ΕΦΗΜΕΡΙΔΕΣ Κ.Δ.Α. ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ
ΕΛΛΑΣ

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

ΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ Τεύχος 64, Οκτώβριος 2000

ΙΝΕ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΓΣΕΕ - Α.Δ.Ε.Δ.Υ.

Υγεία για όλους
Οι προτάσεις του ΙΝΕ



◆ Υγεία για όλους: Οι προτάσεις του ΙΝΕ ◆ Πρωτοβουλία της ΓΣΕΕ για την Κοινωνική Ασφάλιση ◆ Προτάσεις της ΓΣΕΕ για την Αναθεώρηση του Συντάγματος ◆ Δραστηριότητες του ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ

Σημείωμα Σύνταξης

Βασική προτεραιότητα ενός εθνικού Συστήματος Υγείας αποτελεί η παραγωγή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας *και η ευρύτερη δυνατή διάχυσή τους στο σύνολο του πληθυσμού*. Σήμερα προβάλλεται, από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) *το όραμα της «καθολικότητας»* (universalism) στην πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας που σημαίνει *ότι δεν είναι αρκετή η υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών αυτών* αλλά επιβάλλεται *και η παράλληλη ύπαρξη της αναγκαίας αποτελεσματικότητας, ώστε οι υπηρεσίες υγείας να καλύπτουν τις αντίστοιχες ανάγκες του συνόλου του πληθυσμού*. Ένα εθνικό Σύστημα Υγείας με υψηλή στάθμη των παραγόμενων υπηρεσιών του, *θεωρείται αποτυχημένο εάν δεν παρέχονται οι υπηρεσίες αυτές σ' όλους όσους έχουν αντίστοιχη ανάγκη και κυρίως, στους οικονομικά αδύνατους*. Το τεύχος αυτό της ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ παρουσιάζει την επεξεργασία του ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ για ένα εθνικό σύστημα υγείας (ΕΣΥ). Επιπλέον η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ σε αυτό το τεύχος παρουσιάζει άρθρα σχετικά με την πρωτοβουλία της ΓΣΕΕ για την κοινωνική ασφάλιση, τις προτάσεις της ΓΣΕΕ για την αναθεώρηση του συντάγματος. Τέλος, παρουσιάζονται οι δραστηριότητες του ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ το τελευταίο διάστημα.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΙΝΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Βασική προτεραιότητα ενός εθνικού Συστήματος Υγείας αποτελεί η παραγωγή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας *και η ευρύτερη δυνατή διάχυσή τους στο σύνολο του πληθυσμού.* Σήμερα προβάλλεται, από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) *το όραμα της «καθολικότητας»* (universalism) στην πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας που σημαίνει *ότι δεν είναι αρκετή η υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών αυτών* αλλά επιβάλλεται *και η παράλληλη ύπαρξη της αναγκαίας αποτελεσματικότητας ώστε οι υπηρεσίες υγείας να καλύπτουν τις αντίστοιχες ανάγκες του συνόλου του πληθυσμού.* Ένα εθνικό Σύστημα Υγείας με υψηλή στάθμη των παραγόμενων υπηρεσιών του, *θεωρείται αποτυχημένο εάν δεν παρέχει ευχερή πρόσβαση στις υπηρεσίες αυτές σ' όλους όσους έχουν αντίστοιχη ανάγκη και κυρίως, στους οικονομικά αδύνατους.*

Εξάλλου, το ελληνικό Σύνταγμα (άρθρο 21 παρ. 3) *να έχει ενσωματώσει της αρχή της «καθολικότητας»,* αφού ορίζει ρητώς ότι *«το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών»,* ενώ για ορισμένες κατηγορίες *υψηλού ενδιαφέροντος νέοι ή υψηλού κινδύνου (γήρας, αναπηρία, άποροι)* οφείλει να λάβει *ειδικά μέτρα* (*«το κράτος παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων»).*

Κατά συνέπεια είναι, συνεπώς, σαφές ότι το ελληνικό κράτος οφείλει, κατά συνταγματική του υποχρέωση, *να μεριμνά για την υγεία όλων των πολιτών αλλά ειδικότερα για τους απόρους οφείλει,* πέραν της γενικής του μέριμνας για την υγεία τους, *να παίρνει ειδικά μέτρα και για την περίθαλψή τους,* ενώ για τους νέους, τους ηλικιωμένους και τους αναπήρους τα ειδικά αυτά μέτρα αναφέρονται όχι μόνον στη διασφάλιση της περίθαλψής τους αλλά και *της γενικότερης προστασίας τους.*

Η ερμηνεία της συνταγματικής αυτής διάταξης έχει οδηγήσει στην επικράτηση της άποψης ότι *ο διαφορισμός των απόρων* για τους οποίους *το ίδιο το κράτος* οφείλει να καταβάλει *ειδική μέριμνα* ώστε *να εξασφαλιστεί (όχι, απλώς και γενικώς η υγεία τους αλλά) η κατά περίπτωση ασθενείας παροχή σ' αυτούς της αναγκαίας περίθαλψης,* εξειδικεύει την έννοια της γενικής μέριμνας του κράτους για την υγεία των (μη απόρων) πολιτών, στη δυνατότητα (όχι άμεσης παραγωγής και παροχής από το ίδιο το κράτος υπηρεσιών υγείας αλλά) *επιλογής από αυτό των τρόπων διασφάλισης και προστασίας της υγείας των (μη απόρων) πολιτών.* Η άποψη αυτή έχει εφαρμοσθεί στην πράξη με την αναγνώριση της δυνατότητας παραγωγής και παροχής υπηρεσιών υγείας όχι μόνον από το δημόσιο και τον κοινωνικό αλλά και από τον

