, βιολογικά και ηθικά.

στ) *Αδυναμία παρέμβασης του συστήματος στις πραγματικές πηγές της θνησιμότητας και της νοσηρότητας.* Και η αδυναμία αυτή οφείλεται στο γεγονός ότι η σύγχρονη ιατρική παραβλέπει τις κοινωνικές αιτίες της νόσου και του θανάτου. Εδώ θα πρέπει να αναφερθεί και η αδυναμία του συστήματος να θέσει σε έλεγχο τις σημερινές κύριες αιτίες θανάτου και αρρώστιας,

παρά την αύξηση των δαπανών για την υγεία, την εισαγωγή νέων θεραπευτικών μεθόδων και την πρόοδο της τεχνολογίας.

ε) *Προσανατολισμό του υγειονομικού συστήματος προς μία ιατρική «αιχμή» που στηρίζεται στην υψηλή διαίρεση της εργασίας, στη διάγνωση – θεραπεία και στην πολυδάπανη τεχνολογία, με επίκεντρο το νοσοκομείο. Σημειώνουμε εδώ την έλλειψη ή την ανεπάρκεια υγειονομικών υπηρεσιών προσανατολισμένων σε μια ήπια ιατρική που στηρίζεται στην πρόληψη και στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, παρεμβαίνει στην κοινωνική ζωή και είναι περισσότερο αποτελεσματική τόσο από υγειονομική όσο και από οικονομική και κοινωνική άποψη.*

η) *Αύξηση και μάλιστα μεγάλη των δαπανών για την υγεία, χωρίς παράλληλη άνοδο της αποδοτικότητας των υπηρεσιών περίθαλψης και χωρίς βελτίωση στους δείκτες υγείας.*

θ) *Απουσία κοινωνικού ελέγχου στο υγειονομικό σύστημα και στο ιατρικό σώμα, στα χέρια του οποίου βρίσκεται τόσο η παραγωγή όσο και η διανομή των υγειονομικών υπηρεσιών. Ιδιαίτερα επισημαίνεται η αδυναμία ελέγχου της ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία (που καλύπτει το 40% περίπου της συνολικής δαπάνης) και η διάθεση των πόρων που συνεπάγεται η κατά πράξη αμοιβή.*

ι) *Εμπορευματοποίηση της υγείας και θεσμική κυριαρχία της ιδιωτικής πρωτοβουλίας, που αποτέλεσαν τα κυρίαρχα ιδεολογικά χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας στη χώρα μας.*

Τα θεσμικά προβλήματα και οι θεσμικές αδυναμίες του συστήματος των υπηρεσιών υγείας που προανέφερα μας οδήγησαν αναπόφευκτα:

- σε πτώση της ποιότητας των παρεχόμενων ιατρικών φροντίδων,

- σε ανεπάρκεια της νοσοκομειακής περίθαλψης,
- σε καχεξία και ανυποληψία της κοινωνικής ασφάλισης,
- σε κλονισμό των αρχών της ηθικής, της δεοντολογίας και της αξιοπρέπειας του ιατρικού λειτουργήματος,
- σε μεγάλες διακρίσεις και ανισότητες μπροστά στην αρρώστια και στον θάνατο και
- σε υγειονομικό αδιέξοδο.

Το αδιέξοδο αυτό το αισθάνθηκε έντονα ο λαός μας, γιατί αυτός ήταν το θύμα. Και από την αναζήτηση του «ποιος φταίει;» οδηγήθηκε στην αμφισβήτηση του συστήματος περίθαλψης και στην απόρριψη κάθε αξίας στον χώρο της υγείας, του γιατρού, του νοσοκομείου, της αδελφής, του φαρμάκου, και γενικά ολόκληρου του κοινωνικοασφαλιστικού μας συστήματος. Έτσι, φτάσαμε στη μαζική μετανάστευση των αρρώστων μας προς το εξωτερικό, μοναδικό φαινόμενο στην Ευρώπη, με τρομερές οικονομικές, κοινωνικές και υγειονομικές συνέπειες.

Εδώ θα πρέπει να σταθώ και να εξάρω τους αγώνες των νέων μας γιατρών, που από χρόνια τώρα παλεύουν για μια ριζική αλλαγή του συστήματος περίθαλψης στη χώρα μας. Ο αγώνας τους σήμερα δικαιώνεται.

Κύριοι συνάδελφοι,

Αυτή είναι η κατάσταση που παρέλαβε η κυβέρνηση του ΠΑΣΟΚ στον τομέα της υγείας και που καλείται να αναμορφώσει σύμφωνα με τις επαγγελίες του και με το κυβερνητικό του πρόγραμμα. Βασική προοπτική του νομοσχεδίου είναι η δημιουργία ενός αποκεντρωμένου και κοινωνικά ελεγχόμενου ΕΣΥ, που θα αποτελέσει τον καταλύτη για τη ριζική και δομική αλλαγή στον χώρο της υγείας.

Δεν θα ασχοληθώ ούτε με τους κατευθυντήριους άξονες του ΕΣΥ ούτε με το πρόγραμμα ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Αυτά θα τα εκθέσουν οι συνάδελφοί μου Φιλιππόπουλος και Παπαστρατής.

Εγώ θα σας εκθέσω με συντομία τους βασικούς στόχους και τις επιδιώξεις της κυβερνητικής πολιτικής για την υγεία που θα υλοποιηθούν με τις θεσμικές και λειτουργικές αλλαγές που προτείνονται με το συζητούμενο νομοσχέδιο:

α) *Να δώσουμε δωρεάν υγεία στον ελληνικό λαό.* Όλα τα φώτα της ιατρικής επιστήμης και όλα τα μέσα θεραπείας επιβάλλεται να βρίσκονται δωρεάν στη διάθεση του κάθε αρρώστου. Και όλα να είναι προσιτά στον φτωχό και στον πλούσιο, στον εργάτη και στον επιστήμονα, στον αγρότη και στον κάτοικο της πόλης, ανάλογα με τις ιατρικές ανάγκες και όχι με άλλα κριτήρια. Φιλοδοξούμε να φτιάξουμε ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας τέτοιο που θα βρίσκει ο άρρωστος την ιατρική φροντίδα που χρειάζεται χωρίς την αγωνία πού θα βρει γιατρό, νοσοκομείο ή τα λεφτά για να πληρώσει. «Μια δωρεάν υγειονομική περίθαλψη» έλεγε ο Μπέβαν «είναι καθαρός σοσιαλισμός και ως τέτοια έρχεται σε αντίθεση με τον ηδονισμό της καπιταλιστικής κοινωνίας».

β) *Να ανεβάσουμε το επίπεδο των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών, περίθαλψης και κοινωνικών φροντίδων στον λαό μας και να ικανοποιήσουμε γενικότερα τις ανάγκες του κάθε πολίτη στον τομέα της υγείας.*

Κι αυτό θα γίνει:

- με την αύξηση και τη σωστή χωροταξική κατανομή των νοσοκομειακών κρεβατιών,
- με την αποκέντρωση του ιατρικού δυναμικού,

- με την αύξηση και την αποκέντρωση του ειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού,
- με την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης,
- με τον θεσμό του γιατρού της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης,
- με τον θεσμό του οικογενειακού γιατρού,
- με την αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας,
- με τη στελέχωση των Κέντρων Υγείας με ειδικούς γιατρούς και λοιπό νοσηλευτικό και βοηθητικό προσωπικό,
- με την ανάπτυξη της τριτοβάθμιας περίθαλψης στις έδρες των 6 πανεπιστημιακών περιφερειών,
- με τη δημιουργία ειδικών μονάδων και κέντρων καθώς και δικτύου υπηρεσιών για την αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών,
- με την προγραμματισμένη εκπαίδευση και μετεκπαίδευση του γιατρού, καθώς και τη διαρκή ενημέρωση όλων των επαγγελματιών υγείας.

γ) *Να δώσουμε την ίδια περίθαλψη σε ολόκληρο τον ελληνικό λαό.* Κι αυτό θα το πετύχουμε με την αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας και τον Ενιαίο Φορέα Υγείας, χωρίς τον οποίο δεν μπορεί να υπάρξει και δεν μπορεί να λειτουργήσει Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Φημολογείται, χωρίς τίποτα το συγκεκριμένο, ότι ορισμένα ταμεία δεν θέλουν να ενταχθούν στον Ενιαίο Φορέα Υγείας. Κι αυτό γιατί πιστεύουν ότι έχουν την καλύτερη περίθαλψη επειδή δαπανούν και τα περισσότερα χρήματα. Θα μας δοθεί η ευκαιρία παραπέρα να αποδείξουμε πού πάνε τα λεφτά τους και ότι πολλές δαπάνες για την υγεία δεν σημαίνουν και καλή περίθαλψη.

Εμείς δεν θα αναγκάσουμε κανένα ταμείο να ενταχθεί στον φορέα. Είμαστε όμως βέβαιοι ότι όλα τα ταμεία θα μπουν στο εθνικό μας σύστημα, γιατί είναι σίγουρο πως θα δώσουμε καλύτερη υγεία από κάθε ταμείο.

Αλλά το δηλώνουμε προς κάθε κατεύθυνση ότι κανένας δεν μπορεί να σταματήσει την πορεία του λαού μας. Κι αν δεν θέλουν να ενταχθούν στον Ενιαίο Φορέα Υγείας ορισμένα ταμεία, εμείς θα προχωρήσουμε με το 90% του ελληνικού λαού.

δ) *Να δώσουμε προτεραιότητα και έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα και μέριμνα*, σύμφωνα με τη διακήρυξη της Άλμα Άτα του '78 και την υποκράτειο αρχή που συμβούλευε: «Κάλιον το προλαμβάνειν ή θεραπεύειν». Καλύτερα λοιπόν να εντείνουμε τις προσπάθειες να προλάβουμε την αρρώστια παρά να αγωνιζόμαστε να τη θεραπεύσουμε. Η στροφή αυτή των υπηρεσιών υγείας προς την πρόληψη είναι αποτελεσματικότερη επιστημονικά και συμφέρει οικονομικά και κοινωνικά.

ε) *Να δώσουμε δικαίωμα στον άρρωστο να διαλέγει ελεύθερα τον γιατρό του και το νοσηλευτήριο που προτιμά*. Η ελεύθερη επιλογή γιατρού έχει καταργηθεί σήμερα στα οκτώμισι εκατομμύρια των Ελλήνων και διατηρείται μόνο στο υπόλοιπο ένα εκατομμύριο, που κι αυτό διαλέγει τον γιατρό του ανάμεσα στους συμβεβλημένους με το ταμείο του.

Ποια λοιπόν ελεύθερη εκλογή γιατρού λένε ότι θα καταργήσουμε; Φοβούνται μήπως θίξουμε τα λίγα ευγενή λεγόμενα ταμεία.

Εμείς όχι μόνο δεν θα καταργήσουμε το αναφαίρετο αυτό δικαίωμα στον άρρωστο, αλλά δηλώνουμε ότι θα το δώσουμε σε ολόκληρο τον ελληνικό λαό.

στ) *Να καταξιώσουμε τον γιατρό ως λειτουργό μέσα στο σύ-*

στημα και στην κοινωνία. Με την πλήρη και αποκλειστική απασχόληση μέσα στο σύστημα ο γιατρός:

- θα πάψει να νιώθει ανασφάλεια,
- θα κατοχυρώσει την επαγγελματική του σταδιοδρομία με τη μονιμότητα,
- θα εξασφαλίσει διαρκή εκπαίδευση και ενημέρωση,
- θα διασφαλίσει τις απαραίτητες προϋποθέσεις για τη βαθμολογική, μισθολογική και επιστημονική του εξέλιξη,
- θα απαλλαγεί από κάθε κοινωνικό και οικονομικό πρόβλημα με το ειδικό μισθολόγιο που του προσφέρεται,
- θα διαφυλάξει το κύρος και την αξιοπρέπειά του και, τέλος,
- θα συμμετέχει ενεργά και ουσιαστικά σε κάθε διαδικασία και σε όλα τα όργανα των υπηρεσιών υγείας.

Είναι σίγουρο πως με την καθιέρωση αυτού του θεσμού:

- θα αποκατασταθεί η εμπιστοσύνη του αρρώστου προς τον γιατρό,
- θα βρουν τον ανθρώπινο χαρακτήρα οι μεταξύ τους σχέσεις,
- θα ανέβει το επίπεδο περίθαλψης του λαού μας και
- ο γιατρός θα βρει τη θέση που του αξίζει και δικαιούται, τόσο ως κύριος μοχλός του συστήματος όσο και ως λειτουργός με υψηλή αποστολή, «ίνα χρήσιμον εμαυτόν καταστήση προς άπαντας τους δεομένους της αυτού αρωγής».

Κυρίες και κύριοι συνάδελφοι,

Ξεκινάμε την πορεία μας για ριζική και επαναστατική αλλαγή στον χώρο της υγείας με το κτίσιμο του εθνικού μας συστήματος και ξεκινάμε μέσα σε ιδιαίτερα δυσμενείς συνθήκες,

εξαιτίας της διεθνούς και της εγχώριας οικονομικής κρίσης. Μιας κρίσης που επιδεινώνει το αδιέξοδο στον χώρο της υγείας, δυσχεραίνει την εφαρμογή του προγράμματος και επιβάλλει, αναγκαστικά, βήματα προσεγμένα, μελετημένα καλά και σίγουρα για την επιτυχία τους.

Θεωρούμε λοιπόν πως το νομοσχέδιο αυτό συγκεντρώνει όλες τις προϋποθέσεις για να προσφέρει υψηλού επιπέδου περίθαλψη και να καλύψει όλες τις ανάγκες του λαού μας στον τομέα της υγείας.

Και πιστεύουμε πως θα πετύχουμε τους στόχους που βάζουμε γιατί το νομοσχέδιο είναι καρπός πολύχρονης και βαθιάς μελέτης τόσο της διεθνούς γνώσης και εμπειρίας όσο και της ελληνικής πραγματικότητας.

Γιατί προχωρεί σε ριζικά και θαρραλέα μέτρα και δεν ωραιοποιεί ούτε προσφέρει οριακές βελτιώσεις στο υπάρχον σύστημα. Γιατί έχει ως γνώμονα το ευρύτερο κοινωνικό και λαϊκό συμφέρον και όχι τα συμφέροντα μιας τάξης ή κάποιας ολιγαρχίας.

Και είναι βέβαιο πως θα πετύχει γιατί έχει την επιδοκιμασία της συντριπτικής πλειοψηφίας του ελληνικού λαού. Του λαού που αγάπησε το Εθνικό Σύστημα Υγείας πριν ακόμα το γνωρίσει.

ΕΙΣΗΓΗΣΗ ΣΤΗ ΒΟΥΛΗ, 23 Αυγούστου 1983

Η Ιατρική Σχολή Πάτρας και τα προβλήματά της



Από χρόνια είχε διαπιστωθεί η σοβαρή αδυναμία των Ιατρικών Σχολών Αθήνας και Θεσσαλονίκης να ανταποκριθούν στην αποστολή τους και ποσοτικά και ποιοτικά. Ποσοτικά γιατί ο αριθμός των φοιτητών ξεπέρασε με την πάροδο των χρόνων τη δυναμικότητά τους και ποιοτικά γιατί η πολιτεία και το καθηγητικό κατεστημένο δεν κατάφεραν ή δεν θέλησαν να αναθεωρήσουν τις βασικές αντιλήψεις τους και δεν εκσυγχρόνισαν το εκπαιδευτικό τους σύστημα. Η πλημμελής οργάνωση και ανεπάρκεια μέσων, η παντελής πολλές φορές έλλειψη εκπαιδευτικού προγράμματος, η φεουδαρχική αντίληψη και ο μεσσιανισμός των καθηγητών, η έλλειψη ουσιαστικής επαφής ανάμεσα στις τρεις ομάδες που αποτελούν τη σχολή (καθηγητές — ΕΔΠ — φοιτητές), η απαράδεκτη αντιστοιχία διδασκόντων και διδασκομένων, ο επαγγελματισμός των διδασκάλων και η παρέμβαση του κυβερνητικού παράγοντα σε κάθε φάση της πανεπιστημιακής ζωής συνετέλεσαν στην υποβάθμιση της επιστημονικής κατάρτισης, στην παροχή ανεπαρκούς κλινικής εμπειρίας και στην *παραγωγή γιατρών-επαγγελματιών χωρίς καλλιεργημένη κοινωνική και πολιτική ευθύνη*. Είναι απαράδεκτο να υπάρχει σήμερα μια μεγάλη μερίδα γιατρών και γενικά επιστημόνων που δείχνει αδιαφορία για το Σύνταγμα, για την παιδεία, για τη μόλυνση του περιβάλλοντος, ακόμα και για την ποιότητα της παρεχόμενης στον λαό μας νοσηλευτικής περίθαλψης, και ενδιαφέρεται μόνο για τα στενά επαγγελματικά της συμφέροντα. Αυτό είναι μια απόδειξη πως τα ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα

δεν θέλησαν να αποβάλουν τις ανασταλτικές προλήψεις και προκαταλήψεις, δεν έδειξαν ευαισθησία στις αντιδράσεις του ευρύτερου κοινωνικού χώρου και αδιαφόρησαν για την κοινωνική και πολιτική συνειδητοποίηση των διδασκομένων σε αυτά.

Η κυβέρνηση, βλέποντας το πρόβλημα μόνο από πλευρά ποσοτική, θέλησε προ τετραετίας να αποσυμφορήσει την Ιατρική Σχολή της Αθήνας κάνοντας τις κρατικές κλινικές του Νοσοκομείου της Πάτρας παράρτημα της Σχολής της Αθήνας. Δηλαδή θα έστελνε για 2–3 μήνες από την Αθήνα στο εδώ νοσοκομείο μας φοιτητές–τουρίστες για εκπαίδευση, αδιαφορώντας για τη λύση του προβλήματος από πλευρά ποιοτική.

Στην προσπάθεια αυτή αντέδρασαν οι επιστημονικοί σύλλογοι, επαγγελματικές οργανώσεις, ο δήμος, το πανεπιστήμιο, το Εργατικό Κέντρο και γενικά όλοι οι φορείς της περιοχής και κατάφεραν να αποτρέψουν τα κυβερνητικά σχέδια και να ιδρυθεί το 1977 η Ιατρική Σχολή. Οι λόγοι που θέλαμε την ίδρυση της νέας Ιατρικής Σχολής και μάλιστα στην Πάτρα ήταν:

1. Να αποσυμφορηθούν οι Ιατρικές Σχολές Αθήνας και Θεσσαλονίκης με την κατανομή στις νέες Ιατρικές Σχολές (Πάτρας, Ιωαννίνων, Ηρακλείου και Θράκης) του ήδη προσδιορισμένου αριθμού εισαγομένων στις δύο μέχρι τότε υπάρχουσες ιατρικές σχολές φοιτητών.

2. Να δημιουργηθεί μια νέα σχολή στην οποία θα ήταν ευκολότερα πραγματοποιήσιμη μια σωστότερη διάρθρωση και δυνατές η αναθεώρηση, η ανανέωση και ο εκσυγχρονισμός του συστήματος της ιατρικής εκπαίδευσης.

3. Να επιλυθεί το πρόβλημα της υπάρχουσας απαράδεκτης σχέσης μεταξύ διδασκόντων και φοιτητών στη χώρα μας.

4. Να αποτελέσει, μαζί με τις άλλες τρεις περιφερειακές ια-

τρικές σχολές, τη βάση για ένα αποκεντρωμένο και σωστό νοσηλευτικό σύστημα.

5. Να προαχθεί η μεταπτυχιακή ενημέρωση του ιατρικού κόσμου ενός μεγάλου γεωγραφικά διαμερίσματος.

6. Να βελτιώσει την ποιότητα της παρεχόμενης στον λαό της περιοχής νοσηλευτικής περίθαλψης και ιατρικής φροντίδας.

Απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία των παραπάνω θεωρήσαμε και θεωρούμε την εφαρμογή του θεσμού της *πλήρους απασχόλησης και την απαγόρευση στο διδακτικό προσωπικό να εξασκήσει ιδιωτικά το επάγγελμα*.

Πριν ασχοληθούμε με τα προβλήματα που αντιμετωπίζει στη λειτουργία της η Ιατρική Σχολή και που δημιουργήθηκαν στην πορεία των πραγμάτων, θα αναφερθώ με λίγα λόγια στον ρόλο που ελπίζουμε και πιστεύουμε ότι θα παίζει στην υγεία του λαού της περιοχής μας. Οι τρόποι που θα συμβάλουν στον τομέα αυτό είναι οι παρακάτω:

- Όπως είπαμε στα προηγούμενα, θα προαγάγει τη μεταπτυχιακή εκπαίδευση. Με την οργάνωση σεμιναρίων, συνεδρίων, μαθημάτων και συζητήσεων και την προώθηση διατριβών και διαφόρων εργασιών θα συντελέσει στη βελτίωση της ενημέρωσης και κατατόπισης του ιατρικού δυναμικού της περιοχής πάνω στις σύγχρονες αντιλήψεις και προόδους της ιατρικής και στην επίλυση κάθε επιστημονικού προβλήματος που απασχολεί τον γιατρό. Είναι ευκολονόητο στον καθένα ότι με την προσπάθειά της αυτή η Ιατρική Σχολή συντελεί στο ανέβασμα της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας που παρέχεται στον λαό.
- Είναι γνωστό ότι η σωστή κλινική πράξη είναι δεμένη στενά με τη διδασκαλία και την έρευνα. Και ένα νοσοκο-

μείο θεωρείται καλό ως νοσηλευτική μονάδα όταν έχει τη δυνατότητα να εκπαιδεύσει νέους γιατρούς. Αυτό αποτελεί ίσως μια ιδιομορφία της ιατρικής, όχι βέβαια με την εσφαλμένη εντύπωση που έχει ο κόσμος ότι ο άρρωστος χρησιμοποιείται σαν πειραματόζωο, αλλά γιατί το πεδίο δράσης της ιατρικής είναι ανεξάντλητο και απέραντο και μόνο με τη συνεχή πρακτική και διαρκή εκπαίδευση ο γιατρός συμπληρώνει τις γνώσεις και την εμπειρία του και προάγεται επιστημονικά. Επομένως, σ' ένα τέτοιο εκπαιδευτικό κρεβάτι ο άρρωστος απολαμβάνει μια κάποια καλύτερη οπωσδήποτε νοσηλευτική περίθαλψη.

- Το πανεπιστημιακό εργαστήριο, με τον επιστημονικό και εκπαιδευτικό τρόπο λειτουργίας του, θα βοηθήσει αναμφισβήτητα στον τομέα της διάγνωσης και θεραπείας και θα συμπληρώσει πολλές από τις εξετάσεις εκείνες που δεν ήταν δυνατό να γίνουν, για πολλούς και διαφόρους λόγους, στα ιδιωτικά ή ακόμα και στα κρατικά εργαστήρια του νοσοκομείου.
- Η λειτουργία πανεπιστημιακών κλινικών στην περιοχή μας θα ανεβάσει το επίπεδο της παρεχόμενης και από τα υπόλοιπα κρατικά και ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα στον τόπο μας νοσηλευτικής περίθαλψης, πέρα από τον πρώτο λόγο που ανέφερα, γιατί αναπόφευκτα και ανθρώπινα θα δημιουργήσει την άμιλλα.
- Η Ιατρική Σχολή θα συμβάλει θετικά και στον τομέα της δημόσιας υγείας της περιοχής. Αυτό θα γίνει με εκλαϊκευμένες διαλέξεις και σεμινάρια γύρω από την προληπτική ιατρική και με έρευνες που θα αφορούν τον έλεγχο τροφίμων, καταστημάτων, την προστασία του περιβάλλοντος κ.λπ.

Η Ιατρική Σχολή στην Πάτρα έφτασε ήδη στον τέταρτο χρόνο της. Και πριν από έναν χρόνο ξεπετάχτηκαν οι δυσκολίες της. Λέω ξεπετάχτηκαν γιατί κατά την άποψή μου οι δυσκολίες αυτές δεν είναι τωρινές αλλά υπήρχαν από τον πρώτο χρόνο της ίδρυσής της. Αν φάνηκαν τώρα αυτό οφείλεται στη συσσώρευσή τους, στην πλήρωση των βασικών κλινικών εδρών και στο φτάσιμο των φοιτητών στον τρίτο (πέρυσι) χρόνο, οπότε παρουσιάστηκε αδήριτη η ανάγκη της κλινικής τους εκπαίδευσης. Συγκεκριμένα, η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου της Πάτρας αντιμετωπίζει προβλήματα:

- *Κτιριακά και εξοπλισμού εργαστηρίων.*
- *Προκλινικής εκπαίδευσης των φοιτητών.* Δεν υπάρχουν βασικά εργαστήρια, όπως της μικροβιολογίας, της βιολογίας, της παθολογικής ανατομικής και της φαρμακολογίας. Πτώματα δεν υπάρχουν και η διδασκαλία της ανατομίας γίνεται σε προπλάσματα.
- *Πλήρωσης εδρών.* Δεν έχουν ακόμη πληρωθεί απαραίτητες έδρες προκλινικών μαθημάτων, όπως της ανατομίας, ενώ έχουν καλυφθεί άλλες του πέμπτου έτους. Παράλληλα διαπιστώνεται μια πρόθεση από την πλευρά των καθηγητών και της κυβέρνησης να μην προκληρυχθούν οι έδρες σημαντικών κλάδων της ιατρικής.
- *Διδακτικού προσωπικού.* Στον τομέα αυτό οι ελλείψεις είναι φοβερές εξαιτίας και των ανασταλτικών διατάξεων του μέχρι πρότινος ισχύοντος Ν. 815.
- *Κλινικής εκπαίδευσης.* Το πρόβλημα αυτό είναι σοβαρό, γιατί δεν υπάρχει πανεπιστημιακό νοσοκομείο.

Για όλα τα παραπάνω υπεύθυνη είναι η κυβέρνηση, η οποία ξεκίνησε την Ιατρική Σχολή μας χωρίς την απαραίτητη υποδομή

και στα τέσσερα χρόνια που πέρασαν επέδειξε εγκληματική αδιαφορία και αμέλεια για την κάλυψη των αναγκών που ανέφερα.

Η μεγαλύτερη δε ευθύνη της συνίσταται στο ότι δεν έχει κάνει τίποτα μέχρι σήμερα για το πανεπιστημιακό νοσοκομείο. Και δεν έφτανε μόνο η παράλειψή της. Για να ξεφορτωθεί τις ευθύνες της, κατάφερε να αποπροσανατολίσει την κοινή γνώμη περνώντας στον λαό το πρόβλημα της αδυναμίας κλινικής εκπαίδευσης των φοιτητών ως διένεξη μεταξύ καθηγητών και ιατρικού κόσμου της περιοχής. Στην προσπάθειά της αυτή βρήκε πολλούς υποστηρικτές, που, άλλοι συνειδητά και άλλοι άθελά τους, έπαιξαν το παιχνίδι της. Οι γιατροί της Πάτρας δεν έχουν καμιά προκατάληψη με το διδακτικό προσωπικό της Ιατρικής Σχολής ούτε πιστεύουν ότι θα ζημιωθούν επαγγελματικά με τον ερχομό και την εγκατάσταση των καθηγητών στο κρατικό μας νοσοκομείο. Αν συνέβαινε κάτι τέτοιο, δεν θα έμπαιναν σημαιοφόροι, όπως είναι σε όλους γνωστό, στον αγώνα για την ίδρυση της Σχολής. Αντίθετα, πιστεύουμε ότι με μια Ιατρική Σχολή καλά οργανωμένη και σωστά λειτουργούσα θα υπάρχουν οφέλη και στον λαό και σ' εμάς. Επιστημονικά για τους λόγους που προανέφερα, και επαγγελματικά γιατί η Πάτρα, ως επιστημονικό κέντρο, θα αποτελέσει πόλο έλξης για όλη τη δυτική Ελλάδα.

Αλλά ας δούμε ποιες είναι οι θέσεις και οι απόψεις των ενδιαφερόμενων φορέων και της κυβέρνησης πάνω στο επίμαχο θέμα:

1. *Ιατρική Σχολή:*

α) Παραχώρηση ολοκλήρου του Κρατικού Νοσοκομείου Πάτρας στην Ιατρική Σχολή.

β) Ανάπτυξη των κλινικών χειρουργικής και παθολογικής

με 80–100 κρεβάτια η καθημία και της παιδιατρικής, οφθαλμο-λογικής και γυναικολογικής–μαιευτικής με 30–40.

γ) Οι κλινικές χειρουργική και παθολογική θα λειτουργή-σουν με το σύστημα του τομέα, δηλαδή δεν θα προκηρυχθούν και δεν θα συμπληρωθούν οι παραπαθολογικές (καρδιολογία, γαστρεντερολογία, αιματολογία κ.λπ.) και παραχειρουργικές (ορθοπεδική, ωτορινολαρυγγολογία, νευροχειρουργική κ.λπ.) έδρες, αλλά μέσα στις δύο κύριες ειδικότητες θα λειτουργή-σουν τμήματα των παραχειρουργικών και παραπαθολογικών ειδικοτήτων με εντεταλμένους και διορισμένους από τη Σχολή ειδικούς επιστήμονες και κάτω από την επίβλεψη του καθη-γητή που θα διευθύνει τον τομέα.

δ) Οι καθηγητές δέχονται την απαγόρευση του επαγγελμα-τισμού έξω από το νοσοκομείο, όπως ορίζει ο ιδρυτικός της Σχολής Ν. 641/77, αλλά με την προϋπόθεση ότι θα ικανοποιη-θούν τα παρακάτω αιτήματα:

- Να διαμορφώνουν ελεύθερα την αμοιβή της επίσκεψης και κάθε ιατρικής πράξης (χειρουργικών επεμβάσεων, το-κετών, εργαστηριακών εξετάσεων κ.λπ.) που γίνονται μέσα στις κλινικές ή στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκο-μείου προκειμένου για ιδιώτες αρρώστους.
- Το 20% των κρεβατιών να διατεθεί για ιδιωτικούς των κα-θηγητών ασθενείς.
- Το 20% των νοσηλίων στις κλινικές παθολογικών ειδικο-τήτων.
- Ολόκληρο το ποσό της αμοιβής που θα εισπράττεται για χειρουργικές επεμβάσεις.
- Το 20% των νοσηλίων στους ασθενείς που δεν χειρουρ-γούνται.

- Το 20% των εργαστηριακών εξετάσεων εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών.
- Σε περίπτωση κλειστών νοσηλίων, το 30% των νοσηλίων (20% για τους γιατρούς των κλινικών και 10% για τους γιατρούς των εργαστηρίων).
- Επίσης, ζητούν το 60% της ιατρικής επίσκεψης.

Από όλες αυτές τις αιτούμενες εισπράξεις το 40% θα παίρνει ο καθηγητής και το 60% το υπόλοιπο διδακτικό προσωπικό, αφού αφαιρεθούν ορισμένες κρατήσεις.

Σε περίπτωση μη αποδοχής των παραπάνω, ζητούν να επιτραπεί η άσκηση ελεύθερα του επαγγέλματος, καταργούμενης της σχετικής διάταξης του νόμου που απαγορεύει τούτο.

Τέλος, ως κίνητρα οι καθηγητές της Ιατρικής Σχολής Πάτρας ζητούν:

- 3.000.000 δρχ. για όλο το διδακτικό προσωπικό ως δάνειο στεγαστικό.
- 100% επί των τακτικών αποδοχών για επιστημονικό επίδομα.
- Χρηματοδότηση επιστημονικών ερευνών και έξοδα μετάβασης σε συνέδρια.
- Αναγνώριση στο διπλόσιο των συντάξιμων χρόνων για όλο το διδακτικό προσωπικό.

Επειδή τα παραπάνω αιτήματα δεν ικανοποιήθηκαν στο ακέραιο, τον περασμένο Σεπτέμβρη οι καθηγητές προσέφυγαν στο Συμβούλιο Επικρατείας ζητώντας την ακύρωση της υπουργικής απόφασης που εκδόθηκε με βάση τον Ν. 641/77 και απαγόρευε την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος στο διδακτικό προσωπικό της Σχολής. Η προσφυγή αυτή απορρίφθηκε με το αιτιολογικό ότι ο επαγγελματισμός των καθηγητών υποβαθμί-

ζει το διδακτικό έργο και αποβαίνει σε βάρος της προπτυχιακής και μεταπτυχιακής εκπαίδευσης. Είναι αναμφισβήτητα μια σωστή απόφαση, γιατί είναι γνωστό ότι η επαγγελματική απασχόληση του γιατρού—δασκάλου είναι και χρονοβόρος και ηθικοφθόρος και αποβαίνει σε βάρος του ακαδημαϊκού του έργου. Δεν έχει κανένας αντίρρηση για μια πολύ καλή αμοιβή των καθηγητών και του λοιπού διδακτικού προσωπικού —γιατί δεν μπορεί να θεωρηθεί μισθός καθηγητή το ποσό των 40.000 δραχμών—, αλλά σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να υποβαθμιστεί το έργο τους από τον επαγγελματισμό. Ας γίνει επιτέλους μια σωστή ιατρική σ' αυτό τον τόπο, όπως σε πολλές από τις προηγμένες στον τομέα της υγείας χώρες.

2. Νοσοκομειακοί γιατροί (ΕΝΠΠΣ):

α) Να παραχωρηθούν στην Ιατρική Σχολή τόσα κρεβάτια όσα απαιτούνται για την απρόσκοπτη λειτουργία των πανεπιστημιακών κλινικών και την εκπαίδευση των φοιτητών.

β) Διατήρηση όλων των κρατικών κλινικών ως θεσμού, με μειωμένη δύναμη.

γ) Παντελής κατάργηση του επαγγελματισμού των καθηγητών και του διδακτικού προσωπικού τόσο έξω όσο και μέσα στο νοσοκομείο.

δ) Εκπαιδευτικό πρόγραμμα σωστό και εκσυγχρονισμένο τόσο για την προπτυχιακή όσο και τη μεταπτυχιακή εκπαίδευση.

3. Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος:

α) Να καταγγελθεί το γεγονός ότι ιδρύθηκε και ξεκίνησε η Ιατρική Σχολή Πάτρας χωρίς την απαραίτητη υποδομή, χωρίς

κτίρια, χωρίς εργαστήρια, χωρίς διδακτικό προσωπικό και, προπαντός, χωρίς πανεπιστημιακό νοσοκομείο.

β) Να ασκηθεί πίεση στην κυβέρνηση από όλους τους φορείς για να συμπληρώσει αμέσως τις παραπάνω ελλείψεις.

γ) Να αρχίσει αμέσως το χτίσιμο του πανεπιστημιακού νοσοκομείου.

δ) Να στεγαστεί η Ιατρική Σχολή προσωρινά και μέχρι να λειτουργήσει το πανεπιστημιακό νοσοκομείο στα ιδρύματα της περιοχής.

ε) Όλες οι πανεπιστημιακές κλινικές των οποίων οι έδρες συμπληρώθηκαν (ή αμέσως μετά τη συμπλήρωση) στο κρατικό νοσοκομείο με δύναμη κρεβατιών η καθεμιά όχι μεγαλύτερη των 30, σύμφωνα με την πρόταση της επιτροπής Φίλια και σε συσχετισμό πάντοτε με τις ανάγκες της Σχολής και της περιοχής για κάθε ειδικότητα.

στ) Να διατηρηθούν σε λειτουργία όλες οι υπάρχουσες κρατικές κλινικές με μειωμένη δύναμη.

ζ) Όλα τα εργαστήρια που λειτουργούν στο κρατικό νοσοκομείο της Πάτρας να υπαχθούν στην Ιατρική Σχολή, με παράλληλη νομοθετική διασφάλιση όλων των ιατρικών οργανικών θέσεων που υπάρχουν σήμερα στα εργαστήρια του κρατικού νοσοκομείου. Ο διευθυντής του εργαστηρίου θα γίνει ειδικός συνεργάτης για τη μεταβατική περίοδο. Η πλήρωση όμως της θέσης του διευθυντή, καθώς και του υπόλοιπου ιατρικού προσωπικού, μετά τη λήξη της θητείας του θα γίνεται σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία που αφορά τις κρατικές κλινικές και εργαστήρια και όχι με τις διατάξεις του Ν. 641/77.

η) Να καταγγελθεί η τελευταία κοινή απόφαση των υπουργών Παιδείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών, γιατί δεν ρυθμίζει

την τύχη των υπόλοιπων κρατικών κλινικών και εργαστηρίων, και να ζητηθεί αμέσως η ακύρωση της κατάργησης των κρατικών κλινικών παιδιατρικής και οφθαλμολογικής. (Δεν έχει δημοσιευτεί ακόμη η σχετική με την κατανομή των κλινών υπουργική απόφαση.)

4. *Κυβέρνηση*. Μετά το 1980 εξέδωσε τις παρακάτω υπουργικές αποφάσεις:

α) Την Α3/12614/80, που μετατρέπει τις κρατικές κλινικές παιδιατρική και οφθαλμολογική σε πανεπιστημιακές, συγκροτεί χειρουργική και παθολογική πανεπιστημιακή κλινική και μειώνει τη δύναμη όλων των κρατικών κλινικών. Χορηγεί έτσι στην Ιατρική Σχολή αμέσως 179 κρεβάτια και άλλα 26 όταν πληρωθεί η έδρα της γυναικολογικής-μαιευτικής.

β) Την Α3/3836/80, που αποδίδει όλα τα κρατικά εργαστήρια στην Ιατρική Σχολή.

γ) Την Α3/7565/80, που καθορίζει τους όρους με τους οποίους θα δέχονται οι καθηγητές την ιδιωτική τους πελατεία μέσα στο νοσοκομείο, καθώς και την αμοιβή τους (επίσκεψη 1.500 δρχ. και αμοιβή για κάθε ιατρική πράξη η δεύτερη και μεγαλύτερη του ισχύοντος τιμολογίου).

δ) Την 89084/8188/80, που προβλέπει αμοιβή στο διδακτικό προσωπικό ποσοστό 10% των νοσηλίων όλων των θέσεων και 40% των εισπραττομένων από τα εξωτερικά ιατρεία.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τον Ν. 641/77 οι διευθυντές των κρατικών κλινικών που μεταβλήθηκαν σε πανεπιστημιακές θα γίνουν ειδικοί συνεργάτες και μετά τη λήξη της θητείας τους θα αποφασίσει το συμβούλιο των καθηγητών αν θα παραμείνουν ή όχι. Για το υπόλοιπο ιατρικό προσωπικό,

ο νόμος δεν καθορίζει ποια θα είναι η τύχη του, αναφέροντας μόνο ότι «τούτο συνεχίζει να προσφέρει τις υπηρεσίες του μέχρι λήξεως της θητείας του».

Επισυνάπτω τις αναφερόμενες παραπάνω υπουργικές αποφάσεις και τον ιδρυτικό νόμο της Σχολής.

Υστερα από όσα εξέθεσα, το συμπέρασμα είναι:

1. Υπάρχει πρόβλημα λειτουργίας της Ιατρικής Σχολής, και μάλιστα βασικών προκλινικών εργαστηρίων, όπως ανατομίας, φαρμακολογίας, βιοχημείας, βιολογίας και παθολογικής ανατομικής. Είναι απαράδεκτο να φτάνουν στον 3ο και 4ο χρόνο οι φοιτητές χωρίς να δουν πτώμα.

2. Υπάρχει πρόβλημα κλινικής εκπαίδευσης των φοιτητών.

3. Η στέγαση της Ιατρικής Σχολής στο κρατικό νοσοκομείο ήταν μέτρο σωστό, αφού δεν υπήρξε μέχρι σήμερα ενδιαφέρον για την ίδρυση πανεπιστημιακού νοσοκομείου. Η στέγαση όμως αυτή θα πρέπει να είναι προσωρινή λύση, γιατί, αν χορηγηθεί όλο το κρατικό νοσοκομείο στη Σχολή, δεν πρόκειται ποτέ να αναγκαστεί η κυβέρνηση να φτιάξει πανεπιστημιακό νοσοκομείο.

4. Πρέπει όλοι να εργαστούμε προς την κατεύθυνση της ίδρυσης του πανεπιστημιακού νοσοκομείου. Η πρόταση για δημιουργία νοσοκομείου του ΙΚΑ δεν θεωρείται ορθή, γιατί από τη μια μεριά πουθενά δεν πέτυχαν τα μέχρι σήμερα λειτουργούντα νοσηλευτικά ιδρύματα του ΙΚΑ και από την άλλη γιατί έτσι διασπάται η προσπάθεια και αποδυναμώνεται ο αγώνας για την ίδρυση του πανεπιστημιακού νοσοκομείου.