ιδιωτικό τομέα και *με την παράλληλη άσκηση από το κράτος της αναγκαίας εποπτείας και του αναγκαίου ελέγχου των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ώστε να καλύπτεται η πρόβλεψη του άρθρου 21 παρ. 3 του Συντάγματος.*

Είναι, επαρκώς, πλέον, γνωστό ότι οι συνέπειες της πιο πάνω ερμηνείας της συνταγματικής αυτής διάταξης, συνδυαζόμενες και με τις, επίσης, επαρκώς γνωστές, γραφειοκρατικές και αντιπαραγωγικές αγκυλώσεις και δυσλειτουργίες του ελληνικού κράτους, περιόρισαν, σταδιακά, την ανάπτυξη του δημόσιου τομέα στην παραγωγή υπηρεσιών υγείας, ενώ, παράλληλα, έδωσαν δυνατότητες και ευκαιρίες *εκρηκτικής αντίστοιχης επέκτασης στον ιδιωτικό κερδοσκοπικό τομέα υγείας.*

Η Γ.Σ.Ε.Ε. έχει επισημάνει, προ πολλού χρόνου, το σαφώς διαγραφόμενο κίνδυνο ότι *«η σημερινή τάση οδηγεί στο άμεσο μέλλον στο φαινόμενο ότι οι ιδιωτικές κερδοσκοπικές εταιρείες θα καθορίζουν και θα επιβάλλουν τους όρους τους στο κράτος, τους ασφαλισμένους, τους συνταξιούχους και το κοινωνικό σύνολο»* στον τομέα της υγείας. Η εξέλιξη αυτή είναι *σαφώς αναντίστοιχη και ασύμβατη* τόσο με την πρόβλεψη του άρθρου 21 παρ. 3 καθώς και με τη διάταξη του άρθρου 4 του Συντάγματος περί ισότητας όλων των πολιτών. Αντί δηλαδή το κράτος να καθορίζει τους όρους και τις προϋποθέσεις λειτουργίας του ιδιωτικού τομέα της υγείας, κατά τρόπο ώστε η λειτουργία αυτή να προσαρμόζεται και να πειθαρχεί στις ανάγκες, τις προτεραιότητες και τις επιταγές του εθνικού Συστήματος Υγείας, συμβαίνει το αντίθετο : *ο ιδιωτικός τομέας υγείας στη χώρα μας, αναπτύσσεται ανενόχλητος, με σαφώς επιχειρηματικά και κερδοσκοπικά κριτήρια, χωρίς να τον υποχρεώνει κανείς να προσαρμόσει τις προτεραιότητές του στις εθνικές προτεραιότητες υγείας.* Ως συνέπεια της κατάστασης αυτής, έχουν ήδη συσσωρευθεί *τεράστια οικονομικά συμφέροντα* και έχουν εντοπισθεί *ακατανίκητες εστίες παρακοοικονομίας* που *εμπορευματοποιούν τις υπηρεσίες υγείας αυξάνουν σημαντικά τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας και καθιστούν προβληματική την αντιμετώπιση των αντίστοιχων αναγκών του πληθυσμού αλλά και στραγγαλίζουν, εν τη γενέσει της, κάθε απόπειρα κρατικής διορθωτικής παρέμβασης.*

Οι διαπιστώσεις αυτές οδηγούν *στο αβίαστο συμπέρασμα* ότι, πράγματι, *επιβάλλεται η άμεση και αποτελεσματική παρέμβαση του κράτους,* ώστε να αναστραφεί η τάση συρρίκνωσης του δημόσιου και κυριάρχησης του ιδιωτικού τομέα υγείας προκειμένου να αναβαθμισθεί η στάθμη των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με παράλληλη, όμως, την παροχή της δυνατότητας ευχερούς πρόσβασης σ' αυτές, του συνόλου του πληθυσμού και κυρίως των κατώτερων εισοδηματικών στρωμάτων.

Κατά συνέπεια, το ερώτημα που ανακύπτει, είναι *σε ποιο βαθμό το σχέδιο "Υγεία για τον πολίτη", ανταποκρίνεται στις αναγκαιότητες και τις επιδιώξεις αυτές.*

2.ΟΙ ΑΝΤΙΦΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΣΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1.Έχει βάσιμα υποστηριχθεί η άποψη ότι η πολιτική υγεία στη χώρα μας

χαρακτηρίζεται από τις εξής βασικές αντιφάσεις.

Πρώτη αντίφαση : η πολιτική υγείας που εφαρμόστηκε τη δεκαετία του 1990 ήταν *αντίθετη* με την πολιτική υγείας που είχε εφαρμοσθεί την αμέσως προηγούμενη δεκαετία του 1980. Η πολιτική υγείας της 10ετίας του 1980 διαπνεόταν από την *αντίληψη του προγραμματισμού από την πολιτεία* των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Αντίθετα, στη δεκαετία του 1990 η πολιτική υγείας κυριαρχήθηκε από την αντίληψη *της εφαρμογής και στις υπηρεσίες υγείας των αρχών της αγοράς.* Η αντίφαση αυτή είναι εμφανής και στην εικόνα του ΕΣΥ που ενώ αναφέρεται ως "εθνικό" σύστημα υγείας με δημόσιο χαρακτήρα, στην πραγματικότητα είναι μεικτό σύστημα (δημόσιο και ιδιωτικό) με νεοφιλελεύθερα και ανταγωνιστικά στοιχεία.

Δεύτερη αντίφαση : παρά *τον προσανατολισμό των υπηρεσιών υγείας στην πλευρά, κυρίως, της προσφοράς,* επίσημα κείμενα βεβαιούν τον *προβληματικό χαρακτήρα της προσφερόμενης πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης* και τη σαφή αναντιστοιχία του επιπέδου τους προς το ύψος των δαπανών υγείας. Η αντίφαση αυτή αποτελεί απόδειξη *της αποτυχίας των πολιτικών υγείας* στην Ελλάδα και οδηγεί *στη χαμηλή αποτελεσματικότητά τους.*

Τρίτη αντίφαση: *η αποκατάσταση της χρηματο-οικονομικής λειτουργίας των νοσοκομείων στηρίχθηκε στην επιδείνωση της οικονομικής βιωσιμότητας των ταμείων και κλάδων υγείας,* λόγω του τρόπου χρηματοδότησης (νοσήλειο). Ο αρνητικός αυτός συσχετισμός (οικονομική *βελτίωση νοσοκομείων* - οικονομική *επιδείνωση ταμείων και κλάδων υγείας*) οδηγεί σε κύκλους αύξησης των ασφαλιστικών εισφορών για την υγεία ή υποβάθμισης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας η υπερβολικής διόγκωσης των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.

2.Επισημαίνεται ότι οι πιο πάνω αντιφάσεις αποτελούν *προϊόν της σύγχυσης που επικρατεί κατά κύριο λόγο στον τομέα των κεντρικών πολιτικών επιλογών και προτεραιοτήτων στον τομέα της υγείας*. Είναι, πλέον, καιρός να αρθεί αυτή η σύγχυση και στη χώρα μας. Αυτό θα επιτευχθεί μόνον εάν αποσαφηνιστουν πλήρως οι θεμελιακές μας επιλογές και προτεραιότητες και στοιχηθούν πίσω τους τα επί μέρους μέτρα εφαρμογής και υλοποίησής τους. Επιπλέον κατ' αυτόν τον τρόπο παρέμβασης θα μπορούμε να ελπίζουμε ότι θα βελτιωθεί το επίπεδο αλλά και οι λοιπές συνιστώσες της υγείας στην Ελλάδα.

3.ΤΟ ΣΧΕΔΙΟ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ *"ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΟΛΙΤΗ"*: ΜΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

1.Όπως προκύπτει και από τον "σκοπό" του Σχεδίου Μεταρρύθμισης (σελ. 5) η διατύπωση "Υγεία για *τον πολίτη*" είναι συνειδητή επιλογή και αναφέρεται (όχι σ' όλους τους διαμένοντες Ή και κατοικούντες στην Ελλάδα) αλλά μόνον στους *Έλληνες υπηκόους*. Στο ίδιο συμπέρασμα οδηγεί και η σαφής διατύπωση του δεύτερου, κατά σειρά απαρίθμησης,στόχου του Σχεδίου που είναι *"η κατοχύρωση*

ισότιμης πρόσβασης στο σύστημα υγείας και αξιοπρεπούς αντιμετώπισης των Ελλήνων πολιτών" και όχι όλων των κατοίκων της χώρας (σελ. 5).

Η διατύπωση αυτή είναι, βέβαια, σύμφωνη με τις αντίστοιχες συνταγματικές προβλέψεις των άρθρων 4 (μόνον "Έλληνες και Ελληνίδες" και όχι αλλοδαποί "έχουν ίσα δικαιώματα και υποχρεώσεις") και 21 παρ. 3 ("το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών" μόνον, όχι των αλλοδαπών) του Συντάγματος.

Κατά την άποψή μας, όμως, θα ήταν ορθότερη η επίδειξη ειδικότερης προσοχής και η αλλαγή του τίτλου σε *"ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ"* (η κάτι ανάλογο) επειδή :

- Οι διεθνείς συμβατικές αλλά κυρίως *οι ευρωπαϊκές δεσμεύσεις* της χώρας είναι πιθανόν να δημιουργήσουν προβλήματα με τον αποκλεισμό των αλλοδαπών (κυρίως των προερχομένων από τις χώρες μέλη της Ε.Ε.).
- Πρέπει να συνεκτιμηθεί ότι, μετά τις τελευταίες πρόσφατες ρυθμίσεις για τη νομιμοποίηση των αλλοδαπών, υπάγονται στον κλάδο της ασφάλισης υγείας και στις αντίστοιχες φροντίδες του ΕΣΥ και όσοι αλλοδαποί έχουν εξασφαλίσει νόμιμη παραμονή και εργασία στην Ελλάδα, με συνέπεια να υπάρχουν, πλέον, σε ικανούς αριθμούς, *ασφαλισμένοι μη πολίτες.*
- Ασχέτως των προαναφερθέντων δημιουργούνται *και θέματα δυσμενών εντυπώσεων,* αφού ένα σύγχρονο ευρωπαϊκό κράτος εμφανίζεται να αδιαφορεί και να αφήνει εκτός του πεδίου του ενδιαφέροντός του, την υγεία όσων διαμένουν ή και κατοικούν στη χώρα, χωρίς, όμως, να είναι Έλληνες πολίτες.