5. Ο θεσμός της πλήρους απασχόλησης του διδακτικού προσωπικού είναι ένα μέτρο χρήσιμο από κοινωνικής και επιστημονικής πλευράς, που εγγυάται το ανέγασμα της ποιότητας της

νοσηλευτικής περίθαλψης που παρέχεται στον λαό και τη σωστή προπτυχιακή και μεταπτυχιακή εκπαίδευση του γιατρού. Και

6. μια ευχή: Η πανεπιστημικοποίηση του κρατικού μας νοσοκομείου να μη φουσκώσει περισσότερο το «φακελάκι» του αρρώστου. Γιατί σκέψη για την κατάργησή του δεν τολμώ να κάνω, αφού κανένας από τους αρμοδίους δεν δείχνει ευαισθησία στο τόσο σοβαρό αυτό πρόβλημα. Ακόμα και στο περίφημο σχέδιο νόμου «Περί μέτρων προστασίας της υγείας» του κ. Δοξιάδη πουθενά δεν βρίσκει κανείς λέξη που να δείχνει ότι τουλάχιστον ασχολήθηκαν με το θέμα οι «φωτεινοί» σύμβουλοι του κυρίου υπουργού που το συνέταξαν.

ΕΙΣΗΓΗΣΗ ΣΤΟ ΠΑΣΟΚ, 1980

Η χρηματοδότηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας



Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτέλεσε για τη χώρα μας πεδίο πολιτικών, κοινωνικών, συνδικαλιστικών και επιστημονικών συγκρούσεων από την εποχή της μεταπολίτευσης. Τότε που άρχισαν οι αναζητήσεις στον τόπο μας για την ανασυγκρότηση του υγειονομικού μας συστήματος. Η εποχή εκείνη συνέπεσε με τη διακήρυξη της Άλμα Άτα για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Ιστορικά, εκείνος που πυροδότησε πρώτος τη συζήτηση για τη σημασία και την αναγκαιότητα ανάπτυξης ενός συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας στην πατρίδα μας υπήρξε ο αείμνηστος Δοξιάδης. Δυστυχώς όμως «τα μέτρα προστασίας της υγείας» που εισηγήθηκε δεν κατάφεραν να φτάσουν ποτέ στη Βουλή εξαιτίας της αμφισβήτησης που επακολούθησε, και παραδέχομαι ότι με ευθύνη όλων μας και όλων των πολιτικών κομμάτων και φορέων η προσπάθεια εκείνη απέτυχε.

Χρειάστηκε να φτάσουμε στις αρχές της δεκαετίας του '80 για να αλλάξει το πολιτικό σκηνικό και να επιχειρηθεί η μετάβαση από τις ρητορικές αντιπαραθέσεις στην πολιτική πρακτική. Τότε θεσμοθετήθηκε από τον Παρασκευά Αυγερινό το πρώτο νομοθετικό πλαίσιο ενός σύγχρονου συστήματος περίθαλψης με τον Ν. 1397/83, στο οποίο η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελούσε την υψηλή του προτεραιότητα.

Όμως, παρά τις φιλόδοξες υποσχέσεις και επιδιώξεις των εμπνευστών του, το σύστημα μπήκε σύντομα στη φάση της κρίσης, με κύριο σύμπτωμα την αμφισβήτηση για την αποτε-

λεσματικότητα και τη χρησιμότητά του από την πλευρά του πολίτη. Τα κύρια αίτια της κρίσης αυτής του συστήματος περιθάλψης είναι:

- Το διαρκώς αυξανόμενο οικονομικό κόστος με ρυθμούς που θέτουν σε κίνδυνο την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη της χώρας.
- Ο προσανατολισμός του σε μια πολυδάπανη και απρόσωπη νοσοκομειακή περίθαλψη.
- Η εγκατάλειψη των Κέντρων Υγείας αστικού τύπου, του θεσμού του οικογενειακού γιατρού και συνακόλουθα της πρωτοβάθμιας φροντίδας.
- Η συνεχιζόμενη διεύρυνση των υγειονομικών ανισοτήτων εξαιτίας της κλαδικής πολυδιάσπασης του συστήματος και της γεωγραφικής ανισοκατανομής όλων των συντελεστών των υπηρεσιών υγείας.
- Ο ιατροκεντρικός χαρακτήρας του και η εξέλιξη του ιατρικού σώματος σε μία πανίσχυρη και δύσκαμπτη συντεχνία που ανθίσταται σε κάθε επιχειρούμενη μεταρρύθμιση, με αποτέλεσμα τη διαιώνιση της αντιδεοντολογικής και αντικοινωνικής συμπεριφοράς όλων σχεδόν όσων τάχθηκαν να υπηρετήσουν το ΕΣΥ. Και
- Η αμφισβήτηση της αποτελεσματικότητας της σύγχρονης κλινικής ιατρικής από την κοινωνία.

Θα σταθώ στο τελευταίο αίτιο, γιατί εξακολουθεί να αιωρείται και να διαβρώνει το κύρος και την αξιοπιστία του ιατροβιομηχανικού συμπλέγματος, αφού, παρά τις προσπάθειες συγκράτησης και ελέγχου του κόστους των υπηρεσιών, οι δαπάνες υγείας εξακολουθούν να αυξάνονται με ρυθμό μεγαλύτερο από τον αντίστοιχο του ΑΕΠ.

Παράλληλα, πιστοποιείται πολλαπλώς ότι:

- Οι κύριες αιτίες πρόωρης και αποτρεπτής θνησιμότητας δεν ελέγχονται.
- Οι ανισότητες στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας αναπαράγονται και διευρύνονται.
- Η ποιότητα των παρεχόμενων φροντίδων αμφισβητείται.
- Ακόμα, η αναζήτηση της ισότητας και της αποδοτικότητας, που εξακολουθεί να αποτελεί την κυρίαρχη στρατηγική την τρέχουσα δεκαετία στην παγκόσμια σκηνή, δεν φαίνεται καθόλου εφικτή στην πατρίδα μας, αφού μας λείπει ο απαραίτητος στρατηγικός επαναπροσανατολισμός, αντί των κάποιων διευθετήσεων που κάθε φορά προκρίνουμε.

Παρά το γεγονός ότι η σύγχρονη δημοπαθολογία συνδέεται κύρια με κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, με τον τρόπο ζωής και τη συμπεριφορά ατόμων ή κοινωνικών ομάδων, εντούτοις ο κύριος όγκος των διαθέσιμων πόρων, ανθρώπινων, υλικών και οικονομικών, και σε ποσοστό κοντά στο 90% κατευθύνεται στο σύστημα της δευτεροβάθμιας περίθαλψης, του οποίου η επίδραση στον έλεγχο της θνησιμότητας μόλις προσεγγίζει το 10%.

Αντίθετα, η αγωγή υγείας και γενικά η πρόληψη στην κατανομή των πόρων είναι ο φτωχός συγγενής και η προτεραιότητα στη δημόσια υγεία υπολείπεται σημαντικά.

Συμπερασματικά:

Αν και οι συνθήκες του περιβάλλοντος και ο τρόπος ζωής έχουν μεταλλαχθεί σε κύριες αιτίες του νέου νοσολογικού προτύπου που κυριαρχεί μετά τον Μεγάλο Πόλεμο, εντούτοις οι αναγκαίες πολιτικές δεν έχουν υιοθετηθεί και, κατά συνέπεια, η απαραίτητη με-

τατόπιση οικονομικών πόρων για παρεμβάσεις στην αγωγή και προαγωγή της υγείας και γενικότερα στην πρωτοβάθμια φροντίδα και στη σωστή εκπαίδευση και διαρκή ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας δεν έχει επιτευχθεί. Κι αυτό γιατί η απόδοση των πολιτικών αυτών έχει έμμεσο και μεσομακροπρόθεσμο χαρακτήρα και δεν ανταποκρίνεται σε στόχους αναπαραγωγής των πολιτικών συσχετισμών στο εκλογικό σώμα.

Όμως θα πρέπει επιτέλους να συνειδητοποιήσουμε ότι κατέναντα σύστημα περίθαλψης δεν θα είναι αποτελεσματικό αν δεν αποβλέπει στον έλεγχο της άκαιρης θνησιμότητας και στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής.

Γι' αυτό αποτελεί επιτακτική ανάγκη ο επαναπροσδιορισμός του κέντρου ευθύνης του Εθνικού Συστήματος Υγείας και η ανάδειξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας και περίθαλψης σε εξαιρετικής σημασίας προτεραιότητα.

Γιατί η παράταση των αρρυθμιών και η διαιώνιση των αγκυλώσεων του Εθνικού Συστήματος Υγείας στον τόπο μας εστιάζεται κατά κύριο λόγο στην αποσύνθεση των δομών στην ανοικτή εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και στην παντελή έλλειψη πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Έτσι, στο πλαίσιο αυτών των αναζητήσεων η πρόληψη και η πρωτοβάθμια φροντίδα αναδείχθηκαν στο επίκεντρο αυτού του προβληματισμού.

Ακόμα, η στενή διασύνδεση των νέων απειλών για την υγεία με τον καθημερινό τρόπο ζωής και με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον απέδειξε ότι υπάρχουν δυνατότητες παρέμβασης μέσα από την πρόληψη για την καταπολέμηση των αιτιολογικών νοσογόνων παραγόντων και τη μείωση της αποτρεπτής νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Και ως παράδειγμα αναφέρω το κάπνισμα, που συνιστά τον πλέον σημαντικό παράγοντα της αύξησης του καρκίνου στην εποχή μας, του προβλήματος δηλαδή που αποτελεί και το θέμα του τόσο καλά προετοιμασμένου αυτού συνεδρίου.

Φίλες και φίλοι,

Η συζήτηση που κάνουμε σήμερα είναι και *επίκαιρη* και *σημαντική*. Επίκαιρη γιατί στις μέρες μας συντελούνται λίαν σημαντικές αλλαγές στον τομέα της υγείας στην πατρίδα μας, αφού βρισκόμαστε σε μια περίοδο τόσο νομοθετικού οργασμού του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας όσο και υλοποίησης θεσμών που παρέμεναν αδρανοποιημένοι επί δύο δεκαετίες. Και σημαντική για τους λόγους που προανέφερα και τους οποίους φαίνεται ότι δεν έχουμε συνειδητοποιήσει στον βαθμό που θα έπρεπε. Διαφορετικά δεν εξηγείται η δεκαοκτάχρονη καθυστέρηση που σημείωσε η ανάπτυξη και η ολοκλήρωση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας στον τόπο μας.

Η εθνική πολιτική που ακολουθήθηκε μέχρι σήμερα στην υγεία, παρά τα αλλεπάλληλα εγχειρήματα μεταρρυθμίσεων του ΕΣΥ, ενοχοποιείται από πολλές πλευρές για ασυνέπεια, έλλειψη στόχων, αναποτελεσματικότητα και αδυναμία συγκράτησης και ελέγχου του κόστους των υγειονομικών δαπανών.

Συγκεκριμένα, ενώ βασική επιδίωξη της υγειονομικής μας πολιτικής έπρεπε να είναι η υποστήριξη των δομών της πρωτοβάθμιας φροντίδας και η προώθηση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, διαπιστώνονται παλινδρομήσεις.

Γι' αυτό επιμένουμε ότι το πρόβλημα είναι πολιτικό και όχι οικονομικό. Χρειάζονται αποφάσεις, προτεραιότητες και ανακατανομή των πόρων και όχι αύξηση των κονδυλίων, όπως

υποστηρίζουν εκείνοι που δεν επιθυμούν την άρση του αδιεξόδου. Γιατί:

- Πρώτον, τα κονδύλια που διατίθενται για την υγεία από τον κρατικό προϋπολογισμό, την κοινωνική ασφάλιση και την τσέπη του πολίτη ξεπερνούν το 9% του ΑΕΠ. Βρισκόμαστε δηλαδή σε ευρωπαϊκά επίπεδα. Η ιδιωτική δαπάνη αποτελεί το 43% περίπου της συνολικής δαπάνης για την υγεία.
- Δεύτερον, η μείωση των δαπανών της δευτεροβάθμιας περίθαλψης και συνακόλουθα της υγείας θα επέλθει με την ανακατανομή των χρηματοδοτικών πόρων και την ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας.
- Τρίτον, και να θέλαμε να δώσουμε περισσότερα χρήματα για την υγεία, με δεδομένη τη δύσκολη οικονομική συγκυρία (με την υφιστάμενη δημοσιονομική εμπλοκή) και τη στενότητα πόρων, αλλά και την ανάγκη ενίσχυσης της κοινωνικής ασφάλισης εξαιτίας της απειλούμενης ραγδαίας κατάρρευσης του συστήματος, δεν θα μπορούσαμε και δεν προβλέπεται να αρθούν τα χρηματοδοτικά προβλήματα του υγειονομικού τομέα.

Ως εκ τούτου, η ανακατανομή των υφιστάμενων πόρων από την πολυδάπανη νοσοκομειακή περίθαλψη προς την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας συγκεντρώνει το ενδιαφέρον εκείνων που ασχολούνται με τη διαμόρφωση και τη χάραξη της πολιτικής στον τομέα της υγείας, αλλά και των ευρύτερων στρωμάτων του πληθυσμού.

Η επισήμανση αυτή έχει εξαιρετικό ενδιαφέρον, δεδομένου ότι, εκτός της συσσωρευμένης κοινωνικής δυσαρέσκειας εξαιτίας προβλημάτων προσπέλασης και χαμηλής ποιότητας υπη-

ρεσιών υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα, θεωρείται ακόμη από πολλούς εκ των απασχολουμένων με το θέμα ότι η οικονομική ανάκαμψη της αγοράς των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να αναζητηθεί στον τομέα της πρωτοβάθμιας.

Εξάλλου, η οικονομία του υγειονομικού τομέα διαμορφώνεται σε μεγάλο βαθμό στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Κι αυτό γιατί υπάρχει πλήρης αδυναμία ελέγχου του κόστους και της αποδοτικής χρήσης των πόρων στη νοσοκομειακή περίθαλψη και επίσης γιατί απουσιάζουν οι κανόνες και οι προϋποθέσεις στη χρήση και στη διάθεση της υγειονομικής φροντίδας στο νοσοκομείο.

Τέλος, η δυνατότητα υποκατάστασης του τύπου της ακολουθούμενης θεραπευτικής φροντίδας και κυρίως η διευκόλυνση επιλογής πρωτοκόλλου χαμηλού κόστους και υψηλής ποιότητας συναρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον βαθμό ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας υγείας.

Συμπέρασμα: Λύση άλλη δεν υπάρχει από την ανακατανομή των διαθέσιμων πόρων και την ανάδειξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας σε υψηλή προτεραιότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Ας δούμε τώρα ποια είναι η κατάσταση στην πατρίδα μας. Από την ανάλυση των σχετικών οικονομικών μεγεθών (που αποτυπώνονται εύγλωττα σε σχετική εργασία των Κυριόπουλου – Γεωργούση) προκύπτει ότι κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών η πρωτοβάθμια φροντίδα για την υγεία είναι ο φτωχός συγγενής της παρέας και έχει το μικρότερο ειδικό βάρος στο υγειονομικό σύστημα.

Ειδικότερα επισημαίνω:

α) Το 1977 η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας απορροφούσε

το 17,6% των δημόσιων δαπανών για την υγεία, ενώ στις αρχές της δεκαετίας του '90 έπεσε στο 15,5% και σήμερα βρίσκεται κάπου στο 11%. Η πρωτική τάση είναι εμφανής.

Αντίθετα, οι δαπάνες για τη νοσοκομειακή περίθαλψη από το 55% που ήταν στα τέλη της δεκαετίας του '90 παρουσιάζουν σήμερα μια θεαματική αύξηση και απορροφούν περίπου το 65% των δημόσιων δαπανών για την υγεία.

β) Η δεύτερη παρατήρηση είναι ότι, ενώ στα τέλη της δεκαετίας του '90 η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας απορροφούσε το 27,6% της συνολικής ιδιωτικής δαπάνης, το 1995 ανέβηκε στο 31,6%.

Φαίνεται ότι το κενό που δημιουργούν οι δημόσιες δαπάνες στην πρωτοβάθμια φροντίδα σπεύδει να το καλύψει η ιδιωτική δαπάνη.

Η αυξητική δε αυτή τάση θα συνεχιστεί με γοργότερους ρυθμούς ύστερα από την ήδη θεσμοθετηθείσα μετακύλιση ιδιωτικών και κοινωνικοασφαλιστικών πόρων πρωτοβάθμιας φροντίδας προς τη δευτεροβάθμια περίθαλψη και τον διαρκώς αυξανόμενο όγκο της παραοικονομίας, της οποίας μεγάλο μέρος αφορά πρόσθετες αμοιβές του ιατρικού προσωπικού εντός και εκτός των τειχών του ΕΣΥ.

γ) Με μια απλή ματιά φαίνεται ο νοσοκομειοκεντρικός προσανατολισμός των δημόσιων πόρων του συστήματος υγείας.

Επίσης, θα ήθελα να διευκρινίσω ότι η συγκρισιμότητα των στοιχείων που παρατίθενται κατά καιρούς είναι λίαν δυσχερής, γιατί:

α) η δαπάνη των Κέντρων Υγείας και των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων που προσφέρουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες δεν αποτυπώνεται ξεχωριστά στους προϋπολογισμούς

των νοσοκομείων και ως εκ τούτου προστίθεται στη νοσοκομειακή δαπάνη·

β) η φαρμακευτική δαπάνη των νοσοκομείων υπολογίζεται τα τελευταία χρόνια ως νοσοκομειακή δαπάνη και όχι φαρμακευτική·

γ) η οδοντιατρική περίθαλψη μόλις το 1988 άρχισε να διαχωρίζεται από την πρωτοβάθμια δαπάνη·

δ) η έλλειψη μηχανοργάνωσης των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης παραμορφώνει τα συγκρινόμενα στοιχεία·

ε) η παραοικονομία της ιδιωτικής δαπάνης, από τη φύση της, δεν αποδίδει τα πραγματικά μεγέθη·

στ) η διαφορετική μεθοδολογία που ακολουθείται από τις διάφορες υπηρεσίες που επεξεργάζονται τα στοιχεία των δαπανών περίθαλψης (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υπουργείο Υγείας κ.λπ.) δεν εξασφαλίζει τη συγκρισιμότητα των πληροφοριών.

Παρά τις δυσκολίες που προανέφερα, εύκολα διαπιστώνουμε από τα στοιχεία των σχετικών οικονομικών μεγεθών ότι:

α) η στροφή στην πρωτοβάθμια φροντίδα δεν έχει ακόμη επιτευχθεί και θέλουμε πολύ δρόμο για την ολοκλήρωσή της·

β) το 31,6% της συνολικής ιδιωτικής δαπάνης που αφορά την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι ανησυχητικά υψηλό και φαίνεται ότι οφείλεται στην υποχρηματοδότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας από δημόσιους πόρους.

Είναι γεγονός ότι στις υπηρεσίες ανοικτής περίθαλψης στη χώρα μας συνυπάρχουν όλες οι παραδοσιακές μορφές οργάνωσης και χρηματοδότησης, με κύρια έμφαση:

- στο σύστημα αμοιβής κατά πράξη και περίπτωση στον ιδιωτικό τομέα και
- στην αμοιβή με μισθό των γιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας στον δημόσιο τομέα.

Στην πραγματικότητα έχουν αναπτυχθεί τέσσερις δομές αγοράς με παράλληλη δραστηριότητα:

α) Η περίθαλψη στο ΙΚΑ, που διαθέτει δικές του υπηρεσίες με τη μορφή διμερούς μονοπωλίου. Γιατροί μισθωτοί. Εποπτεία: Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

β) Η περίθαλψη στο ΕΣΥ και στον δημόσιο τομέα με σχετική διατήρηση της προσφοράς από τη ζήτηση και με την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας. Γιατροί και εδώ μισθωτοί.

γ) Η περίθαλψη στα άλλα ασφαλιστικά ταμεία με τη μορφή οιονεί αγοράς διευθυνόμενου ανταγωνισμού, με διάκριση της προσφοράς από τη ζήτηση, με διαμόρφωση των τιμών από την κεντρική διοίκηση, αλλά ταυτόχρονα την ανάπτυξη μεγάλης έκτασης παραοικονομίας και αδικαιολόγητη αύξηση του κόστους εξ αυτής της τεχνητής ζήτησης υπηρεσιών. Εποπτεία από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων για όλα τα ταμεία πλην των δημόσιων υπαλλήλων, το οποίο εποπτεύει το Υπουργείο Οικονομικών, και του Οίκου του Ναύτου, το οποίο ανήκει στο Υπουργείο Εμπορικής Ναυτιλίας.

δ) Η περίθαλψη στον ιδιωτικό τομέα ως αγορά πλήρους ανταγωνισμού, με ελεύθερη διαμόρφωση των τιμών κάτω από τη χαλαρή επίβλεψη του Υπουργείου Υγείας.

Η απουσία ρυθμιστικών κανόνων στο σύνολο αυτών των αγορών, που έχει ιδιαίτερα επισημανθεί από πολλές πλευρές:

- ευνοεί την ανάπτυξη τεχνητής ζήτησης με τη μέθοδο της μεταφοράς ζήτησης από τον δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα,

- περιορίζει την κυριαρχία του καταναλωτή και
- συρρικνώνει τα επιθυμητά και θετικά στοιχεία της ελεύθερης επιλογής.

Επίσης, η έλλειψη κριτηρίων αποδοτικότητας, ιδίως στην περίπτωση των ασφαλιστικών οργανισμών, δεν ευνοεί την αναζήτηση λύσεων και μεθόδων για οικονομικότερη λειτουργία.

Στο πλαίσιο αυτό είναι γενικά αποδεκτό ότι σε συνθήκες πλήρους ασφαλιστικής κάλυψης οι αγορές με τη μορφή διμερούς μονοπωλίου, όπως το ΙΚΑ και η περίθαλψη αγροτών, διασφαλίζουν τα κριτήρια της ισότητας και της αποδοτικότητας, παρά τις ενστάσεις για την ποιότητα των παρεχόμενων φροντίδων και το υψηλό κόστος του χρόνου που διαθέτουν οι άρρωστοι στην πρόσβαση των υπηρεσιών, οι οποίες συνδέονται με θέματα οργάνωσης, διαχείρισης και ασφαλώς με προβλήματα υποχρηματοδότησης και μειωμένων αμοιβών.

Είναι γεγονός ότι η υποτίμηση της αξίας των κριτηρίων κοινωνικής και οικονομικής αποδοτικότητας και των μηχανισμών χρηματοδότησης οδήγησε όχι μόνο στην ανάπτυξη αντιοικονομικών, αλλά σταδιακά και σε οργανωτική και λειτουργική δυσκαμψία, με δυσμενείς συνέπειες στην ποιότητα των φροντίδων και στην ισότητα στην πρόσβαση.

Στον βαθμό που η ανάπτυξη υπηρεσιών ανοικτής περίθαλψης και η προαγωγή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παραμένουν σταθερός στόχος της εθνικής πολιτικής υγείας, είναι χρήσιμο να αναζητηθούν οι τεχνικές και οι μέθοδοι που θα συνδυάσουν την αποδοτικότητα των πόρων με την ποιότητα των φροντίδων και την ικανοποίηση του ασθενούς.

Για όλα όσα εξέθεσα για την οικονομική και χρηματοδοτική

ανασυγκρότηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας επισημαίνουμε ως άμεση αναγκαιότητα:

1. Τη σύντομη κατά το δυνατόν ανάπτυξη των Κέντρων Υγείας αστικού τύπου σε όλη την επικράτεια.

2. Την επέκταση της δομής του διμερούς μονοπωλίου του ΙΚΑ για την εξασφάλιση της ισότητας και της αποδοτικότητας σε όλα τα ασφαλιστικά ταμεία. Στο σημείο αυτό τα κυβερνητικά μέτρα πάνε καλά.

3. Την ενιαιοποίηση εισφορών και παροχών μέσα από έναν Ενιαίο Φορέα Υγείας, όπως ο ΟΔΙΠΥ.

4. Την άμεση, έστω και ως διαδικασία, έναρξη εφαρμογής του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, που θα αμείβεται και με μισθό και κατά κεφαλήν.

5. Ελεύθερη επιλογή από τον άρρωστο του οικογενειακού γιατρού, των γιατρών των υπόλοιπων ειδικοτήτων και του θεραπευτηρίου εκ των συνεργαζόμενων και συμβεβλημένων με το ΕΣΥ. Δηλαδή διαφωνούμε με την κατευθυνόμενη διαχώριση των ιατρικών υπηρεσιών από τον οικογενειακό γιατρό.

6. Τον περιορισμό των νοσοκομείων στη δευτεροβάθμια φροντίδα. Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού στα νοσοκομεία αποδυναμώνει τις δομές και τη λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Γιατί, πέρα από τη μετακύλιση ιδιωτικών δαπανών από την πρωτοβάθμια φροντίδα στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, φαλκιδεύεται η αποκλειστική διαχώριση του αρρώστου από τον οικογενειακό γιατρό που προβλέπει το Υπουργείο Υγείας, μεταφέρονται κονδύλια από τα ασφαλιστικά ταμεία όχι στην πρωτοβάθμια αλλά στη δευτεροβάθμια περίθαλψη και αναπαράγονται οι ανισότητες στην κοινωνία.

7. Σωστός ο θεσμός των ΠΕΣΥ.

8. Απαραίτητη η οργανωτική, διοικητική και λειτουργική ανασυγκρότηση των νοσοκομείων. Διατηρούμε όμως επιφυλάξεις στην επιλογή, γιατί η αγορά της υγείας είναι γνωστή στην Ελλάδα.

9. Μεταφορά πόρων από τα κονδύλια του Υπουργείου Υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα.

Δυστυχώς βλέπουμε ότι τα περισσότερα των μέτρων και των οικονομικών ενισχύσεων κατευθύνονται προς τη δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Φαίνεται ότι η αδυναμία αποκλειστικής χρηματοδότησης από τους δημόσιους προϋπολογισμούς πρέπει να θεωρηθεί δεδομένη, και γι' αυτό η διεύρυνση των πόρων και της χρηματοδοτικής βάσης είναι επείγον να τακτοποιηθεί.

Η αναγκαιότητα για μια εναλλακτική πολιτική χρηματοδότησης είναι επιτακτική.

Αύγουστος 2008

Νέα μεταρρύθμιση του ΕΣΥ



Ιστορικά, η πρώτη προσπάθεια θεσμοθέτησης ενός σύγχρονου και αποτελεσματικού συστήματος υγείας στον τόπο μας έγινε το 1983.

Ήταν μια ριζοσπαστική παρέμβαση μεγάλου βεληνεκούς στον υγειονομικό τομέα, η οποία διέυρνε τα όρια του κοινωνικού κράτους και υποσχόταν την ανάπτυξη ενός συστήματος περίθαλψης χωρίς ανισότητες, πέρα από κοινωνικές, οικονομικές και γεωγραφικές παραμέτρους.

Όμως, παρά τις φιλόδοξες υποσχέσεις και προσπάθειες των εμπνευστών του, το ΕΣΥ στην πορεία του παρουσίασε κενά, ελλείψεις, παρεκκλίσεις και δυσλειτουργίες, που οδήγησαν στη στασιμότητα και στη δυσφήμιση του θεσμού.

Επακόλουθο και συνέπεια της αρνητικής αυτής εξέλιξης υπήρξε η αμφισβήτηση της αποτελεσματικότητας της σύγχρονης ιατρικής από τον πολίτη, η οποία αργά αλλά σταθερά διέβρωσε και διαβρώνει το κύρος και την αξιοπιστία του ιατροβιομηχανικού συμπλέγματος.

Γιατί, παρά τις προσπάθειες συγκράτησης και ελέγχου των υπηρεσιών, οι δαπάνες υγείας εξακολουθούν να αυξάνονται με ρυθμό μεγαλύτερο του ΑΕΠ.

Παράλληλα όμως οι άνθρωποι εξακολουθούν να αρρωσταίνουν και να πεθαίνουν πρόωρα από αιτίες που μπορούσαν να αποτραπούν και νοσήματα που ήταν δυνατόν να προληφθούν.

Ακόμα, οι διακρίσεις στην πρόσβαση και στην κατανομή των υπηρεσιών υγείας διευρύνονται, η ποιότητα των παρεχόμενων φροντίδων αμφισβητείται και ο άρρωστος βλέπει με

απόγνωση ότι οι νέες τεχνολογικές εξελίξεις και οι πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες που παρεισέφρησαν του στέρησαν τον πολυτιμότερο φίλο μπροστά στην αρρώστια και στον θάνατο και μετάλλαξαν τη σχέση του με τον γιατρό σε απρόσωπη, ψυχρή και επιφανειακή. Οι λόγοι πολλοί:

- Η προτίμηση του ιατρικού σώματος προς τις κλινικές, εργαστηριακές και γενικά κερδοφόρες ειδικότητες.
- Η ανεπάρκεια γιατρών των κοινωνικών λεγόμενων ειδικοτήτων (γενικής ιατρικής κ.λπ.).
- Ο προσανατολισμός του συστήματος υγείας προς την πολυδάπανη νοσοκομειακή περίθαλψη, της οποίας όμως η επίδραση στον έλεγχο της θνησιμότητας μόλις εγγίζει το 10%.
- Η εγκατάλειψη των Κέντρων Υγείας, του θεσμού του οικογενειακού γιατρού και συνακόλουθα της πρωτοβάθμιας φροντίδας.
- Η συνεχιζόμενη αναπαραγωγή των υγειονομικών ανισοτήτων εξαιτίας της κλαδικής πολυδιάσπασης του συστήματος, της γεωγραφικής ανισοκατανομής κλινών, έλλειψης εξειδικευμένων μονάδων και ανθρώπινου δυναμικού, και της νησιωτικής διαμόρφωσης της χώρας. Αξίζει να σημειωθεί ότι επτά υπουργεία συντηρούν και λειτουργούν υπηρεσίες υγείας πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης.
- Ο ιατροκεντρικός χαρακτήρας του ΕΣΥ, που εξέθρεψε και διαμόρφωσε παγιωμένες πλέον αντιλήψεις και πρακτικές που δύσκολα θα καμφθούν και θα συναινέσουν.
- Η έλλειψη των αναγκαίων πολιτικών που υπαγορεύει το σύγχρονο νοσολογικό πρότυπο και που επιβάλλει τη μετατόπιση οικονομικών πόρων για παρεμβάσεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα και διαρκή ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας.

Όλα αυτά τα φαινόμενα εντείνονται και μεγεθύνονται κάτω από την πίεση νέων δεδομένων. Η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού, η ραγδαία εξελισσόμενη βιοϊατρική τεχνολογία, ο πληθωρισμός του ιατρικού επαγγέλματος, η διαρκώς αυξανόμενη ζήτηση εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας, οι δεοντολογικές και ηθικές εκτροπές στην άσκηση της ιατρικής και η συνακόλουθη μεγιστοποίηση των δαπανών περίθαλψης θέτουν το σύστημα μπροστά σε νέες προκλήσεις.

Έτσι, τα νέα μέτρα που εξήγγειλε ο υπουργός Υγείας έρχονται στην κατάλληλη ώρα για να ξεπεράσουν τις διαπιστωμένες αδυναμίες, να άρουν τις δυσλειτουργίες και να προσαρμόσουν το σύστημα στα νέα δεδομένα. Πρόκειται για παρεμβάσεις που θα προσδώσουν μια νέα δυναμική που στοχεύει στην ικανοποίηση των αναγκών και των απαιτήσεων του πολίτη.

Ειδικότερα, θέλω να επισημάνω τις πλέον σημαντικές από τις προτάσεις που συζητάμε.

Πρώτη σε σημασία θεωρώ την ένταξη των κλάδων υγείας και συγκεκριμένα των παροχών σε είδος των διαφόρων ασφαλιστικών οργανισμών και την ανάπτυξη των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Επιτέλους συνειδητοποιήσαμε ότι κανένα σύστημα περίθαλψης δεν είναι αποτελεσματικό αν δεν δώσει έμφαση στην πρόληψη, στον έλεγχο της πρόωρης και αποτρεπτής θνησιμότητας και στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής.

Τα ευεργετικά αποτελέσματα του μέτρου θα γίνουν κατανοητά αν μελετήσουμε την αποδοτικότητα των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης που λειτουργούν σήμερα στο ΙΚΑ, με όλες τις γνωστές αδυναμίες που εμφανίζει. Όμως είναι ο μόνος οργανισμός που έχει οργανωμένες και πλήρεις υπηρεσίες υγείας σε όλη την επικράτεια.

Η διαφορά από τα υπόλοιπα ταμεία είναι κραυγαλέα. Στο ΙΚΑ αντιστοιχούν 0,94 ημέρες νοσηλείας σε κάθε δικαιούχο. Στον ΟΓΑ 1,77 και στα υπόλοιπα ταμεία 1,52. Το ποσοστό δε των ασφαλισμένων που υποχρεώνεται να νοσηλευτεί στο νοσοκομείο είναι 11% στο ΙΚΑ, 19% στον ΟΓΑ και 23% στα υπόλοιπα ταμεία. Οι αριθμοί αυτοί μεταφράζονται σε καλύτερο επίπεδο υγείας στο ΙΚΑ και λιγότερο κόστος περίθαλψης από τα υπόλοιπα ασφαλιστικά ταμεία.

Την αντίστοιχη μείωση των ημερών νοσηλείας θα έχουμε με την ανάπτυξη των μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που περιλαμβάνεται στο πακέτο των εξαγγελθέντων από τον υπουργό μέτρων, εφόσον ενταχθούν στο ενιαίο αυτό σύστημα και οι κλάδοι παροχών περίθαλψης σε είδος των υπόλοιπων ταμείων. Η παρέμβαση αυτή και μόνο θα μειώσει τις δαπάνες της νοσοκομειακής περίθαλψης κατά αρκετές δεκάδες δις, θα καταργήσει τα ράντζα, θα περιορίσει τις ημεραργίες και θα συμβάλει στον εξανθρωπισμό των νοσοκομείων.

Απαραίτητη όμως προϋπόθεση για να επιτευχθούν οι παραπάνω στόχοι είναι:

- Η ένταξη των υπηρεσιών υγείας όλων των ασφαλιστικών οργανισμών στο ΕΣΥ.
- Η λειτουργία των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων από ειδικευμένους γιατρούς. Και
- Η αναθεώρηση του εξαγγελθέντος θεσμού της λειτουργίας απογευματινών ιδιωτικών ιατρείων μέσα στο νοσοκομείο.

Πρόκειται για παρέμβαση που:

- αποδυναμώνει τα πλεονεκτήματα της ανάπτυξης υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας·

- φαλκιδεύει τη βασική και θεμελιακή αρχή του ΕΣΥ για δωρεάν υγεία στον λαό ανεξάρτητα από κοινωνική θέση, οικονομική κατάσταση και κατοικία του καθένα·
- αναγνωρίζει την ύπαρξη ιδιωτικής πελατείας στους γιατρούς του νοσοκομείου·
- δημιουργεί προβλήματα επιβίωσης στους γιατρούς που έμειναν εκτός των τειχών εκούσια ή ακούσια.

Αναγνωρίζουμε ότι οι αποδοχές των γιατρών στο ΕΣΥ είναι πολύ πολύ χαμηλές. Να αναπροσαρμοστούν σε λογικά επίπεδα που θα εξασφαλίσουν μια άνετη διαβίωση και δεν χρειάζεται να τραυματίσουμε ιδεολογικά το ΕΣΥ. Οι πόροι; Θα εξοικονομηθούν από τη μείωση των ημερών νοσηλείας που θα προκύψει με την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Στη συνέχεια επισημαίνω:

- Την έμφαση που δίδεται στην πρόληψη και στη διατήρηση της υγείας με την ενεργοποίηση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού. Αλήθεια, γιατί άλλαξε η ονομασία του σε «προσωπικό»; Από όσο γνωρίζω, πρώτη φορά ακούγεται. Μήπως για να περιορίσει τις υποχρεώσεις που απορρέουν και αναμένει ο πολίτης από τον οικογενειακό;
- Τη διοικητική αποκέντρωση των υπηρεσιών του ΕΣΥ στο επίπεδο της περιφέρειας. Πρώτη φορά θα παίρνονται οι αποφάσεις κοντά στις υπηρεσίες υγείας και στον πολίτη.
- Τον έλεγχο της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας και την παρακολούθηση της όλης διαδικασίας παροχής των δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.
- Την ενοποίηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας όλων των ασφαλιστικών ταμείων και την ένταξη αυτών σε ένα ολοκληρωμένο και αποκεντρωμένο σύστημα πρω-

τοβάθμιας φροντίδας. Εδώ διατηρούμε μία επιφύλαξη, γιατί δεν προσδιορίζεται σαφώς στο κείμενο που δόθηκε στη δημοσιότητα η ένταξη των υπηρεσιών υγείας των ταμείων και ασφαλιστικών οργανισμών στο ΕΣΥ. Αν αυτό δεν αποφασιστεί και δεν πραγματοποιηθεί, δεν κάνουμε τίποτα.

- Την ανάληψη της διαχείρισης και της ορθολογικής κατανομής στην περιφέρεια των πόρων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων και οργανισμών από έναν ενιαίο φορέα.
- Την αναδιοργάνωση της διοίκησης και της λειτουργίας των νοσοκομείων.
- Την αξιοποίηση της μηχανοργάνωσης για τον εκσυγχρονισμό των πάσης φύσεως λειτουργιών των υπηρεσιών του ΕΣΥ, τόσο σημαντικά μέτρα που θα συμβάλουν στην απογείωση του ΕΣΥ.

Συμπερασματικά, πρόκειται για παρεμβάσεις που βρίσκονται στον σωστό δρόμο. Συμπληρώνουν κενά του ιδρυτικού νόμου, παρακάμπτουν αδυναμίες που διαπιστώθηκαν στην πορεία, ενισχύουν το νομοθετικό πλαίσιο για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος, αναπροσανατολίζουν στόχους και κατευθύνσεις, γκρεμίζουν φράχτες που συντηρούσαν το καθεστώς της κωλυσιοεργίας, φέρνουν τη διοίκηση κοντά στον άρρωστο και εξασφαλίζουν χρηστή διαχείριση των πόρων, τη διαφάνεια στην κάθε διαδικασία και, επίσης, τις καλύτερες υπηρεσίες υγείας. Πιστεύω ότι με όλα αυτά τα μέτρα ο πολίτης θα βρει την περίθαλψη και τη φροντίδα που έχει ανάγκη και δικαιούται.

Υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων



Κύριε Πρόεδρε,

Με το νομοσχέδιο που συζητάμε σήμερα και φέρει τον τίτλο «Υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων» η κυβέρνηση αποβλέπει στην εισαγωγή θεσμών και κανόνων που θα στηρίζουν την υλοποίηση της πολιτικής της στον τομέα της προστασίας της υγείας και της ασφάλειας του εργαζόμενου λαού, όπως την επαγγέλθηκε τον Οκτώβρη του 1981 με την κυβερνητική διακήρυξη το ΠΑΣΟΚ και όπως έχει εξαγγείλει πρόσφατα ο ίδιος ο πρωθυπουργός μας.

Οι επιλογές και οι ρυθμίσεις που περιλαμβάνονται στο προτεινόμενο νομοσχέδιο, που εκφράζουν τις διακηρυγμένες επί έντεκα ολόκληρα χρόνια θέσεις του ΠΑΣΟΚ και αποτελούν πάγιο αίτημα του εργαζόμενου ελληνικού λαού, καταξιωμένου μέσα από πολύχρονους διεκδικητικούς αγώνες, έχουν ως αφετηρία τη θεμελιακή αρχή «πρώτα η ασφάλεια στην εργασία, πρώτα η υγεία του εργαζόμενου και πρώτα ο άνθρωπος!».