2.Η απαρίθμηση των στόχων της μεταρρύθμισης (σελ. 5) *δεν μας βρίσκει αντίθετους*. Όπως, άλλωστε, προκύπτει και από τις, εν συνεχεία αναφερόμενες, πάγιες θέσεις της ΓΣΕΕ, οι ίδιοι, περίπου,στόχοι αποτελούν και διακηρυγμένες επιδιώξεις της Συνομοσπονδίας εδώ και αρκετά χρόνια. Οφείλουμε, όμως, να επισημάνουμε ότι *η επίτευξη ή έστω, η προσέγγιση των στόχων προ-απαιτεί την επιλογή, θέσπιση και εφαρμογή συγκεκριμένων μέτρων πολιτικής*. Η απλή καταγραφή των στόχων χωρίς αυτή να συνοδεύεται από τα αναγκαία μέτρα αποτελεσματικής προσέγγισής τους, αποκτά ευχολογικό και μόνο χαρακτήρα και στερείται ουσιαστικής σημασίας. Κατά συνέπεια, το ερώτημα που αναδύεται και που πρέπει να απαντηθεί είναι, εάν στο κείμενο που ακολουθεί την προκαταρκτική θέση των στόχων, περιλαμβάνονται τα μέτρα εκείνα πολιτικής που μπορούν να επιτύχουν τους απαριθμούμενους στόχους. Επισημαίνουμε έτσι ότι *απουσιάζει, παραπλεύρως σε κάθε στόχο, η απλή παραπομπή στα μέτρα πολιτικής που τον αφορούν.*

3.Στις δηλώσεις που έχουν συνοδεύσει την παρουσίαση των βασικών αξόνων της προτεινόμενης "μεταρρύθμισης", έχει προβληθεί ο ισχυρισμός ότι επιχειρούνται *200 παρεμβάσεις* που δημιουργούν τις αναγκαίες νομοθετικές προϋποθέσεις για *την επίτευξη των στόχων της μεταρρύθμισης.*

4.Στην πραγματικότητα οι αναφερόμενες 200 παρεμβάσεις αποτελούν τα *επί μέρους νομοθετικά μέτρα* με τα οποία θα επιχειρηθεί η θέσπιση *της νέας οργανωτικής και λειτουργικής στήριξης των αλλαγών.* Δεν απαντούν, όμως, *στο θεμελιακό πρόβλημα*

των κεντρικών, διαρθρωτικού και πολιτικού χαρακτήρα, επιλογών και προτεραιοτήτων του Συστήματος Υγείας.

5.Έτσι, μεταξύ των 200 παρεμβάσεων, περιλαμβάνονται π.χ. (μεταξύ πολλών άλλων ανάλογης σημασίας και βαρύτητας) και:

- η ενίσχυση και ενθάρρυνση του εθελοντισμού (σελ. 24 περ. 12),
- η χορήγηση επαίνων αριστείας (σελ. 25 περ. 19),
- η τροποποίηση συγκεκριμένων διατάξεων για το Οργανόγραμμα του Υπουργείου Υγείας (σελ. 29 περ. 1 - 7)

που, μπορεί να θεωρηθούν *χρήσιμα μέτρα* αλλά σε καμμιά περίπτωση *δεν μπορούν να προσδιορίσουν τις θεμελιακές επιλογές ενός Συστήματος Υγείας.*

6.Επισημαίνεται, ακόμη, ότι ως παρέμβαση θεωρείται και η απλή πρόβλεψη ότι θα γίνει οικονομοτεχνική μελέτη του κόστους και οφέλους των αλλαγών (και μάλιστα μετά τη νομοθετική ψήφισή τους, σελ. 34 - τελευταία παράγραφος).

7.Εξάλλου, ως παρεμβάσεις καταγράφονται και:

- Κατάλογος των αιτιών που θα δημιουργήσουν νέες πηγές δαπανών (χωρίς οποιοδήποτε σχετικό αριθμητικό στοιχείο, σελ. 33 περ.1-6) και
- η πρόβλεψη (με τη μορφή της περιγραφής, χωρίς οποιοδήποτε αριθμητικό στοιχείο) της κάλυψης των δαπανών (σελ. 33 - 34, περ. 1 - 8).

8.Κατά συνέπεια, οι 200 παρεμβάσεις απαιτείται να διακρίνονται από την *αναζήτηση και επιλογή των κεντρικής και θεμελιακής σημασίας διαρθρωτικών παρεμβάσεων* που θα υπηρετήσουν, με συνέπεια τους στόχους των σχεδιαζόμενων αλλαγών.

9.Εξάλλου, οι κεντρικού χαρακτήρα διαρθρωτικές επιλογές *προ-καθορίζουν, κατά τρόπο περίπου αυτόματο και την κατεύθυνση και τη φύση των αντιστοίχως αναγκαίων επί μέρους νομοθετικών μέτρων* που θα στοχεύουν, ακριβώς, στην υλοποίηση των θεμελιακών επιλογών. Μόνον *η πειθάρχηση των επί μέρους παρεμβάσεων σε κεντρικές κατευθυντήριες επιλογές* μπορεί να διασφαλίσει την εσωτερική τους συνοχή και ενότητα, ώστε τα επί μέρους αυτά μέτρα να αποτελέσουν ένα *συνεκτικό σύνολο κοινής στόχευσης.*

10.Αντίθετα, η "σώρευση" μεγάλου αριθμού μέτρων, με παράλληλη απουσία κεντρικών διαρθρωτικών επιλογών, αντιμετωπίζει το μέγιστο κίνδυνο *της αποσπασματικότητας των επί μέρους μέτρων, της αντιφατικότητας των στοχεύσεών τους και της αλληλοαναίρεσης της δυναμικής και των αποτελεσμάτων τους.*

11.Κατά τη άποψή μας, από το κείμενο του "Σχεδίου Μεταρρύθμισης ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΟΛΙΤΗ" *απουσιάζουν αυτές, ακριβώς, οι θεμελιακές επιλογές* που θα μπορούσαν να δώσουν βάσιμες ελπίδες ότι η επίτευξη των στόχων του Σχεδίου

(σωστά διακηρυσσόμενων στη σελ. 5) είναι εφικτή.