Και η αρχή αυτή βρίσκεται μέσα στο πλαίσιο της συνταγματικής επιταγής, σύμφωνα με την οποία το κράτος μεριμνά για την υγεία του πολίτη και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία του, και αποτελεί ένα μέρος της πολιτικής που ακολουθεί η κυβέρνηση στον τομέα της πρόληψης της αρρώστιας με το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Στόχος του νομοσχεδίου είναι η προστασία των εργαζομένων από τον επαγγελματικό κίνδυνο και η βελτίωση των συνθηκών εργασίας στους χώρους της δουλειάς, είτε αυτή είναι ιδιωτική είτε δημόσια:

- Με κύριους άξονες στήριξης τους πρωτόγνωρους για την πατρίδα μας θεσμούς των επιτροπών υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας τόσο στο επίπεδο της επιχείρησης όσο και στο νομαρχιακό.
- Του γιατρού εργασίας, του τεχνικού ασφαλείας και του συμβουλίου προστασίας των εργαζομένων.
- Με την υποχρεωτική ενημέρωση και πληροφόρηση των απασχολουμένων για τους κινδύνους που διατρέχουν και για τον τρόπο προστασίας τους.
- Με τη συμμετοχή των εργαζομένων στον έλεγχο των συνθηκών δουλειάς.

Το υπό συζήτηση νομοσχέδιο εισάγει μια νέα αντίληψη για την αντιμετώπιση του προβλήματος του επαγγελματικού κινδύνου και φιλοδοξεί να πετύχει τον εξανθρωπισμό της εργασίας και τη δημιουργία μιας καινούργιας σχέσης ανάμεσα στην εργασία και στην υγεία και μιας διαφορετικής οργάνωσης της εργασίας και της παραγωγής που θα έχει ως επίκεντρο τον άνθρωπο.

Κυρίες και κύριοι συνάδελφοι,

Η έννοια της υγείας αλλά και της ασθένειας εξαρτάται από τις ιδιαίτερες αξίες της κάθε κοινωνίας. Το φυσιολογικό ή το παθολογικό, το υγιεινό ή το ανθυγιεινό ορίζονται διαφορετικά, ανάλογα με τις εποχές στις διάφορες κοινωνίες. Ο πόνος και ο θάνατος δεν έχουν την ίδια αξία ούτε το ίδιο νόημα στα διάφορα κοινωνικά συστήματα και η σημασία που δίνεται σ' αυτές τις έννοιες εξαρτάται από τις κρατούσες πολιτιστικές αξίες στο κάθε κοινωνικό σύστημα.

Στη βιομηχανική κοινωνία, που βασίζεται στη συσσώρευση του κεφαλαίου και στην εκμετάλλευση των παραγωγικών δυ-

νάμεων, η αξία της εργασίας σηματοδοτεί καθοριστικά την κυρίαρχη αντίληψη της υγείας και τον ορισμό της. Οι συνθήκες απασχόλησης προσδιορίζουν την κοινωνική οργάνωση και επηρεάζουν σημαντικά το επίπεδο υγείας του λαού.

Η επίδραση της εργασίας στην υγεία γίνεται κατά τρεις τρόπους:

- Πρώτον, με την επίδραση του νοσογόνου παράγοντα που υπάρχει στο εργασιακό περιβάλλον και προκαλεί τα ατυχήματα και τις επαγγελματικές ασθένειες.
- Δεύτερον, με τη συμμετοχή της εργασίας στη διαμόρφωση του τρόπου ζωής.
- Και, τρίτον, με τη συμμετοχή της εργασίας στη διαμόρφωση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου.

Δεν θα ασχοληθώ ιδιαίτερα με την καθεμία από αυτές τις παραμέτρους που ανέφερα. Εκείνο που θέλω να τονίσω σαν συμπέρασμα είναι ότι η εργασία αποτελεί πρωτογενή παράγοντα στη διατήρηση της υγείας.

Η επίδραση της εργασίας στην υγεία δεν έχει μόνο θεωρητικό ενδιαφέρον. Σε χώρους με προχωρημένη βιομηχανική ανάπτυξη και ιστορία ισχυρού συνδικαλιστικού κινήματος υπάρχει ήδη μια σειρά μέτρων παρέμβασης για την προστασία της υγείας των εργαζομένων, που χρονολογείται πάνω από έναν αιώνα.

Τα μέτρα αυτά αποτελούν κατακτήσεις των αγωνιστικών διεκδικήσεων των εργαζομένων και συμπορεύονται με την ολοκλήρωση των συστημάτων ασφάλισης στη σημερινή τους μορφή στις βιομηχανικά ανεπτυγμένες χώρες. Πέρα όμως από τους διεκδικητικούς αγώνες, ο δεύτερος παράγοντας που οδήγησε στην απόφαση του κεφαλαίου να μειώσει τη νοσηρότητα

κάνοντας προσιτή την ιατρική φροντίδα στους εργαζομένους είχε στόχο τη διατήρηση ή/και την αύξηση του υγιούς εργατικού δυναμικού και κατ' επέκταση της βιομηχανικής παραγωγής.

Η διαπίστωση αυτή οδήγησε σιγά σιγά στη δημιουργία θεσμών για αποζημίωση σε περίπτωση ατυχήματος και ασθένειας, όπως στη Γαλλία το 1880, στην Αγγλία το 1911 κ.λπ. Αργότερα παίρνονται τα πρώτα συστηματικά μέτρα προστασίας από ατυχήματα και καθιερώνεται η αναγνώριση των επαγγελματικών παθήσεων. Στις αρχές του αιώνα μας χρονολογούνται και οι αγώνες της εργατικής τάξης για λιγότερες ώρες εργασίας. Συνειδητοποιήθηκε επιτέλους η επίδραση που είχε η εργασία πάνω στην υγεία μέσα από τον τρόπο ζωής.

Η μεγάλη αύξηση των δαπανών αποζημίωσης των εργατικών ατυχημάτων και των συνεχώς αυξανόμενων επαγγελματικών ασθενειών και οι συνεχείς πιέσεις των εργαζομένων οδήγησαν στη λήψη νέων θεσμικών μέτρων. Το 1936 στη Γαλλία και μετά τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο στις περισσότερες βιομηχανικές χώρες της Δύσης και σε όλες τις σοσιαλιστικές καθιερώνεται σταδιακά ο θεσμός του γιατρού εργασίας. Επίσης, γενικεύεται η καθιέρωση οριακών τιμών έκθεσης σε φυσικούς ή χημικούς παράγοντες του περιβάλλοντος εργασίας και νομοθετείται η προστασία των ευπαθών ομάδων των εργαζομένων.

Το πιο σημαντικό είναι ότι μετά τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο συνειδητοποιείται η κρίση τού μέχρι τότε συστήματος οργάνωσης της εργασίας. Η προπολεμική και η αμέσως μετά τον πόλεμο βιομηχανική οργάνωση διακατέχονται από τις αντιλήψεις της επιστημονικής οργάνωσης της εργασίας του Τέιλορ. Οργάνωση δηλαδή της παραγωγικής διαδικασίας με τον ορθολογικότερο και αποδοτικότερο τρόπο.

Ως βασικό κίνητρο για τον εργαζόμενο για να αυξήσει την απόδοσή του θεωρείται το κέρδος.

Οι εργαζόμενοι μέσα από τους αυστηρούς ρυθμούς της παραγωγής, την άκαμπτη ιεραρχία, την επαναληπτικότητα των πράξεών τους, τις πολλαπλές μεταξύ τους διακρίσεις ανάλογα με τις φυσικές τους ικανότητες, το κυνήγι των πριμ γνωρίζουν την αλλοτρίωση της εργασίας (και της προσωπικότητάς τους) σε όλη της την έκταση.

Τα τελευταία τριάντα χρόνια έχουμε κάνει προσπάθειες καθιέρωσης νέων σχημάτων οργάνωσης της εργασίας στον ευρωπαϊκό χώρο που τοποθετούν τον άνθρωπο στο κέντρο του ενδιαφέροντος και της προσοχής.

Η εργασία αναγνωρίζει τις φυσιολογικές ανάγκες του ατόμου, καθώς και τις ανάγκες ασφάλειάς του, έκφρασής του, ανάδειξης των ικανοτήτων του και ικανοποίησης των κοινωνικών του σχέσεων.

Ο κοινωνικός άνθρωπος διαδέχεται τον οικονομικό άνθρωπο του Τέιλορ. Τα νέα σχήματα οργάνωσης της εργασίας, που βασίζονται στη συμμετοχή του εργαζομένου τόσο στη σύλληψη όσο και στην εκτέλεση σε κάθε διαδικασία της εργασίας, αποτελούν πηγή ικανοποίησης και ολοκλήρωσης των απασχολουμένων.

Στην Ελλάδα ξεκινήσαμε πολύ πολύ αργότερα. Είναι κρίμα αυτό, γιατί, ψάχνοντας τη βιβλιογραφία την προσιτή σ' εμένα, βρήκα ότι από τη χώρα τη δική μας και ιδιαίτερα από τον 5ο αιώνα ξεκίνησαν οι πρώτες μελέτες και οι πρώτες παρατηρήσεις γύρω από τις επαγγελματικές ασθένειες. Πρώτος ο Ιπποκράτης περιέγραψε τη μολυβδίαση, στη συνέχεια ο Ξενοφών περιέγραψε παθήσεις και υπέδειξε τρόπους προστασίας από τις

ανθυγιεινές συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος. Αργότερα, ο Πλάτων περιέγραψε τα επαγγελματικά στίγματα και ο Αριστοτέλης με καθοριστική σαφήνεια δίνει την πολύ σωστή έννοια στο εργατικό ατύχημα και το ξεχωρίζει από το αμάρτημα. Αυτά έγιναν τον 5ο αιώνα, για να δικαιωθεί για άλλη μια φορά ο Ράσσελ, που λέγει ότι αυτός ο λαός όσα έδωσε στην ανθρωπότητα μέσα σε έναν αιώνα δεν τα έδωσε κανένας, ούτε πριν ούτε μετά, σε τόσο σύντομο χρονικό διάστημα.

Στην Ελλάδα, λοιπόν, τα μέτρα προστασίας των εργαζομένων από τον επαγγελματικό κίνδυνο, τόσο από πλευράς χρόνου και έκτασης εφαρμογής όσο και από άποψη επαγγελματικότητας, έχουν στενή σχέση με τη δομή της οικονομίας μας και με τον βαθμό ανάπτυξης του συνδικαλιστικού κινήματος της εργατικής τάξης.

Η ελληνική οικονομία, σχεδόν αποκλειστικά αγροτική πριν από τον πόλεμο, μπαίνει στο στάδιο της βιομηχανικής ανάπτυξης το 1950, για να γνωρίσει γοργότερους ρυθμούς μετά το 1960. Η ανάπτυξη αυτή χαρακτηρίζεται από έλλειψη προγραμματισμού, τον μεταπρατικό της χαρακτήρα και ανυπαρξία υποδομής.

Η βιομηχανική αυτή ανάπτυξη και το καπιταλιστικό μοντέλο οργάνωσης της παραγωγής —με την παράλληλη ανάπτυξη του τουρισμού και την αύξηση της αγροτικής παραγωγής— οδηγούν σε αλλοιώσεις των χαρακτηριστικών του περιβάλλοντος γενικά αλλά και εκεί που ζει και εργάζεται ο σύγχρονος άνθρωπος και έχουν σχέση με την αλλαγή στους δείκτες κοινωνικής εξέλιξης.

Η βαθιά μεταβολή των μεθόδων παραγωγής σε όλους τους τομείς της οικονομίας και η διάδοση επικίνδυνων τεχνικών, μεθόδων και υλών δημιουργούν νέα προβλήματα σε ό,τι αφορά

την ασφάλεια, την υγιεινή και την προστασία της υγείας των εργαζομένων.

Στον χώρο της ιατρικής παρατηρείται θεαματική αλλαγή του νοσολογικού προτύπου. Ασθένειες που κυριάρχησαν στον περασμένο και στις αρχές του αιώνα μας, όπως τα λοιμώδη, υποχώρησαν, για να δώσουν τη θέση τους στα σύγχρονα νοσήματα της βιομηχανικής κοινωνίας: ατυχήματα, νεοπλάσματα, καρδιαγγειακά, ψυχώσεις κ.ά., που έρχονται ως συνέπεια της συγκεκριμένης οργάνωσης της κοινωνίας μας.

Η επίδραση της άναρχης ανάπτυξης του περιβάλλοντος και οι συνέπειες του νέου τρόπου παραγωγής στην υγεία γίνονται αντιληπτά στην πατρίδα μας μόλις τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια.

Η θεαματική αύξηση των εργατικών ατυχημάτων —ξεπεράσαμε τα 60.000— και των θανατηφόρων —κάθε δυο μέρες σκοτώνεται και ένας εργάτης—, μαζί με το οικονομικό κόστος με το οποίο επιβαρύνονται οι ασφαλιστικοί οργανισμοί, αρχίζουν να προβληματίζουν τους αρμοδίους και να αφυπνίζουν τους εργαζομένους.

Σοβαρά όμως μέτρα και ιδιαίτερα αποτελεσματικά δεν πάρθηκαν. Γιατί από τη μια μεριά η κρατική εξουσία ήταν δέσμια μιας πολιτικής που εξέφραζε τα συμφέροντα της εργοδοσίας και από την άλλη το συνδικαλιστικό κίνημα ήταν ευνουχισμένο στην πατρίδα μας εξαιτίας της ασφυκτικής κηδεμόνευσης που ασκείτο επάνω του από τις κυβερνήσεις των τελευταίων δεκαετιών.

Αποτέλεσμα: Μέτρα και ρυθμίσεις περιπτωσιακές που αφορούσαν συγκεκριμένους κλάδους παραγωγής και διεκδικήσεις που απέβλεπαν και περιορίζονταν σε βελτίωση των αποδοχών και στην κατοχύρωση κάποιων συνδικαλιστικών ελευθεριών.

Ο επαγγελματικός κίνδυνος για τους εργαζομένους δεν αποτελούσε για αρκετές δεκαετίες στον τόπο μας αφετηρία μιας προσπάθειας εξάλειψης των ανθυγιεινών συνθηκών της εργασίας, αλλά διεκδίκησης κάποιου ανθυγιεινού επιδόματος ή μειωμένου ωραρίου.

Η τακτική αυτή οδηγούσε σε λαθεμένη κατεύθυνση, γιατί άφηνε ανέγγιχτη την ουσία του προβλήματος.

Εδώ θα πρέπει να σημειώσω και την παντελή έλλειψη πληροφόρησης που σκόπιμα είχαν οι εργαζόμενοι γύρω από τους κινδύνους που διέτρεχαν μέσα σ' ένα ανθυγιεινό εργασιακό περιβάλλον. Συνέπεια του στοιχείου αυτού ήταν να εκτίθενται εθελοντικά και αδιαμαρτύρητα σε αυτούς τους κινδύνους, συμμετέχοντας σε καταστρατήγηση έστω και των στοιχειωδών μέτρων που έπαιρνε η πολιτεία για την προστασία τους.

Παράδειγμα:

Σε ορισμένα επαγγέλματα έχει καθοριστεί με νόμο το οκτάωρο λόγω του ανθυγιεινού επαγγέλματος.

Ποια όμως ήταν η εξέλιξη; Οι εργοδότες, για να μη μειωθεί η παραγωγή, κρατούσαν τους εργάτες με τη θέλησή τους για άλλες οκτώ ώρες, αμείβοντας την επιπλέον εργασία υπερωριακά και καταβάλλοντας τα ανάλογα επιπλέον ασφάλιστρα στο ΙΚΑ.

Έτσι, δεν είχαμε καμιά διαμαρτυρία και οι πάντες ήσαν ευχαριστημένοι. Οι εργοδότες γιατί διατηρούσαν το ύψος της παραγωγής. Οι εργάτες γιατί πληρωνόντουσαν ενάμισι μεροκάματο, και μάλιστα με απασχόληση που αντιστοιχούσε σ' ένα κανονικό σχεδόν ωράριο. Και το ΙΚΑ γιατί μάζευε περισσότερα ασφάλιστρα.

Πιο πετυχημένη εφαρμογή του μύθου της αλεπούς που απο-

λάμβανε τη γνώση από το αίμα που έτρεχε από τη γλώσσα της γλείφοντας τη λίμα δεν μπορεί να υπάρξει. Ούτε για τους εργάτες, που γρήγορα και ανεπανόρθωτα κατέστρεφαν την υγεία τους, ούτε για τις κοινωνικές ασφαλίσσεις, που συντομότερα χορηγούσαν σύνταξη στον εργάτη που αχρηστεύτηκε πολλά χρόνια νωρίτερα.

Θριάμβευσε δηλαδή και εδώ το πνεύμα του «τα πάντα καταστρατηγείν και διαστρέφειν δι' αργύρια τινά».

ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΣ ΚΑΛΟΓΙΑΝΝΗΣ. (Δεν ακούστηκε.)

ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΣΟΛΩΜΟΣ: Κάνετε λίγο υπομονή και θα ακούσετε και τα στοιχεία. Πάντως εσείς δεν έχετε ακόμη προσγειωθεί ύστερα από τρεις αλλεπάλληλες εκλογές.

ΠΡΟΕΔΡΟΣ (Γιάννης Ν. Αλευράς). Κύριε Καλογιάννη, θα σας παρακαλέσω πάρα πολύ, μη διακόπτετε!

ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΣ ΚΑΛΟΓΙΑΝΝΗΣ: Μα δεν μπορεί να λέει ότι δεν κάναμε τίποτα.

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Παρακαλώ, κύριε Καλογιάννη!

ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΣΟΛΩΜΟΣ: Είναι αλήθεια ότι στην πατρίδα μας υπάρχουν πάρα πολλοί νόμοι...

ΓΙΑΝΝΗΣ ΖΙΓΔΗΣ: Κύριε συνάδελφε, παρακαλώ πολύ, να ομιλείτε πιο αργά, για να μπορούμε να παρακολουθήσουμε την εμπεριστατωμένη πράγματι ομιλία σας.

ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΣ ΚΑΛΟΓΙΑΝΝΗΣ: Καλύτερα να μην ακούτε...

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Κύριε Καλογιάννη, δεν ήλθατε εδώ για να αστευθείτε! Δεν είναι ο κατάλληλος χώρος.

ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΣΟΛΩΜΟΣ: Θα σας το πω σε λίγο, ιδιαίτερα για σας, κύριε Καλογιάννη και για τη Νέα Δημοκρατία. Κάντε λίγο υπομονή.

Επαναλαμβάνω ότι υπάρχει νομικό πλαίσιο στην πατρίδα

μας που αφορά οπωσδήποτε τη λήψη προφυλακτικών μέτρων για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων. Από αυτά θα αναφέρω τον Ν. ΓΠΛΔ, που ψηφίστηκε το 1911 επί Ελευθερίου Βενιζέλου, και το Βασιλικό Διάταγμα του 1934, που αποτελεί μέχρι σήμερα τον μπόυσουλα και διέπει την πρακτική της πρόληψης των ατυχημάτων και της υγιεινής εργασίας.

Από τότε έχουν εκδοθεί πολλά εκτελεστικά διατάγματα και ειδικοί κανονισμοί που αφορούν τις υποχρεώσεις των εργοδωτών και τα μέτρα που πρέπει να παίρνονται για την προστασία των εργαζομένων σε διάφορους κλάδους της βιομηχανίας ή επαγγέλματα.

Βέβαια, οι συνθήκες κάτω από τις οποίες δούλευαν οι εργαζόμενοι σιγά σιγά καλυτέρεψαν. Αυτό ήρθε ως αποτέλεσμα του αδιάκοπου αγώνα των εργαζομένων, της «εκσυγχρονιστικής» αντίληψης της πολιτείας, της βιομηχανικής ανάπτυξης, της προόδου της ιατρικής και της τεχνολογίας και των μηνυμάτων που έφταναν από τις διάφορες ανεπτυγμένες και προοδευτικές χώρες.

Η βελτίωση όμως αυτή πολύ απέχει από τον «εξανθρωπισμό της εργασίας» και τη σωστή διευθέτηση των συνθηκών του εργασιακού περιβάλλοντος.

Η μέχρι σήμερα εργατική νομοθεσία στον τόπο μας:

- Δεν προβλέπει καμιά συμμετοχή των εργαζομένων στη διαχείριση των συνθηκών εργασίας, με αποτέλεσμα να παραμένουν παθητικοί θεατές μπροστά στον επαγγελματικό κίνδυνο.
- Δεν διαλαμβάνει διατάξεις που ενσωματώνουν τις απαιτήσεις της υγιεινής και ασφάλειας σε όλες τις κατασκευές, τόσο στους χώρους και στις θέσεις εργασίας όσο και στα εργασιακά μέσα.

- Δεν προσδιορίζει το πλαίσιο του ασφαλούς για την υγεία των εργαζομένων εργασιακού περιβάλλοντος. Δεν έχουμε δηλαδή νομοθετημένες «οριακές τιμές έκθεσης» σε φυσικούς ή βιολογικούς παράγοντες.
- Δεν εξασφαλίζει την απαιτούμενη κάθε φορά επίβλεψη της υγείας των εργαζομένων μέσα στην επιχείρηση.

Ακόμα και μετά τη μεταπολίτευση η Νέα Δημοκρατία δεν προσπάθησε να καλύψει τα τόσο σημαντικά κενά της εργατικής νομοθεσίας που ανέφερα και να δημιουργήσει το κατάλληλο πλαίσιο για την προστασία της υγείας και της ασφάλειας των ανθρώπων της δουλειάς και του μόχθου.

Δέσμια των συμφερόντων που εκπροσωπούσε και της αντιφατικής πολιτικής που ασκούσε στον τομέα της εργασίας αλλά και της υγείας του ελληνικού λαού, δεν κατάφερε να αρθεί στο ύψος των περιστάσεων και να πιάσει τα μηνύματα της εποχής.

Δεν εφάρμοσε ούτε τις διεθνείς συμβάσεις ούτε τις οδηγίες της ΕΟΚ, στην οποία τόσο πάλεψε και αγωνίστηκε για να εντάξει τη χώρα μας.

Ακόμα, αδιαφόρησε και μπροστά στις διαπιστώσεις της επιτροπής ΠΙΑCT, την οποία η ίδια κάλεσε, και έμεινε ασυγκίνητη από τις καυτές παρατηρήσεις της έκθεσης Μπλανσάρ, που δεν είναι καθόλου κολακευτικές για την πατρίδα μας:

- Δεν υπάρχει στατιστική.
- Η συμμετοχή των εργαζομένων στο επίπεδο της επιχείρησης είναι κάτι το άγνωστο στην Ελλάδα.
- Στην πράξη δεν υπάρχουν ποινές για τους παραβάτες.
- Οι συνθήκες εργασίας στη βιοτεχνία είναι κακές και στην οικοδομή ανησυχητικές κ.λπ. κ.λπ.

Το Υπουργείο Εργασίας επί Νέας Δημοκρατίας, πέρα από

μερικά προεδρικά διατάγματα που αφορούσαν την υγιεινή και την ασφάλεια των εργαζομένων σε διάφορους χώρους, όπως πρέσες, συγκολλήσεις, σκαλωσιές κ.λπ., και τον νόμο που επικύρωσε την 136 Διεθνή Σύμβαση Εργασίας, έφτιαξε και δύο νομοσχέδια, που κατέθεσε στη Βουλή. Ένα το 1975 και ένα το 1979, τα οποία όμως παρέμειναν για πάντα νομοσχέδια. Και λίγους μήνες πριν από τις εκλογές του '81 έκανε την εμφάνισή της μια συλλογική σύμβαση (ΓΣΕΕ και ΣΕΒ) που αποτελεί κλασικό παράδειγμα ανεύθυνης πολιτικής. Αυτοαναιρέθηκε και ποτέ δεν υλοποιήθηκε.

Η κυβέρνηση του ΠΑΣΟΚ, πιστή στην υπόσχεση που έδωσε στον λαό, με τη διακήρυξη της κυβερνητικής πολιτικής ότι «βασικός πολιτικός και αναπτυξιακός στόχος του ΠΑΣΟΚ είναι η βελτίωση των συνθηκών δουλειάς για όλους τους εργαζόμενους» προχώρησε από τον πρώτο κιόλας χρόνο σε μέτρα που στοχεύουν στην ουσιαστική βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος:

α) Ψήφισε τον Ν. 1264/1982 «Για τον εκδημοκρατισμό του συνδικαλιστικού μας κινήματος».

β) Προσδιόρισε τις ποινικές ευθύνες αυτών που παραβαίνουν τις διατάξεις για την υγιεινή και ασφάλεια με τον Ν. 1346/1983.

γ) Ολοκλήρωσε τη νομοθεσία για την ασφάλεια των εργαζομένων σε οικοδομικά εργοτάξια:

- με τον Ν. 1396/83·
- με τον Ν. 1430/84 (κύρωση της 62 ΔΣΕ) και
- με την υπ' αριθ. 130646/84 απόφαση του υπουργού Εργασίας.

δ) Θέσπισε το Π.Δ. 190/84 για την προστασία των εργαζομένων σε ναυπηγοεπισκευαστικές εργασίες. Και καθορίστηκαν με τη Φ. 17402/12.12.1984 απόφαση του υπουργού Ενέργειας

και Φυσικών Πόρων σύγχρονες διατάξεις κανονισμού μεταλλευτικών και λατομικών εργασιών.

ε) Η διάταξη αυτή συνεπικουρείται από τον Ν. 1385/83 για τη δημιουργία εποπτικών συμβουλίων.

στ) Παράλληλα ενισχύθηκε σημαντικά ο αριθμός των τεχνικών επιθεωρητών εργασίας και ενεργοποιήθηκαν οι επιθεωρήσεις για συχνότερο και αποτελεσματικότερο έλεγχο. Για πρώτη φορά οι εργαζόμενοι μπορούν με τους εκπροσώπους τους να παίρνουν μέρος στον έλεγχο των επιθεωρήσεων εργασίας (με τον Ν. 1204/82) και να κάνουν τις παρατηρήσεις τους.

ζ) Επίσης, με τον Ν. 1365/83 «Για την κοινωνικοποίηση των επιχειρήσεων Δημοσίου και κοινής ωφέλειας» υπογράφηκαν συλλογικές συμβάσεις που περιλαμβάνουν διμερείς επιτροπές υγιεινής και ασφάλειας στη ΔΕΗ και στον ΟΤΕ.

η) Τέλος, το 1984 η ΓΣΕΕ ζήτησε να ονομαστεί το 1985 χρονιά για την υγιεινή και την ασφάλεια των εργαζομένων, πράγμα που αποδέχθηκε και έμπρακτα σήμερα υλοποιεί η κυβέρνηση με την κατάθεση του νομοσχεδίου «Υγιεινή και Ασφάλεια των εργαζομένων».

Κυρίες και κύριοι συνάδελφοι,

Το νομοσχέδιο που σήμερα συζητάμε είναι καρπός πολύχρονων αγώνων των εργαζομένων και των νέων κοινωνικών συσχετισμών και αποτελεί αναμφίβολα έκφραση προχωρημένης φιλεργατικής κυβερνητικής πολιτικής.

Αποτελεί έναν νόμο-πλαίσιο που ρυθμίζει χρονίζοντα προβλήματα, αξιοποιώντας τη διεθνή εμπειρία και επιστημονική πρόοδο. Εισάγει μία νέα αντίληψη στον χώρο των συνθηκών της εργασίας και της ποιότητας του εργασιακού περιβάλλοντος.

Φιλοδοξεί να καλύψει τα τόσο σημαντικά κενά της ισχύουσας σήμερα εργατικής νομοθεσίας και να δημιουργήσει το κατάλληλο πλαίσιο για τον εξανθρωπισμό της εργασίας στην πατρίδα μας. Και στοχεύει στην προστασία των εργαζομένων από τον επαγγελματικό κίνδυνο και στην προαγωγή της υγείας τους.

Οι βασικοί θεσμοί που εισάγει το υπό συζήτηση νομοσχέδιο είναι:

Σε επίπεδο επιχείρησης: Η επιτροπή υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας και ο θεσμός του γιατρού εργασίας και του τεχνικού ασφάλειας.

Σε νομαρχιακό επίπεδο: Η νομαρχιακή επιτροπή υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας.

Σε κεντρικό επίπεδο: Το συμβούλιο προστασίας των εργαζομένων, που θα λειτουργήσει στο πλαίσιο του Ανώτατου Συμβουλίου Εργασίας.

Οι θεσμοί που χρειάζονται ιδιαίτερη ανάλυση στην κατ' αρχήν αυτή συζήτηση του νομοσχεδίου είναι εκείνοι που θεσπίζονται στο επίπεδο της επιχείρησης.

Με την επιτροπή υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας καθιερώνεται η συμμετοχή των εργαζομένων στη διαδικασία της προστασίας και προαγωγής της υγείας στο περιβάλλον της εργασίας. Αυτό είναι το σημαντικότερο μέτρο ίσως του νομοσχεδίου, αφού για πρώτη φορά θεσμοθετείται στη χώρα μας η συμμετοχή των εργαζομένων σε όλους τους τομείς της παραγωγής. Η συμμετοχική αυτή διαδικασία αποτελεί εξάλλου και την εγγύηση για την εφαρμογή όλων των διατάξεων του νομοσχεδίου, αλλά και κάθε σχετικής με την προστασία της υγείας των εργαζομένων διάταξης της ισχύουσας νομοθεσίας, που σήμερα για τους γνωστούς λόγους δεν εφαρμόζεται.

Για πρώτη φορά εργαζόμενοι και εργοδότες θα συζητήσουν στο ίδιο τραπέζι για τους κινδύνους στο εργασιακό περιβάλλον. Μέχρι σήμερα ο κίνδυνος ανακαλυπτόταν αργά, μετά από κάποιο εργατικό ατύχημα ή επαγγελματική ασθένεια. Για πρώτη φορά ο εργαζόμενος καλείται επίσημα να έχει γνώμη και να την εκφράσει. Πολλοί είναι εκείνοι που διατηρούν επιφυλάξεις για την επιτυχία του θεσμού. Εμείς όμως είμαστε βέβαιοι ότι θα επιτύχει και θα καταξιωθεί.

Οι εργαζόμενοι, με την υπευθυνότητα που πρέπει να τους διακρίνει και την ενημέρωση που θα έχουν πάνω σε θέματα που μέχρι σήμερα αποτελούσαν γι' αυτούς στεγανά, αν και τους αφορούσαν άμεσα, είμαστε σίγουροι ότι θα ανταποκριθούν στον νέο ρόλο που τους επιφυλάσσει η πολιτεία.

Η εφαρμογή όμως και η επιτυχία του νέου νόμου —έρχεται σαν συμπίεσμα αυτό— δεν εναπόκειται μόνο στο κράτος. Σημαντική θα είναι και η συμβολή των εργαζομένων.

Ο δεύτερος βασικός θεσμός του νομοσχεδίου είναι ο τεχνικός ασφάλειας και ο γιατρός εργασίας.

Ο τεχνικός ασφάλειας συμβουλεύει στον προγραμματισμό, στον σχεδιασμό, στην κατασκευή και στη συντήρηση των εγκαταστάσεων, στην εισαγωγή νέων παραγωγικών διαδικασιών και εξοπλισμού και στην επιλογή των ατομικών μέτρων προστασίας, καθώς και στον έλεγχο ασφάλειας των εγκαταστάσεων μηχανών κ.λπ.

Επίσης, προβλέπεται το δικαίωμα της ηθικής ανεξαρτησίας του τεχνικού ασφάλειας και η προστασία του από απόλυση λόγω διαφωνίας με τον εργοδότη.

Ο ρόλος του γιατρού εργασίας είναι ο εξής: η προστασία της υγείας των εργαζομένων από ατυχήματα και επαγγελματι-

κές ασθένειες και, δεύτερον, η προαγωγή της υγείας των εργαζομένων με βελτίωση των συνθηκών του εργασιακού περιβάλλοντος, π.χ. φωτισμός, αερισμός, θερμοκρασία, υγρασία κ.λπ., ή με προσαρμογή της διαδικασίας της παραγωγής στις ανάγκες των εργαζομένων.

Είναι κατανοητό ότι η ιατρική της εργασίας στοχεύει τόσο στην πρωτογενή πρόληψη, με παρέμβαση στους αιτιολογικούς παράγοντες των ασθενειών και των ατυχημάτων, όσο και στη δευτερογενή πρόληψη, με την προσυμπτωματική διάγνωση, πριν δηλαδή εκδηλωθεί η αρρώστια, παθολογικών καταστάσεων που παρουσιάζονται στους εργαζομένους.

Η ιατρική της εργασίας άρα δεν είναι θεραπευτική ιατρική. Ο γιατρός της εργασίας θα διαγνώσει την αρρώστια. Για τη θεραπεία θα παραπέμψει τον άρρωστο στις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Μοναδική εξαίρεση αποτελούν οι πρώτες βοήθειες που υποχρεούται ο γιατρός και οι νοσηλευτικές υπηρεσίες της επιχείρησης να προσφέρουν μέχρι τη μεταφορά του ασθενούς στο κέντρο που εφημερεύει.

Η άσκηση της ιατρικής της εργασίας έχει δύο σκέλη:

Το ένα είναι η παρακολούθηση της υγείας των εργαζομένων και το άλλο η παρακολούθηση των χώρων από άποψη υγιεινής.

Η παρακολούθηση γίνεται με ιατρικές εξετάσεις πριν από την πρόσληψη, μετά από κάποιο ατύχημα ή ασθένεια, και περιοδικά. Ο γιατρός της εργασίας έχει υποχρέωση να γνωμοδοτεί αν κάποιος εργαζόμενος είναι κατάλληλος από πλευράς υγείας για μια συγκεκριμένη θέση εργασίας. Άτομα με προβλήματα θα πρέπει να τοποθετούνται σε θέσεις που δεν θα επιβαρύνουν την κατάστασή τους.

Η παρακολούθηση των χώρων εργασίας από πλευράς υγιει-

νής αφορά την επισήμανση συγκεκριμένων κινδύνων πρόληψης ατυχήματος ή ασθένειας, τον έλεγχο του αερισμού, του ήχου, των κραδασμών, της υγρασίας και της συγκέντρωσης ρύπων στην ατμόσφαιρα.

Η ιατρική της εργασίας, όπως την περιγράψαμε, περιορίζεται στην πρόληψη και ανταποκρίνεται στη νέα θεώρηση της εργασίας και στις πιο προχωρημένες αντιλήψεις της σχέσης εργασίας και υγείας.

Ο γιατρός μέσα στο εργασιακό περιβάλλον συμβάλλει ώστε η εργασία από εξαναγκασμός και μέσο αλλοτρίωσης να γίνει πηγή χαράς και ολοκλήρωσης του ατόμου.

Εδώ θα πρέπει να τονίσω ότι η υπαγωγή του γιατρού στη διοίκηση της επιχείρησης, που αποτελεί και επιλογή του εργοδότη, αφορά τη μεταβατική περίοδο μέχρι την υλοποίηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και μέχρι να αποκτήσουμε στην πατρίδα μας γιατρούς με την ειδικότητα της ιατρικής της εργασίας.

Το ΕΣΥ προχωρεί. Και έχει τελειώσει και η διαδικασία περίπου στο ΚΕΣΥ για να θεσμοθετηθεί η ειδικότητα της ιατρικής της εργασίας, οπότε η ιατρική της εργασίας σίγουρα θα υπαχθεί στο ΕΣΥ. Περισσότερα επί του θέματος θα χρειαστεί να πω στη δευτερολογία μου.

Άλλες σημαντικές διατάξεις του νομοσχεδίου είναι εκείνες που αφορούν:

- τις κτιριολογικές απαιτήσεις,
- την πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου από μηχανές,
- την προστασία των εργαζομένων από φυσικούς, χημικούς παράγοντες και τα ελεγκτικά όργανα για την εφαρμογή του νόμου.

Λεπτομερειακά θα ασχοληθώ με το καθένα στην κατ' άρθρο συζήτηση.

Κυρίες και κύριοι συνάδελφοι,

Το υπό συζήτηση νομοσχέδιο αποτελεί σταθμό στην ιστορία της εργασίας και του εργατικού κινήματος στη χώρα μας.

Η επισημείωσή του από την Εθνική Αντιπροσωπεία θα αποτελέσει εκπλήρωση υπέρτατου καθήκοντος στους ανθρώπους του μόχθου, που κοπιάζουν για την ευημερία του κοινωνικού συνόλου και αποτελούν τις παραγωγικές δυνάμεις του έθνους, δίνοντάς τους με το νομοσχέδιο περισσότερα και καλύτερα χρόνια ζωής.

Θα αποτελέσει τον ελάχιστο φόρο τιμής για όσους μέχρι σήμερα έχασαν την υγεία τους, την αρτιμέλειά τους ή ακόμα και τη ζωή τους κάτω από τις συνθήκες της συγκεκριμένης κοινωνικής οργάνωσης που έχουμε.

Πάνω απ' όλα όμως θα αποτελέσει τη δεύτερη, μετά την ψήφιση του νόμου για το ΕΣΥ, εκδήλωση της νέας αντίληψης για την υγεία από την πολιτεία. Αντίληψη που χαρακτηρίζεται από την αναγνώριση του κοινωνικού χαρακτήρα της υγείας και την προσπάθεια για παρέμβαση στους παράγοντες που απειλούν την υγεία στο κοινωνικό περιβάλλον.

Έτσι, κύριοι συνάδελφοι, ανοίγουμε τον δρόμο για να γίνει πράξη αυτό που είπαμε στην αρχή. Πρώτα η ασφάλεια στην εργασία, πρώτα η υγεία των εργαζομένων και πρώτα ο άνθρωπος. Ευχαριστώ.

(Χειροκροτήματα από την πτέρυγα του ΠΑΣΟΚ.)

ΕΙΣΗΓΗΣΗ ΣΤΗ ΒΟΥΛΗ, 1985

Υγεία και «φακελάκια»



Καμία δικαιολογία δεν μπορεί να συζητηθεί σοβαρά για το «φακελάκι» των γιατρών. Οποιαδήποτε δε προσπάθεια και αν καταβάλλουν προς τούτο οι εκπρόσωποι των αθέμιτα και παράνομα χρηματιζομένων μόνο ιλαρότητα προκαλεί, γιατί ο κάθε πολίτης έχει και μια δική του εμπειρία που τους διαψεύδει.

Πρόκειται πράγματι για ένα σηπτικό κοινωνικό φαινόμενο που εμφανίστηκε στα νοσοκομεία μας στα τέλη της δεκαετίας του '60, μαζί με μια γενικότερη συνειδησιακή χαλαρότητα της δημόσιας διοίκησης, και το οποίο επεκτείνεται ανησυχητικά τα τελευταία χρόνια όχι μόνο σε όλες τις βαθμίδες της ιατρικής ιεραρχίας (δεν αφορά πλέον μόνο τους «μεγαλογιατρούς») αλλά και σε άλλες ομάδες εργαζομένων στον χώρο της υγείας.

Φαύλη συμπεριφορά

Συνακόλουθα δε της φαύλης αυτής συμπεριφοράς του γιατρού που γνώριζε εκ προοιμίου τους κανόνες του παιχνιδιού να αποσπά με διάφορους τρόπους χρήματα από τον άρρωστο που του ζητά βοήθεια είναι η αμφισβήτηση της επιστημονικής ένδειξης και της αποτελεσματικότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας και ο κλονισμός των σχέσεων του ιατρικού σώματος με το κοινωνικό σύνολο.

Αλλά δεν έχουμε μόνο το «φακελάκι» κάποιων ευάριθμων γιατρών του δημόσιου τομέα που δημιουργεί κραδασμούς στον κοινωνικό μας ιστό. Έχουμε και την αθέμιτη συναλλαγή που ανθεί μεταξύ υποψήφιων συνταξιούχων και υγειονομικών επιτροπών κρίσεως στα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία και οργανι-

σμούς. Γι' αυτό οι συντάξεις αναπηρίας έφτασαν στο μεν ΙΚΑ το 28% —ποσοστό διπλάσιο εκείνου των χωρών της Ευρώπης—, στον δε ΟΓΑ ξεπέρασαν το 50% σε πολλές περιοχές, με αντίστοιχο κόστος για το 1991 180 δις (ΙΚΑ) και 52 δις (ΟΓΑ).

Έχουμε επίσης την ανήκουστη συναλλαγή μεταξύ γιατρών και διαφόρων εταιρειών προώθησης και διάθεσης φαρμάκων, υλικών οστεοσύνθεσης, διαφόρων οργάνων κ.λπ.

Καινούργιο φαινόμενο

Πρόκειται για φαινόμενο, κι αυτό καινούργιο, που αφήνει κάποιες αμφιβολίες στο κατά πόσο η προτεινόμενη θεραπεία από τον γιατρό (φάρμακα, αρthroπλαστική με υλικά πανάκριβα, βιματοδότες κ.λπ.) προκρίθηκε με κριτήρια καθαρά επιστημονικά και μακράν πάσης ιδιοτελείας.

Έχουμε, ακόμα, την αντιδεοντολογική συναλλαγή μεταξύ γιατρών —κυρίως θεραπευτών και εργαστηριακών—, που νομοτελειακά αυξάνει τη ζήτηση διαγνωστικών εξετάσεων, και μάλιστα λίαν δαπανηρών σήμερα με την εξέλιξη της τεχνολογίας, η οποία καθιστά διαβλητό το λειτούργημα του γιατρού και συμβάλλει σημαντικά στην επιδείνωση των ήδη διογκωμένων ανοιγμάτων των μεγάλων ασφαλιστικών οργανισμών.

Το επίσημο «φακελάκι»

Τέλος, υπάρχει τελευταία και το επίσημο «φακελάκι» που δίνει η πολιτεία σε συγκεκριμένες ιδιωτικές κλινικές και το οποίο είναι αρκετά παχυλό (μέχρι 2,5 εκατ.) για τη διενέργεια καρδιοχειρουργικών ή ορθοπεδικών επεμβάσεων και με στόχο τη μείωση της πολύμηνης λίστας αναμονής που παρατηρείται για κάποιες συγκεκριμένες επεμβάσεις. Καλό το μέτρο, αλλά πρέπει να επεκταθεί και στις αντίστοιχες κλινικές και νοσοκομεία του δημόσιου

τομέα· έστω με μειωμένη κατά 50% αμοιβή θα ήταν ένα σίγουρο κίνητρο για την αύξηση της παραγωγικότητας και την εξάλειψη των συνεπειών της χρονοβόρου αναμονής για εγχείριση.

Άλλωστε, οι κρατικές καρδιοχειρουργικές και ορθοπεδικές κλινικές έχουν πολύ καλύτερη υποδομή και υποστήριξη για τη διενέργεια των μεγάλων αυτών επεμβάσεων που προμηδοτεί το Υπουργείο Υγείας στον ιδιωτικό τομέα.

Όλα όσα ανέφερα είναι γνωστά όχι μόνο στους γιατρούς αλλά και στον εξαίρετο και ικανότατο πρόεδρο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου κ. Δ. Καραγκούνη και επίσης και στον υπουργό Υγείας κ. Γ. Σούρλα.

Και απορώ για την ανεπάρκεια και την ατολμία των προτάσεων τους που διάβασα στον Τύπο για πάταξη των παρανομιών και εξάλειψη του εκφυλιστικού φαινομένου και της βαθιάς σήψης που έχει διαποτίσει μια μεγάλη μερίδα των συμμετεχόντων στον τομέα της υγείας, δημόσιο και ιδιωτικό, με τραγικό επακόλουθο την απόρριψη κάθε αξίας στον χώρο της υγείας από τον πολίτη.

Ανεπαρκείς προτάσεις

Κανένα μέτρο που στηρίζεται στην ενυπόγραφη καταγγελία του αρρώστου δεν πρόκειται να αποδώσει. Γιατί απλούστατα δεν θα βρεθεί ποτέ τέτοιος άρρωστος. Και κανένας γιατρός που χρηματίζεται δεν πρόκειται να διακόψει ποτέ την παράνομη αυτή λειτουργία του, όσο κι αν αυξηθεί ο μισθός του. Γι' αυτό και οι προτάσεις που δόθηκαν από τους συνδικαλιστικούς φορείς ή τα μέτρα που σκέπτεται το υπουργείο σίγουρα θα αποτύχουν γιατί πάσχουν «εκ γενετής».

ΤΑ ΝΕΑ, 2 Μαρτίου 1992

ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ



Μην παίζουμε με την κοινωνική ασφάλιση



Η από δεκαετίας και πλέον υφέρπουσα αμφισβήτηση της χρησιμότητας και της αποτελεσματικότητας της κοινωνικής ασφάλισης λόγω ελλειμμάτων, η αδυναμία ικανοποίησης ακόμα και των ώριμων διεκδικήσεων των εργαζομένων και ο ελλοχεύων κίνδυνος κατάρρευσης του κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος δημιούργησαν την ανάγκη λήψης μέτρων και αποφάσεων για την επίλυση του ασφαλιστικού. Κι αυτό έχει γίνει συνείδηση στον λαό και όλοι ζητούν εναγωνίως από τα κόμματα να ασχοληθούν με την τόσο καθυστερούσα επίλυση του προβλήματος.

Όμως τα κόμματα —όλα και χωρίς καμιά εξαίρεση—, αν και έχουν συνειδητοποιήσει τι σημαίνει επίλυση του ασφαλιστικού, δεν εννοούν να αντιμετωπίσουν σοβαρά την απειλή φεβούμενα το πολιτικό κόστος. Και διαβάζουμε κάθε ημέρα προγράμματα και θέσεις που δεν έχουν καμία σχέση με την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Και συγκεκριμένα, για να συνεννοηθούμε:

Επίλυση του προβλήματος του ασφαλιστικού σημαίνει ενίσχυση και ισχυροποίηση του δημόσιου χαρακτήρα της κοινωνικής ασφάλισης.

Σημαίνει μεταρρυθμίσεις που αποσκοπούν στον περιορισμό της σπατάλης και της εισφοροδιαφυγής.

Σημαίνει διαχωρισμό των ανταποδοτικών υποχρεώσεων της ασφάλισης από τις προνοιακού χαρακτήρα παροχές.

Σημαίνει προστασία της κοινωνικής ασφάλισης από τον

πληθωρισμό των υποσχέσεων που αφειδώς σκορπίζουν προς κάθε κατεύθυνση τα κόμματα.

Σημαίνει εκλογίκευση των προϋποθέσεων των κάθε είδους παροχών.

Σημαίνει την κατάργηση των υφιστάμενων προνομίων που χρηματοδοτούνται από την τσέπη των υπόλοιπων ασφαλισμένων.

Σημαίνει την κατάργηση συντάξεων πέραν του ορίου των αποδοχών του τελευταίου μήνα απασχόλησης.

Σημαίνει αναθεώρηση και αναμόρφωση του θεσμού των βαρέων και ανθυγιεινών και ένταξη στο εν λόγω καθεστώς μόνο εκείνων εκ των χώρων δουλειάς που αποδεδειγμένα επιστημονικά και επιδημιολογικά δεν προστατεύουν την υγεία των απασχολούμενων, και με παράλληλη καταβολή των αντίστοιχων εισφορών που απαιτούνται για την κάλυψη της επιβάρυνσης που προκαλεί στην κοινωνική ασφάλιση η ένταξή τους.

Σημαίνει σύνταξη στα 65 για τον άνδρα και στα 60 για τη γυναίκα, με μοναδική εξαίρεση τα βαρέα και ανθυγιεινά όπως θα διαμορφωθούν.

Σημαίνει προσπάθεια βαθμιαίας και σταδιακής αλλαγής του αναδιανεμητικού χαρακτήρα της κοινωνικής ασφάλισης σε κεφαλαιοποιητικό και ανταποδοτικό σύστημα. Κι αυτό μπορεί να γίνει μόνο με τη δημιουργία Τράπεζας Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που θα λειτουργεί με μετόχους όλα τα ασφαλιστικά ταμεία και οργανισμούς, διοίκηση διορισμένη από την κυβέρνηση και με ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια. Όλες και οι κάθε είδους συναλλαγές των ασφαλιστικών ταμείων θα πρέπει να γίνονται μέσω της τράπεζας. Μόνο έτσι θα πετύχουμε την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων και την ενιαιοποίηση των όρων και προϋποθέσεων της λειτουργίας αυτών τόσο στις εισφορές όσο και στις παροχές.

Σημαίνει ακόμα ότι θα πρέπει να σταματήσει ο κατακερματισμός των ευθυνών παροχής υπηρεσιών υγείας μεταξύ επτά ασφαλιστικών ταμείων, και γι' αυτό θα πρέπει να ενταχθούν οι κλάδοι υγείας όλων των ασφαλιστικών φορέων στο Υπουργείο Υγείας μαζί με τις εισφορές που αντιστοιχούν στις παροχές σε είδος.

Τέλος, σημαίνει συνέπεια και φερεγγυότητα του κράτους έναντι της κοινωνικής ασφάλισης, με έγκαιρη και πλήρη καταβολή του μεριδίου που του καταλογίζει η τριμερής χρηματοδότηση· αλλά για όλους τους ασφαλισμένους και όχι μόνο για τους εισελθόντες στην παραγωγή μετά το 1993, μιας και το προβλεπόμενο από τον νόμο Ρέππα ποσοστό 1% του ΑΕΠ έχει... ξεχαστεί.

Τίποτα από όσα αναφέραμε δεν περιλαμβάνεται στα προγράμματα των κομμάτων που διεκδικούν την εξουσία. Αντίθετα, διαβάζουμε μέτρα που κάθε άλλο παρά συμβάλλουν στην εξυγίανση και στην επιβίωση του ασφαλιστικού μας συστήματος.

Γιατί ούτε η καταπολέμηση της φτώχειας βρίσκεται μέσα στις υποχρεώσεις της κοινωνικής ασφάλισης, αφού αφορά την πρόνοια· ούτε τα όρια και οι προϋποθέσεις της «μεταρρύθμισης» του 2001 εξασφαλίζουν τη βιωσιμότητα του συστήματος· ούτε η διατήρηση των προνομιακών προϋποθέσεων συνταξιοδότησης των εντασσόμενων στο ΙΚΑ ταμείων συμβάλλουν στην ανάταξη των οικονομικών ανοιγμάτων του εθνικού μας ασφαλιστικού φορέα.

Και για να μη μακρηγορώ, ερωτώ: Ποιος θα καλύψει την επιβάρυνση που προκαλούν τα βαρέα και ανθυγιεινά, τα απλόχερα παρεχόμενα προνόμια σε διάφορες κοινωνικές τάξεις, το άρθρο 44 του Ν. 1892/90, οι συντάξεις αναπηρίας στην κοινω-

νική ασφάλιση και τόσες άλλες παροχές, όταν «καμιά ημέρα ασφάλισης δεν θα πρέπει να θεωρείται χαμένη»;

Πώς περιμένετε, κύριοι των μεγάλων κομμάτων που ασχολείστε με το ασφαλιστικό, ότι θα εξυγιάνετε το δραματικά επιδεινούμενο ασφαλιστικό μας σύστημα και θα εξασφαλίσετε τη θωράκιση των εσόδων του, όταν εσείς κάθε χρόνο μειώνετε τις εισφορές κάποιων εχόντων, χαρίζετε τις οφειλές προς το ΙΚΑ εκατοντάδων χιλιάδων νομιμοποιούμενων αυθαιρέτων, δεν ενισχύετε την πάταξη της εισφοροδιαφυγής και εισφοροαποφυγής για να μη χάσετε ψήφους, ενώ γνωρίζετε την οικονομική κατάσταση των ασφαλιστικών ταμείων, όταν με την ανοχή σας δεν δημοσιεύονται ισολογισμοί μεγάλων ασφαλιστικών οργανισμών με προϋπολογισμό άνω των 10 δις ευρώ επί οκταετία (όταν επί των ημερών μου το 1998 δημοσιεύτηκε ο ισολογισμός του 1997 στο ΙΚΑ), και πώς θα σχεδιάσετε και θα προγραμματίσετε χωρίς μηχανοργάνωση τα μέτρα που πρέπει να πάρετε για να έχουν τα παιδιά μας αύριο σύνταξη; Κι αυτό γιατί με την ανοχή σας και την ένοχη σιωπή σας —και τα δύο κόμματα— ακυρώσατε χωρίς λόγο τη σύμβαση που είχε υπογράψει επί των ημερών μου η Intracom αντί 7,4 δις δρχ. και με την υποχρέωση να παραδώσει το έργο ολοκληρωμένο (ΟΠΣ-ΙΚΑ) για ολόκληρη τη χώρα τον Οκτώβρη του 2002. Ήδη το κόστος ξεπέρασε τα 25 δις δρχ. και μηχανοργάνωση ακόμη δεν έχουμε. Και το σημαντικότερο, για το σκάνδαλο αυτό «δεν κουνιέται φύλλο». Όλοι σιωπούν.

Για όλους τους λόγους που εξέθεσα θα πρέπει να σοβαρευτούμε. Αλλά για να επιτευχθεί η έξοδος από την κρίση χρειάζεται απαραίτητως η συνεργασία των δύο μεγάλων κομμάτων και η πολιτική απόφαση να συγκρουστείτε περισσότερο με

συμφέροντα (τραπεζικό σύστημα) και λιγότερο με κάποια χαριστικά κεκτημένα κάποιων ολίγων.

Δεν απευθύνομαι στα μικρότερα κόμματα, γιατί δεν επιδιώκουν την εξουσία και, ως εκ τούτου, ανεύθυνα τάσσονται πάντοτε υπέρ κάθε είδους παροχής και να στείλουμε τον λογαριασμό στο κεφάλαιο!

Οι παροχές, κύριοι, είναι εύκολες (προσωρινά). Εξυγίανση του συστήματος απαιτεί η κοινωνία και οι ανάγκες του μέλλοντος.

Από όλους μας μόνο ένας βρέθηκε να πει την αλήθεια και να δείξει τον σωστό δρόμο για το ασφαλιστικό. Κι αυτός λιθοβολήθηκε από όλους σας. Κάποτε θα τον θυμηθούν τα παιδιά μας και τα εγγόνια μας. Αλλά θα είναι πολύ αργά τότε!

ΤΟ ΠΑΡΟΝ, 16 Σεπτεμβρίου 2007

Το ασφαλιστικό δεν είναι πρόβλημα μόνο οικονομικό, αλλά κυρίως κοινωνικό και κατεξοχήν ηθικό



Κάθε προσπάθεια προσέγγισης και ορθοτομίας του κοινωνικο-ασφαλιστικού μας οικοδομήματος αποκαλύπτει τις στρεβλώσεις και τις αρρυθμίες, των οποίων η παθογένεια βρίσκεται στις εκ γενετής διαμαρτίες από τις οποίες πάσχει το σύστημα και έχουν ως συνέπεια την υφέρπουσα κρίση, με συνακόλουθα την αμφισβήτηση της χρησιμότητας και της αποτελεσματικότητας της κοινωνικής ασφάλισης και τους κραδασμούς του κοινωνικού μας ιστού.

Πρόκειται για ένα ασφαλιστικό σύστημα που το χαρακτηρίζουν τα προνόμια, οι διακρίσεις και οι ανισότητες τόσο στις εισφορές όσο και στις παροχές. Γι' αυτό και η κρίση που το απειλεί δεν είναι μόνο οικονομική, αλλά περισσότερο κοινωνική και κατεξοχήν ηθική.

Κάθε κοινωνική ομάδα που είχε δυνατότητες πρόσβασης και επηρεασμού των κέντρων αποφάσεων πετύχαινε τη θεσμοθέτηση υπέρ του ασφαλιστικού κλαδικού ή, σπανιότερα, επικουρικού ταμείου της κοινωνικού πόρου σε ποσοστό συνήθως μεγαλύτερο των καταβολών των ασφαλισμένων και βαρύνοντος κάποιους που δεν συνδέονταν με το ταμείο υπέρ του οποίου η εισφορά με την ιδιότητα του ασφαλισμένου. Στην κατηγορία αυτή των προνομιούχων φορέων ανήκουν και τα υπό συγχώνευση —σύμφωνα με την κυβερνητική πρόταση— ασφαλιστικά ταμεία.

Πρόκειται περί ταμείων εύρωστων και, κατά τους ηγήτορες

των επαγγελματικών τάξεων που τα εκφράζουν, λίαν «ευγενών». Η «ευγένεια» δε αυτή μεταφράζεται σε χαμηλές εισφορές, υψηλές συντάξεις και παχυλά αποθεματικά. Ως εκ τούτου, η ευρωστία τους δεν οφείλεται μόνο σε ίδιες εισφορές, αλλά σε πόρους προερχόμενους από ξένες τσέπες, και μάλιστα από όλα τα υπόλοιπα κοινωνικά στρώματα. Μοναδική εξαίρεση αποτελεί το ΤΣΜΕΔΕ, το οποίο στερείται άμεσου κοινωνικού πόρου, αλλά έχει μεγάλες εισφορές λόγω επιβαρύνσεως του κάθε ασφαλισμένου με ποσοστά επί των πάσης φύσεως μελετών και κατασκευών που πραγματοποιεί.

Η κυβέρνηση βέβαια, της οποίας τα τελικά σχέδια δεν γνωρίζουμε, στις πρώτες δηλώσεις της δεν αναφέρθηκε στους κοινωνικούς πόρους. Αφήνει να εννοηθεί ότι θα τους διατηρήσει και ότι το ενδιαφέρον της περιορίζεται στα αποθεματικά και στη μείωση των δαπανών διοίκησης, οι οποίες, εκτός των επικουρικών, δεν είναι υπερβολικά αυξημένες.

Θλιβερή διαπίστωση για τον πολιτισμό μας αποτελεί και η ένοχη σιωπή σύσσωμης της αντιπολίτευσης ως προς τη διατήρηση ή μη του κοινωνικού πόρου.

Απόπειρα, βέβαια, κατάργησης των διακρίσεων και των προνομίων που σκανδαλωδώς εμφανίζει το σύστημα, με εξίσωση δηλαδή εισφορών και συντάξεων, αφού πρόκειται περί συγχωνεύσεως, δεν νομίζω ότι θα επιχειρηθεί γιατί έχει μεγάλο πολιτικό διακβέυμα.

Όμως τι σόι μεταρρύθμιση μεθοδεύει η κυβέρνηση με διατήρηση των προνομίων στα ρετιρέ και των συντάξεων πείνας στα υπόγεια του κοινωνικοοικονομικού μας συστήματος, όπως, για παράδειγμα, στο ΙΚΑ και στο ΤΕΒΕ με εισφορές περίπου ίσες με εκείνες των προνομιούχων ταμείων και συντάξεις υποτριπλάσιες;

Τον ρόλο της Ιφιγένειας θα παίζουν εσαεί οι ίδιες κοινωνικές τάξεις;

Όσο για τα υπό συγχώνευση ασφαλιστικά ταμεία, εξ'ων το ένα είναι ο κλαδικός μου φορέας, ειλικρινά δεν κατάλαβα γιατί φωνάζουν για «κατεδαφίσεις» όταν το οικοδόμημα χτίστηκε με ξένα «τούβλα». Αν το ΤΣΑΥ είναι σήμερα εύρωστο, αυτό οφείλεται στον κοινωνικό πόρο του 6,5% επί της τιμής πώλησης κάθε φαρμάκου που κατάργησε —και καλά έκανε— ο κ. Σιούφας το 1992.

Το πρόβλημα δηλαδή που δημιουργήσε με την πρότασή της η κυβέρνηση δεν έχει μόνο οικονομικές διαστάσεις, αλλά αποπνέει και κοινωνική σήψη. Όζει!

Και αυτό το ηθικό πρόβλημα δεν φαίνεται να αντιμετωπίζουν με τη δέουσα κοινωνική ευαισθησία εκείνοι που θέλουν να είναι ταγοί της κοινωνίας μας και μπροστάρηδες σε κάθε προοδευτική μεταρρύθμιση που επιχειρείται για το συμφέρον του συνόλου. Υπερτερεί δυστυχώς και προέχει το ατομικό και οικονομικό όφελος.

Το ίδιο ισχύει και για την κυβέρνηση. Σε καμία περίπτωση δεν θα προκύψει βιώσιμη και δίκαιη λύση του ασφαλιστικού με διατήρηση των ανισοτήτων, των αδικιών και των κενών ασφάλισης, που εξέθρεψαν όλες οι μεταπολεμικές κυβερνήσεις. Ενδεικτικά αναφέρω την εκ 440 εκατ. ευρώ «αντιπαροχή(!) της ενσωματωμένης(;) στη ΔΕΗ περιουσίας του ΟΑΠ-ΔΕΗ», που δεν αναφέρεται πουθενά ούτε η ταυτότητά της ούτε η αξία της και που χαρακτηρίζεται «κοινωνικός πόρος». Το ύψος της δε φτάνει τα 16.695 ευρώ κατά κεφαλήν ασφαλισμένου (στη ΔΕΗ), όταν στο ΙΚΑ το ποσό κατά κεφαλήν της κρατικής επιχορήγησης δεν ξεπερνά τα 1.300 ευρώ. Όσο

για τις συντάξιμες μέσες αποδοχές, στη μεν ΔΕΗ ανέρχονται στα 1.870 ευρώ, στο δε ΙΚΑ στα 740 ευρώ.

Και επειδή κατάργηση των κοινωνικών πόρων δεν πρόκειται να γίνει ποτέ γιατί κάθε ασφαλισμένος θα επιβαρυνθεί, αν θέλουμε να διατηρηθούν οι σημερινές συντάξεις, προτείνω για άλλη μία φορά τη λύση της Τράπεζας Κοινωνικών Ασφαλίσεων, η οποία θα ανήκει σε όλα τα ασφαλιστικά ταμεία και θα λειτουργεί με τους ίδιους κανόνες του τραπεζικού συστήματος, στο χωνευτήριο της οποίας θα αναταχθούν οι στρεβλώσεις, θα αμβλυνθούν οι οξείες διακρίσεις και αντιθέσεις, θα γίνει πλέον δίκαιη κατανομή των πόρων, θα λειτουργήσει αποτελεσματικά η αλληλεγγύη των τάξεων και των γενεών και θα ταυτιστούν οι προϋποθέσεις παροχών. Πάνω δε από όλα θα διασφαλίσει τη βιωσιμότητα και τον χαρακτήρα της κοινωνικής ασφάλισης, γιατί οι οποιοιδήποτε κραδασμοί που θα δημιουργούνται στα φτωχότερα ταμεία θα αποσβένονται από τη δυναμική της τράπεζας και την αλληλεγγύη των πλέον ισχυρών κοινωνικών στρωμάτων.

Δηλαδή, για να μην ξεσηκωθεί σήμερα η χώρα ολόκληρη στους δρόμους με συνέπειες μη αναστρέψιμες, ας στενοχωρησουμε και λίγο τους τραπεζίτες, που συνιστούν τον πλέον κερδοφόρο κλάδο της εθνικής μας οικονομίας.

Λύση άλλη για την αναχαίτιση και αποσόβηση της κρίσης δεν υπάρχει χωρίς κατάργηση κεκτημένων και βαθιές ρωγμές στον κοινωνικό μας ιστό.

Σημείωση: Η Τράπεζα Κοινωνικών Ασφαλίσεων συζητήθηκε για πρώτη φορά τον Γενάρη του 1987 σε σύσκεψη υπό την προεδρία και την ένθερμη υποστήριξη του τότε πρωθυπουργού αείμνηστου Ανδρέα Παπανδρέου και με τη συμμετοχή

των Σημίτη (υπουργού Εθνικής Οικονομίας), Τσοβόλα (υπουργού Οικονομικών), Γεννηματά (υπουργού Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων), Χαλκιά (διοικητή Τράπεζας της Ελλάδος) και τη δική μου με την ιδιότητα του υφυπουργού Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Παρά τη θερμή υποστήριξη της πρότασης από Γεννηματά και Τσοβόλα, δεν κατάφερε ο τότε πρωθυπουργός να κάμψει την αντίδραση των δύο άλλων που προέβαλλαν το επιχείρημα ότι η δημιουργία Τράπεζας Κοινωνικών Ασφαλίσεων θα κλονίσει το τραπεζικό σύστημα.

Όταν αργότερα (1995) συναντηθήκαμε με τον αοίδιμο τότε πρωθυπουργό στη ΓΣΕΕ, μου είπε ότι ήταν μέγα λάθος η παραμέληση του θέματος της «τράπεζας-γίγαντα», όπως την έλεγε, το οποίο θα «πληρώσουν ακριβά αργότερα τα παιδιά μας».

Με την περίεργη —για να μην πω εγκληματική— ραστώνη που καλύπτει το ασφαλιστικό πρόβλημα, αν και πέρασαν δώδεκα χρόνια από τότε, πολύ φοβάμαι ότι ο Ανδρέας Παπανδρέου δυστυχώς θα επαληθευτεί.

ΤΟ ΠΑΡΟΝ, 5–6 Ιανουαρίου 2008

Αναδιοργάνωση της ασφάλισης



Τώρα που ο περίφημος «διάλογος» της κυβέρνησης με τους κοινωνικούς φορείς τελείωσε και πρόκειται σύντομα να εξαγγελθούν τα ήδη προαποφασισθέντα από καιρό μέτρα για την αντιμετώπιση του κοινωνικοασφαλιστικού μας προβλήματος θεωρώ αναγκαίο και χρήσιμο να κάνω κάποιες σημαντικές επισημάνσεις που απασχόλησαν έντονα την κυβέρνηση του ΠΑΣΟΚ κατά την περίοδο 1986–1987 και που μπορούν και σήμερα να αποτελέσουν τη βάση για μια ουσιαστική προσέγγιση του προβλήματος:

1. Βρισκόμαστε μπροστά σε μια κρίση που όμως δεν αφορά ολόκληρο το ασφαλιστικό μας σύστημα —παρά τις «φιλότιμες» προσπάθειες της κυβέρνησης να την εμφανίσει ως καθολική—, αλλά μερικούς ασφαλιστικούς φορείς, όπως το ΙΚΑ, ΝΑΤ, ΤΣΑ και ίσως δύο τρία ακόμα ταμεία. Τα κυρίαρχα δε συμπτώματα της κρίσης αυτής είναι τα μεγάλα ελλείμματα και το χαμηλό επίπεδο παροχών που χαρακτηρίζουν τους συγκεκριμένους αυτούς οργανισμούς, αν και οι εισφορές των ασφαλισμένων στα προβληματικά αυτά ταμεία είναι κατά πολύ μεγαλύτερες εκείνων των προνομιούχων.
2. «ΠΟΝΗΡΗ» ΑΠΟΣΙΩΠΗΣΗ

Η κύρια αιτία των ελλειμμάτων ΙΚΑ, ΝΑΤ και ΤΣΑ είναι η ανυπαρξία κοινωνικού πόρου, την οποία πονηρά η κυβέρνηση αποσιωπά. Όπου εφαρμόστηκε η τριμερής χρηματοδότηση (εργαζόμενος – εργοδότης – κοινωνικός πόρος) η βιωσιμότητα του ταμείου εξασφαλίστηκε. Αντίθετα, όπου η πολιτεία αδιαφόρησε για τη θεσμοθέτησή της εμφανίστηκε σύντομα πρόβλημα ανι-

σοσκελίας εσόδων – δαπανών. Στη διόγκωση των ελλειμμάτων συνέβαλαν επίσης: η επιδείνωση της σχέσης εργαζομένων – συνταξιούχων, η γήρανση του πληθυσμού, η εισφοροδιαφυγή, η χαλαρή διαδικασία χορήγησης αναπηρικών συντάξεων, η ελαστικότητα των προϋποθέσεων συνταξιοδότησης και η κοινωνική πολιτική που ασκήθηκε από όλες τις μέχρι σήμερα κυβερνήσεις. Τέλος, επισημαίνω τη συμμετοχή των τοκοχρεολυσίων στην αύξηση των σωρευτικών ελλειμμάτων.

3. Η κυβέρνηση φαίνεται ότι θα προσφύγει:

- α) Για την αντιμετώπιση των ελλειμμάτων του ΙΚΑ στην εύκολη, παραδοσιακή και λίαν προσφιλή σε όλες τις κυβερνήσεις της Δεξιάς μέθοδο της αύξησης των εισφορών εργαζομένων και εργοδοτών. Το μέτρο αποτελεί την πλέον δυσμενή για την παρούσα συγκυρία λύση, γιατί έχει σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στο ήδη μειωμένο εισόδημα των εργαζομένων, στο κόστος παραγωγής, στην ανταγωνιστικότητα των προϊόντων μας και κυρίως στην ανεργία.
- β) Στην αύξηση του ορίου ηλικίας συνταξιοδότησης με παρεμβάσεις στη 15ετία των γυναικών και στην 25ετία των υπαλλήλων. Πρόκειται για σχέδια που δρουν βραδέως και έχουν μικρή απόδοση συγκριτικά με το μέγεθος των κοινωνικών κραδασμών που επιφέρουν.
- γ) Στην επέκταση του συστήματος του ΙΚΑ (ως προς τη σχέση εισφορών εργαζομένων – εργοδοτών) και στα υπόλοιπα ασφαλιστικά ταμεία. Δυσκολεύομαι να κατανοήσω τη σκοπιμότητα του μέτρου, αφού πρόκειται για πλεονασματικά ταμεία. Εκτός και αν η κυβέρνηση σκέπτεται να αφαιρέσει από τα ταμεία τον κάθε κοινωνικό πόρο για να χρηματοδοτήσει τον νέο θεσμό της βασικής (εθνικής) σύνταξης.

- δ) Στην εισφορά των δημοσίων υπαλλήλων. Αυτό αποτελεί ληστεία. Γιατί ήδη οι δημόσιοι υπάλληλοι πληρώνουν εισφορά, και μάλιστα πάνω από 10% των αποδοχών τους, για την κύρια σύνταξή τους. Πρόκειται για την αύξηση των αποδοχών που θα έπαιρναν και δεν δόθηκε το 1955 με αντάλλαγμα την κατάργηση της συνταξιοδοτικής τους εισφοράς.
4. Τα ελλείμματα υπάρχουν και πρέπει σύντομα να αντιμετωπιστούν, γιατί αποδυναμώνουν κάθε προσπάθεια για μια σταθερή πορεία της εθνικής μας οικονομίας. Οι όποιες όμως παρεμβάσεις θα πρέπει:
- να μην επιβαρύνουν τους εργαζομένους, ιδιαίτερα του ΙΚΑ και ΝΑΤ·
 - να μην επηρεάζουν αρνητικά τους μακροοικονομικούς δείκτες·
 - να αντιμετωπίζουν διαρθρωτικά και όχι συμπτωματικά το πρόβλημα.

Και τέτοιες νομίζω ότι είναι:

- α) Η καθιέρωση ειδικού κοινωνικού πόρου υπέρ των ταμείων που παρουσιάζουν χρηματοδοτικά προβλήματα, δηλαδή ΙΚΑ, ΝΑΤ και ΤΣΑ.

ΠΟΙΟΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΠΙΒΑΡΥΝΘΟΥΝ

Γι' αυτό πρέπει να επιβαρυνθούν πηγές που ήδη ζημιώνουν την κοινωνική ασφάλιση και συμβάλλουν στα ελλείμματα. Κι αυτές είναι:

- *Το τσιγάρο.* Οι καπνιστές επιβαρύνουν κατά 70 δισ. περρίπου τις δαπάνες της υγείας, λόγω αυξημένης νοσηρότητας και πρωιμότερης συνταξιοδότησης.
- * *Η ασφάλεια του αυτοκινήτου.* Το τροχαίο ατύχημα (150 χιλιάδες τραυματίες τον χρόνο) στοιχίζει πάνω από 80

δισ στα ασφαλιστικά ταμεία και στον κρατικό προϋπολογισμό.

* *Το φάρμακο.* Το 50% των προβλεπόμενων με το άρθρο 11 του Ν. 1316/1983 τελών, παγίων τελών και εισφορών υπέρ του ΕΟΦ να αποδοθεί στην κοινωνική ασφάλιση, με παράλληλη απαλλαγή των ΙΚΑ, ΝΑΤ και ΤΣΑ από τις υποχρεώσεις του άρθρου αυτού.

* *Η διαφήμιση καπνού, φαρμάκων, καλλυντικών, αυτοκινήτων (και λοιπών τροχοφόρων) καθώς και των αλκοολούχων και λοιπών ουσιών που «θίγουν» την υγεία.*

β) Η δημιουργία πιστωτικού ιδρύματος κοινωνικών ασφαλίσεων για την κατά τον καλύτερο τρόπο αξιοποίηση της περιουσίας και εκμετάλλευση των αποθεματικών (330 δις μαζί με τα χρεόγραφα) των ασφαλιστικών οργανισμών και των ταμείων, καθώς και τη διεκπεραίωση των πάσης φύσεως συναλλαγών ολόκληρου του κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος.

γ) Η επανεξέταση όλων των αναπηρικών συντάξεων. Είναι σίγουρο ότι ένας αντικειμενικός επανέλεγχος θα επιφέρει άμεσο οικονομικό όφελος μόνο για το ΙΚΑ άνω των 50 δις. Το νομοθετικό πλαίσιο για μια άμεση σχετική παρέμβαση έχει αποτυπωθεί στον Ν. 1759/88.

δ) Μέτρα δραστικά και άμεσα για τον περιορισμό της πολυφαρμακίας. Εκτιμάται ότι οι δυνατότητες εξοικονόμησης πόρων από το φάρμακο είναι μεγάλες (άνω των 30 δις). Σημειώνω ότι δαπανούμε πάνω από 130 δις για φάρμακα και άλλα 30 δις για να θεραπεύσουμε αυτούς που αρρώστησαν από τα φάρμακα.

ε) Παρεμβάσεις άμεσες για:

- την αυστηροποίηση των διαδικασιών παροχής αναπηρικών συντάξεων·
- την κατάργηση των εισφοροαπαλλαγών·
- την επανακλιμάκωση των συντάξεων ανάλογα με τον αριθμό ενσήμων·
- τον καθορισμό ανώτατου ορίου σύνταξης (με βάση την τελευταία πενταετία)·
- την αναθεώρηση των προϋποθέσεων συνταξιοδότησης σε ταμεία με προκλητικά χαμηλά όρια (π.χ. ΤΑΤ)·
- την επέκταση και αναμόρφωση της διαδοχικής ασφάλισης·
- τη θεσμοθέτηση της ασφαλιστικής μονάδας (αν δεν προκριθεί το κριτήριο της προστιθέμενης αξίας από το σύστημα της κατά κεφαλήν εισφοράς) και
- τον οργανωτικό εκσυγχρονισμό.

Επίσης, η τροποποίηση του συστήματος των νοσοκομειακών προϋπολογισμών εκτιμάται ότι παρέχει σημαντικές δυνατότητες μείωσης των σχετικών δαπανών, καθώς και η προώθηση του Ενιαίου Φορέα Υγείας με αυτονόμηση, οργανωτική και κυβερνητική, της κοινωνικής ασφάλισης.

Παράλληλα να συζητήσουμε τη δημιουργία ενός νέου, δίκαιου, σύγχρονου, αποτελεσματικού, ενιαίου, καθολικού και κοινωνικά ελεγχόμενου κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος που θα στηρίζεται περισσότερο στην πρόνοια και λιγότερο στην ανταποδοτικότητα και που θα εγγυάται ένα υψηλότερο επίπεδο κοινωνικής προστασίας.

Μόνο έτσι νομίζω ότι μπορούμε να προσεγγίσουμε το πρόβλημα και να πετύχουμε την ανάταξη του κοινωνικοασφαλιστικού μας αδιεξόδου.

ΤΑ ΝΕΑ, 27 Αυγούστου 1990

Δυσοίωνο το μέλλον της κοινωνικής ασφάλισης



Η κοινωνική ασφάλιση ασφαλώς αποτελεί πρόβλημα. Και πρόβλημα οικονομικό, κοινωνικό και πολιτικό, που προκαλεί ρωγμές στον κοινωνικό μας ιστό και αποδυναμώνει κάθε προσπάθεια για σταθερή πορεία της εθνικής μας οικονομίας.

Η κρίση που εμφανίζεται σήμερα με τα ελλείμματα και την κοινωνική αμφισβήτηση οφείλεται στις συνολικές πολιτικές και κοινωνικές επιλογές των τελευταίων εκατό χρόνων και στον ιδιαίτερο ρόλο που δόθηκε στην κοινωνική ασφάλιση μέσα από όλο το οικονομικό εποικοδόμημα.

Χρησιμοποιήθηκε η κοινωνική ασφάλιση ως ένας χρηματοδότης της εθνικής οικονομίας. Κι εκείνη με τη σειρά της θα μπορούσε, ανταποδίδοντας τις «υπηρεσίες», να ενισχύσει την κοινωνική προστασία.

Αλλά αυτό δεν έγινε ποτέ!

Ιδιαίτερα το ΙΚΑ, ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός φορέας της χώρας, και μάλιστα εκείνος που εκπροσωπεί τις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις, επί σειρά δεκαετιών εγκαταλείφθηκε στις δικές του και μόνο πηγές χρηματοδότησης, που τις αποτελούν οι εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών.

Και όχι μόνο αυτό:

- Έγινε στυγνή εκμετάλλευση των αποθεματικών του επί τριάντα συναπτά έτη.
- Δεν έλαβε καμιά οικονομική ενίσχυση από την πολιτεία μέχρι το 1986, που εγκαινιάστηκε δειλά δειλά η κρατική επιχορήγηση, η οποία όμως δεν κάλυψε ποτέ την πραγματική

επιβάρυνση που προκαλεί η κοινωνική πολιτική των εκάστοτε κυβερνήσεων.

- Δεν σκέφτηκε καμιά κυβέρνηση, εξήντα χρόνια από τη λήξη του Μεγάλου Πολέμου, να δώσει και στο ΙΚΑ έναν κοινωνικό πόρο, όπως συμβαίνει με όλα τα ασφαλιστικά ταμεία.
- Μετεξελίχθηκε —και παραμένει ακόμα και μέχρι σήμερα— σε φορέα άσκησης της όποιας οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής που ήθελε να εφαρμόσει η κάθε κυβέρνηση.
- Χρησιμοποιήθηκε σαν κολυμβήθρα εξυγίανσης κάθε προβληματικής επιχείρησης.
- Υποχρεώθηκε να δεχτεί κάθε χρεοκοπημένο ασφαλιστικό ταμείο, και μάλιστα με όρους δυσμενείς και κοινωνικά άδικους.
- Δεν ενισχύθηκε ούτε νομοθετικά ούτε διοικητικά στην προσπάθεια πάταξης της εισφοροδιαφυγής, με εξαίρεση τους Ν. 2556/97 και 2676/99.
- Καθυστέρησε να εφαρμοστεί η τριμερής χρηματοδότηση. Αλλά και αυτή, όταν ξεκίνησε, δεν εφαρμόστηκε ποτέ σωστά.

Και βεβαίως διέρχεται μια δύσκολη περίοδο και το ΙΚΑ και η κοινωνική ασφάλιση γενικότερα.

Οι νέες λοιπόν διαμορφούμενες δημογραφικές, δημοσιονομικές και υγειονομικές συνθήκες, σε συνδυασμό με τις νέες οικονομικές συνθήκες της σύγχρονης εποχής μας, που αντανακλώνται κυρίως στην αυξημένη ανταγωνιστικότητα των οικονομιών και στην παγκοσμιοποίηση της αγοράς, έχουν κάνει επιτακτική την ανάγκη, ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, για διαρθρωτικές αλλαγές στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης.

Ανταποκρινόμενες στην ανάγκη αυτή, οι περισσότερες κυ-

βερνήσεις των χωρών-μελών της Ε.Ε., με τη συνεργασία εργαζομένων και εργοδοτών, εντείνουν ολοένα και περισσότερο τις προσπάθειές τους προκειμένου να συμφωνήσουν σε αναγκαίες αλλαγές των συστημάτων ασφάλισης που υπαγορεύουν οι νέες συνθήκες και να θέσουν σε εφαρμογή τα κατάλληλα μέτρα που θα διευκολύνουν τις αλλαγές αυτές. Στο πλαίσιο αυτό, και δεδομένης της σημασίας του τομέα της κοινωνικής ασφάλισης στις γενικότερες κυβερνητικές προσπάθειες για διαρθρωτικές αλλαγές και μακροοικονομική σταθερότητα, εντάσσεται και ο διάλογος που πρόκειται άμεσα να ξεκινήσει στην Ελλάδα μεταξύ κράτους, εργαζομένων και εργοδοτών με επίκεντρο των συζητήσεων το ασφαλιστικό ζήτημα.

Η Ελλάδα, σύμφωνα με σοβαρές μελέτες, βρίσκεται στις πρώτες θέσεις όσον αφορά το ποσοστό των συνταξιοδοτικών δαπανών στο ΑΕΠ. Τα διαρθρωτικά προβλήματα του ασφαλιστικού μας συστήματος (δημογραφικές εξελίξεις, δυσμενείς τάσεις στη σχέση ασφαλισμένων προς συνταξιούχους, ωρίμανση των μεγάλων ταμείων, διοικητικός και οργανωτικός κατακερματισμός, περιορισμός στη διαχείριση της ακίνητης και κινητής περιουσίας των ταμείων, εισφοροδιαφυγή κ.λπ.), σε συνδυασμό με παροχές χωρίς αναλογιστική θεμελίωση, οδήγησαν το πρόβλημα σε δραματική διόγκωση.