12.Κεντρικές, πράγματι, επιλογές όπως :

- η σχέση του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα στην παραγωγή και προσφορά των υπηρεσιών υγείας,
- οι ποσοτικές και ποιοτικές παράμετροι στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας από τον ιδιωτικό τομέα (ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες),
- οι προτεραιότητες στο είδος των παραγόμενων υπηρεσιών υγείας,
- οι επιλογές στον ποσοτικό προσδιορισμό της χρηματοδότησης του συστήματος και στη συγκεκριμένη αναλογική κατανομή της σε πηγές προέλευσης,
- η βελτίωση του βαθμού ανταποκρισιμότητας (responsiveness) ή εαισθησίας του Συστήματος Υγείας στις ανάγκες και τις προσδοκίες των επί μέρους δικαιούχων
- αλλά *και άλλες ίσης βαρύτητας θεμελιακές επιλογές*,απουσιάζουν από το κείμενο του Σχεδίου, με συνέπεια να δημιουργούνται ερωτηματικά *ως προς τις πραγματικές προθέσεις*.

13.Διατηρούμε επομένως την άποψη ότι, *πριν από οποιαδήποτε προώθηση του Σχεδίου, επιβάλλεται* ***ο εμπλουτισμός του με μια δέσμη, κεντρικών και θεμελιακής σημασίας επιλογών*** *και η προσαρμογή όλων των επί μέρους μέτρων προς τις κεντρικές αυτές επιλογές, με στόχο να αποφευχθεί οποιαδήποτε αποσπασματικότητα και ταυτόχρονα να διασφαλισθεί η εσωτερική συνοχή και η δυνατότητα συλλειτουργίας των επί μέρους μέτρων.*

14.Την άποψή μας αυτή ενισχύει και η διαπίστωση ότι *οι απαριθμούμενες στο Σχέδιο επί μέρους παρεμβάσεις έχουν κυρίαρχο (αν όχι αποκλειστικό)* ***χαρακτήρα οργάνωσης και λειτουργίας*** *του Συστήματος και* ***όχι χαρακτήρα θεσμικών και διαρθρωτικών παρεμβάσεων με σύνθεση πολιτικο-κοινωνικών και οικονομικών επιλογών και προτεραιοτήτων.***

15.Τις θέσεις μας αυτές «φωτίζουμε» με τα παρακάτω συγκεκριμένα παραδείγματα, για την οικονομία.

- με τη θέσπιση του *"Ενιαίου Χρηματοδοτικού Μηχανισμού"* καθιερώνεται ένας *οργανωτικού και λειτουργικού χαρακτήρα μηχανισμός* για την είσπραξη, τη συγκέντρωση και τη διάθεση των οικονομικών εισροών του Συστήματος Υγείας, καμμιά, όμως, δεν παρέχεται διευκρίνιση για το θέμα *των πολιτικών επιλογών σε σχέση με τις προθέσεις του κρατικού προϋπολογισμού να συμβάλει (και σε ποιο ύψος) για την κάλυψη των αναγκών χρηματοδότησης του Συστήματος*, ούτε και σε σχέση με το θέμα *της αναλογικής επιλογής των πηγών προέλευσης των οικονομικών εισροών του Συστήματος*. Η προηγούμενη διευκρίνιση, όμως, των θεμάτων αυτών είναι απαραίτητη, αφού, *οι αντίστοιχες συγκεκριμένες επιλογές ενδέχεται να επηρρεάσουν και τη μορφή οργάνωσης και λειτουργίας του μηχανισμού* είσπραξης, συγκέντρωσης και διάθεσης των πόρων του Συστήματος.
- Η επιλογή της δυνατότητας "νέας συνεργασίας" με τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες (σελ. 33 περ. 4) που πηγάζει, προφανώς, από την επιδίωξη ενίσχυσης των οικονομικών πόρων του Συστήματος και κυρίως, των δημόσιων νοσοκομείων, καθιερώνεται, *χωρίς να έχει προηγηθεί οποιοσδήποτε προβληματισμός για το βαθμό της δυνατότητας ανταπόκρισης*

των δημόσιων νοσοκομείων στην επ' αμοιβή (μέσω των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών) περίθαλψη των "εχόντων", χωρίς αντίστοιχη στέρηση η υποβάθμιση των υπηρεσιών που αυτά οφείλουν να παρέχουν στους "μη 'εχοντες". Η ασαφής διατύπωση, άλλωστε, της περ. 11 της σελ. 24 του Σχεδίου, για την υποχρέωσή των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών να καταρτίζουν σαφή και συγκεκριμένα προγράμματα ιατρικής κάλυψης, πέραν του ευλόγως αναμενόμενου, ότι, μόνο ως ευχολογική ρήτρα μπορεί να λειτουργήσει, δεν εξουδετερώνει τις αλήθειες ότι *οι "μη έχοντες" δεν συγκαταλέγονται στην πελατεία των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών και ότι, όμως, ένα σύγχρονο Σύστημα Υγείας οφείλει να στοχεύει, πρωτίστως, σ' αυτά τα στρώματα του πληθυσμού.*