Τα εισπρακτικού χαρακτήρα μέτρα και οι μεταρρυθμίσεις των αρχών της δεκαετίας του '90 απομάκρυναν την κάρτερηση του συστήματος, χωρίς να εξασφαλίζουν όμως τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητά του.

Ακόμα και οι σημαντικές νομοθετικές και διοικητικές παρεμβάσεις της πενταετίας 1994–1998 μπορεί να μηδένισαν το οργανικό έλλειμμα και να πέτυχαν μια οικονομική ισορροπία,

δεν κατάφεραν όμως να οδηγήσουν τον ασφαλιστικό μας φορέα μακράν της επερχόμενης κρίσης.

Έτσι, τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια αξιοπρόσεκτη κινητικότητα στη χώρα μας γύρω από τα αίτια της κρίσης, τις διαστάσεις του προβλήματος και τις επιβαλλόμενες μεταρρυθμίσεις του συστήματος.

2006

Θα ασχοληθούμε επιτέλους σοβαρά με την κοινωνική ασφάλιση;



Κάθε μέρα σχεδόν οι υπεύθυνοι της Ευρωπαϊκής Ένωσης τονίζουν και επαναλαμβάνουν ότι θα πρέπει να προχωρήσουμε σύντομα σε διαρθρωτικές παρεμβάσεις στο ασφαλιστικό μας σύστημα γιατί νοσεί και βρίσκεται σε κρίση.

Και συχνά πυκνά οι ασχολούμενοι με την κοινωνική μας ασφάλιση λίγοι «σοφοί» που διαθέτουμε χτυπάνε το καμπανάκι για να αφυπνιστούν οι υπεύθυνοι ταγοί αυτής της χώρας και να συνειδητοποιήσουν επιτέλους τους κινδύνους που συνεπάγεται η ραστώνη του πολιτικού μας κόσμου για τη βιωσιμότητα του ασφαλιστικού μας συστήματος και την εθνική μας οικονομία.

Σε επίπεδο μάλιστα Ευρωπαϊκής Ένωσης, το κείμενο της Επιτροπής με τίτλο: «Το μέλλον της κοινωνικής προστασίας: πλαίσιο για ανοικτή πανευρωπαϊκή συζήτηση», που συνεχίζει να είναι επίκαιρο για όσους καμώνονται ότι δεν ακούνε, από αρκετά χρόνια έχει θέσει με αγωνία το πρόβλημα των κοινωνικοασφαλιστικών συστημάτων που βρίσκονται κάτω από τις συνδυασμένες πιέσεις των διαρκώς αυξανόμενων αναγκών και ταυτόχρονα των περιορισμένων πόρων.

Στην πατρίδα μας, παρά το γεγονός ότι το ασφαλιστικό μας σύστημα μπήκε στη φάση της δημοσιονομικής ανεπάρκειας από τη δεκαετία του '80, επικρατούσε μέχρι σήμερα ένα κλίμα εφησυχασμού και αναβλητικότητας.

Και λέω μέχρι σήμερα γιατί θέλω να ελπίζω ότι, ύστερα από το σοκ που δεχτήκαμε από την Ευρωπαϊκή Ένωση μετά την αποκά-

λυψη του πραγματικού ελλείμματος στον προϋπολογισμό της χώρας, το Υπουργείο Κοινωνικής Προστασίας επιδιώκει ειλικρινά την εκλογίκευση και τη διαρθρωτική αναδιοργάνωση του ασφαλιστικού μας συστήματος, προκειμένου να διασωθεί ο επαπειλούμενος δημόσιος χαρακτήρας του και να εξασφαλιστεί η απρόσκοπτη επιβίωσή του για τα τριάντα τουλάχιστον προσεχή χρόνια.

Αυτό όμως που με αποπροσανατολίζει και μου δημιουργεί αμφισβητήσεις ως προς τους στόχους των προσεγγίσεων που θα επιχειρηθούν στο πρόβλημα είναι αφενός η έναρξη κάποιου διαλόγου με τους κοινωνικούς φορείς και αφετέρου η δυνατότητα επίλυσης του προβλήματος με την ίδια δομή της διοίκησης, που παραμένει ακόμη σε όλες τις βαθμίδες της ιεραρχίας από τον υπουργό και κάτω ανέπαφη και πανίσχυρη.

Γιατί, αφού επίλυση του ασφαλιστικού μας προβλήματος σημαίνει κατάργηση κάποιων προνομίων και χαριστικών διατάξεων για να εκλογικευτεί το σύστημα και να καταργηθούν οι οικονομικές διακρίσεις και οι κοινωνικές ανισότητες, τι θα προσφέρει άραγε ο κοινωνικός διάλογος με τους φορείς εκείνους που ανθίστανται δεκαετίες τώρα στην όποια σχεδιαζόμενη ή επιχειρούμενη μεταρρύθμιση, με αποτέλεσμα τη διαιώνιση της απειλής κατάρρευσης του οικοδομήματος της κοινωνικής προστασίας στον τόπο μας;

Κανείς δεν είναι υπέρ της κατάργησης των κεκτημένων ή απόρριψης ώριμων διεκδικήσεων· πολύ περισσότερο όταν η πολιτική παράταξη που έχτισε το κράτος πρόνοιας στην πατρίδα μας είναι η ίδια που επιχειρεί σήμερα την εκλογίκευσή του. Όμως, αν η ανάγκη επιβίωσης της δημόσιας κοινωνικής ασφάλισης απαιτεί κάποιες θυσίες, θα συμφωνήσουν άραγε οι κοινωνικοί εταίροι;

Θα είναι χρήσιμος επομένως ο κοινωνικός διάλογος εφόσον όλοι οι φορείς που εμπλέκονται στην προσπάθεια επίλυσης του ασφαλιστικού μας προβλήματος θα έχουν συνειδητοποιήσει την ανάγκη μιας σύντομης εξόδου από την επικίνδυνη ατραπό της αυξανόμενης ανυποληψίας και υφέρπουσας κοινωνικής αμφισβήτησης για τη χρησιμότητα και την ανταποδοτικότητα της κοινωνικής ασφάλισης.

Όσο για εκείνους που παρεμποδίζουν δυναμικά τον διάλογο, είναι ξεκάθαρο ότι δεν τον αντέχουν και προτιμούν τη διαίω- νιση ενός κοινωνικά άδικου συστήματος με τις διακρίσεις και τα προνόμια, παρά τον διάλογο για την οικοδόμηση ενός δί- καιου του δημόσιου κοινωνικοασφαλιστικού μας συστήματος.

Συμπερασματικά: Αν η κυβέρνηση επιθυμεί να επιχειρήσει επιτέλους τις διαρθρωτικές εκείνες αλλαγές που θα εξαφανί- σουν τις στρεβλώσεις που εμφανίζει σήμερα το σύστημα και θα συμβάλουν στην ανάταξη της δημοσιονομικής του ανεπάρκειας για έναν ορίζοντα τριάντα τουλάχιστον χρόνων, θα πρέπει:

1. Να ενισχύσει με κάθε τρόπο τους μηχανισμούς είσπραξης της εισφοροδιαφυγής και εισφοροαποφυγής και, ακόμα, να θω- ρακιστεί η κοινωνική ασφάλιση για το μέλλον. Προς τούτο:
 - α) Να αναπτυχθούν και να λειτουργήσουν οι Ε.ΥΠ.Ε.Α. σε όλες τις διοικητικές περιφέρειες με το προβλεπόμενο προσωπικό.
 - β) Να καταργηθούν όλες οι διατάξεις που προβλέπουν μεί- ωση ασφαλιστικών εισφορών και κάθε μορφής ρύθμιση οφειλών.
 - γ) Η κατά καιρούς νομιμοποίηση αυθαιρέτων να συνοδεύ- εται με τακτοποίηση των οφειλών προς το ΙΚΑ και εντα- τικοποίηση των ελέγχων για τον εντοπισμό αυθαίρετων

- κτισμάτων και ενεργοποίηση των διαδικασιών εξόφλησης των οφειλομένων.
- δ) Ευρεία δημοσιοποίηση των δικαιωμάτων που παρέχονται στους απολυόμενους ανασφάλιστους εργαζομένους (Ν. 2556/98, άρθρο 2, παρ. 4).
2. Να ενταχθούν στο ΙΚΑ οι ασφαλισμένοι στον ΟΑΕΕ, για να υποχρεωθούν να πληρώσουν και οι εργοδότες. Σήμερα με τις συμβάσεις έργου εισφοροδιαφεύγουν.
 3. Καμία σύνταξη σε άνδρα κάτω των 65 και στη γυναίκα κάτω των 60, πλην των βαρέων και ανθυγιεινών όπως θα εκλογικευτούν και θα αναμορφωθούν.
 4. Επανεξέταση όλων των αναπηρικών συντάξεων από επιτροπές που θα μετακινούνται από το κέντρο.
 5. Σε καμία περίπτωση το σύνολο των συντάξιμων αποδοχών δεν θα ξεπερνά το ύψος του μέσου όρου των μηνιαίων αποδοχών της τελευταίας πενταετίας.
 6. Το όριο των απαιτούμενων ημερών ασφάλισης για παροχή περίθαλψης όχι κατώτερο των 60.
 7. Η ένταξη οιοδήποτε ταμείου στο ΙΚΑ θα γίνεται με την εφαρμογή του καθεστώτος που ισχύει στο ΙΚΑ και όχι στο συγχωνευόμενο ταμείο. Επίσης, θα είναι ελεύθερη πάσης οφειλής προς τρίτους.
 8. Καμία διαγραφή, μερική ή ολική, οφειλής προς το ΙΚΑ ή άλλο ταμείο δήμων, ΠΑΕ, ΔΕΚΟ, ΜΜΕ και Υπουργείου Οικονομικών, συμπεριλαμβανομένης και της τριμερούς χρηματοδότησης.
 9. Εξαίρεση του ΙΚΑ από το άρθρο 44 του Ν. 1892/90.
 10. Ένταξη των κλάδων υγείας όλων των ασφαλιστικών ταμείων στο Υπουργείο Υγείας και απόδοση των εισπραττό-

μενων από το ΙΚΑ εισφορών που αφορούν τις παροχές σε είδος (Ενιαίος Φορέας Υγείας).

11. Τράπεζα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, η οποία θα διαχειρίζεται την κινητή και ακίνητη περιουσία των ταμείων, θα διενεργεί τις εισπράξεις των εισφορών όλων των ταμείων και θα αποδίδει τις συντάξεις.

Θα λειτουργεί δε με τους κανόνες του τραπεζικού συστήματος και θα αναπτύξει κλάδο προαιρετικής ασφάλισης των εργαζομένων και εργοδοτών για βελτιωμένη περίθαλψη ή/και σύνταξη.

12. Λειτουργία, ανάπτυξη και εκμετάλλευση από την κοινωνική ασφάλιση ή την Τράπεζα Κοινωνικών Ασφαλίσεων λαχείου ή άλλου τυχερού παιχνιδιού, η οποία θα παρακρατά το 50% των εισπράξεων για ενίσχυση της κοινωνικής ασφάλισης.

Αυτά για σήμερα και εφόσον συνεχίσουμε να έχουμε ασφαλιστικό σύστημα που στηρίζεται στην κατά κεφαλήν εισφορά. Μπορεί στο μέλλον να μελετηθεί ασφαλιστικό σύστημα στο οποίο ο εργοδότης δεν θα πληρώνει εισφορές εργοδοτικές ανάλογα με τον αριθμό των απασχολούμενων αλλά κάποιο ποσοστό επί του τζίρου υπέρ της κοινωνικής ασφάλισης και ανεξάρτητα αν απασχολεί ή πόσους εργαζόμενους.

Βέβαια, η εισφορά των απασχολούμενων θα συνεχιστεί ως έχει. Νομίζω ότι πρόκειται για ασφαλιστικό σύστημα που δεν υπάρχει εισφοροδιαφυγή ή αποφυγή, συλλαμβάνεται το φασόν που σήμερα διαφεύγει, και ενθαρρύνει την απασχόληση, αφού όσους κι αν απασχολεί ο εργοδότης θα πληρώσει το ίδιο ποσό (ανάλογα με τον τζίρο).

ΤΟ ΠΑΡΟΝ, 27 Νοεμβρίου 2009

Κοινωνική ασφάλεια και αντικοινωνική ανασφάλεια



Με την ευκαιρία του διαλόγου που άνοιξε η κυβέρνηση με τους κοινωνικούς φορείς για την αντιμετώπιση της κρίσης του ασφαλιστικού μας συστήματος θα προσπαθήσω να επισημάνω τις επιπτώσεις και τις συνέπειες των μέτρων που φαίνεται ότι έχουν αποφασιστεί και επίκειται η εξαγγελία τους.

Όταν λέμε κρίση της κοινωνικής ασφάλισης, εννοούμε από τη μια μεριά τα ελλείμματα που παρουσιάζουν κάποια πολύ λίγα ταμεία, και ιδιαίτερα το ΙΚΑ και το ΝΑΤ, και από την άλλη η διαφοροποίηση που εμφανίζουν τα ταμεία μας τόσο στο σκέλος των εισφορών όσο και σ' εκείνο των παροχών, με τις γνωστές προνομιακές αιχμές προστασίας για τους μεν και τις κραυγαλέες κοινωνικές ανισότητες και αδικίες για τους δε, τους πιο πολλούς.

Κοινωνικές ρωγμές

Η υφιστάμενη κατάσταση οδηγεί αναπότρεπτα στην κοινωνική αμφισβήτηση και στην κρίση αξιοπιστίας της κοινωνικής ασφάλισης και, κατά συνέπεια, στη δημιουργία ρωγμών στους μηχανισμούς κοινωνικής συναίνεσης, με προφανείς παρενέργειες τόσο στο κοινωνικό όσο και στο πολιτικό επίπεδο.

Οι υπάρχουσες δε ανισότητες, παρά την επεκτατική κοινωνική πολιτική της περιόδου 1982–85, αποτελούν μόνιμη πηγή αμφισβητήσεων.

Δεν γνωρίζω αν μέσα στις επιδιώξεις της κυβέρνησης, πέρα από την αντιμετώπιση του χρηματοδοτικού προβλήματος των

ελλειμματικών ταμείων, βρίσκεται και εκείνη της ριζικής αναμόρφωσης του συστήματος με στόχο το πέρασμα από την κοινωνική ασφάλιση στην κοινωνική ασφάλεια.

Πολύ φοβάμαι ότι θα επιχειρηθεί αυτή η αναμόρφωση, αλλά όχι προς την κατεύθυνση της βελτίωσης των παροχών και της ανάπτυξης ενός δίκαιου συστήματος κοινωνικής προστασίας, αλλά προς την ιδιωτικοποίηση της ασφάλισης και στον περιορισμό του κράτους-πρόνοιας, με αποτέλεσμα τη διαιώνιση του κλίματος της κοινωνικής αμφισβήτησης και τη διατήρηση μιας έντονης διαστρωμάτωσης της ελληνικής κοινωνίας.

Και αυτό φαίνεται ξεκάθαρα πλέον, αφού κανένα από τα μέτρα που αφήνει να διαρρέουν η κυβέρνηση δεν αποβλέπει στην εξυγίανση του συστήματος και δεν στοχεύει σε μια σταθερή στρατηγική διαρθρωτικών αλλαγών, αλλά περιορίζεται στη διαχείριση των ελλειμμάτων μέσα από μια πολιτική αύξησης των εσόδων και μείωσης των παροχών.

Από τις συζητούμενες προτάσεις σχολιάζω:

1. *Την αύξηση των εισφορών.* Πρόκειται για παρέμβαση παραδοσιακή, εύκολη και λίαν προσφιλή σε όλες τις μέχρι σήμερα κυβερνήσεις της Δεξιάς. Σημειώνω ότι στην επταετία 1974–81 οι εισφορές των εργαζομένων στο ΙΚΑ αυξήθηκαν κατά 8,5 εκατοστιαίες μονάδες (μαζί με το TEAM).

Το μέτρο αποδίδει περίπου 38 δις για κάθε μονάδα αύξησης των εισφορών στον εργαζόμενο και στον εργοδότη, αλλά έχει σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στο κόστος παραγωγής, στην ανταγωνιστικότητα των προϊόντων μας, στο εισόδημα των ασφαλισμένων, στην ανεργία, στον πληθωρισμό και γενικά στους ρυθμούς ανάπτυξης της χώρας.

Γι' αυτό κατά την παρούσα φάση της συγκυρίας, που το ει-

σόδημα των εργαζομένων έχει μειωθεί και συνεχίζει να μειώνεται λόγω των οικονομικών μέτρων της κυβέρνησης, που η ανταγωνιστικότητα των προϊόντων μας είναι δραματικά υποβαθμισμένη και που η ανεργία καλπάζει εξαιτίας της ακολουθούμενης από το κυβερνών κόμμα πολιτικής των απολύσεων και της έλλειψης αναπτυξιακών προγραμμάτων, η αύξηση των εισφορών αποτελεί τη χειρότερη λύση παρέμβασης, έστω και με ταμειακή διάσταση.

Θα πρέπει δε να σημειωθεί ότι η εισφορά των Ελλήνων εργαζομένων είναι από τις μεγαλύτερες στην Ευρώπη.

2. *Την αύξηση του ορίου ηλικίας συνταξιοδότησης.* Το μέτρο συμβάλλει στη συγκράτηση του ρυθμού επιδείνωσης της σχέσης ασφαλισμένων – συνταξιούχων και στον περιορισμό των ελλειμμάτων. Έχει όμως και μειονεκτήματα:

Δυσανάλογοι κραδασμοί

- Ενεργεί βραδέως και το οικονομικό όφελος, ακόμα και μακροπρόθεσμα, δεν είναι ανάλογο των κοινωνικών κραδασμών που συνεπάγεται.
- Δημιουργεί προβλήματα σε ομάδες ηλικιωμένων εργατών με μακρά χρονικά διαστήματα υποαπασχόλησης και σε εκείνους εκ των εργαζομένων με προβλήματα υγείας (που δεν θεμελιώνουν όμως δικαίωμα σύνταξης) και που δεν έχουν τη δυνατότητα προσαρμογής. Και το κυριότερο:
- Τροφοδοτεί την ανεργία. Το τελευταίο είναι πολύ σημαντικό, και γι' αυτό αρκετές χώρες —και στην Ευρώπη— μειώνουν τα όρια ηλικίας συνταξιοδότησης και καθιερώνουν ειδικά προσυνταξιοδοτικά καθεστώτα, με στόχο τη δημιουργία θέσεων απασχόλησης. Γιατί η αύξηση των εσόδων από εισφορές επέρχεται με τη δημιουργία νέων

θέσεων δουλειάς και όχι με την παράταση της απασχόλησης των ήδη εργαζομένων. Επομένως, η προσφυγή σε τέτοια μέτρα και στο ΙΚΑ δεν θεωρείται καθόλου σκόπιμη.

Συζήτηση μπορεί να γίνει:

- Για κάποια ταμεία που έχουν προκλητικά χαμηλό κόστος συνταξιοδότησης, όπως το ΤΑΤ. Γιατί δεν φεύγουν μόνο οι συμπαθείς χαρτεργάτες στα 50 και 55 χρόνια τους αλλά και οι υπάλληλοι του κλάδου, καθώς και τα παιδιά που πουλάνε μολύβια στα βιβλιοπωλεία. Το ίδιο και για κάποια άλλα προνομιακά ταμεία.
- Για τη δεκαπενταετία των γυναικών, πέραν των όσων διαλαμβάνει ο Ν. 1813/88, και μάλιστα στις περιπτώσεις εκείνες που δεν υπάρχουν παιδιά και δεν υφίσταται ο επικαλούμενος και προβαλλόμενος λόγος της τεκνοποιίας για την ευνοϊκή αυτή μεταχείριση. Για όλες τις υπόλοιπες περιπτώσεις θα μπορούσε να λειτουργήσει η δεκαπενταετία, αλλά σε συνδυασμό με την ηλικία και τον αριθμό των παιδιών, για λόγους δημογραφικούς.
- Για την εικοσιπενταετία των δημοσίων υπαλλήλων. Και εδώ θα πρέπει να συνδυαστεί ο χρόνος εξόδου στη σύνταξη με την ηλικία και τον χρόνο απασχόλησης.

3. *Την επέκταση του μοντέλου του ΙΚΑ* (ως προς τις εισφορές) *σε όλα τα ασφαλιστικά ταμεία*. Αυτό σημαίνει σημαντική αύξηση των εισφορών των ασφαλισμένων σε όλα τα, πέραν των ΙΚΑ, ΝΑΤ και ΤΣΑ, ταμεία. Επίσης, θα πρέπει να επισημανθεί ότι το μέτρο δεν συμβάλλει στην αντιμετώπιση του προβλήματος των ελλειμμάτων, αφού θα αφορά ταμεία πλεονασματικά.

Φαίνεται όμως ότι η κυβέρνηση με την αύξηση αυτή των εισφορών επιδιώκει την υποκατάσταση του κοινωνικού πόρου,

τον οποίο θα αφαιρέσει —όπως λένε οι πληροφορίες— για να χρηματοδοτήσει την κατώτερη (βασική) σύνταξη.

Και το μέτρο αυτό έχει τις επιπτώσεις του, και κυρίως μειώνει το εισόδημα των εργαζομένων.

4. *Τη θεσμοθέτηση της κατώτερης βασικής σύνταξης.* Θεσμός πολυσυζητημένος και επί των ημερών μας. Δεν προχώρησε γιατί δεν υπήρχαν πηγές χρηματοδότησής του. Η κυβέρνηση, σύμφωνα με τα δημοσιεύματα στον Τύπο, προσανατολίζεται σε μια κατώτερη σύνταξη για όλους τους Έλληνες ύψους 25.000–35.000 δρχ., η οποία θα χρηματοδοτηθεί από τους κοινωνικούς πόρους των ταμείων και τις κρατικές επιχορηγήσεις.

Τα στοιχεία όμως του προϋπολογισμού του 1989 δεν δίνουν σύνταξη μεγαλύτερη των 17.000 δρχ. Επομένως, για να φτάσουμε στο επίπεδο των 25.000 και 35.000 δρχ., θα πρέπει ο κρατικός προϋπολογισμός να επιβαρυνθεί με άλλα 200 δις εκτός των 375 που διαθέτει σήμερα για την κοινωνική ασφάλιση.

Όσο για τα ταμεία, θα πρέπει να συνειδητοποιήσουν ότι η απώλεια του κοινωνικού πόρου θα οδηγήσει σε μείωση των συντάξεων, παρά τη χορήγηση της βασικής, γιατί τα πλην είναι για αρκετά ταμεία μεγαλύτερα από τα συν. Εξάιρεση, βέβαια, αποτελεί ο ΟΓΑ και ίσως κάποιο άλλο μικρό ταμείο.

5. *Την καθιέρωση εισφοράς στους δημόσιους υπαλλήλους.* Οι υπάλληλοι του Δημοσίου πληρώνουν εισφορά και μάλιστα πάνω από 10% των αποδοχών τους για την κύρια σύνταξή τους. Πρόκειται για την αναπροσαρμογή του μισθολογίου τους που δεν έγινε το 1955 και συμφωνήθηκε και νομοθετήθηκε ως αντάλλαγμα η απαλλαγή τους από κάθε εισφορά για την κύρια σύνταξή τους. Ποια εισφορά θέλει τώρα να επιβάλει η κυβέρνηση;

6. Την επικουρική ασφάλιση. Γι' αυτή φαίνεται ότι η απόφαση της κυβέρνησης είναι δεδομένη. Παραδίδεται στην ιδιωτική ασφάλιση.

Λογιστική λογική

Συμπερασματικά, πρόκειται για μέτρα που δεν διαπνέονται από τις βασικές αρχές της κοινωνικής ασφάλισης, δεν αντιμετωπίζουν ριζικά και διαρθρωτικά την κρίση και δεν εμπεδώνουν την κοινωνική εμπιστοσύνη για ένα δίκαιο και αποτελεσματικό σύστημα κοινωνικής προστασίας.

Απλώς προσπαθούν με αύξηση των εσόδων και μείωση των παροχών να αντιμετωπίσουν λογιστικά τα ελλείμματα, τα οποία είναι σίγουρο ότι θα αναβιώσουν αν δεν προχωρήσουμε στην εξυγίανση και στον διαρθρωτικό εκσυγχρονισμό του κοινωνικοασφαλιστικού μας συστήματος. Και το σπουδαιότερο:

Όλα τα μέτρα της κυβέρνησης για το ασφαλιστικό πρόβλημα είναι εις βάρος των εργαζομένων. Καλούνται δηλαδή να πληρώσουν εκείνοι που δεν φταίνε.

Αλλά γι' αυτά και για το «τι πρέπει να γίνει» σε άλλο σημείωμα.

ΕΠΙΚΑΙΡΟΤΗΤΑ, 6 Αυγούστου 1990

Κοινωνικό κράτος



Δεν είναι μόνο η συκοφαντική για το ΠΑΣΟΚ και η καταστροφική για το κράτος πρόνοιας αχαλίνωτη υποσχესιολογία της Νέας Δημοκρατίας που με υποχρεώνει να απαντήσω από το φιλόξενο βήμα της εφημερίδας *TA NEA*.

Είναι και η παντελής αγνόηση από μια μεγάλη μερίδα συντρόφων και φίλων του Κινήματος του τόσο σημαντικού έργου που συντελέστηκε στην πενταετία 1994–98 και η ανάπτυξη μιας έντεχνα κατευθυνόμενης αμφισβήτησης της κοινωνικής πολιτικής της κυβέρνησης. Και είναι, ακόμα, η υφέρπουσα και σκοπιμα καλλιεργούμενη αντιπαράθεση από τα πέραν του ΠΑΣΟΚ αριστερά κόμματα για ανάληψη κοινωνικά κυβερνητική πολιτική και πρόθεση κατεδάφισης του κοινωνικού κράτους. Κανείς δεν υποστήριξε ότι δεν έγιναν λάθη. Και όλοι γνωρίζουμε ότι κάποιοι πραγματικά υποφέρουν γιατί υφίστανται τις συνέπειες της ανεργίας και της οικονομικής συγκυρίας που διαμορφώνουν από τη μια μεριά η αυξημένη ανταγωνιστικότητα των οικονομιών και από την άλλη η προσπάθεια επίτευξης των στόχων που θα μας εξασφαλίσουν την εθνικά, κοινωνικά και οικονομικά αναγκαία ένταξή μας στην ΟΝΕ.

Όμως σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να επισκιάζεται, να περιθωριοποιείται και να υποβαθμίζεται το κοινωνικό έργο που χτίστηκε την τελευταία πενταετία και αποδεικνύει περίτρανα την κοινωνική ευαισθησία της κυβέρνησης και την αταλάντευτη πρόθεσή της για τη διατήρηση και την ενίσχυση του κράτους πρόνοιας που οικοδομήσαμε τη δεκαετία του '80, όπως:

- Η ενίσχυση των χαμηλοσυνταξιούχων με το ΕΚΑΣ στα επίπεδα των 20,3 ΗΑΕ.
 - Η ασφάλιση για ασθένεια των μακροχρόνια ανέργων, των απολυθέντων και των νέων μέχρι 29 ετών.
 - Η διασφάλιση της χορήγησης των συντάξεων σε 200 και πλέον χιλιάδες συνταξιούχους χρεοκοπημένων ταμείων (ένταξη στο ΙΚΑ-TEAM).
 - Η αναστολή ή ρύθμιση των οφειλών σε πλημυροπαθείς, σεισμοπαθείς και θύματα τρομοκρατικών ενεργειών, καθώς και η ανοικοδόμηση ολόκληρων πόλεων (π.χ. Αίγιο, Κοζάνη, Γρεβενά) που ρήμαξαν οι σεισμοί.
 - Η μείωση, ναι η μείωση, των ορίων ηλικίας συνταξιοδότησης με 35 χρόνια απασχόλησης σε υπόγειες και υποθαλάσσιες εργασίες.
 - Η ασφάλιση 300.000 αλλοδαπών.
 - Τα μέτρα αποφόρτισης της οικοδομής γενικά κατά 10% των εισφορών, και ειδικότερα σε αγροτικές κατασκευές και οικοδομές μεταναστών ποντιακής καταγωγής.
 - Η πλήρης ασφάλιση των αγροτών σε κύριας ασφάλισης φορέα.
 - Η εναρμόνιση της κοινωνικής ασφάλισης με την αρχή της ισότητας των δύο φύλων (σύνταξη και στον χήρο σύζυγο, το εφάπαξ του θανόντος και στον επιζώντα σύζυγο κ.λπ.).
 - Η αύξηση των συντάξεων χηρείας (από 5/10 στα 7/10).
 - Η αναγνώριση ως χρόνου ασφάλισης της απασχόλησης σε μεταλλεία, Τουρκία, Αίγυπτο, ηθοποιών, επαναπροσληφθέντων (Ν. 2190/94) και του χρόνου εκτόπισης, φυλάκισης ή εκτός εργασίας (ΕΑΣ) κ.λπ.
- Αναμφίβολα, όλα όσα συνοπτικά εξέθεσα συνιστούν μέτρα

κοινωνικής προστασίας σημαντικής σπουδαιότητας, γιατί επέλυσαν χρόνια προβλήματα εργαζομένων και ικανοποίησαν ώριμες προσδοκίες κοινωνικών ομάδων που δεν είχαν δικαιωθεί ούτε την περίοδο της δεκαετίας του '80. Και όλα αυτά όταν οι διαμορφούμενες δημογραφικές, δημοσιονομικές και υγειονομικές συνθήκες, σε συνδυασμό με τις νέες οικονομικές παραμέτρους της εποχής μας, μέσα σε μια παγκοσμιοποιημένη αγορά έχουν κάνει επιτακτική την ανάγκη διαρθρωτικών αλλαγών στα συστήματα κοινωνικής προστασίας.

Ανταποκρινόμενη στην ανάγκη αυτή, η κυβέρνηση, σε συνεργασία με εργαζομένους και εργοδότες, είναι υποχρεωμένη να προχωρήσει στις αναγκαίες παρεμβάσεις που θα διασφαλίσουν μακροοικονομική σταθερότητα και επιβίωση του κράτους πρόνοιας. Οι μεταρρυθμίσεις των αρχών της δεκαετίας του '90 απομάκρυναν βέβαια για λίγα χρόνια την κατάρρευση του κοινωνικοασφαλιστικού μας συστήματος. Δεν εξασφάλισαν όμως μακροπρόθεσμα τη βιωσιμότητά του. Επομένως, θα πρέπει να κατανοήσουν όλοι ότι ανάλγητη κοινωνικά πολιτική δεν συνιστά η λήψη διαρθρωτικών μέτρων και η οικοδόμηση ενός συστήματος κοινωνικής προστασίας, αλλά ο πληθωρισμός υποσχέσεων για παροχές τις οποίες δεν δύναται να ικανοποιήσει το ευρισκόμενο σε δημοσιονομική ανεπάρκεια εδώ και δεκαπέντε χρόνια κοινωνικό μας σύστημα. Ούτε έχει κοινωνικό πρόσωπο μια κυβέρνηση όταν οι οποιεσδήποτε παροχές που υπόσχεται χρεώνουν τις επερχόμενες γενιές. Προσωπικά, επειδή μου δόθηκε η ευκαιρία να ζήσω από κοντά τα προβλήματα των εργαζομένων και των συνταξιούχων αλλά και την κυβερνητική προσπάθεια των πέντε τελευταίων χρόνων, ποτέ δεν έπαψα να υπεραμύνομαι του γόνιμου έργου που συντελέστηκε

στο επίπεδο της κοινωνικής προστασίας του λαού μας και το οποίο σε καμιά περίπτωση και για κανέναν λόγο δεν μπορεί ούτε να αμαυρωθεί ούτε να αγνοηθεί ούτε να ακυρωθεί. Αντίθετα, πιστεύω ότι ο λαός, που βλέπει ότι όχι μόνο διασφαλίστηκε αλλά επεκτάθηκε το κράτος πρόνοιας, με έμφαση στη στήριξη των ασθενέστερων, θα γυρίσει την πλάτη την ερχόμενη Κυριακή στο «μέτωπο της άρνησης» και θα στηρίζει με την ψήφο του μια πολιτική που εγγυάται ασφάλεια, σταθερότητα, ειρήνη και πάνω απ' όλα τη διατήρηση και θωράκιση του κοινωνικού κράτους.

ΤΑ ΝΕΑ, 11 Ιουνίου 1999

Ταμεία και αποθεματικά



Απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή σε οποιαδήποτε αλλαγή στο καθεστώς διαχείρισης περιουσιακών στοιχείων των ασφαλιστικών οργανισμών.

Με αφορμή την επικείμενη κατάθεση του νέου ασφαλιστικού νομοσχεδίου από την κυβέρνηση άρχισε και πάλι μεταξύ αρμόδιου υπουργείου και ενδιαφερόμενων φορέων ένας νέος κύκλος συζητήσεων με επίκεντρο την επίμαχη διάταξη για την αξιοποίηση των αποθεματικών των ασφαλιστικών ταμείων.

Και ο αναπτυσσόμενος διάλογος έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, γιατί αφορά διαρθρωτική παρέμβαση λίαν σημαντική για μια ορθολογική διαχείριση και καθοριστική για τη βιωσιμότητα του κοινωνικοασφαλιστικού μας συστήματος.

Σε μια πρώτη θεώρηση, η προσέγγιση του προβλήματος φαίνεται απλή. Και δημιουργεί απορία ή ακόμα και αγανάκτηση σε κάποιους βιαστικούς η άρνηση της πολιτείας να παραχωρήσει το δικαίωμα της εκπροσώπησης, του ελέγχου και της διαχείρισης των ταμείων στους εργαζομένους, που αποτελεί εδώ και δεκαετίες πάγιο αίτημα του συνδικαλιστικού μας κινήματος.

Όμως η αντίληψη της ελεύθερης διάθεσης, επένδυσης και αξιοποίησης των αποθεματικών με ευθύνη των διοικητικών συμβουλίων των ασφαλιστικών ταμείων, αν και φαίνεται ότι θεμελιώνει τον κοινωνικό χαρακτήρα της ασφάλισης και ενισχύει την οικονομική κατάσταση των ταμείων, επισύρει ενστάσεις των οποίων η επιχειρηματολογία δεν στερείται σοβαρότητας και απαιτεί προβληματισμό. Συγκεκριμένα:

1. Τα αποθεματικά των ταμείων δεν προέρχονται μόνο από ασφαλιστικές εισφορές αλλά και από κοινωνικό πόρο, του οποίου το μέγεθος σε πολλά «ευγενή» ταμεία είναι δύο και τρεις φορές μεγαλύτερο από εκείνο των ασφαλιστικών εισροών (ΤΣΑΥ, Ταμείο Νομικών κ.λπ.). Απόδειξη δε τρανή της σημασίας και της συμβολής του κοινωνικού πόρου στην οικονομική ευρωστία των ταμείων είναι ότι όσα εξ αυτών δεν έχουν κοινωνικό πόρο (ΙΚΑ, ΝΑΤ, ΤΣΑ, ΤΕΒΕ) εμφανίζουν και τα χρηματοδοτικά ανοίγματα. Επομένως, η διεκδικούμενη αυτοδιοίκηση των ταμείων θα πρέπει να έχει εξασφαλίσει ως προϋπόθεση την οικονομική αυτοτέλεια και αυτοδυναμία του καθένα από αυτά και να μη στηρίζεται σε ξένα «κόλλυβα».

2. Η ελεύθερη και χωρίς καμία κρατική παρέμβαση ή έλεγχο διάθεση των αποθεματικών από τα διοικητικά συμβούλια των ταμείων, και μάλιστα μέσα σ' ένα ιδιωτικοοικονομικό πλαίσιο, εγκυμονεί ενίοτε και κινδύνους που ίσως διαταράξουν την οικονομική σταθερότητά τους. Και διερωτάται κανείς ποιος θα καλύψει τις δαπάνες των συντάξεων στην περίπτωση αποτυχίας της «επιχείρησης» αξιοποίησης των περιουσιακών στοιχείων και χρεοκοπίας του ταμείου.

Και ακόμα, σκέφτηκαν ποτέ οι θιασώτες της αυτοτελούς διαχείρισης ποια θα ήταν η τύχη των 350 δις αποθεματικού των ασφαλιστικών ταμείων αν επέτρεπε η κυβέρνηση στην περίοδο 1987–88 την κατάθεσή τους στην Τράπεζα Κρήτης, όπως επέτρεψε στις ΔΕΚΟ; (Το στοιχείο αυτό παντελώς αγνοήθηκε στη δίκη του αιώνα.)

3. Δεν γνώρισα διοικητικό συμβούλιο ταμείου κατά τη διάρκεια που είχα την ευθύνη της κοινωνικής ασφάλισης που να ενδιαφέρεται μακροπρόθεσμα για τη βιωσιμότητα του ταμείου.

Τα περισσότερα σκέπτονται και ενεργούν για την ικανοποίηση των όχι πάντα δίκαιων αιτημάτων του σήμερα, χωρίς προοπτική και υπευθυνότητα για το αύριο.

4. Η πολυδιατυμπανιζόμενη ζημία της κοινωνικής ασφάλισης συνεπεία της υποχρεωτικής κατάθεσης των αποθεματικών επί σειρά δεκαετιών στην Τράπεζα της Ελλάδος με χαμηλό επιτόκιο είναι ουσιαστικά ανύπαρκτη ή κατά πολύ μικρότερη του μεγέθους που συχνά επαναλαμβάνεται. Γιατί σε κάθε προσέγγιση του προβλήματος θα πρέπει να συνυπολογιστεί και η (κατά 82%) κάλυψη των νοσοκομειακών λειτουργικών δαπανών εκ μέρους του κράτους με εκατοντάδες δις, αν και η υποχρέωση αυτή ανήκει στα ασφαλιστικά ταμεία, αφού εκείνα εισπράττουν την ανάλογη για την ασθένεια ασφαλιστική εισφορά.

Γι' αυτό απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή στην οποιαδήποτε θεσμική αλλαγή που θα επιχειρηθεί στο καθεστώς της διαχείρισης των περιουσιακών στοιχείων των ταμείων και όσων βεβαίως διασωθούν από τις ληστρικές διατάξεις των άρθρων 59 και 61 του Ν. 2084/92.

Συμπερασματικά, θεωρώ ότι η οποιαδήποτε επενδυτική πολιτική των διοικητικών συμβουλίων επί των αποθεματικών των ταμείων θα πρέπει να έχει τη σύμφωνη γνώμη της κυβέρνησης, η οποία άλλωστε έχει και την ευθύνη της κάλυψης των ελλειμμάτων που ενδεχομένως θα εμφανιστούν συνεπεία δημογραφικών ή άλλων λόγων.

Εκτός αν η πολιτεία δεχθεί και θεσμοθετήσει την Τράπεζα Κοινωνικής Ασφάλισης, η οποία θα διαχειρίζεται τα κάθε είδους περιουσιακά στοιχεία των ασφαλιστικών ταμείων και οργανισμών και θα παρεμβαίνει στις περιπτώσεις χρηματοοικονομικών ανισορροπιών. Πρόκειται για τη μοναδική παρέμβαση που θα

διασφαλίσει την άψογη διαχείριση και εγγυάται τη βιωσιμότητα των ταμείων.

Σε οποιαδήποτε άλλη επιλογή ελλοχεύει ο κίνδυνος της χρεοκοπίας και των κοινωνικών κραδασμών.

ΤΑ ΝΕΑ, 23 Μαρτίου 1993

Τι πρέπει να γίνει για την κοινωνική ασφάλιση



Η υφέρπουσα από τη δεκαετία του '80 ανεπάρκεια του ασφαλιστικού μας συστήματος έχει προ πολλού μετεξελιχθεί σε κοινωνική απειλή.

Παράλληλα, η Ευρωπαϊκή Ένωση από τις αρχές της δεκαετίας του '90 έχει θέσει με αγωνία το πρόβλημα των κοινωνικοασφαλιστικών συστημάτων, τα οποία βρίσκονται κάτω από τις συνδυασμένες πιέσεις των διαρκώς αυξανόμενων αναγκών και ταυτόχρονα των περιορισμένων πόρων.

Το ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, πέρα από τη γενικότερη κρίση που μαστίζει όχι μόνο την ελληνική αλλά και την ευρωπαϊκή και ακόμα την παγκόσμια οικονομία, υποφέρει και από την απουσία μακροπρόθεσμου σχεδιασμού, την «προνοιακή» εκτροπή του, την πλήρη περιφρόνηση των αναλογιστικών δεδομένων, τη συνεχώς διογκούμενη εισφοροδιαφυγή, την αφηνίαση των δαπανών υγείας, τη λίαν δυσμενή εξέλιξη της σχέσης ασφαλισμένων προς συνταξιούχους, την επιβάρυνση που προκαλεί η κοινωνική πολιτική και η αρίφνητη υποσχεσιολογία των κομμάτων, καθώς και από άλλες διαμαρτίες περί τη διάπλαση και την εξέλιξη του συστήματος, με αποτέλεσμα να καταστεί από χρόνια οικονομικά προβληματικό και κοινωνικά μη αποδεκτό (βλ. *ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ*, 9/3/87 και 10/3/87· επίσης, *ΚΥΡΙΑΚΑΤΙΚΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ*, 7/6/87, και *ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ*, 11/7/87, όλα πρωτοσέλιδα).

Παρά τις διαπιστωμένες αδυναμίες του συστήματος και τις πιέσεις που ασκήθηκαν από την Ε.Ε. την τελευταία εικοσαε-

τία, επικράτησε πλήρης εφησυχασμός και κλίμα αβελτηρίας στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης.

Για πρώτη δε φορά έχω την αίσθηση ότι η αναδειχθείσα τον περασμένο Οκτώβρη κυβέρνηση αντιμετωπίζει με σοβαρότητα το πρόβλημα και αναζητά μεθόδους προσέγγισής του.

Όμως οι λύσεις δεν είναι εύκολες και ούτε άμοιρες κινδύνων διάρρηξης των αρμών της κοινωνικής μας συνοχής. Και γι' αυτό προτείνω παρεμβάσεις που δεν αιμάσσουν και δεν θίγουν τα χαμηλότερα οικονομικά στρώματα του λαού μας.

Συγκεκριμένα, μετά την *ανάπτυξη*, που θα πρέπει να επιδιώξει η κυβέρνηση, πρώτη είναι η ενεργοποίηση των θεσμών άταξης της *εισφοροδιαφυγής* (Ν. 2556/97), που δεν αξιοποιήθηκαν ποτέ μέχρι σήμερα. Και δεύτερη η ολοκλήρωση της *μηχανοργάνωσης* (ΟΠΣ-ΙΚΑ), που συμπληρώνει ήδη έντεκα χρόνια από την υπογραφή της σύμβασης με τον ανάδοχο. Στη συνέχεια προτείνουμε:

Α'. Για την αύξηση των εισροών:

α) Την κατάργηση των πάσης φύσεως εισφοροαπαλλαγών.

β) Την πλήρη εφαρμογή του Ν. 465/70 και απόδοση των κοινωνικού και «προνοιακού» χαρακτήρα επιβαρύνσεων στην κοινωνική ασφάλιση.

γ) Την προϋπόθεση της καταβολής των νόμιμων προς το ΙΚΑ οφειλών προκειμένου να ολοκληρωθεί η διαδικασία νομιμοποίησης αυθαιρέτου.

δ) Το 1% του τζίρου κάθε επιχείρησης υπέρ της κοινωνικής ασφάλισης.

ε) Την υποχρεωτική ασφάλιση στο ΙΚΑ κάθε σύμβασης έργου με τακτικό ωράριο.

στ) Το όριο των απαιτούμενων ημερών ασφάλισης για παροχή περίθαλψης όχι κατώτερο των 80.

ζ) Η ένταξη κάθε επικουρικού ταμείου στο ΙΚΑ θα γίνεται με τις προϋποθέσεις και παροχές του ΙΚΑ και όχι του συγχωνεύμενου ταμείου.

η) Καμία διαγραφή οφειλής οιασδήποτε φορέα (δήμων, ΠΑΕ, ΔΕΚΟ, ΜΜΕ, ΚΤΕΛ, Δημοσίου κ.λπ.) προς το ΙΚΑ ή άλλο ταμείο.

θ) Εξαίρεση του ΙΚΑ και άλλων ασφαλιστικών ταμείων από το άρθρο 44 του Ν. 1892/90. Και

ι) Απόδοση του 10% των ασφαλιστρών αυτοκινήτων και λοιπών τροχοφόρων από τις ασφαλιστικές εταιρείες στην κοινωνική ασφάλιση, με παράλληλη διαγραφή κάθε απαίτησης για τραυματισμούς και συνταξιοδοτήσεις.

Β'. Για τη βελτίωση της σχέσης ασφαλισμένων προς συνταξιούχους, καθώς και για τον περιορισμό των δαπανών:

α) Καμία σύνταξη κάτω των 65 χρόνων για τους άνδρες και 60 για τις γυναίκες, με εξαίρεση τα βαρέα και ανθυγιεινά και τις αναπηρικές συντάξεις. (Με την επιφύλαξη της παρέμβασης της Ευρωπαϊκής Ένωσης ως προς το όριο των γυναικών.)

β) Εκλογίκευση του θεσμού των βαρέων και ανθυγιεινών και κάλυψη από τους εντασσόμενους σε αυτόν της επιβάρυνσης που προκαλείται στην κοινωνική ασφάλιση.

γ) Επανεξέταση όλων των αναπηρικών συντάξεων από ειδικές επιτροπές του κέντρου για όλη την Ελλάδα και αναθεώρηση του κώδικα αναπηριών.

δ) Σε κάθε περίπτωση, το σύνολο των συντάξιμων αποδοχών δεν θα ξεπερνά τον μέσο όρο του συνόλου των αποδοχών της τελευταίας πενταετίας.

ε) Ένταξη των κλάδων υγείας όλων των ασφαλιστικών ταμείων στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

μετά των εισπράξεων που αφορούν τις παροχές σε είδος (Ενιαίος Φορέας Υγείας).

στ) Εναρμόνιση των προϋποθέσεων συνταξιοδότησης της γυναίκας με την αρχή της ισότητας των δύο φύλων, με παράλληλη προστασία της μητρότητας.

Γ'. *Σημαντικές ακόμα παρεμβάσεις* θεωρώ:

α) Την Τράπεζα Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Νομίζω ότι και η κυβέρνηση θέλει μια δημόσια και ισχυρή τράπεζα για τη στήριξη της οικονομίας. Η τράπεζα που προτείνουμε θα ανήκει στην κοινωνική ασφάλιση, θα διαχειρίζεται την κινητή —πλέον των 13 δις ευρώ οι καταθέσεις για το 2008— και ακίνητη περιουσία των ταμείων, θα διενεργεί όλες τις πράξεις εισφορών και παροχών ασφάλισης όλων των ασφαλιστικών ταμείων.

Η Τράπεζα Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορεί να αναπτύξει και να λειτουργήσει:

Ι. *Κλάδο προαιρετικής ασφάλισης παροχής υπηρεσιών υγείας* με το πακέτο περίθαλψης των ιδιωτικών εταιρειών ασφάλισης κλάδου υγείας.

ΙΙ. *Κάποιο τυχερό παιχνίδι* (λαχείο ή κάτι άλλο).

β) Οι διατάξεις του άρθρου 56 του Συντάγματος για «κωλύματα και ασυμβίβαστα βουλευτών» να ισχύουν και για την εκλογή μελών δημοτικών, νομαρχιακών ή περιφερειακών συμβουλίων για τους λόγους που ισχύουν και για τους υποψήφιους βουλευτές. Το μέτρο ενέχει μεγάλη σημασία για την πάταξη της εισφοροδιαφυγής και της φοροδιαφυγής.

γ) Τέλος, αναφέρομαι στην κατάργηση του ισχύοντος συστήματος της κατά κεφαλήν ασφάλισης ως προς την εργοδοτική εισφορά μόνο, που θα πρέπει να αναπληρωθεί με ποσοστό

επί του τζίρου της επιχείρησης. Η πρόταση δεν έχει καμιά σχέση με το προαναφερόμενο στο εδάφιο Α(δ) μέτρο.

Δρόμος άλλος για την ανάταξη των δυσλειτουργιών από τις οποίες πάσχει το κοινωνικοασφαλιστικό μας σύστημα και την έξοδό μας από το τούνελ της αυξανόμενης ανυποληψίας και της απειλής πλήρους κατάρρευσής του δεν υπάρχει χωρίς έντονες κοινωνικές ρήξεις.

ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ, 17 Φεβρουαρίου 2010

Το ασφαλιστικό πρόβλημα και οι κοινωνικοί πόροι



Είναι γεγονός ότι το ασφαλιστικό μας σύστημα συνιστά προϊόν μιας απρογραμμάτιστης, αποσπασματικής και κοινωνικά άδικης κάποιες φορές πολιτικής που ακολουθήθηκε από όλες τις μεταπολεμικές κυβερνήσεις στην πατρίδα μας.

Αν και οι μεταρρυθμίσεις που ακολούθησαν την πολιτική αλλαγή που συντελέστηκε στην πατρίδα μας στις αρχές της δεκαετίας του '80 είχαν χαρακτήρα μιας επεκτατικής κοινωνικής προστασίας που ήταν ξένη προς τις πολιτικές δυνάμεις που διακυβέρνησαν τη χώρα τις προηγούμενες δεκαετίες, δεν καταφέραμε να αναχαιτίσουμε την ευκαιριακή και χωρίς συνοχή και κρατικό προγραμματισμό ανάπτυξη της κοινωνικής ασφάλισης στον τόπο μας.

Έτσι, φτάσαμε σ' ένα ετερόκλητο σύνολο τριακοσίων και πλέον φορέων κύριας και επικουρικής ασφάλισης, ασθένειας, πρόνοιας και διαφόρων άλλων υπηρεσιών κοινωνικών παροχών, το οποίο αντανakλά τη δύναμη της πρόσβασης ή της πίεσης που μπορούσε να ασκήσει η κάθε επαγγελματική ομάδα στα εκάστοτε κέντρα αποφάσεων, και εκφράζει τις ανισότητες, τις διακρίσεις και τα προνόμια μπροστά στην αρρώστια, τα γηρατειά, την ανεργία, τη φτώχεια, την αναπηρία και τον θάνατο.

Από τους θεσμούς που δημιουργήσαν στρεβλώσεις και αρρυθμίες στη λειτουργία του συστήματος, ζημίωσαν τις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις και παρεμβάλλουν προσκόμματα και αντιδράσεις στην όποια προσπάθεια εξυγίανσης και εκλογίκευσης του συστήματος της ασφαλιστικής προστασίας σπουδαιότεροι

υπήρξαν οι κοινωνικοί πόροι. Πρόκειται για σκανδαλώδεις αντι-κοινωνικές και προκλητικές οικονομικές ενισχύσεις κάποιων κλαδικών ταμείων, που εκείνοι που τις επιβαρύνονται δεν συνδέονται ασφαλιστικά με το ταμείο υπέρ του οποίου το χαράτσι.

Ενδεικτικά αναφέρομαι στους κοινωνικούς πόρους των υπό συγχώνευση τεσσάρων επιστημονικών ασφαλιστικών ταμείων, τα οποία, αφού αποτέλεσαν μια σοβαρή πηγή οικονομικής ενίσχυσης επί σειρά δεκαετιών και εξασφάλισαν συντάξεις και περριουσίες αρκετά ικανοποιητικές, σήμερα συνιστούν τους κύριους και πλέον σοβαρούς λόγους αντίδρασης και άρνησης στη σχεδιαζόμενη ενοποίηση.

Γιατί ο προβαλλόμενος λόγος της δήθεν διαφύλαξης και προάσπισης των αποθεματικών τους δεν ευσταθεί, αφού δεν πρόκειται ποτέ να τα ιδιοποιηθούν, μιας και οι αυξήσεις των συντάξεων καθορίζονται από την εισοδηματική πολιτική της κυβέρνησης και όχι με αποφάσεις του διοικητικού συμβουλίου. Άλλωστε και η δημιουργία αυτών των αποθεματικών οφείλεται στον κοινωνικό τους πόρο, που εξασφάλισε και την ικανοποιητική, όπως προείπαμε, σύνταξη και το πλεόνασμα του ταμείου τους.

Και διαπράττουν μέγα λάθος οι ασφαλισμένοι των περί ων ο λόγος ταμείων να ανθίστανται και να απεργούν, εφόσον η κυβέρνηση, συνεπικουρούμενη και από σύμπασα την αντιπολίτευση, δεν θίγει καθόλου τους κοινωνικούς τους πόρους και, όπως φαίνεται, δεν θα τους θίξει, γιατί η φιλοσοφία της ταυτίζεται με τη λαϊκή ρήση: «Βοήθα με, φτωχέ, για να μη σου μοιάσω».

Έτσι, πληρώνει η καθαρίστρια, ο βιομηχανικός εργάτης, ο άνεργος και σύμπασα η κοινωνία τις συντάξεις των γιατρών, των δικηγόρων, των τεχνικών και των διακόνων της ενημέρωσης.

Γι' αυτό είπα και υποστηρίζω ότι το θέμα δεν είναι μόνο οικονομικό αλλά και κοινωνικό και ηθικό, γιατί το σύστημα είναι σάπιο και η κοινωνία όζει. Δυστυχώς όμως όλοι οι εμπλεκόμενοι πάσχουν από αοσμία!

Και επειδή δέχομαι ότι η κατάργηση των κοινωνικών πόρων, αν και είναι δίκαιο, ηθικό και επιβεβλημένο να γίνει, θα δημιουργήσει τεράστιο πρόβλημα σε πολλά ασφαλιστικά ταμεία με συνέπειες δυσβάστακτες στους ασφαλισμένους σε αυτά, προτείνω την ίδρυση και λειτουργία Τράπεζας Κοινωνικών Ασφαλίσεων που θα ανήκει στα ασφαλιστικά ταμεία και θα λειτουργεί με τους κανόνες του ισχύοντος τραπεζικού συστήματος.

Μόνο με μια τέτοια «τράπεζα-γίγαντα», όπως την αποκαλούσε ο αείμνηστος Ανδρέας Παπανδρέου, θα μπορέσει το ασφαλιστικό σύστημα να εξασφαλίσει τη βιωσιμότητά του, να καταστεί δικαιότερο τόσο στις εισφορές όσο και στις παροχές (συντάξεις), να καλύψει τα ανοίγματά του και να εξελιχθεί προοδευτικά και σταδιακά από αναδιανεμητικό σε ανταποδοτικό, μέσα από την αλληλεγγύη των τάξεων και την εκμετάλλευση των καταθέσεων ασφαλιστικών ταμείων ασφαλισμένων, εργοδοτών και ιδιωτών, καθώς και των αποθεματικών των ασφαλιστικών ταμείων.

Όμως παρατηρώ ότι όλα τα κόμματα αποφεύγουν να συζητήσουν την πρόταση. Προφανώς για να μη ζημιώσουν τον πλέον κερδοφόρο φορέα της εθνικής μας οικονομίας, τον τραπεζικό. Εντούτοις, κάθε άλλη μεταρρύθμιση δεν πρόκειται να περάσει και απλώς η επιχειρούμενη επίλυση του προβλήματος θα μετατίθεται από κάθε κυβέρνηση στην επόμενη. Και πιστεύω ότι η προσφορά των κομμάτων που εναλλάσσονται στην εξουσία θα είναι πολύ μεγάλη για το μέλλον των παιδιών μας αν προσέξουν

και δεν ενδώσουν στις πιέσεις που δέχονται και δεν προβούν σε παραχωρήσεις (μείωση ορίων ηλικίας συνταξιοδότησης, ένταξη κλάδων στα βαρέα και ανθυγιεινά κ.λπ.), που θα καταστήσουν τη λύση του προβλήματος πλέον δυσχερή στο μέλλον.

ΤΟ ΠΑΡΟΝ, 2007

Το ασφαλιστικό μας πρόβλημα



Η προσέγγιση του προβλήματος της κοινωνικής ασφάλισης είναι και δυσχερής και επώδυνη. Κι αυτό γιατί το κοινωνικοασφαλιστικό μας σύστημα βρίσκεται από τη δεκαετία του '80 σε φάση δημοσιονομικής ανεπάρκειας, συνθλιβόμενο από συνδυασμένες πιέσεις των διαρκώς αυξανόμενων αναγκών και ταυτόχρονα των μειούμενων πόρων.

Δεν θα αναφερθώ στα αίτια που οδήγησαν το ασφαλιστικό μας σύστημα στην ανυποληψία, στην αμφισβήτηση και στην κρίση.

Με την αίσθηση ότι παρήλθε η μακρά περίοδος του εφησυχασμού και της αναβλητικότητας, είναι βέβαιο ότι η παρούσα κυβέρνηση είναι αποφασισμένη να προχωρήσει στις αναγκαίες διαρθρωτικές παρεμβάσεις για να εξασφαλίσει την επιβίωση του κοινωνικού μας κράτους.

Βέβαια, μεγάλα περιθώρια κινήσεων δεν έχει, αφού:

- Δεν μπορεί να μεταμορφώσει το σύστημα από αναδιανεμητικό σε ανταποδοτικό. Γιατί οι εισφορές κατατίθενται αμέσως για τις συντάξεις και δεν έχουμε δυνατότητα εκμετάλλευσής τους για να αποδώσουν.
- Οι εισφορές απασχολούμενων και εργοδοτών είναι ήδη πολύ μεγάλες και δεν μπορεί να γίνει καμιά συζήτηση για αύξησή τους.
- Οι συντάξεις είναι πολύ χαμηλές και έχουν ανάγκη ενίσχυσης και όχι μείωσης.
- Το δημογραφικό πρόβλημα, την αύξηση δηλαδή του ποσο-

στού των ηλικιωμένων (συνταξιούχων), δεν μπορούμε να το επιλύσουμε ούτε να το βελτιώσουμε.

- Τις δαπάνες υγείας που αφορούν εξετάσεις και θεραπείες προηγμένης τεχνολογίας και εξειδικεύσεων (π.χ. ΜΕΘ κ.λπ.) σε καμιά περίπτωση δεν μπορούμε να περιορίσουμε. *Μπορούμε όμως αναμφισβήτητα:*
- Να ενθαρρύνουμε επενδύσεις και να ενισχύσουμε τομείς που επιδέχονται παραπέρα ανάπτυξη και εκμετάλλευση, όπως είναι ο τουρισμός, για να αυξήσουμε τους απασχολούμενους και τα έσοδα της ασφάλισης.
- Να ελέγχουμε τη λειτουργία των νοσοκομείων για να περιορίσουμε τη σπατάλη και τη διαφθορά. Είναι απαράδεκτο το ύψος του κόστους των ημερήσιων νοσηλίων να αγγίζει τα 1.000 ευρώ την ημέρα.
- Να αξιοποιήσουμε τους μηχανισμούς πάταξης της εισφοροδιαφυγής. Είναι απαράδεκτο δώδεκα χρόνια μετά τη θεσμοθέτηση των Ε.ΥΠ.Ε.Α. (προκειμένου για το ΙΚΑ) να μην έχουν ανασυνταχθεί στις εννέα από τις δεκατρείς διοικητικές περιφέρειες και να μη λειτουργούν και στις υπόλοιπες τέσσερις γιατί αποψιλώθηκαν. Επισημαίνω ότι σήμερα υπάρχουν μόνο 18 υπάλληλοι στις τέσσερις Ε.ΥΠ.Ε.Α. που αφήσαμε έτοιμες το 1999 (Αθήνας, Θεσσαλονίκης, Κρήτης και Δυτικής Ελλάδας).
- Να δημοσιοποιήσουμε τις διατάξεις προστασίας των απολυόμενων ανασφάλιστων (Ν. 2556/98, άρθρο 2, παρ. 4) για να διεκδικήσουν τα δικαιώματά τους.
- Να καταργήσουμε τις πάσης φύσεως εισφοροαπαλλαγές και να σταματήσουν οι διαγραφές και οι χαριστικές ρυθμίσεις οφειλών.

- Να εξυγιανθεί ο θεσμός των βαρέων και ανθυγιεινών. Κανένας κλάδος στον θεσμό αν δεν προηγηθεί επιδημιολογική μελέτη για τη βλαπτική δράση των παραγόντων της δουλειάς και αν δεν επιβαρυνθεί με το κόστος της ένταξης.
- Καμιά σύνταξη στον άνδρα κάτω των 65 ετών και στη γυναίκα των 60· με εξαίρεση τις αναπηρικές και τα βαρέα και ανθυγιεινά.
- Το σύνολο των συντάξιμων αποδοχών σε καμιά περίπτωση να μην είναι μεγαλύτερο του μέσου όρου του συνόλου των μηνιαίων αποδοχών της τελευταίας πενταετίας.
- Ένταξη του ταμείου ΟΑΕΕ στο ΙΚΑ για τη σύλληψη εργοδοτικών υποχρεώσεων.
- Να θεσμοθετήσουμε Τράπεζα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, η οποία θα διαχειρίζεται του λοιπού την κινητή και ακίνητη περιουσία του ταμείου και θα κατατίθενται οι εισφορές των ασφαλισμένων και εργοδοτών.
- Η τράπεζα να μελετήσει και να διαχειριστεί υπέρ της κοινωνικής ασφάλισης κάποιο τυχερό παιχνίδι.
- Ακόμα, η τράπεζα να θεσμοθετήσει προαιρετικό κλάδο βελτιωμένης περίθαλψης ή και σύνταξης, ο οποίος θα λειτουργήσει με ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια.
- Παράλληλα, να μελετηθεί η δυνατότητα μετάβασης από το σημερινό σύστημα της ασφαλιστικής κατά κεφαλήν με άλλο στο οποίο ο κάθε επιχειρηματίας θα καταβάλλει κάποιο ποσοστό υπέρ της κοινωνικής ασφάλισης, ανεξάρτητα αν και πόσους απασχολεί. Η εισφορά των εργαζομένων θα συνεχιστεί ως έχει. Το σύστημα ενθαρρύνει την απασχόληση.

ΓΙΑ ΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ



Η αλήθεια για τη λίστα φαρμάκων



Στο πλαίσιο του διαλόγου που άνοιξε η εξαγγελθείσα από την κυβέρνηση κατάργηση της λίστας φαρμάκων θα επιχειρήσω να καταθέσω και τις δικές μου παρατηρήσεις, μιας και υπήρξα ο πρώτος που ασχολήθηκε με το θέμα, πριν από δέκα ακριβώς χρόνια.

Υποστηρίχθηκε από την κ. Νταϊφώτη, καθηγήτρια Φαρμακολογίας και πρόεδρο της ειδικής επιτροπής της αναθεωρημένης λίστας φαρμάκων, ότι «η Ελλάδα εφάρμοσε το μέτρο το 1998, αρκετά καθυστερημένα σε σχέση με τις άλλες ανεπτυγμένες χώρες».

Στο ίδιο μήκος κύματος μίλησε και ο «συναρμόδιος για την ενιαία λίστα» τότε υφυπουργός κ. Μ. Σκουλάκης.

Δεν είναι αλήθεια. Η λίστα χορηγούμενων ιδιοσκευασμάτων έχει νομοθετηθεί στο ΙΚΑ πριν από αρκετές δεκαετίες και αυτή βρήκα στο ΙΚΑ και εφάρμοσα το 1994.

Δεν γνωρίζω για ποιους λόγους δεν έχουν τη λεβεντιά κάποιοι να αναγνωρίσουν ότι προηγήθηκαν άλλοι σε πολλές από τις αποφάσεις τους που πήραν καθυστερημένα (λίστα φαρμάκων, καθολικός εμβολιασμός κατά της ηπατίτιδας Β' κ.λπ.).

Εκείνοι που εμπνεύστηκαν τη λίστα του ΙΚΑ δεν είχαν σκεφτεί να τη χρησιμοποιήσουν κατά της πολυφαρμακίας. Γιατί τις δεκαετίες του '40 και του '50 ήταν άγνωστη η κατευθυνόμενη από ιδιοτέλεια συνταγογράφηση. Η λίστα ξεκίνησε ως «εργαλείο θεραπευτικής» για τους γιατρούς του ΙΚΑ, με στόχο την εφαρμογή των κανόνων της ιατρικής τέχνης και με σκοπό να βοηθήσει τον γιατρό στην επιλογή φαρμάκων αποδεδειγμένης αποτελεσματι-

κότητας, ανεκτικότητας και καλής ποιότητας, που καλύπτουν θεραπευτικές ανάγκες και η τιμή τους δικαιολογείται από τα πλεονεκτήματα που εμφανίζουν έναντι άλλων ομοειδών.

Αργότερα, όπως διαπιστώνουμε, τόσο η Ευρωπαϊκή Ένωση (Οδηγία 89/105/ΕΟΚ της 21.12.88) όσο και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναγνώρισαν την αναγκαιότητα εφαρμογής λίστας στους ασφαλιστικούς οργανισμούς και ταμεία όχι μόνο για θεραπευτικούς αλλά και για οικονομικούς στόχους.

Η πρώτη στην Ελλάδα συστηματική και αυστηρή εφαρμογή της λίστας έγινε τον Μάη του 1994 στο ΙΚΑ με αποκλειστικό σχεδόν στόχο την αναχαίτιση της καλπάζουσας τότε πολυφαρμακίας και είχε θεαματικά αποτελέσματα. Υποτριπλασιάσαμε τους ρυθμούς αύξησης που βρήκαμε.

Στην πρωτοβουλία μου εκείνη, την οποία ξέχασαν όλοι σήμερα, υπήρξαν πολλές και ισχυρές αντιδράσεις, με φωτεινές εξαιρέσεις τον τότε υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων κ. Δ. Κρεμαστινό και αργότερα τον υπουργό Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων κ. Μ. Παπαϊωάννου.

Η θεσμοθέτηση της λίστας συνοδεύτηκε και με διοικητικά μέτρα για την εξουδετέρωση όλων των σηπτικών φαινομένων που καλλιεργούσαν την επανάκαμψη της πολυφαρμακίας, όπως απαγόρευση συνταγογράφησης πλειόνων του ενός —το πολύ δύο— εμβολλαγίων του ιδίου ιδιοσκευάσματος, τη θεώρηση των συνταγών υψηλού κόστους, τη σύσταση υπηρεσίας παρακολούθησης της συνταγογραφίας 1.000 περίπου γιατρών τον μήνα και εντοπισμού της τυχόν προτίμησης κάποιου εξ αυτών σε προϊόντα συγκεκριμένης φαρμακευτικής εταιρείας, την αφαίρεση συνταγολογίου σε περιπτώσεις δεοντολογικής ή συνταγογραφικής εκτροπής κ.λπ.

Η λίστα του ΙΚΑ έζησε μέχρι και το 1997. Τον επόμενο χρόνο (1998) εφαρμόστηκαν τα γνωστά κυβερνητικά μέτρα κατά της πολυφαρμακίας και μαζί και η *ενιαία* για όλα τα ασφαλιστικά ταμεία λίστα του Ν. 2458/96.

Δεν γνωρίζω αν η λίστα που είχε καταρτίσει και συνεχώς ανανέωνε το ΑΥΣ και που εφαρμόστηκε στο ΙΚΑ την τετραετία 1994–97 ήταν καλύτερη ή όχι εκείνης που εφάρμοσε η κυβέρνηση το 1998 σε όλα τα ασφαλιστικά ταμεία (και το ΙΚΑ).

Όμως τα αποτελέσματα της εφαρμογής της ενιαίας λίστας μετά το 1998 είναι λίαν απογοητευτικά και, ως εκ τούτου, η πολιτεία θα πρέπει να προβληματιστεί πριν αποφασίσει τη συνέχιση ή μη της εφαρμογής αυτής. Συγκεκριμένα:

α. Η μέση τιμή αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης τα έτη 1998–2003 κινήθηκε σε ποσοστά του 19%. Δηλαδή, επτά και πλέον εκατοστιαίες μονάδες πάνω από τα επίπεδα της λίστας του ΙΚΑ (1997).

β. Η μέση τιμή της ετήσιας αύξησης της εξωνοσοκομειακής —πλην της ιδιωτικής— φαρμακευτικής δαπάνης την τετραετία 1994–97, που αφορά όλα τα ασφαλιστικά ταμεία (και το ΙΚΑ), ανέβηκε από το 13,28% στο 17,25% την τετραετία 1999–2002, δηλαδή μετά την εφαρμογή της ενιαίας λίστας φαρμάκων. Το συνολικό δε κόστος της εθνικής φαρμακευτικής δαπάνης (μετά την αφαίρεση των παράλληλων εξαγωγών) από 568,6 δις που ήταν το 1998 έφτασε στο 1,08 τρις το 2002, παρά τη συναποφασισθείσα τότε αποφόρτιση της τιμής όλων των φαρμάκων από τις υπέρ τρίτων επιβαρύνσεις κατά 21%.

Συμπεράσματα:

Ι. Η ενιαία λίστα φαρμάκων που καθιερώθηκε το 1998 σε όλα τα ασφαλιστικά ταμεία (Ν. 2458/96), με τα στοιχεία που

προανέφερα, ουδόλως συνέβαλε στον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης. Αντί της αναμενόμενης μείωσης του ρυθμού αύξησης αυτής είχαμε άνοδο σε όλα τα ασφαλιστικά ταμεία και στο ΙΚΑ μεγαλύτερη, αν και ο αριθμός των δικαιούχων περίθαλψης μειώθηκε.

Θα πρέπει δε να σημειωθεί ότι η ενιαία λίστα κατά την εφαρμογή της συνοδεύτηκε και με άλλα μέτρα. Αλλαγή του συστήματος τιμολόγησης των ιδιοσκευασμάτων και μείωση της τιμής πολλών εξ αυτών, κατάργηση των υπέρ τρίτων εισφορών (ΕΟΦ, ΤΣΑΥ, ΤΕΑΥΦΕ κ.λπ.) και άλλα.

Δεν θέλω να κατηγορήσω κανέναν. Αλλά τα απογοητευτικά αποτελέσματα της πολιτικής που ασκήθηκε στο φάρμακο την τελευταία εξαετία αναζητούν τους υπεύθυνους που χάραξαν την πολιτική αυτή. Τότε ήσαν πολλοί οι καυχήσιάρηδες «συναρμόδιοι» και «αρχιτέκτονες» της λίστας του 1998. Σήμερα όλοι λούφαξαν. Και όταν χτυπάγαμε το καμπανάκι από το 1999, μαζί και ο *Επενδυτής* με τον αξιόλογο συνεργάτη του κ. Αιμ. Νέγκη, κάποιοι «σοφοί» επιδεικτικά μας αγνοούσαν και για να μας κλείσουν το στόμα έκλεισαν τη Farmetrica, με την αξιολογή προσφορά της μέχρι τότε στην υπόθεση «φάρμακο», γιατί θεωρήθηκε υπεύθυνη της αποκάλυψης της φαρμακευτικής σπατάλης και της αποτυχίας των μέτρων του 1998.

II. Η λίστα του ΙΚΑ (1994) με τα προαναφερθέντα διοικητικά μέτρα προς εξουδετέρωση της ασυδοσίας και της συναλλαγής μάς έδωσε πολύ καλά αποτελέσματα. Δυστυχώς τα εν λόγω μέτρα μαζί με τη λίστα του ΙΚΑ ξεχάστηκαν ή καταργήθηκαν μετά την αποχώρησή μου από το ΙΚΑ τον Γενάρη του 1999.

Συμπερασματικά, πιστεύω ότι η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης που πετύχαμε στο ΙΚΑ οφείλεται κυρίως στα συντα-

γογραφικά και διοικητικά μέτρα και λιγότερο στη λίστα, η οποία θα πρέπει να σημειώσω ότι ήταν προϊόν επιστημονικής και υπεύθυνης εργασίας.

III. Εξήγγειλε η νέα κυβέρνηση την κατάργηση της θετικής λίστας και την κατάρτιση και εφαρμογή αρνητικής λίστας. Νομίζω ότι η ύπαρξη αρνητικής λίστας και μόνο συνεπάγεται έμμεσα την ύπαρξη και θετικής, η οποία θεωρητικά θα περιλαμβάνει όλα τα εκτός αρνητικής.

Επειδή πολύ φοβάμαι ότι και η αρνητική λίστα μόνη της δεν θα αναχαιτίσει τη φαρμακευτική δαπάνη, θα πρέπει το αρμόδιο υπουργείο αφενός να μελετήσει πλαίσιο συνταγογραφικών κανόνων και διοικητικών μέτρων που θα συνοδεύουν την οποιαδήποτε απόφασή του και αφετέρου να ενισχύσει την παραμονή των φτηνών ιδιοσκευασμάτων στην αγορά όταν η θεραπευτική τους αποτελεσματικότητα είναι πολύτιμη.

Αντί λοιπόν της αρνητικής λίστας θα πρέπει να συζητηθεί σύστημα που θα καθορίζει ποσοστό συμμετοχής του ασφαλισμένου από 0–100% σε φάρμακα αμφιβόλου ή ήσσονος θεραπευτικής αποτελεσματικότητας. Πάνω απ’ όλα όμως να υπαγάγει τις υγειονομικές υπηρεσίες όλων των ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Πολιτικής. Γιατί ο Ενιαίος Φορέας Υγείας υπήρξε σημαία του υγειονομικού κινήματος από το 1974 και, παρότι κύλησαν από τότε τριάντα χρόνια, δεν καταφέραμε ακόμη να υπερνικήσουμε τις αντιδράσεις και να καταργήσουμε τις ανισότητες και διακρίσεις μπροστά στην αρρώστια και στον θάνατο.

ΕΠΕΝΔΥΤΗΣ, 30 Απριλίου – 2 Μαΐου 2004

Η εκτίμηση της κατάργησης της λίστας φαρμάκων



Με την ευκαιρία της εξαγγελίας της κατάργησης της λίστας φαρμάκων και της θεώρησης των συνταγών από τον υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης κ. Νικήτα Κακλαμάνη, καταθέτω στοιχεία που συνθέτουν τη σημερινή κατάσταση της διακίνησης του φαρμάκου στην Ελλάδα. Με την ένστασή μου για την άρση των ελεγκτικών μηχανισμών χωρίς την παράλληλη εφαρμογή διοικητικών μέτρων και τη διασφάλιση της αποτελεσματικότητας και της ανεκτικότητας του κάθε φαρμάκου προβλέπω ότι θα οδηγηθούμε σε έκρηξη της φαρμακευτικής δαπάνης και δραματική αύξηση των ελλειμμάτων των ασφαλιστικών ταμείων.

Η διαρκώς αυξανόμενη συμμετοχή της φαρμακευτικής περίθαλψης στην τελική διαμόρφωση του ύψους του συνόλου των υγειονομικών δαπανών κατά την τελευταία δεκαετία έχει αναδείξει την οικονομική αξιολόγηση της φαρμακευτικής κατανάλωσης σε μείζονος σημασίας προτεραιότητα.

Γιατί το πρόβλημα δεν είναι μόνο οικονομικό, που αναμφίβολα επηρεάζει την πολυσυζητούμενη και πάλι κρίση του ασφαλιστικού μας συστήματος και αποδυναμώνει την κάθε προσπάθεια για μια σταθερή πορεία της εθνικής μας οικονομίας. Είναι ταυτόχρονα πρόβλημα κοινωνικό, πολιτικό και υγειονομικό.

Τα κύρια στοιχεία που συνθέτουν το πρόβλημα και προκαλούν σοβαρές στρεβλώσεις στην αγορά των υπηρεσιών υγείας είναι η αλματώδης αύξηση των εισαγόμενων φαρμακευτικών

προϊόντων σε βάρος των εγχώριων, η κατευθυνόμενη και ασύδοτη συνταγογραφία, οι αντιδεοντολογικές και αντιεπιστημονικές πρακτικές των επαγγελματιών υγείας και η απουσία συστηματικού ελέγχου τόσο της ποιότητας όσο και της αναγκαιότητας και της αποτελεσματικότητας των χορηγούμενων στον άρρωστο φαρμάκων.

Η πολύπλευρα απαράδεκτη αυτή κατάσταση επέσυρε τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον των κυβερνήσεων όλων σχεδόν των χωρών, το οποίο εστιάζεται στην κινητοποίηση τεχνικών και μεθόδων εξυγίανσης του κύκλου παραγωγής, διανομής, συνταγογράφησης και χρήσης των φαρμάκων.

Με δεδομένη την έκταση και τη σοβαρότητα του προβλήματος, έχει γίνει κατανοητή και σε μεγάλο βαθμό αποδεκτή από τις κοινωνίες όλων των χωρών η δημόσια παρέμβαση στον έλεγχο των τιμών, στην καθιέρωση ενιαίας λίστας φαρμάκων για τα ασφαλιστικά ταμεία, στην παρακολούθηση της συνταγογραφίας των γιατρών και στην αναγκαιότητα καταβολής ποσοστού συνασφάλισης από την πλευρά των ασθενών.

Στην πατρίδα μας τα πρώτα μέτρα περιορισμού της φαρμακευτικής κατανάλωσης (λίστα φαρμάκων, αυστηρός έλεγχος της συνταγογράφησης κ.λπ.) πάρθηκαν το 1994 στο ΙΚΑ με αρκετά καλά αποτελέσματα.

Όμως τα κυβερνητικά μέτρα που πάρθηκαν το 1998, όπως η επέκταση της λίστας φαρμάκων σε όλα τα ασφαλιστικά ταμεία (ενιαία λίστα), η κατάργηση των επιβαρύνσεων της τιμής του φαρμάκου υπέρ τρίτων (ΕΟΦ, ΤΣΑΥ, ΤΕΑΥΦΕ) και η παρέμβαση στην τιμολόγηση των ιδιοσκευασμάτων προκειμένου να ενταχθούν στη λίστα, καθώς και ο υπολογισμός του ΚΗΘ (Κόστος Ημερήσιας Θεραπείας) στην αξιολόγηση των υποψήφιων

ιδιοσκευασμάτων δεν απέδωσαν και δημιούργησαν σοβαρά προβλήματα και στρεβλώσεις στην αγορά του φαρμάκου, όπως οι αποκλεισμοί, οι μονοπωλιακές τάσεις, οι παράλληλες εξαγωγές και η αυξημένη φαρμακευτική δαπάνη. Τα οικονομικά στοιχεία που δίνουν την εικόνα της φαρμακευτικής κατανάλωσης σήμερα στην Ελλάδα συνοψίζονται:

α) Στην αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης, από χρόνο σε χρόνο, από 13% που ήταν προ του 1998 (εφαρμογή κυβερνητικών μέτρων) στο 18%.

β) Στην αύξηση της συμμετοχής της φαρμακευτικής δαπάνης στην εθνική δαπάνη υγείας από το 13,5% (1998) στο 21,5% (2003).

γ) Στην αύξηση του συντελεστή της συμμετοχής της φαρμακευτικής δαπάνης στο ΑΕΠ από το 1,6% (1998) στο 2,5% (2003).

δ) Στην αύξηση των κερδών της φαρμακοβιομηχανίας από 15,7% (που ήταν κατά μέσο όρο την τετραετία 1994–1997) στο 18,7% σήμερα.

ε) Στη διαρκώς αυξανόμενη μέση τιμή πώλησης του κάθε ιδιοσκευάσματος κατά 13,7% κάθε χρόνο, με παράλληλη αύξηση του αριθμού των συνταγογραφούμενων συσκευασιών κατά 5,5% τον χρόνο. Σύνολο δηλαδή της ετήσιας αύξησης των κερδών της φαρμακοβιομηχανίας κατά 19% και πλέον.

στ) Στο διαρκώς αυξανόμενο ποσοστό συμμετοχής των εισαγόμενων ιδιοσκευασμάτων χρόνο με τον χρόνο. Το 1987 τα εισαγόμενα ήταν 18,3%. Σήμερα είναι 67,3%. Φυσικά, με αντίστοιχη μείωση της εγχώριας παραγωγής.

ζ) Στην αύξηση της κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης από τα 128 ευρώ που ήταν το 1998 στα 286 ευρώ το 2003. Και

η) το πλέον δυσοίωνα: Η ετήσια φαρμακευτική δαπάνη αυ-

ξάνεται κατά 18%, ενώ η εθνική δαπάνη υγείας και το ΑΕΠ κινούνται με ρυθμούς 7,56% και 7,88% αντίστοιχα κάθε χρόνο.

Δηλαδή προβλέπουμε λίαν δυσμενή εξέλιξη των δεικτών της φαρμακευτικής κατανάλωσης ιδιαίτερα των ασφαλιστικών ταμείων, με συνέπειες στην υφέρπουσα —και ας μην τη βλέπουν μερικοί— κρίση της κοινωνικής ασφάλισης.