- Στη σελ. 26 περ. 22 αναφέρεται η πρόθεση δημιουργίας ενός νέου θεσμικού πλαισίου λειτουργίας του ιδιωτικού τομέα υγείας, με στόχο τη θέσπιση σύγχρονων κανόνων λειτουργίας, προδιαγραφών, υποδομών ανθρώπινου δυναμικού και ποιότητας κλπ. *Δεν φαίνεται, όμως, να έχει αποτελέσει πεδίο προβληματισμού ούτε η έκταση πιθανής υποκατάστασης του δημόσιου τομέα παραγωγής και προσφοράς υπηρεσιών υγείας από τον αντίστοιχο ιδιωτικό, ούτε ο τρόπος πειθάρχησης του, στις κεντρικές επιλογές του κράτους στην παραγωγή και προσφορά υπηρεσιών υγείας* (που, πάντως, στο κείμενο του Σχεδίου δεν προσδιορίζονται). Επισημαίνεται ότι αποτελεί, σήμερα, *συνήθη πρακτική στις ιατρικώς προηγμένες χώρες,* η υποχρέωση του ιδιωτικού τομέα να παράγει και να προσφέρει πάντοτε *ένα πακέτο βασικών υπηρεσιών υγείας, συμβατό με τις κρατικές προτεραιότητες στις υπηρεσίες υγείας, ασχέτως των λοιπών "επιχειρηματικών" προτιμήσεων και προτεραιοτήτων του ιδιωτικού τομέα σε υπηρεσίες υγείας*. Η συνήθης αυτή πρακτική δεν φαίνεται να εμπεριέχεται στο εύρος της ρύθμισης της περ. 22 της σελ. 26 του Σχεδίου.
- Η ανάγκη ανάπτυξης των Αστικών Κέντρων Υγείας πού έχει, άλλωστε, επισημανθεί και σ' άλλες περιπτώσεις, αντιμετωπίζεται με την αφαίρεση από το ΙΚΑ, τους Δήμους κλπ των ήδη λειτουργούντων νοσηλευτηρίων, πολυϊατρείων κλπ και τη μετατροπή τους σε Αστικά Κέντρα Υγείας (σελ. 10 Περ. 9 - 10), *χωρίς, φαίνεται, να έχει απασχολήσει τους εμπνευστές της προτεινόμενης ρύθμισης η πολύ πιθανή προοπτική να αναγκασθεί το ΙΚΑ (ή ο ΟΔΙΠΥ) να αγοράζει από τον ιδιωτικό τομέα για λογαριασμό των ασφαλισμένων του τις ίδιες υπηρεσίες που σήμερα το Ίδρυμα παρέχει σ' αυτούς*. Η ρητή, άλλωστε, *ομολογία* (σελ. 13 περ. 27), ότι *δεν έχει προηγηθεί οποιαδήποτε σχετική μελέτη* για το κόστος που θα επωμισθεί το ΙΚΑ από τη ρύθμιση αυτή, για τις συνέπειες στο επίπεδο κάλυψης των αναγκών των δικαιούχων, για τη μετάβαση σε καθεστώς αυξημένης ιδιωτικοποίησης των υπηρεσιών υγείας κλπ και η πρόβλεψη της ρύθμισης, *"ύστερα από μελέτη" που θα γίνει μετά τη νομοθέτηση της αφαίρεσης των νοσηλευτηρίων και πολυϊατρείων και τη μετατροπή τους σε Κέντρα Υγείας,* τεχνικής φύσης ζητημάτων (σύνδεση και χρήση και από άλλους ασφαλισμένους και συνταξιούχους των υποδομών του ΙΚΑ στο νέο σύστημα) και ζητημάτων εργασιακών σχέσεων, αποτελούν *συνέπεια της έλλειψης σύνδεσης της επί μέρους αυτής ρύθμισης με συγκεκριμένη κεντρική επιλογή*. Αν είχε, αντίθετα κριθεί το συγκεκριμένο ζήτημα *με κριτήρια όχι απλώς τεχνικά και διαδικαστικά αλλά πολιτικής και διαρθρωτικής προτεραιότητας* θα έπρεπε *να είχε προηγηθεί μελέτη σ' ολόκληρο το εύρος των θεμάτων που ανακύπτουν.*
- Στον τομέα των προτεραιοτήτων των καθ' αυτό υπηρεσιών υγείας, διαπιστώνεται ότι στο Σχέδιο καταγράφεται *σειρά μέτρων οργανωτικού και λειτουργικού χαρακτήρα (κυρίως των νοσοκομείων), χωρίς, όμως, τα μέτρα αυτά να φαίνεται ότι αποτελούν εξειδικεύσεις μίας σαφούς κεντρικής πολιτικής προτεραιοτήτων στην παραγωγή των επιθυμητών υπηρεσιών υγείας*. Θα μπορούσαμε να επισημάνουμε ότι η, από ετών διαπιστωμένη, *στενότητα των μονάδων εντατικής θεραπείας* της χώρας και οι αντιστοίχως *υφιστάμενες ανισορροπίες μεταξύ παραγωγής και ζήτησης παρόμοιων υπηρεσιών υγείας* επιβάλλεται να αποτελέσουν *πεδίο υψηλής προτεραιότητας* των παραγόμενων υπηρεσιών υγείας με στόχο την εξάλειψη η έστω την ουσιαστική

μείωση των υφιστάμενων ανισορροπιών προσφοράς και ζήτησης. Έχει, επίσης, υποστηριχθεί ότι πεδίο υψηλής προτεραιότητας μπορούν να αποτελέσουν και *η πρόληψη, το ΕΚΑΒ* και *η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*. Εννοείται, ότι, *η καταγραφή των όποιων προτεραιοτήτων πρέπει να συνοδεύεται από συγκεκριμένα μέτρα πολιτικής για την υλοποίησή της*.

16.Με βάση όσα αναπτύσσονται πιο κάτω για τις αρχές χρηματοδότησης (ΘΕΣΕΙΣ ΓΣΕΕ) απομένει να εξετάσουμε σε ποιο βαθμό οι προτεινόμενες αλλαγές ανταποκρίνονται στις σύγχρονες παραδοχές και επιταγές χρηματοδότησης του Συστήματος Υγείας. Για να μπορέσουμε, βέβαια, να εκτιμήσουμε σωστά το βαθμό αυτό, θα πρέπει να διαπιστώσουμε ποιες εκτιμήσεις πραγματοποιεί το συζητούμενο Σχέδιο για το αναμενόμενο κόστος των αλλαγών και ποιες προτάσεις καταθέτει για την άντληση των αντίστοιχων ποσών.