Συμπεράσματα:

1. Υπάρχει αναμφισβήτητα πολυφαρμακία, με λίαν δυσμενείς συνέπειες στην εθνική μας οικονομία και στην υγεία του λαού.

Πέραν της κατανάλωσης φαρμάκων εκτός ιατρικών ενδείξεων διαπιστώνεται και σπατάλη σε υψηλά επίπεδα.

2. Η εφαρμογή της λίστας στο ΙΚΑ την πενταετία 1994–98 έδωσε θεαματικά αποτελέσματα. Μείωσε τους ρυθμούς αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης από το 30% (των προηγούμενων ετών) στο 11%. Και αυτό αποδίδεται στην παράλληλη εφαρμογή διοικητικών μέτρων, όπως έλεγχο της συνταγογραφίας των γιατρών, απαγόρευση αναγραφής πέραν των δύο εμβολαγίων ανά συνταγή κ.λπ.

3. Η ενιαία λίστα που εφαρμόστηκε το 1998 με παρέμβαση στην τιμολόγηση των φαρμάκων (μικρότερη της Ευρώπης, υπολογισμός του ΚΗΘ κ.λπ.) απέτυχε και δημιούργησε μεγάλες ανωμαλίες στην αγορά του φαρμάκου, μεταξύ των οποίων και την αχαλίνωτη αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης που σήμερα εμφανίζεται (18%). Είμαστε οι πρωταθλητές στην Ευρώπη.

4. Ο κύρια ωφελημένος από την εξέλιξη αυτή της φαρμακευτικής δαπάνης είναι η βιομηχανία φαρμάκων (20%) και οι εισαγωγείς με τους χονδρέμπορους.

Προτάσεις:

Πρότεινα διαζευκτικά:

- Ή εφαρμογή λίστας αναθεωρημένης χωρίς ΚΗΘ και χωρίς αποκλεισμούς για λόγους τιμολόγησης, εφόσον η ανοχή, η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα του φαρμάκου είναι αποδεδειγμένη από κλινικές μελέτες (βιοϊσοδυναμία) με ευθύνη του ΕΟΦ. Η αποτελεσματικότητα του φαρμάκου, πέραν των άλλων κριτηρίων ασθενειών και ασθενών, θα καθορίζει και το ποσοστό της συμμετοχής του ασφαλισμένου στην αξία του ιδιοσκεύασματος. Κύριο κριτήριο αναγραφής ενός φαρμάκου στη λίστα η κοινωνικοοικονομική αξιολόγηση αυτού, δηλαδή η αποτίμηση κόστους/οφέλους. Η αποφασισθείσα από την κυβέρνηση κατάργηση της λίστας φαρμάκων δεν θα αποδώσει γιατί συνδυάστηκε και με την κατάργηση των ελεγκτικών μηχανισμών. Γιατί πώς θα αναχαιτίσεις, για παράδειγμα, τη συνταγογραφία των πέντε και των οκτώ εμβλαγίων του ίδιου ιδιοσκεύασματος ανά συνταγή;
- Ή κατάργηση κάθε λίστας, απελευθέρωση των τιμών, με μοναδική υποχρέωση της πολιτείας την εγγύησή της για ασφάλεια, ανοχή και αποτελεσματικότητα του φαρμάκου. Όμως στο τέλος κάθε χρόνου θα επιστρέφουν οι φαρμακοβιομηχανίες και οι εισαγωγείς φαρμάκων τα πέραν ενός ορίου (π.χ. 8–10%) των κερδών τους στα ασφαλιστικά ταμεία.

Την τελευταία αυτή πρόταση, εφόσον συνδυαστεί με παράλληλη εκπαίδευση του γιατρού στην ορθολογική συνταγογραφία, θεωρώ λίαν εφικτή και διασφαλίζουσα τα ασφαλιστικά ταμεία.

Πολύ φοβάμαι ότι η κατάργηση της λίστας και της θεώρησης των συνταγών, χωρίς παράλληλα διοικητικά μέτρα και διασφάλιση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας του φαρμάκου, θα έχει δραματικές συνέπειες τόσο στην εθνική μας

οικονομία όσο και στην επισφαλή οικονομική ισορροπία των ασφαλιστικών ταμείων.

Παράλληλα θα έχουμε δραματικές συνέπειες στην υγεία των ασθενών και στο κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης λόγω αυξημένων εισαγωγών στα νοσοκομεία εξαιτίας των φαρμακευτικών παρενεργειών.

ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ, 2011

Ο ρόλος της λίστας φαρμακευτικών προϊόντων



Όταν λέμε λίστα φαρμάκων, εννοούμε κατάλογο φαρμακευτικών προϊόντων και όχι φαρμακευτικών ουσιών, όπως λαθεμένα αναφέρουν πολλοί από τους απασχολούμενους με το φάρμακο.

Γιατί, αν επρόκειτο περί καταλόγου φαρμακευτικών ουσιών, η λίστα θα έπρεπε να αναφέρει τη δραστική ουσία, καλύπτοντας όλα τα ουσιωδώς όμοια φαρμακευτικά προϊόντα—αντίγραφα. Όμως δεν αναφέρεται σε ουσίες αλλά σε προϊόντα με την εμπορική τους ονομασία.

Το ΙΚΑ είναι ο πρώτος υγειονομικός φορέας στην Ελλάδα—ίσως και στην Ευρώπη— που στον κανονισμό της φαρμακευτικής περίθαλψης (Κεφ. Α΄, άρθρο 2) καθορίζει το δικαίωμα του εν λόγω οργανισμού να δημιουργήσει δικό του συνταγολόγιο και να καθορίσει τις λεπτομέρειες του περιεχομένου και τις κυρώσεις που θα επισύρει η μη εφαρμογή του από τους γιατρούς. Έτσι, έγινε ο πίνακας (λίστα) των χορηγούμενων από το ΙΚΑ ιδιοσκευασμάτων, του οποίου η πρώτη έκδοση χρονολογείται από το 1939, με τον τίτλο «Συνταγολόγιο του ΙΚΑ», με επανεκδόσεις το 1951 και το 1954. Τελευταία έκδοσή του έγινε το 1989, ύστερα από τρεις ανανεώσεις και συμπληρώσεις. Και εφαρμόστηκε με αυστηρότητα για πρώτη φορά στο ΙΚΑ το 1994.

Οι θετικές λίστες φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων για ασφαλιστικούς οργανισμούς καλύπτονται και από τις οδηγίες του Συμβουλίου των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων της 21.10.88 (89/105/ΕΟΚ). Ο δε Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας τις ανα-

γνωρίζει πολύ θετικά, τονίζοντας τα ικανοποιητικά θεραπευτικά και οικονομικά αποτελέσματα.

Η πρώτη σκέψη και αφετηρία της λίστας φαρμάκων δεν ήταν η καταπολέμηση της πολυφαρμακίας. Ήταν η πρόθεση του μεγάλου μας ασφαλιστικού φορέα να δώσει ένα εργαλείο συνταγογράφησης και έναν οδηγό θεραπευτικής για τον γιατρό που θέλει να κινείται μέσα στους κανόνες της ιατρικής τέχνης. Είναι ένας κατάλογος ιδιοσκευασμάτων που επελέγησαν με διαφανείς και συγκεκριμένες προδιαγραφές με κύριο σκοπό να βοηθήσουν τον γιατρό και τον άρρωστο.

Τα βασικά κριτήρια για την εγγραφή ενός ιδιοσκευάσματος στον πίνακα ήταν τουλάχιστον για το ΙΚΑ: α) αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα, β) ανεκτικότητα, γ) καλή ποιότητα παραγωγής, δ) κυκλοφορία του ιδιοσκευάσματος σε τρεις τουλάχιστον από τις επόμενες χώρες: Μ. Βρετανία, Γαλλία, Γερμανία, Σουηδία, Ελβετία και ΗΠΑ, ε) συσκευασία και περιεκτικότητα που να εξυπηρετούν θεραπευτικές ανάγκες, στ) κάλυψη θεραπευτικού κενού ή υπεροχή σε σχέση με άλλα ομοειδή και ζ) σύγκριση της τιμής με αυτή των ομοειδών. Αρμόδιο όργανο για την αξιολόγηση των προς εγγραφή στη λίστα του ΙΚΑ ιδιοσκευασμάτων ήταν το Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο (ΑΥΣ) του ιδρύματος, στη σύνθεση του οποίου συμμετείχαν υπηρεσιακοί παράγοντες της φαρμακευτικής και των υγειονομικών υπηρεσιών γενικά, γιατροί του ΕΣΥ και του ΙΚΑ και καθηγητές των ιατρικών σχολών της χώρας. Ιδιαίτερα δε θετικό ήταν το γεγονός του αποκλεισμού από τη λίστα προϊόντων εργοστασίων των οποίων είχε διαταχθεί από τον ΕΟΦ η καταστροφή τριών ή περισσότερων παρτίδων λόγω ακαταλληλότητας.

Μετά την εφαρμογή της ενιαίας λίστας (1998), η πολιτεία

είχε τη δυνατότητα της επιλογής με περισσότερο αυστηρές επισημονικές διαδικασίες, συνεχή επιτήρηση με αξιόποινες φαρμακοκινητικές μελέτες ισοδυναμίας των αντιγράφων, και επιτροπές που κρίνουν το μέσο κόστος της ημερήσιας θεραπείας. Βεβαίως, η αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα, η ανεκτικότητα και η ασφάλεια του κάθε ιδιοσκευάσματος ελέγχονται από επιστημονικά όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του ΕΟΦ. Και θα έπρεπε κάθε προϊόν που περνά επιτυχώς τον έλεγχο αυτό να κυκλοφορεί ελεύθερα σε κάθε ευρωπαϊκή χώρα. Επειδή όμως δεν διασφαλίζεται σε όλες τις περιπτώσεις ο έλεγχος του κάθε εισαγόμενου ιδιοσκευάσματος και ιδιαίτερα η φαρμακοϊσοδυναμία, γι' αυτό είναι απαραίτητη και η λίστα φαρμάκων που καλύπτει τους ασφαλιστικούς φορείς, όπως διαλαμβάνει η προμνησθείσα 89/105 οδηγία του ΕΟΦ.

Λίστα φαρμάκων υπάρχει και σε όλα τα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (και στην Ελβετία) για τους ασφαλιστικούς τους οργανισμούς. Σε κάποιες από τις χώρες αυτές (Γαλλία, Πορτογαλία και Βέλγιο) υπάρχει διαφορετική συμμετοχή του ασφαλισμένου για τις διάφορες κατηγορίες φαρμάκων, που μπορεί να φτάσει μέχρι το 100%. Στην Ελλάδα η συμμετοχή των ασφαλισμένων φτάνει μέχρι το 20% για τα περισσότερα των κυκλοφορούντων ιδιοσκευασμάτων που είναι γραμμένα στη λίστα και σε άλλα είναι μικρότερη μέχρι και 0%.

Η λίστα φαρμάκων είναι απαραίτητη γιατί:

1. Στην Ελλάδα αποδεδειγμένα υπάρχει πολυφαρμακία και κατανάλωση φαρμάκων εκτός θεραπευτικών αναγκαιοτήτων.

Για παράδειγμα αναφέρω: α) την κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη των «ευγενών» ταμείων (τραπεζών κ.λπ.), η οποία είναι η μεγαλύτερη όλων των υπόλοιπων ασφαλιστικών τα-

μείων, αν και η νοσηρότητα των τραπεζικών υπαλλήλων δεν είναι η μεγαλύτερη των υπόλοιπων ομάδων εργαζομένων, και β) την ανεύρεση στα σπίτια ασφαλισμένων απόφρων συσκευασιών αχρησιμοποίητων φαρμάκων σε ποσοστό μεγαλύτερο του 10% εκείνων που συνταγογραφήθηκαν μέσα στον ίδιο χρόνο.

Οι ισχυρισμοί των «αντιφρονούντων» ότι η Ελλάδα έχει τη μικρότερη κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη όλων των υπόλοιπων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης δεν ευσταθεί, γιατί οι τιμές όλων σχεδόν των ιδιοσκευασμάτων που κυκλοφορούν στην Ε.Ε. είναι πολύ μικρότερες στην Ελλάδα. Αυτό φαίνεται από τις παράλληλες εξαγωγές ιδιοσκευασμάτων, των οποίων ο τζίρος το 2002 ξεπέρασε τα 200 δις δρχ.

Σύμφωνα δε με στοιχεία της OECD, η συμμετοχή της φαρμακευτικής δαπάνης στο σύνολο των δαπανών περίθαλψης είναι η μεγαλύτερη (22%) όλων των υπόλοιπων χωρών της Ευρώπης των 15 (για τις τελευταίες δεν έχουμε στοιχεία).

2. *Οι συσκευασίες πολλών ιδιοσκευασμάτων είναι πολύ μεγάλες.*

Πρόκειται περί τεχνάσματος των βιομηχανιών με στόχο την αύξηση μιας πλασματικής —έξω από κάθε θεραπευτική αναγκαιότητα— κατανάλωσης. Οπωσδήποτε μέρος του περιεχομένου δεν χρησιμοποιείται.

Ιδιοσκευάσματα με τέτοιες —μη αναγκαίες και πρακτικές— συσκευασίες μένουν εκτός λίστας μέχρις ότου οι παραγωγοί συμμορφωθούν με τις υποδείξεις των ασφαλιστικών φορέων.

3. *Υπάρχει σε μεγάλο ποσοστό κατευθυνόμενη συνταγογραφία.*

Σε προσοδοφόρες οικονομικά κατηγορίες φαρμάκων, όπως είναι τα αντιφλεγμονώδη, τα αντιβιοτικά, τα περιφερειακά αγγιοδιασταλτικά, τα ψυχοφάρμακα κ.ά., έχει αναπτυχθεί μια

έντονη και οργανωμένη άμεση ή έμμεση πίεση για αναγραφή συγκεκριμένων ιδιοσκευασμάτων εκτός ενδείξεων και θεραπευτικών αναγκαιοτήτων, με ανταλλάγματα ποικίλα.

Έχει καταγραφεί μεγάλης έκτασης συνταγογραφία ιδιοσκευασμάτων περιφερειακών αγγειοδιασταλτικών, βιταμινών και ηρεμιστικών σε περίπτωση αυχενικού συνδρόμου, δηλαδή σε πάθηση που δεν έχουν καμία ένδειξη τα παραπάνω φάρμακα. Επίσης, υπάρχει πλούσια συνταγογραφία με διάγνωση «ωτοσκλήρυνση», δηλαδή πάθηση για την οποία δεν υπάρχει φαρμακολογική θεραπεία. Η κατευθυνόμενη συνταγογραφία έχει εξελιχθεί σε μεγάλη πληγή για τα ασφαλιστικά ταμεία, οι δε εταιρείες έχουν γίνει ασύδοτες. Μεγάλη φαρμακοβιομηχανία διαθέτει ένα δις τον χρόνο για ταξίδια γιατρών σε Ευρώπη, Ασία και Αμερική.

Η λίστα φαρμάκων, που θα πρέπει να αναφέρει τις ενδείξεις συνταγογράφησης του κάθε ιδιοσκευάσματος με παράλληλες οδηγίες και εντολές στον γιατρό, οπωσδήποτε θα μετριάσει το σηπτικό αυτό φαινόμενο, που έχει εξελιχθεί σε γάγγραινα των ασφαλιστικών ταμείων και της εθνικής μας οικονομίας.

4. Η εκπαίδευση και η μετεκπαίδευση των γιατρών στερείται του γνωστικού αντικειμένου της επιστημονικής συνταγογραφίας και των συνεπειών της πολυφαρμακίας.

Είναι γεγονός ότι ο γιατρός διαπαιδαγωγείται με το δόγμα της παντοδυναμίας των φαρμάκων και της ιατρικής. Αμφισβητήσεις για την αποτελεσματικότητα φαρμάκων και θεραπειών, αν και αναφέρονται σε αρκετά συγγράμματα, σύντομα ξεχνούνται.

Αλλά κι αν εφαρμόστηκαν καλά διδακτικά προγράμματα με πολύ καλούς δασκάλους, η πίεση και η πλύση εγκεφάλου που

γίνεται από τους φαρμακευτικούς αντιπροσώπους είναι τόσο έντονες μεταπτυχιακά, με αποτέλεσμα την πλήρη προσαρμογή της συνταγογραφίας στις παροχές των φαρμακοβιομηχανών.

Γενικά διαπιστώνεται έλλειψη βασικών γνώσεων, αφού το 38% των νοσοκομειακών γιατρών χορηγεί αντιβιοτικά μετά το φαγητό, με συνέπεια τη μειωμένη απορρόφηση και, κατ' επέκταση, αποτελεσματικότητα των φαρμάκων. Επίσης, το 69% των νοσοκομειακών γιατρών και το 81% των ελεύθερων επαγγελματιών προτιμούν αντιβιοτικά της τελευταίας γενιάς, αν και γνωρίζουν ότι πρόκειται περί επιστημονικού λάθους.

5. Η πληροφόρηση των γιατρών από τις φαρμακοβιομηχανίες είναι αποπροσανατολιστική.

Το 66% των γιατρών θεωρεί τα προσπέκτους των φαρμακοβιομηχανιών χρήσιμα και απαραίτητα για την άσκηση της ιατρικής και το 60% αρκείται μόνο σε αυτή την ενημέρωση.

Όμως, όπως αποδείχθηκε από έρευνες που έχουν γίνει, τα διανεμόμενα στους γιατρούς προσπέκτους από τις φαρμακοβιομηχανίες είναι λειψά και λαθεμένα σε ποσοστά λίαν υψηλά ως προς τη σύνθεση, τον τρόπο δράσης, τους θεραπευτικούς δείκτες, τις ενδείξεις, τη δοσολογία, τις παρενέργειες και τις αλληλεπιδράσεις. Γι' αυτό χρειάζεται η λίστα φαρμάκων, που είναι πράγματι ένα πολύτιμο ενημερωτικό και θεραπευτικό εργαλείο στα χέρια του γιατρού.

6. Η ποιότητα παραγωγής δεν είναι πάντα εγγυημένη.

Μέσα σε πέντε χρόνια έγιναν 184 κατασχέσεις παρτίδων φαρμάκων σε ελληνικά και ξένα εργοστάσια. Κι αν οι έλεγχοι του ΕΟΦ ήταν συχνότεροι, οι αριθμοί αυτοί θα ήταν μεγαλύτεροι.

Είναι επομένως σαφές ότι η πολιτεία και ιδιαίτερα τα ασφαλιστικά ταμεία θα πρέπει να παρεμβαίνουν με τη λίστα, απο-

κλείοντας τις βιομηχανίες που δεν παράγουν εγγυημένη ποιότητα φαρμάκων και με σκοπό την πληροφόρηση των γιατρών τους και την προστασία του πληθυσμού.

Η λίστα του ΙΚΑ που έδωσε θαυμάσια αποτελέσματα την τετραετία 1994–97 χωριζόταν σε τέσσερα βασικά μέρη:

Το *πρώτο μέρος* περιλάμβανε ιδιοσκευάσματα, αλφαριθμητικά καταχωρημένα, με αναγραφή της δραστικής ουσίας, τις μορφές που κυκλοφορεί το καθένα, τις συσκευασίες και την τιμή. Παράλληλα επισημαίνει στον γιατρό ορισμένες ιδιομορφίες του φαρμάκου, όπως:

- αν χορηγείται στην κύηση ή σε παιδιά και ποιες οι παρενέργειες·
- αν προορίζεται μόνο για νοσοκομειακή χρήση και αν είναι αναγκαίος ο έλεγχος ευαισθησίας του μικροβίου·
- αν οι ενδείξεις για το ΙΚΑ ήταν περιορισμένες και αν υπάρχουν ειδικοί κίνδυνοι·
- και, τέλος, αν η αποτελεσματικότητα είναι αναμφισβήτητη ή πιθανή.

Το *δεύτερο μέρος* περιλάμβανε τα φάρμακα της εθνικής φαρμακαποθήκης.

Το *τρίτο μέρος* κατέτασσε τα ιδιοσκευάσματα κατά κατηγορία θεραπευτική και αποτελούσε το βασικότερο μέρος της λίστας.

Το *τέταρτο μέρος* ασχολείτο με τη διαδικασία έγκρισης ιδιοσκευασμάτων (στη λίστα) και έδινε οδηγίες έκδοσης συνταγής. Τέλος, περιλάμβανε δραστικές ουσίες με τα συνώνυμά τους και τις ουσίες που βρίσκονται στον κατάλογο των ναρκωτικών.

Όσο για τη νέα και ενιαία για όλα τα ασφαλιστικά ταμεία λίστα που εφαρμόστηκε μετά το 1998 (παρ. 2, άρθρο 20 του Ν.

2458/97, όπως αντικαταστάθηκε από το άρθρο 23 του Ν. 2737/99), αυτή διαλαμβάνει:

- α) Την εισαγωγή με τα κριτήρια ένταξης, τη διαδικασία κατάρτισης καταλόγου συνταγογραφούμενων ιδιοσκευασμάτων και οδηγίες χρήσης του καταλόγου.
- β) Το Μέρος Ι με αλφαβητικό κατάλογο ιδιοσκευασμάτων.
- γ) Το Μέρος ΙΙ με τα ιδιοσκευάσματα ταξινομημένα κατά θεραπευτική κατηγορία. Και
- δ) Το Μέρος ΙΙΙ που περιλαμβάνει ευρετήριο των δραστικών ουσιών.

Από τα παραπάνω σημειώνω ότι στα κριτήρια ένταξης περιλαμβάνεται και το *Μέσο κόστος Ημερήσιας Θεραπείας (ΚΗΘ)*, το οποίο χρησιμοποιήθηκε ή τροποποιήθηκε ποικιλοτρόπως από τις φαρμακευτικές εταιρείες για τους γνωστούς λόγους.

Πάντως, η ενιαία λίστα δεν είχε τα προσδοκώμενα αποτελέσματα για την καταπολέμηση της πολυφαρμακίας και δεν απέδωσε όσο η προηγούμενη λίστα του ΙΚΑ.

Ο γιατρός όμως σε κάθε περίπτωση:

- Μπορούσε να βασιστεί στην επιλογή του πίνακα σε μεγάλο βαθμό, να πληροφορηθεί συσκευασίες, μορφές και (γιατί όχι;) τιμές.
- Μπορούσε, ξέροντας μια ουσία, να βρει το ανάλογο ιδιοσκεύασμα.
- Μπορούσε, ξέροντας το ιδιοσκεύασμα, να βρει ποια ουσία περιέχει.
- Μπορούσε να βρει τη σωστή μορφή και συσκευασία που χρειάζεται θεραπευτικά.
- Μπορούσε με μια ματιά (στο 3ο μέρος) να δει ποιες ουσίες διατίθενται από μια συγκεκριμένη θεραπευτική κατηγορία

και να επιλέξει την καταλληλότερη (συνειδητή φαρμακοθεραπεία).

- Μπορούσε να δει βασικά σημεία προσοχής (χωρίς όμως να βασίζεται μόνο σε αυτά).
- Μπορούσε σε σπάνιες παθήσεις (π.χ. φθειρίαση) να βρει την ουσία που χρειάζεται και που δεν είναι πάντα γνωστή.

Είναι σαφές από όλα τα προαναφερθέντα ότι ο πίνακας δεν φτιάχτηκε για να περιορίσει τους γιατρούς και τη θεραπευτική τους ελευθερία, αλλά για να τους βοηθήσει σε μια συνειδητή και σωστή φαρμακοθεραπεία. Είναι επίσης σαφές ότι ο πίνακας δεν είναι μια «λίστα φτηνών φαρμάκων», όπως προσπάθησε να τον παρουσιάσει η φαρμακοβιομηχανία, και ασφαλώς ο πίνακας δεν φτιάχτηκε για να «κάνει οικονομίες στο ΙΚΑ», παρόλο που ως αποτέλεσμα είναι επιθυμητό. Ο πίνακας δεν αποκλείει κανένα καλό και αξιόπιστο φάρμακο από τη θεραπευτική των ασφαλιστικών ταμείων. Φυσικά, ο πίνακας δεν φτιάχτηκε για να ικανοποιήσει τη φαρμακοβιομηχανία και η ευνοϊκή αντίληψη της τελευταίας για τον πίνακα θα ήταν απόδειξη της αναποτελεσματικότητάς του και το ΙΚΑ θα έπρεπε να τον επανεξετάσει.

Σχετικά με τη θεραπευτική ελευθερία του γιατρού

Η περίφημη αυτή «ελευθερία», που στην πραγματικότητα κάθε άλλο παρά με καλό τρόπο χρησιμοποιήθηκε, αποτελεί ένα βασικό «σλόγκαν» εναντίον του πίνακα. Σλόγκαν που δυστυχώς έχουν υιοθετήσει και επιστημονικές οργανώσεις, χωρίς να εξαιρείται ούτε ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος. Ο πίνακας καθόλου δεν περιορίζει τον γιατρό στο να εκλέξει την ουσία που θέλει. Απλώς θέτει ορισμένους περιορισμούς στο εργοστάσιο

παραγωγής. Από τον παρακάτω πίνακα φαίνεται σαφώς ότι ο γιατρός ή δεν μπορεί να εκτιμήσει (και πράγματι δεν έχει κριτήρια για να εκτιμήσει) την ποιότητα παραγωγής, διότι συνταγογραφεί στην πλειονότητά τους φάρμακα από αναξιόπιστα εργοστάσια, ή έχει άλλους λόγους να προτιμά αυτά τα εργοστάσια. Στην πρώτη περίπτωση ο πίνακας προστατεύει τον γιατρό και στη δεύτερη τον άρρωστο.

Προτιμήσεις θεραπειών–γιατρών του ΙΚΑ

Ουσία και πηγή παραγωγής	Προτιμήσεις γιατρών ΙΚΑ %	Κατασχέσεις 1983–1987* αριθμητικά
Κεφαλεξίνη		
Αντίγραφα	76	21
Πρωτότυπο	24	0
Κεφραδίνη		
Αντίγραφα	84	15
Πρωτότυπο	16	0
Γενταμικίνη		
Αντίγραφα	46	7
Πρωτότυπο	54	1
Ινδομεθακίνη		
Αντίγραφα	91	10
Πρωτότυπο	9	0
Πιροξικάμη		
Αντίγραφα	85	14
Πρωτότυπο	15	0
Διπλοφαινάκη		
Αντίγραφα	50	16
Πρωτότυπο	50	0

* Οι κατασχέσεις αφορούν εργοστάσια παραγωγής και όχι ειδικά την ουσία που αναφέρεται.

Στο χάος ουσιών και ιδιοσκευασμάτων που κυκλοφορούν ο πίνακας (λίστα) αποτελεί αξιόπιστη διέξοδο πληροφόρησης και είναι λειτουργικό εργαλείο για μια υπεύθυνη και συνειδητή ιατρική. Η πολεμική που γίνεται στη λίστα από ορισμένες πλευρές είναι επιστημονικά και κοινωνικά τελείως αδικαιολόγητη. Οι αιτίες πρέπει να αναζητηθούν σε κύκλους συμφερόντων που δεν αφορούν τον ασφαλισμένο.

Τι γίνεται στην Ευρώπη

Επειδή η κατανάλωση φαρμάκων την τελευταία δεκαετία αυξάνεται συνεχώς, όχι μόνο στην πατρίδα μας αλλά και στην Ευρώπη, χρησιμοποιήθηκε η λίστα, πέραν των λόγων (επιστημονικών κ.λπ.) που αναφέραμε, και ως εργαλείο καταπολέμησης της πολυφαρμακίας.

Με την επιλογή δηλαδή φαρμάκων με αποδεδειγμένη θεραπευτική αξία προσπαθούμε να μειώνουμε το κόστος με βάση φαρμακοοικονομικά κριτήρια. Και η μεθοδολογία αυτή γενική υπήρξε τελευταία και έγινε επιτακτική για κάθε χώρα, γιατί οι δαπάνες από την κατανάλωση των φαρμάκων αυξάνονται συνεχώς λόγω:

α) της αφθονίας των παραγόμενων βιοτεχνολογικά ουσιών, όπως τα μονοκλωνικά αντισώματα, οι αυξητικοί παράγοντες κ.λπ.

β) της σύγχρονης χορήγησης περισσότερων φαρμάκων σε ορισμένες παθήσεις και

γ) της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης.

Έτσι, πιστέψαμε στον κατάλογο των συνταγογραφημένων ιδιοσκευασμάτων (λίστα), γιατί θεωρήσαμε ότι η εφαρμογή αυστηρών επιστημονικών κριτηρίων θα περιορίσει την αλόγιστη

πολυφαρμακία και θα προστατέψει τη δημόσια υγεία και το δημόσιο χρήμα.

Στην Ελλάδα είχαμε δύο επιπλέον λόγους να θέλουμε τη λίστα:

α) Η σχετικά εύκολη εθνική διαδικασία για τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας πολλών ιδιοσκευασμάτων χωρίς αποδεδειγμένη θεραπευτική αξία.

β) Η ύπαρξη πολλών αντιγράφων σε κάθε πρωτότυπο ιδιοσκεύασμα, των οποίων δυστυχώς η φαρμακευτική ισοδυναμία δεν ελέγχεται σε σχέση με αυτή των πρωτοτύπων.

Το 1996 προσπαθήσαμε να αναπτύξουμε τη διαδικασία του κλινικού ελέγχου της φαρμακοϊσοδυναμίας πολλών αντιγράφων —αφού είχαμε την υποδομή— στα νοσοκομεία μας με τη βοήθεια βέβαια του ΕΟΦ, τη συνεργασία του Πανεπιστημίου Αθηνών, την εποπτεία του ΙΦΕΤ και την υψηλή επιστημονική καθοδήγηση του καθηγητή κ. Θ. Θεοχαρίδη.

Δυστυχώς, η προσπάθεια ναυάγησε γιατί κάποιοι «σοφοί» θέλησαν να καταργήσουν τη λίστα του ΙΚΑ και να φτιάξουν ενιαία για όλα τα ταμεία.

Και προκόψαμε!

Είναι γεγονός ότι η λίστα δέχεται έντονη πολεμική από την πρώτη ημέρα που εφαρμόστηκε στο ΙΚΑ. Όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς, γιατροί, φαρμακοποιοί και φαρμακοβιομηχανίες, στράφηκαν εναντίον της. Ακόμα και ολόκληρη η τότε πολιτική ηγεσία του ΙΚΑ (ήμαστε τότε στο Υπουργείο Υγείας) στράφηκε εναντίον της λίστας, συνεπικουρούμενη και από τους υποδιοικητές του ΙΚΑ. Ο μόνος που τήρησε στάση αναμονής ήταν ο τότε υπουργός μας κ. Δ. Κρεμαστινός, ο οποίος είπε: «Αν η λίστα αποτύχει, θα φύγει ο Σολωμός. Αν πετύχει, θα γενικευτεί

σε όλα τα ταμεία».

Βεβαίως, μετά τη μεταφορά του ΙΚΑ στο Υπουργείο Εργασίας συνάντησα έντονες αντιδράσεις και από τον τότε υπουργό Ευ. Γιαννόπουλο (1996). Όμως η λίστα είχε εδραιωθεί στη συνείδηση των ασφαλισμένων και του λαού και, όταν το φθινόπωρο του ιδίου έτους ήρθε στο υπουργείο ο κ. Μ. Παπαϊωάννου, το κλίμα άλλαξε ριζικά και θεαματικά.

Οι δύο όμως παράμετροι που προανέφερα (α και β) προκάλεσαν έντονη πολεμική αντίδραση της φαρμακοβιομηχανίας, και ιδιαίτερα η υποχρέωση της κλινικής μελέτης της βιοϊσοδυναμίας, την οποία ήθελαν πάση θυσία να αποφύγουν και κατάφεραν τελικά να παρεμποδίσουν.

Η μη εφαρμογή της βιοϊσοδυναμίας και η δημιουργία δευτεροβάθμιας επιτροπής-κρίσης των απορριπτόμενων ιδιοσκευασμάτων από την πρωτοβάθμια υπέσκαψαν το κύρος αλλά και την αναγκαιότητα ύπαρξης της λίστας. Γιατί, όταν όλα σχεδόν τα κυκλοφορούντα στην Ελλάδα ιδιοσκευάσματα περιλαμβάνονταν και στη λίστα, με εξαίρεση κάποια που δεν δεχόντουσαν να μειώσουν την τιμή τους, η λίστα κατάντησε κατάλογος των φτηνών ιδιοσκευασμάτων και χρεοκόπησε στη συνείδηση του λαού.

Η απάντηση δεν είναι λοιπόν η κατάργηση της λίστας αλλά η δημιουργία λίστας που θα στηρίζεται σε αυστηρά επιστημονικά κριτήρια, ενώ συγχρόνως θα υπολογίζει το κόστος χωρίς να αφαιρεί κανένα απαραίτητο θεραπευτικά ιδιοσκεύασμα.

Στον χώρο της φαρμακολογίας διενεργούνται σήμερα ριζικές ανακατατάξεις και ανατροπές με την ανάπτυξη νέων βιοτεχνολογικών προϊόντων, αλλά και τη δυνατότητα προσαρμογής της φαρμακευτικής θεραπείας με βάση τη γενετική υποδομή του ασθενούς.

Οι μεταλλαγές αυτές τροποποιούν ήδη και αναμένεται να διαφοροποιήσουν πολύ πιο ριζικά στο άμεσα προσεχές μέλλον και τον τρόπο εφαρμογής της φαρμακευτικής αγωγής στην κλινική. Χρειάζεται λοιπόν προετοιμασία για την αποτελεσματική διαχείριση των αναταράξεων που αναμένεται να προστεθούν στον ήδη ταραγμένο χώρο της διακίνησης του φαρμάκου. Παραμένει λοιπόν επιτακτική ανάγκη η επιλογή με αυστηρές επιστημονικές διαδικασίες φαρμακευτικών ουσιών για τη θεραπεία του Έλληνα πολίτη και η συνεχής επιτήρηση με αξιόπιστες φαρμακοκινητικές μελέτες των αντιγράφων των φαρμάκων, έτσι ώστε αυτά να επιτυγχάνουν τη θεραπευτική τους ενέργεια όπως και οι πρωτότυπες φαρμακευτικές ουσίες.

Στην προσπάθεια αυτή είναι αναγκαία η αναβάθμιση και ο εκσυγχρονισμός της προπτυχιακής και μεταπτυχιακής εκπαίδευσης στις ιατρικές σχολές, με σκοπό όχι πλέον την απλή ενημέρωση αλλά την έγκαιρη εκπαίδευση και κατάρτιση των νέων γιατρών στα θέματα της διακίνησης του φαρμάκου και την ανάδειξη άξιων στελεχών για τις ανάγκες της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας στη νέα εποχή της μελέτης του γονιδιώματος.

1998

Οι δαπάνες και τα φάρμακα



Κύριε διευθυντά,

Ενδιαφέροντα τα «ΣΧΟΛΙΑ» του κ. Νίκου Νικολάου για την υγεία και ιδιαίτερα το φάρμακο στην έγκριτη εφημερίδα σας *Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ* στις 20 Ιουνίου και 22 Αυγούστου 2008. Δεν διακατέχομαι από την αισιοδοξία που αποπνέουν τα άρθρα σας και δεν περιμένω να αναχαιτιστεί ούτε η καλπάζουσα φαρμακευτική δαπάνη ούτε η ανεξέλεγκτη σπατάλη στη διαδικασία των προμηθειών. Αυτά που λέει ο κ. Αβραμόπουλος τα ακούσαμε και από άλλους, που πολλά υποσχέθηκαν αλλά έφυγαν νύχτα και κατησχυμμένοι.

Βέβαια, αξίζει να δώσουμε τη μάχη, γιατί η φαρμακευτική δαπάνη είναι ο κυριότερος συντελεστής του αφηνιάσαντος ημερήσιου κόστους νοσηλείας, που ξεπέρασε τα 800 ευρώ και σε κάποια νοσοκομεία εγγίζει τα 1.000. Αλλά η μάχη για το φάρμακο δεν δίδεται ούτε με ρετρό διαπιστώσεις που ακούσατε από τον κ. Γραμματέα ούτε με τις μαπαρούφες κάποιων φιγούρατζιδων που μιλούσαν για συνταγογράφηση 266 φαρμάκων στον ίδιο άρρωστο μέσα σ' έναν μήνα. Και όταν ζητήσαμε στοιχεία για τα μέτρα που πάρθηκαν εναντίον του γιατρού, λούφαζαν. Ή εκείνο το φληνάφημα ενός νέου διοικητή οργανισμού που, μόλις ανέλαβε τα καθήκοντά του, ανακάλυψε 30.000 πεθαμένους συνταξιούχους που συνέχιζαν να συνταξιοδοτούνται! Και στην περίπτωση εκείνη ζητήσαμε στοιχεία, αλλά κανείς δεν απάντησε, γιατί απλούστατα δεν υπήρχαν τέτοια στοιχεία.

Αναμφισβήτητα, το πλέον σημαντικό όπλο για τον εντοπισμό

και την καταπολέμηση της αντιιατρικής και αντιιδεοντολογικής συνταγογραφίας είναι η μηχανοργάνωση, για την οποία έχει δαπανήσει εκατοντάδες εκατομμύρια ευρώ το ΙΚΑ χωρίς αποτέλεσμα. Υπενθυμίζω το μέγα εκείνο σκάνδαλο του ΟΠΣ του ΙΚΑ, που, αν και υπεγράφη σύμβαση με τον ανάδοχο αντί 21,7 εκατ. ευρώ και υποχρέωση να παραδοθεί το πιλοτικό της μηχανοργάνωσης των υπηρεσιών του ΙΚΑ Αθήνας, Πειραιά και Ελευσίνας μέχρι τον Σεπτέμβριο του 2001 και μέχρι τέλος του 2002 ολοκληρωμένο το σύστημα σε ολόκληρη τη χώρα, ξεπεράσαμε ήδη τα 100 εκατ. ευρώ και ακόμη μηχανοργάνωση δεν υπάρχει. Ενδεικτικά αναφέρω ότι στις 17 Δεκεμβρίου 2003 δημοσιεύτηκε στη σελ. 23 της οικονομικής *Καθημερινής* το καλογραμμένο —όπως πάντα— άρθρο της αξιολογής συνεργατίδας σας κ. Χρ. Κοψίνη με τον τίτλο «Ηλεκτρονικό έλεγχο για τις συντάξεις ξεκινάει το ΙΚΑ», που μας πληροφορούσε ότι «τίθεται στο μικροσκόπιο του ηλεκτρονικού ελέγχου του ΙΚΑ η συνταγογράφηση και οι παράτυπες σχέσεις γιατρών – φαρμακευτικών εταιρειών – φαρμακείων» και ότι σύμφωνα με τις δηλώσεις του τότε διοικητή του ιδρύματος «από τα Χριστούγεννα θα αποσταλεί από τη διοίκηση του ΙΚΑ σε καθέναν από τους 8.500 γιατρούς του ιδρύματος μια συστημένη επιστολή. Σ' αυτή θα καταγράφεται ο τρόπος που συνταγογράφησε μέσα στο 2003 ο κάθε γιατρός».

Αν και πέρασαν πέντε χρόνια από τότε, κανένας γιατρός δεν πήρε το ραβασάκι που υποσχέθηκε ο κ. Νεκτάριος. Εύχομαι ειλικρινά η νέα προσπάθεια μηχανοργάνωσης της διακίνησης των φαρμάκων στο ΙΚΑ να πετύχει.

Και κάτι άλλο. Δεν έχω εμπιστοσύνη στην πολιτική ηγεσία των συναρμόδιων για το φάρμακο υπουργείων για τέσσερις ακόμα λόγους:

α) Διατηρούνται σε θέσεις υπεύθυνες του φαρμάκου και σε κέντρα αποφάσεων άτομα που υποστηρίζουν δημόσια ότι δεν υπάρχει υπερβολική φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα και ότι έχουμε το μικρότερο κατά κεφαλήν κόστος φαρμάκου.

β) Αν νοιάζονταν για τη φαρμακευτική δαπάνη, θα φρόντιζαν να είχε προ πολλού τελειώσει για το συμφέρον των ασφαλιστικών οργανισμών η προβλεπόμενη από τον νόμο και τον αγορανομικό κώδικα επιστροφή από τις φαρμακευτικές εταιρείες στα ασφαλιστικά ταμεία —του Rebate— του 4% επί της καθαρής αξίας των πωλουμένων ιδιοσκευασμάτων. Κανένα ταμείο δεν έχει πάρει ούτε ένα ευρώ, αν και πέρασαν τέσσερα χρόνια από τον σχετικό νόμο.