17.Στο σχέδιο "ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΟΛΙΤΗ" η χρηματοδότηση του Συστήματος και των αλλαγών του αντιμετωπίζεται με την τελευταία υποπαράγραφο στην τελευταία παράγραφο του κειμένου. Η διαπίστωση αυτή δημιουργεί, κατ' αρχήν, την εικόνα, έστω σημειολογικά, ότι στη δόμηση του συνολικού κειμένου, το θέμα των πηγών, των μεθόδων και των πολιτικο-οικονομικών βάσεων της χρηματοδότησης του Συστήματος και των προτεινόμενων αλλαγών, θεωρήθηκε και αντιμετωπίσθηκε, παρά τη θεμελιακή του βαρύτητα, ως θέμα ήσσονος σημασίας. Δυστυχώς, ειδικότερη προσέγγιση όσων αναφέρονται στην υποπαράγραφο Δ (οικονομικό κόστος και οφέλη της μεταρρύθμισης) της παρ. 9 του κειμένου, επιβεβαιώνει, πλήρως, τη σημειολογική αυτή εικόνα.

18.Στην πρώτη ενότητα της πιο πάνω υποπαραγράφου καταγράφονται, με περιγραφική μορφή , οι αιτίες από τις οποίες θα προκύψουν οι νέες δαπάνες, δεν επιχειρείται, όμως, ούτε καν μια πρώτη έστω και γενική αριθμητική προσέγγιση των σχετικών μεγεθών.

19.Η ίδια αντιμετώπιση επιφυλλάσσεται και στην επόμενη ενότητα της ίδιας υποπαραγράφου, όπου καταγράφονται και πάλι με περιγραφική μορφή και χωρίς οποιαδήποτε αριθμητική προσέγγιση και οι πηγές από τις οποίες θα αντληθούν οι σχετικοί οικονομικοί πόροι του Συστήματος.

20.Η γενική εικόνα, κατά συνέπεια είναι, ότι το Σχέδιο αναγνωρίζει, σαφώς, ότι θα απαιτηθούν νέες δαπάνες (αν και δεν προσδιορίζει το οποιοδήποτε ύψος τους), δεν καταγράφει, όμως, ούτε κατά προσέγγιση, την αναλογία συμμετοχής στην άντληση των αναγκαίων αντίστοιχων πόρων των διαφόρων πηγών χρηματοδότησης του Συστήματος (πιο κάτω παρ. αριθ. 4.8).

21.Στο Σχέδιο ομολογείται ότι δεν έχει ακόμη πραγματοποιηθεί η αναγκαία οικονομο-τεχνική μελέτη, βεβαιώνεται, όμως, ότι "μετά την ψήφιση των αναγκαίων νομοθετημάτων θα εκπονηθεί οικονομοτεχνική μελέτη για τον ακριβή

προσδιορισμό και την εξειδίκευση του συνολικού κόστους και οφέλους της μεταρρύθμισης σε βραχυχρόνια και μεσομακροχρόνια βάση". Κατά την άποψή μας δεν είναι κατανόητη η πρακτική να ψηφίζονται πρώτα οι αλλαγές και μετά τη θέσπισή τους να αναζητείται το κόστος τους με προφανή τον εξ αυτής της πρακτικής κίνδυνο αναίρεσης των όποιων αλλαγών λόγω οικονομικής αδυναμίας.

22.Όπως τονίσθηκε πιο πάνω στο κείμενο του Σχεδίου δεν ποσοτικοποιούνται οι καλύψεις του κόστους μέσω συγκεκριμένων πηγών. Υπάρχει καταλογογράφηση των πηγών, δεν επιχειρείται, όμως, οποιοσδήποτε προσδιορισμός του ύψους των αναμενόμενων από κάθε πηγή εσόδων. Η διατύπωση, εξάλλου, έχει σχετικό και απολύτως αβέβαιο χαρακτήρα όταν αναφέρει ως πρώτη πηγή την εξοικονόμηση πόρων που θα προέλθει από τον περιορισμό της σπατάλης και τον εξορθολογισμό των δαπανών. Ούτε, όμως και περιπτώσεις νέων πηγών εσόδων (π.χ. νέα πολιτική συνεργασίας με τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες) ποσοτικοποιούνται, πέραν, βεβαίως, της πολιτικο-διαρθρωτικής αμφισβήτησης της εισαγωγής τους (βλ. πιο πάνω παρ. 3.15).

23.Στις πηγές χρηματοδότησης προβλέπεται και η στήριξη από τα κονδύλια του Γ' ΚΠΣ. Είναι, μάλιστα, η μόνη πηγή με προκαθορισμένο ύψος εισπράξεων(360 δις δρχ.). Όμως και στην περίπτωση αυτή το κείμενο του Σχεδίου περιπλέκει την κατάσταση, αφού παραλείπει να σημειώσει ότι τα κονδύλια του Γ' ΚΠΣ έχουν, ήδη, απολύτως προκαθορισμένο προορισμό και δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν, ελευθέρως, για την πραγματοποίηση των αλλαγών του Σχεδίου που, άλλωστε, δεν είχαν σχεδιασθεί κατά το χρόνο εκπόνησης του Γ' ΚΠΣ. Προστίθεται, μάλιστα, ότι είναι σαφώς συζητήσιμη η συμβατότητα των προβλέψεων του Γ' ΚΠΣ με τις προτεινόμενες από το Σχέδιο αλλαγές. Δημιουργούνται έτσι ερωτηματικά για την παράλειψη αναφοράς του Γ' ΚΠΣ μεταξύ των κειμένων που έλαβε υπόψη του το Σχέδιο (σελ. 2).