γ) Επέτρεψαν τη «μαύρη» αγορά των υδατογραφημένων ταινιών (κουπονιών) και δεν φρόντισαν για τη βέβαιη καταστροφή ή ασφαλή διατήρηση για έλεγχο εκείνων που αποκολλώνται από τα ιδιοσκευάσματα των παράλληλων εξαγωγών, δηλαδή αξίας πολλών εκατομμυρίων ευρώ.

δ) Πιστεύουν, και πιο πολύ ο κ. Αβραμόπουλος, ότι η λίστα είναι πανάκεια και η επαναθεσμοθέτησή της θα ανακόψει την ξέφρενη φαρμακευτική δαπάνη. Όχι, δεν είναι έτσι. Η λίστα αναγκάζει και υποχρεώνει τις φαρμακευτικές εταιρείες να περιορίσουν την τιμή του αντιγράφου ιδιοσκευάσματος έναντι του πρωτοτύπου. Έτερον ουδέν.

Και από την εμπειρία μου μπορώ να διαβεβαιώσω για την αποτελεσματικότητα της λίστας, εφόσον συνοδεύεται με το πλαίσιο των διατάξεων που είχαμε εφαρμόσει στο ΙΚΑ κατά την πρώτη καθιέρωση της λίστας το 1994. Δηλαδή, έλεγχο των συνταγών αξίας άνω των 60 ευρώ, απαγόρευση συνταγογράφησης δευτέρου εμβολογίου του ιδίου ιδιοσκευάσματος χωρίς

σοβαρό λόγο και σε καμία περίπτωση τρίτου, διαδικασία εγγραφής στη λίστα ιδιοσκευασμάτων χωρίς αποκλεισμούς και υπερτιμολογήσεις και διατήρηση αυστηρή των κουπονιών των ιδιοσκευασμάτων των παράλληλων εξαγωγών. Και το σημαντικότερο: Αφαίρεση του συνταγολογίου από τον γιατρό εφόσον από τη μηχανογράφηση αποδεικνύεται η προτίμηση συγκεκριμένης φαρμακευτικής εταιρείας σε μεγάλο ποσοστό της συνταγογραφίας του.

Αυτά που ανέφερα θα αναχαιτίσουν σοβαρά την ξέφρενη αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης. Αλλά επειδή υπάρχει αποδεδειγμένα συναλλαγή μεταξύ γιατρού και φαρμακευτικής εταιρείας, το σηπτικό φαινόμενο της κατευθυνόμενης από ιδιότέλεια συνταγογραφίας θα κοπεί με το μαχαίρι μόνο αν απαγορευτεί διά νόμου ο θεσμός των ιατρικών επισκεπτών, που αποτελούν τους κύριους συντελεστές της ιδιοτελούς συνταγογραφίας. Οι ενστάσεις που θα έχουμε στην περίπτωση του τελευταίου μέτρου δεν μπορεί να σταθούν, γιατί η ενημέρωση των γιατρών που θα επικαλεστούν μπορεί να γίνει σύντομα, υπεύθυνα και καλύτερα ηλεκτρονικά. Επομένως δεν χρειάζονται.

Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, Σεπτέμβριος 2008

Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκου



Κύριε Πρόεδρε, κυρίες και κύριοι συνάδελφοι,

Η κυβέρνηση, συνεπής στις προεκλογικές επαγγελίες και πιστή στις προγραμματικές της δηλώσεις, προχωρεί με βήματα σύντομα και σταθερά στην κοινωνικοποίηση της υγείας στον τόπο μας. Μέσα στο πλαίσιο αυτής της προσπάθειας βρίσκεται και το νομοσχέδιο που συζητάμε από προχθές και το οποίο έχει στόχο την εξυγίανση του φαρμάκου στον τόπο μας, την ανάληψη της ευθύνης όλων των διαδικασιών που έχουν σχέση με την παραγωγή, την εισαγωγή, τη διακίνηση και τη διάθεση των φαρμακευτικών προϊόντων και την ανάληψη της ευθύνης από την πολιτεία για να προσφέρει ένα καλής ποιότητας και φτηνό φάρμακο στον ελληνικό λαό.

Όπως τονίζεται και στην εισηγητική έκθεση του νομοσχεδίου, το φάρμακο είναι ένα θεραπευτικό μέσο, ένα από τα σπουδαιότερα θεραπευτικά μέσα που διαθέτει η ιατρική, και είναι και ένα κοινωνικό αγαθό που δύσκολα και πολύ σπάνια υποκαθίσταται. Δυστυχώς στη χώρα μας το πολύτιμο αυτό θεραπευτικό όπλο ποτέ δεν αντιμετωπίστηκε ως αγαθό πρώτης ανάγκης και ποτέ η πολιτεία σ' αυτή τη χώρα δεν εξάντλησε όλες τις δυνατότητες που είχε για να προσφέρει μια σωστή φαρμακευτική περίθαλψη στον ελληνικό λαό.

Υπάρχει πράγματι πρόβλημα φαρμάκων στον τόπο μας. Και το πρόβλημα αυτό έχει συνέπειες και στον Έλληνα άρρωστο και στην οικονομία του τόπου και στην κοινωνία. Και, πάντα από όλα, είναι ένα πρόβλημα πέρα για πέρα πολιτικό.

Τα κύρια χαρακτηριστικά του συστήματος που επικράτησε στον τομέα του φαρμάκου μέχρι σήμερα στον τόπο μας ήταν η εμπορία σε όλο το κύκλωμα του φαρμάκου, το κέρδος, που στάθηκε ο κυριότερος ρυθμιστής και το σπουδαιότερο κίνητρο στην παραγωγή, στην εισαγωγή, στη διακίνηση και στη διάθεση των φαρμακευτικών προϊόντων, ο ανταγωνισμός μεταξύ των φαρμακευτικών εταιρειών για τη δημιουργία των γνωστών κυκλωμάτων, ανταγωνισμός που στάθηκε τραγικός για την υγεία του ελληνικού λαού, και η συναλλαγή μεταξύ φαρμακευτικών εταιρειών και εκείνων που διακινούν και διαθέτουν τελικά τα φαρμακευτικά προϊόντα στον άρρωστο και η οποία συναλλαγή είχε στόχο την ανάπτυξη, την αύξηση και την επέκταση της κατευθυνόμενης συνταγογραφίας σ' αυτή τη χώρα.

Καμιά βεβαιότητα δεν υπήρξε για την καθαρότητα και τη δραστηριότητα των πρώτων υλών. Καμιά σιγουριά για την τήρηση των υγειονομικών, επιστημονικών και πάσης φύσεως κανόνων στην παραγωγή, στη συσκευασία και όλα τα σχετικά που καθορίζονται για τη διατήρηση, τη συντήρηση και τη διάθεση του φαρμάκου. Καμιά προσπάθεια δεν έγινε για τη σωστή διαφήμιση. Κανένα μέτρο δεν πάρθηκε για να αποθαρρυνθεί αυτός ο ανταγωνισμός των φαρμακευτικών εταιρειών και για να παταχθεί κυρίως η ανίερη συναλλαγή που επικράτησε στον τομέα του φαρμάκου. Και, τέλος, καμιά απολύτως διασφάλιση δεν υπήρξε στον Έλληνα άρρωστο. Και είναι αλήθεια αυτό που λέμε, και που οι συνάδελφοι της Νέας Δημοκρατίας δεν παραδέχονται, ότι ο Έλληνας άρρωστος αντιμετωπίστηκε ως καταναλωτής και ποτέ ως άτομο που έπασχε και ζητούσε βοήθεια.

Για την όλη αυτή κατάσταση την ευθύνη τη φέρει η πολιτεία μέχρι σήμερα και το σύστημα που επικράτησε στον τόπο μας

χρόνια ολόκληρα. Και το σύστημα αυτό είναι υπεύθυνο για την εμπορευματοποίηση του φαρμάκου. Το σύστημα αυτό είναι υπεύθυνο για τον ανύπαρκτο ή πλημμελή έλεγχο του τομέα του φαρμάκου. Το σύστημα αυτό είναι εκείνο που είναι υπεύθυνο για τον ανεπίτρεπτο και ανήθικο τρόπο διαφήμισης και διάθεσης των προϊόντων που επιχείρησε να κάνει στον τόπο μας κάθε φαρμακευτική εταιρεία. Και αυτό το σύστημα είναι υπεύθυνο για τις υπερτιμολογήσεις, για τις φοροαπαλλαγές, για τη λαθραία εξαγωγή συναλλάγματος και για τις πωλήσεις χωρίς τιμολόγια. Και, τέλος, αυτό το σύστημα είναι υπεύθυνο για την κατευθυνόμενη συνταγογραφία, για την οποία ευθύνεται και μια μερίδα γιατρών, και την ανήθικη συναλλαγή μεταξύ φαρμακευτικών εταιρειών, αρρώστων και μιας μερίδας φαρμακοποιών.

Πριν ακούσω τους τελευταίους ομιλητές της Νέας Δημοκρατίας, ήμουν αποφασισμένος να μη βάλω το δάκτυλό μου εις τον τύπον των ήλων, όμως, αφού μας προκάλεσαν, οπωσδήποτε είμαι υποχρεωμένος να τα πω, για να μην ακούμε αυτή τη στεία αντιπολιτευτική κριτική την οποία ακολουθεί η Νέα Δημοκρατία στο νομοσχέδιο που εισάγει η κυβέρνηση.

Διαμαρτυρήθηκε τη Δευτέρα το βράδυ η εισηγήτρια της αξιωματικής αντιπολίτευσης ότι περιλαμβάνονται ορισμένοι χαρακτηρισμοί ανοίκειοι στην εισηγητική έκθεση του νομοσχεδίου, όπως «εκμαυλισμός συνειδήσεων», «χρηματισμός», «συναλλαγή». Και αυτό επαναλήφθηκε και απόψε. Ούτε λίγο ούτε πολύ, η εισηγήτρια της αξιωματικής αντιπολίτευσης προχθές αμφισβήτησε την εμπλοκή γιατρών και φαρμακοποιών στα γνωστά κυκλώματα, που ξέρει ότι υπάρχουν σ' αυτό τον τόπο και αναπτύσσονται μέχρι και ο τελευταίος Έλληνας. Θα ήμουν πάρα πολύ ευτυχής αν μπορούσε να καταφέρει —και το

λέγω αυτό ως γιατρός— η κ. Σπεντζάρη να με πείσει για το αντίθετο. Δυστυχώς όμως η εμπλοκή υγειονομικών σ’ αυτά τα βρόμικα κυκλώματα του φαρμάκου στον τόπο μας είναι αναμφισβήτητη. Όλοι ξέρουμε τις πιέσεις που ασκούνται από φαρμακευτικές εταιρείες για να προωθήσουμε τα σκευάσματά τους και όλοι σ’ αυτή τη χώρα έχουν ακούσει για χρηματισμούς, για συναλλαγές, για επιπλώσεις ιατρείων, για εξοπλισμούς εργαστηρίων, ακόμα και για δώρα αυτοκίνητα που κάνουν σ’ αυτούς που διακινούν τελικά τα φάρμακα.

Αν τίποτα από όλα αυτά δεν έχει ακούσει η κ. Σπεντζάρη και οι αγαπητοί συνάδελφοι της αξιωματικής αντιπολίτευσης, θα ήθελα να μου εξηγήσουν και να μου ερμηνεύσουν πώς είναι δυνατόν να έχει δημιουργηθεί και να έχει αναπτυχθεί και να ανθεί σήμερα η βιομηχανία κουπονιών. Πώς εξηγείται το φαινόμενο αυτό, πώς προωθούνται οι συνταγές, ποιος τις γράφει αυτές τις συνταγές και ποιοι είναι αυτοί οι οποίοι τις εκτελούν και επικολλούν αυτά τα βιομηχανοποιημένα κουπόνια στις συνταγές ασφαλισμένων αρρώστων διαφόρων ασφαλιστικών οργανισμών;

Το ευτύχημα στην όλη υπόθεση —και το λέω αυτό όχι για να μειώσω την εντύπωση— είναι ότι συμμετέχει μια πολύ μικρή μερίδα, μπορεί να πει κανείς, από τον ιατρικό και τον φαρμακευτικό κόσμο. Και ευτυχώς —και είναι προς τιμήν και του ιατρικού και του φαρμακευτικού σώματος— η μεγάλη πλειοψηφία του ιατρικού και φαρμακευτικού δυναμικού έμεινε μακριά από αυτές τις συναλλαγές και όχι μόνο αυτό, αλλά μπήκαν και μπροστάρηδες στον αγώνα και γιατροί και φαρμακοποιοί χρόνια τώρα στον συνδικαλιστικό τομέα για να εξυγιάνουν αυτό το κύκλωμα, καταγγέλλοντας στον ελληνικό λαό τα βρόμικα αυτά κυκλώματα. Αυτό δεν σημαίνει όμως ότι πρέπει να μην τα λέμε. Πι-

στεύω ότι πρέπει να τα λέμε και δεν συμφωνώ με τον τελευταίο ομιλητή της Νέας Δημοκρατίας, τον κ. Μανουσάκη, που είπε ότι πρέπει να σταματήσουν αυτά τα πράγματα. Γιατί όλος ο κόσμος ξέρει τι γίνεται στον τομέα του φαρμάκου και στον τομέα της υγείας. Και πρέπει να τα λέμε γιατί θα κάνουμε καλό και θα εξυγιάνουμε το σύστημα, αλλά προπαντός γιατί βοηθάμε να ανεβεί η κλονισμένη τα τελευταία χρόνια αξιοπρέπεια του ιατρικού και του φαρμακευτικού επαγγέλματος.

Και αυτά δεν τα λέμε μόνο εμείς. Τα λένε και πολλοί συνδικαλιστές φαρμακοποιοί, και απαντώ στην κ. Σπεντζάρη, που είναι φαρμακοποιός. Διαβάζω στον φαρμακευτικό Τύπο του Αυγούστου του 1980, όταν άρχισε η εφαρμογή του κουπονιού (η επικόλληση της ετικέτας των φαρμάκων των ασφαλιστικών ταμείων), ότι ορισμένος αριθμός φαρμακείων παρουσίασαν κάθετη καθίζηση στους λογαριασμούς τους προς τα ασφαλιστικά ταμεία, την οποία επανέκτησαν μέσα σε διάστημα τεσσάρων έως πέντε μηνών, ενώ τα λοιπά φαρμακεία δεν παρουσίασαν καμία μεταβολή στο ύψος των λογαριασμών τους. Και, δεύτερον, κατά τη διάρκεια της πρόσφατης τότε, το 1980, απεργίας των γιατρών του ΙΚΑ, επειδή υπήρχε ένας μικρός αριθμός γιατρών στα ιατρεία του ιδρύματος που εργάστηκαν, παρουσιάστηκε το εξής φαινόμενο: Ορισμένα φαρμακεία δεν παρουσίασαν μείωση των λογαριασμών τους κατά τη χρονική εκείνη περίοδο, ενώ άλλα παρουσίασαν κάθετη πτώση στην κίνησή τους. Δηλαδή: οι τρεις κρίκοι της αλυσίδας στην κατευθυνόμενη συνταγογραφία, ασφαλισμένος – γιατρός – φαρμακοποιός, και στις δύο αναφερόμενες περιπτώσεις λειτούργησαν σε βάρος των ασφαλιστικών οργανισμών.

Αγαπητοί συνάδελφοι, 22 δις λέμε ότι δαπανάμε κάθε χρόνο

για φαρμακευτική δαπάνη σ' αυτό τον τόπο. Και αυτό το ποσό είναι διπλάσιο περίπου απ' όσα δαπανώνται για την εκπαίδευση. Δεν γνωρίζω αν πραγματικά αυτός ο αριθμός είναι σωστός. Όμως έχω πολλές αμφιβολίες ότι δεν είναι σωστός. Και δεν είναι σωστός γιατί δεν πιστεύω ότι με τα στοιχεία που υπάρχουν μέχρι σήμερα μπορούμε να καθορίσουμε επακριβώς ποιο είναι το ύψος της φαρμακευτικής δαπάνης σ' αυτό τον τόπο. Γιατί, αν τα στοιχεία που έχουμε τα παίρνουμε από ασφαλιστικούς οργανισμούς και ταμεία υγείας, οι ασφαλιστικοί αυτοί οργανισμοί και τα ταμεία υγείας έχουν τη δυνατότητα να ελέγχουν και να καθορίζουν το ύψος της φαρμακευτικής δαπάνης που αφορά την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Σε καμιά περίπτωση δεν μπορούν να καθορίσουν το ύψος της φαρμακευτικής δαπάνης της νοσοκομειακής περίθαλψης. Αλλά και αν ακόμα είχαμε αυτή τη δυνατότητα να καθοριστεί και το ύψος της νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης, θα έμενε ένα τεράστιο ποσό που δαπανά για φάρμακα κάθε χρόνο ο Έλληνας πολίτης από την τσέπη του πέρα από εκείνα που δαπανούν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί και το οποίο ποσό είναι ακαθόριστο. Αν πάλι τα στοιχεία αυτά για τη φαρμακευτική δαπάνη τα παίρνουμε από αυτούς που διακινούν και διαθέτουν το φάρμακο, εταιρείες, φαρμακαποθήκες κ.λπ., θα μου επιτρέψετε να αμφισβητήσω τα στοιχεία που μας δίνουν, γιατί έχουν κάθε λόγο και λόγους ευνόητους σε όλους σας να αποκρύπτουν τα πραγματικά στοιχεία που υπάρχουν γύρω από τη δαπάνη του φαρμάκου. Αυτά γιατί τα λέω; Τα λέω γιατί προχθές, τη Δευτέρα, παρουσιάστηκε μια στατιστική και ειπώθηκαν εδώ μέσα νούμερα τα οποία δεν θεωρώ, από ελληνικής τουλάχιστον πλευράς, σωστά.

Ειπώθηκε από συνάδελφο της Νέας Δημοκρατίας ότι η ετήσια φαρμακευτική δαπάνη κατά κεφαλήν στην Αμερική είναι 80 δολάρια, σε άλλες χώρες είναι 70 δολάρια, 60 δολάρια, 50 δολάρια, και στην Ελλάδα είναι μόνο 30 δολάρια.

Πώς είναι δυνατόν να συμβαίνει αυτό το πράγμα, όταν στη χώρα μας ούτε μικρότερο δείκτη νοσηρότητας έχουμε από τις άλλες συγκρινόμενες χώρες που ανέφερε ο συνάδελφος —μπορεί να πει κανένας ότι είναι αυξημένος— ούτε ο μέσος όρος των φαρμάκων κατά συνταγή είναι μικρότερος στην Ελλάδα. Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες κυμαίνεται μεταξύ 1,6 και 2,4 φάρμακα ανά συνταγή. Στην Ελλάδα σπάνια θα δει κανένας να υπάρχει συνταγή με λιγότερα από τέσσερα φάρμακα.

Και πέρα από αυτό τον αριθμό φαρμάκων, υπάρχει ένας άλλος αριθμός φαρμάκων που χορηγούνται απευθείας από τα φαρμακεία και δεν μεσολαβεί καθόλου ο γιατρός και η συνταγή.

Και ο τρίτος λόγος που δεν παραδέχομαι ότι έχουμε λιγότερη και μικρότερη από τις υπόλοιπες χώρες φαρμακευτική δαπάνη είναι ότι είμαστε πρώτοι και στην κατανάλωση αντιβιοτικών, βιταμινούχων και ηρεμιστικών.

Στην κατανάλωση των αντιβιοτικών, την ευθύνη δεν την έχουν μόνο οι γιατροί, δεν την έχουν μόνο οι υγειονομικοί, την έχει και η πολιτεία.

Και θα πω το εξής χαρακτηριστικό: Πριν από δύο τρία χρόνια βρισκόμουν σ' ένα χωριό. Ζήτησα αν υπάρχει ασπιρίνη στο καφενείο. Μην εκπλαγείτε. Ασπιρίνη δεν υπήρχε. Μου έδωσαν όμως μια κάψουλα για να περάσει ο πονοκέφαλος. Και αυτή ήταν σιγμαμυκίνη. Μια σιγμαμυκίνη που κυκλοφορούσε και πουλιόταν χωρίς άδεια της πολιτείας, μια σιγμαμυκίνη που εχορηγείτο χωρίς συνταγή γιατρού, μια σιγμαμυκίνη για την οποία

δεν υπήρχε κανένας έλεγχος επιστημονικός αν έχει λήξει ή όχι και μια σιγμαμυκίνη η οποία εχορηγείτο διά πάσαν νόσον.

Γι' αυτό, όπως προείπα, πιστεύω ότι τα στοιχεία που έχουν δοθεί ότι η φαρμακευτική δαπάνη στον τόπο μας είναι μικρή δεν είναι σωστά και θεωρώ ότι ξεπερνάμε κατά πολύ τα 22 δις. Σε εκείνο όμως που στέκεται κανένας με αρκετό σκεπτικισμό στην περίπτωση αυτή δεν είναι το ύψος της φαρμακευτικής δαπάνης που σημειώνεται σήμερα. Είναι η ραγδαία και αλματώδης αύξηση που παρουσιάζει το φάρμακο χρόνο με τον χρόνο. Δωδεκάμισι δισεκατομμύρια το 1979, 22 δις —λέμε— το 1981. Δηλαδή μέσα σε δύο χρόνια μια αύξηση που πλησιάζει το 100%.

Η ραγδαία αυτή αύξηση του φαρμάκου στον τόπο μας οφείλεται, με στατιστικές και υπολογισμούς που έχουν γίνει, κατά τα 3/4 στην αύξηση των τιμών και κατά 1/4 στην αυξανόμενη και διογκούμενη, χρόνο με τον χρόνο, πολυφαρμακία.

Οι πολυεθνικές εταιρείες, οι οποίες κρατάνε κυριολεκτικά το φάρμακο στα χέρια τους στον τόπο μας, γιατί ελέγχουν και τις πρώτες ύλες και τις ντόπιες βιομηχανίες, με τον τρόπο που έχουν πουλάνε τα φάρμακά τους στην Ελλάδα σε τιμές, όπως φαίνεται στην έκθεση του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών πριν από δύο ή τρία χρόνια, 37% υψηλότερες από τις τιμές που το διαθέτουν στις χώρες τις υπόλοιπες, τις ευρωπαϊκές.

Και το κακό δεν σταματάει εδώ, ότι αποκομίζουν μεγάλα κέρδη. Από τα κέρδη τους αυτά ένα μεγάλο μέρος το ξαναγυρίζουν στην ελληνική αγορά και προσπαθούν να εξαγοράσουν συνειδήσεις, προσπαθούν να εμπλέξουν μέσα σε κυκλώματα γιατρούς και φαρμακοποιούς για να μπορέσουν να αναπτύξουν την κατευθυνόμενη συνταγογραφία και την πολυφαρμακία.

Και όταν μιλάω για πολυφαρμακία, δεν εννοώ την κυκλο-

φορία ομοειδών σκευασμάτων. Εννοώ την υπερκατανάλωση, εννοώ τη διάθεση και την κατανάλωση φαρμάκων στον άρρωστο χωρίς επιστημονικούς λόγους. Γιατί η πολυφαρμακία αυτή κάνει κακό και στον άρρωστο και στην εθνική μας οικονομία και στο κοινωνικό σύνολο.

Στον άρρωστο γιατί δεν υπάρχει φάρμακο, όπως ειπώθηκε και προχθές από αυτό το βήμα, που πέρα από την ωφέλειά του, την αμφισβητούμενη πολλές φορές ωφέλειά του, να μην έχει και μια ζημία οπωσδήποτε στον ανθρώπινο οργανισμό. Και ο γιατρός ελέγχει τις παρενέργειες σε ποσοστό 50% μόνο στις περιπτώσεις που χορηγεί δύο φάρμακα. Αν τα φάρμακα αυτά ξεπεράσουν τα δύο, δεν ξέρει τι του γίνεται από πλευράς παρενεργειών και αθροιστικής και δυναμικής συνέργειας.

Στην εθνική μας οικονομία γιατί επιβαρύνεται όχι μόνο χωρίς λόγο, όχι μόνο χωρίς αντίκρισμα, αλλά, θα έλεγε κανένας, και με ζημία.

Και στο κοινωνικό σύνολο γιατί χάνουμε ημέρες εργασίας από τις επιπτώσεις που έχει αυτό το βρόμικο κύκλωμα πάνω στην υγεία του ελληνικού λαού.

Συμπερασματικά, το σύστημα που επικράτησε μέχρι σήμερα στη χώρα μας κυριαρχήθηκε από την αναρχία, το χάος και την ασυδοσία. Και διέπεται από τη λογική του κέρδους, ενώ ποτέ δεν καθοδηγήθηκε από το συμφέρον που είχε ο άρρωστος σ' αυτόν τον τόπο.

Με το νομοσχέδιο που φέρει η κυβέρνηση για ψήφιση το φάρμακο για πρώτη φορά αντιμετωπίζεται ως κοινωνικό αγαθό και όχι ως μέσο πλουτισμού, χρηματισμού και κερδοσκοπίας. Το νομοσχέδιο αυτό βάζει τα θεμέλια για μια σωστή αντιμετώπιση του προβλήματος «φάρμακο», για την εξυγίανση του

σημερινού συστήματος, τη σωστή του λειτουργία και την παρὰ αὐτοδύναμη ἀνάπτυξή του, καὶ γιὰ τὴ δημιουργία τῶν κατάλληλων φορέων καὶ ὁργάνων ποὺ θὰ υλοποιήσουν τὶς ἐπιλογές τῆς κυβέρνησης.

(Στὸ σημεῖο αὐτὸ ἀκούγεται ὁ προειδοποιητικὸς ἤχος τῆς λήξης τοῦ χρόνου τῆς ὁμιλίας τοῦ βουλευτῆ.)

Τελειώνω, κύριε Πρόεδρε, δύο λεπτά. Γιὰ τὸν σκοπὸ αὐτὸ ἰδρύεται ὁ ΕΟΦ, γιὰ τὸν ὁποῖο δὲν θὰ πω πολλὰ, περιλαμβάνονται στὴν εἰσήγησή τα πλεονεκτήματα καὶ τι προσδοκάμε ἀπὸ αὐτόν. Στέκομαι μόνον καὶ ἐπισημαίνω τὸ σημεῖο ὅτι στὸ διοικητικὸ συμβούλιο αὐτοῦ τοῦ ὁργανισμοῦ, σὲ ἀντίθεση με τὸ ΚΕΕΦ, ποὺ κυριαρχεῖτο ἀπὸ τὴ φεουδαρχικὴ ἀντίληψη ἐνὸς καθηγητικοῦ κατεστημένου μέχρι σήμερα, συμμετέχουν ἐκπρόσωποι τῶν ἐργαζομένων τῆς ΓΣΕΕ, ἐπιστημονικῶν συλλόγων, τῆς τοπικῆς αὐτοδιοίκησης καὶ τῶν ἐργαζομένων στὸν φορέα.

ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΕΦΑΛΟΓΙΑΝΝΗΣ: Γιὰ νὰ κρίνουν τὰ φάρμακα;

ΓΡΗΓΟΡΗΣ ΣΟΛΩΜΟΣ: Δὲν κρίνουν τὰ φάρμακα, κύριε συνάδελφε, ἀλλὰ γιὰ τὸν σκοπὸ ποὺ συμμετέχουν ἔχουν πολὺ περισσότερο μυαλὸ ἀπὸ τὸν ὁποιονδήποτε ποὺ περιλάμβανε τὸ ΚΕΕΦ.

ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΕΦΑΛΟΓΙΑΝΝΗΣ: Θὰ τα ἀκούσετε.

ΓΡΗΓΟΡΗΣ ΣΟΛΩΜΟΣ: Λοιπὸν, καὶ αὐτὸ ἀποτελεῖ ὡς-δήποτε μιὰ ἀναμφισβήτητη καὶ σημαντικὴ κατάκτηση τοῦ μαζικοῦ κινήματος στὴ χώρα μας. Επίσης, με τὴ συμμετοχὴ τῶν σπουδαιότερων ἐπιστημονικῶν, ἐπαγγελματικῶν καὶ ἐργασιακῶν φορέων στὸ γενικὸ συμβούλιο τοῦ ΕΟΦ ἀξιοποιεῖται ἡ πείρα, ἡ γνώση καὶ ἡ θέληση αὐτῶν τῶν φορέων ποὺ ἔχουν σχέση με τὸ φάρμακο. Γιὰ νὰ πετύχει ὁ ΕΟΦ στὴν ἀποστολή του, ἰδρύεται ἡ Κρατικὴ Φαρμακαποθήκη, ἰδρύεται ἡ Εθνικὴ

Φαρμακοβιομηχανία. Δεν θα σταθώ καθόλου εκεί, συζητάω μόνο για τις επιτροπές οι οποίες πλαισιώνουν και οι οποίες με τη γνώση και την πείρα τους θα βοηθήσουν να υλοποιηθεί το πρόγραμμα και η επιλογή της κυβέρνησης.

Ελπίζω και πιστεύω ότι με το νομοσχέδιο που φέρνει η κυβέρνηση για ψήφιση τίθεται τέρμα στην αναρχία και στην εμπορία που υπάρχει σήμερα στο φάρμακο σ' αυτόν τον νευραλγικό και κρίσιμο τομέα της υγείας και πιστεύω, ακόμα, ότι οπωσδήποτε θα συμβάλει το νομοσχέδιο αυτό στην αποκατάσταση της κλονισμένης αξιοπρέπειας του ιατρικού επαγγέλματος και του φαρμακευτικού σώματος. Για τα όσα ειπώθηκαν ότι κινδυνεύουν οι εργαζόμενοι στον ΕΟΦ να μείνουν χωρίς δουλειά, είμαι βέβαιος ότι η κυβέρνηση και για λόγους κοινωνικούς αλλά και για άλλους λόγους, γιατί πάνω σ' αυτούς και στην εμπειρία τους και στη γνώση τους στηρίζει όλο το οικοδόμημα που θέλει να χτίσει, δεν θα τους εγκαταλείψει και θα τους εξασφαλίσει.

Ήθελα να κάνω και μερικές παρατηρήσεις σε συναδέλφους της Νέας Δημοκρατίας. Δεν με παίρνει ο χρόνος. Ήθελα να πω σ' αυτό που είχε πει ο αγαπητός συνάδελφος και συμπατριώτης μου κ. Στεφανόπουλος ότι θα μπορέσει οπωσδήποτε να σταματήσει ο χρηματισμός και η λειτουργία κυκλωμάτων με τη μηχανογράφηση. Η μηχανογράφηση μπορεί να χτυπήσει το ένα εκ των δύο κυκλωμάτων που υπάρχουν: το πλασιέ – γιατρός – φαρμακοποιός. Δεν χτυπάει σε καμιά περίπτωση το κύκλωμα: γιατρός – άρρωστος – φαρμακοποιός, που οπωσδήποτε αυτό τρέφεται από τη βιομηχανία των κουπονιών.

Πιστεύω, κύριε υπουργέ, να προχωρήσετε σύντομα, και πρέπει να προχωρήσετε, για να υλοποιήσετε το κυβερνητικό

πρόγραμμα και να εξυγιάνετε το φάρμακο, και μην ακούτε τις κραυγές που προέρχονται είτε από το εξωτερικό είτε από τα ντόπια συμφέροντα. Ακόμα, πιστεύω ότι, αν καταφέρετε, σε αντίθεση των όσων άκουσα, να πετάξετε τα περισσότερα φάρμακα από την κυκλοφορία, θα προσφέρετε μια μεγάλη υπηρεσία και στον Έλληνα φορολογούμενο και στον Έλληνα άρρωστο. Γιατί, όπως έλεγε ένας μεγάλος φαρμακολόγος: «Αν οι άνθρωποι καταφέρουν να πετάξουν τα φάρμακα στη θάλασσα και κρατούσαν μόνο 100–150 που τους είναι απαραίτητα, τόσο το καλύτερο για τους ανθρώπους και τόσο το χειρότερο για τα ψάρια».

(Ζωηρά χειροκροτήματα από την πτέρυγα της συμπολίτευσης.)

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΣΤΗ ΒΟΥΛΗ, 12 Νοεμβρίου 1982

Το φάρμακο αφηνιάσε



Κανείς δεν είναι αντίθετος με την ανάπτυξη ηλεκτρονικού συστήματος ελέγχου της συνταγογραφίας. Κι αυτό θα έπρεπε να έχει γίνει προ αρκετών δεκαετιών και πριν το κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης αφηνιάσει, παρά τις περί του αντιθέτου διαβεβαιώσεις που είχαν δοθεί και είχαν δημοσιευτεί στην έγκριτη *ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ* προ δεκαετίας. Όμως θα πρέπει να επισημάνουμε για άλλη μια φορά, με το δικαίωμα που μας δίνει η πετυχημένη φαρμακευτική πολιτική που εφαρμόσαμε την πενταετία 1994–98 στο ΙΚΑ, ότι μόνη η ανάπτυξη ηλεκτρονικού συστήματος διαχείρισης του φαρμάκου δεν πρόκειται να τιθασεύσει την κραιπάλη που συντελείται στη συνταγογραφία, αν δεν συνοδευτεί με διοικητικά κατασταλτικά μέτρα για να περιοριστούν οι συνταγογραφικές εκτροπές.

Και για να πούμε κάποτε επιτέλους την αλήθεια, οι αιτίες της αχαλίνωτης φαρμακευτικής δαπάνης δεν είναι:

- ούτε η αντικατάσταση φτηνών ιδιοσκευασμάτων με άλλα πανάκριβα·
- ούτε η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης —που σταμάτησε να ανεβαίνει εδώ και κάποια χρόνια— με παράλληλη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού της χώρας μας·
- ούτε η εξέλιξη της βιοϊατρικής πανάκριβης τεχνολογίας.

Η κύρια και μοναδική αιτία της καλπάζουσας φαρμακευτικής δαπάνης είναι η συναλλαγή που έχει διαποτίσει ολόκληρο το σύστημα διακίνησης του φαρμάκου και που προκαλεί την τεχνητή αύξηση της συνταγογραφίας, με παράλληλη απόκλιση

προς τα περισσότερα ακριβά σκευάσματα. Όσο ακριβότερο το φάρμακο, τόσο μεγαλύτερη και η προμήθεια.

Αν λοιπόν δεν παρθούν μέτρα πλήρους αποδόμησης του μηχανισμού που μεσολαβεί μεταξύ φαρμακευτικής εταιρείας και συνταγογράφου, ας είναι βέβαιος ο λίαν αισιόδοξος υπουργός Εθνικής Οικονομίας που εξήγγειλε το μέτρο του ηλεκτρονικού ελέγχου της συνταγογραφίας ότι έπειτα από τέσσερα χρόνια η φαρμακευτική δαπάνη στη χώρα μας θα ξεπεράσει τα 20 δις ευρώ.

Καλή λοιπόν η μηχανοργάνωση για να βλέπουμε ποια εταιρεία προτιμά ο κάθε συνταγογράφος, αλλά για να περιορίσουμε τη φαρμακευτική δαπάνη θα πρέπει η πολιτεία να είναι αποφασισμένη να «τσακίσει» την κατευθυνόμενη και μονοπωλιακή συνταγογραφία.

2009

Γρηγόρης Σολωμός (1929–2013)



Ο Γρηγόρης Σολωμός γεννήθηκε το 1929 στο χωριό Κούμαρι Αιγιαλείας του Νομού Αχαΐας από γονείς ακτήμονες αγροτο-εργάτες.

Έμαθε τα πρώτα γράμματα στο Δημοτικό Σχολείο του χωριού του και στη συνέχεια αποφοίτησε από το οκτατάξιο Γυμνάσιο του Αιγίου το 1947.

Σπούδασε στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου της Αθήνας και ειδικεύτηκε στην ορθοπεδική στο Νοσοκομείο «Ασκληπιείο Βούλας». Στη συνέχεια, με υποτροφία του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, μετεκπαιδεύτηκε στη Μεγάλη Βρετανία.

Το 1961 έλαβε τον τίτλο του διδάκτορα του Πανεπιστημίου Αθηνών με «Άριστα».

Μετά το πέρας των σπουδών του εγκαταστάθηκε στην Πάτρα, όπου ίδρυσε και διηύθυνε από το 1962 την πρώτη στην επαρχία ορθοπεδική κλινική.

Στα χρόνια της Κατοχής προσχώρησε στην ΕΠΟΝ και πήρε μέρος στην Εθνική Αντίσταση, και για την προσφορά του αυτή του απονεμήθηκε αργότερα τιμητικό μετάλλιο.

Στα φοιτητικά του χρόνια δραστηριοποιήθηκε σε παράνομες οργανώσεις της Αριστεράς και ασχολήθηκε με το συνδικαλιστικό κίνημα στο πανεπιστήμιο. Με τα γεγονότα του Ιουλίου του 1965 γνώρισε τον Ανδρέα Παπανδρέου και εντάχθηκε στους δημοκρατικούς συνδέσμους της Ένωσης Κέντρου και στη μεταπολίτευση στο ΠΑΣΟΚ.

Παντρεύτηκε τη Λεμονιά Βαμβακά και απέκτησε τρία παιδιά.

Το 1962 οργάνωσε και λειτούργησε με εντολή του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού ως διευθυντής την ορθοπεδική κλινική στο «Καραμανδάνειο Νοσοκομείο Παίδων» Πάτρας. Από το νοσοκομείο αυτό, στο οποίο εργάστηκε αμισθί από το 1962, απολύθηκε το 1969 από το δικτατορικό καθεστώς.

Ασχολήθηκε με τον ιατρικό συνδικαλισμό αμέσως μετά τη μεταπολίτευση και εκλέχθηκε τρεις φορές μέλος του διοικητικού συμβουλίου του Ιατρικού Συλλόγου Πατρών, το 1979 του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου και το 1981 πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Πατρών. Από την τελευταία αυτή θέση αποχώρησε τον Σεπτέμβρη του 1981 για να ασχοληθεί με την πολιτική και εξελέγη τρεις φορές βουλευτής, 1981, 1985 και 1989. Από τον Οκτώβρη του 1986 μέχρι τον Σεπτέμβρη του 1987 διετέλεσε υφυπουργός Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Στη συνέχεια χρημάτισε υφυπουργός Παιδείας και στη συνέχεια και πάλι Υγείας μέχρι τον Ιούλιο του 1988.

Τον Νοέμβρη του 1993 τοποθετήθηκε στη θέση του διοικητή του ΙΚΑ, στην οποία παρέμεινε μέχρι τον Φλεβάρη του 1999.

Ίδρυσε στην Πάτρα την Ελληνική Εταιρεία Αγωγής Υγείας (Παράρτημα Δυτικής Ελλάδας) και οργάνωσε με επιτυχία τρία πανελλήνια συνέδρια με διεθνή συμμετοχή και με σχετικό θεματολόγιο αγωγής και προαγωγής της υγείας.

Κατά τη διάρκεια της επιστημονικής, κοινωνικής και πολιτικής δραστηριότητάς του συνέβαλε σε σημαντικό βαθμό και με δημιουργικό τρόπο σε μείζονα θέματα της εθνικής πολιτικής υγείας και της κοινωνικής ασφάλισης, όπως η συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, η υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων, η πρόσθετη ασφάλιση των αγροτών, η επέκταση της υποδομής του ΙΚΑ στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, η βιο-

ϊατρική τεχνολογία, η πληροφορική, καθώς και στην αναβάθμιση των κτιριακών μονάδων. Ακόμα, ανέπτυξε έντονη δραστηριότητα στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας με την επανεκκίνηση της αντικαπνιστικής εκστρατείας, την εφαρμογή του καθολικού εμβολιασμού ηπατίτιδας στα παιδιά και σε μειονότητες και τη διασυννοριακή συνεργασία.

Επίσης, ανέπτυξε μεγάλη συγγραφική δραστηριότητα με πλήθος δημοσιεύσεων στον επιστημονικό Τύπο αλλά και στα μαζικά μέσα ενημέρωσης, ενώ εξέδωσε τα βιβλία *Η Κοινωνική Ασφάλιση: από την Κρίση στον Ενιαίο Φορέα* (πρόλογος: Γιώργος Γεννηματάς), Εκδόσεις Α.Α. Λιβάνη, Αθήνα 1990, και *Η Κοινωνική Ασφάλιση σε Μετάβαση*, Εκδόσεις Α.Α. Λιβάνη, Αθήνα 1999.

Ο Γρηγόρης Σολωμός έφυγε από κοντά μας τον Ιούλιο του 2013.