24.Βασική έλλειψη του Σχεδίου αποτελεί η πλήρης ασάφεια για τη συμβολή του κρατικού προϋπολογισμού στη χρηματοδότηση του Συστήματος. Η ασάφεια αυτή καθίσταται πολύ σοβαρή αν συνεκτιμηθεί με τη διαπίστωση ότι σήμερα στην Ελλάδα το 65 % της δημόσιας δαπάνης για την υγεία έχει προέλευση τη γενική φορολογία (tax-funded) και μόνο το υπόλοιπο 35 % προέρχεται από ασφαλιστικές εισφορές. Εξάλλου, η ΓΣΕΕ έχει προτείνει τη γενίκευση της ρύθμισης του αναφερόμενου στους νεοεισερχόμενους στην ασφάλιση από 1/1/93 άρθρου 35 του Ν. 2084 / 1992 για όλους τους ασφαλισμένους. Δεν δασαφηνίζεται στο Σχέδιο αν η πρόταση αυτή θα γίνει δεκτή η όχι.

25.Από την προηγηθείσα ανάλυση είναι σαφές ότι το προτεινόμενο Σχέδιο δεν καλύπτει τις διεθνώς παραδεκτές αρχές της δίκαιης χρηματοδότησης. Αυτό δημιουργεί σοβαρές αμφιβολίες όχι μόνο για τις πραγματικές προθέσεις αλλά και για τη δυνατότητα, όχι απλώς νομοθετικής αλλά πραγματικής και ουσιαστικής προώθησης των αλλαγών.

26.Συμπέρασμα: επιβάλλεται **η άμεση προσαρμογή του Σχεδίου στις επιταγές της δίκαιης χρηματοδότησης (fair financing)**. Επιτακτική προβάλλει η αναγκαιότητα να προσδιορισθούν, τόσο το συνολικό κόστος των προτεινόμενων αλλαγών, όσο και η ανάλυση του συνολικού αυτού κόστους κατά πηγές άντλησής του. Η πραγματοποίηση της σχετικής οικονομοτεχνικής μελέτης πρέπει να προηγηθεί της ψήφισης των σχετικών νομοθετημάτων.

27.Η περιφερειακή διάσταση της συγκρότησης του Συστήματος αποτελεί, επιλογή, που έχει εφαρμοστεί από ιατρικώς προηγμένες χώρες. Παραμένουν, όμως αρκετά σημαντικά σημεία της περιφερειακής συγκρότησης ασαφή και αβέβαια, με συνέπεια να επιβάλλεται η προηγούμενη διαλεύκανσή τους, για να καταστεί δυνατή η υπεύθυνη κριτική της επιδιωκόμενης αλλαγής. Επισημαίνουμε, σχετικώς, ότι, στο Σχέδιο δεν αναφέρεται εάν στη διοίκηση του Πε.Σ.Υ. θα περιλαμβάνονται και εκπρόσωποι των κοινωνικών φορέων υγείας και της τοπικής αυτοδιοίκησης, ώστε να είναι δυνατή η άσκηση κοινωνικού ελέγχου και να αποφευχθεί η εξάρτηση της λειτουργίας του Πε.Σ.Υ. από την εκάστοτε κυβέρνηση.

28.Η διατύπωση, εξάλλου, της τελευταίας ενότητας στη σελ. 6 για την έγκριση και τον έλεγχο των προϋπολογισμών των μονάδων υγείας (νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας), δίδει την εντύπωση ότι επιλέγεται το σύστημα του αυστηρού περιορισμού των δαπανών στα πλαίσια του αντίστοιχου προϋπολογισμού (defined-income scheme), με παράλληλη απόρριψη του ελαστικότερου συστήματος της επιτρεπόμενης υπέρβασης του προϋπολογισμού ανάλογα των αναγκών υγείας (defined-benefit scheme). Το ίδιο, άλλωστε, σύστημα (defined-income scheme) φαίνεται να επιλέγεται και για τον προϋπολογισμό του δημιουργούμενου ενιαίου χρηματοδοτικού φορέα (σελ. 8), του Ο.ΔΙ.Π.Υ.

29.Ειδικότερα, όμως, για τον Ο.ΔΙ.Π.Υ. κρίνουμε χρήσιμο να επισημάνουμε και τα εξής:

- Είναι σαφές ότι το Σχέδιο ακολουθεί την οδό που στηρίζει τόσο η πρόσφατη βιβλιογραφία όσο και η Π.Ο.Υ. στο θέμα της είσπραξης και συγκέντρωσης πόρων και αγοράς υπηρεσιών υγείας και επιδιώκει την ανάθεση και των τριών αυτών λειτουργιών στον ίδιο φορέα (collection of revenues, pooling of resources, purchasing of health services) ώστε να καταστεί δυνατή η πραγματοποίηση οικονομιών κλίμακος. Γι αυτό και θα ήταν ευστοχότερο εάν ο ενιαίος χρηματοδοτικός φορέας ονομαζόταν (όχι Ο.ΔΙ.Π.Υ. αλλά) *"Ενιαίος φορέας είσπραξης και συγκέντρωσης πόρων και αγοράς υπηρεσιών υγείας"*.
- Το πρόβλημα, όμως, είναι ότι οποιαδήποτε θεωρητική αρχή μεταφερόμενη προς εφαρμογή σ' ένα συγκεκριμένο οικονομικο-κοινωνικό περιβάλλον οφείλει να υποστεί τις αναγκαίες χρονικές και ουσιαστικές *προσαρμογές*. Όπως έχει γραφεί, προσφυώς, *ποτέ δε νομοθετούμε στο κενό* : οι παρεμβάσεις μας πάντοτε αναπτύσσονται σ' ένα συγκεκριμένο οικονομικο-κοινωνικό περιβάλλον που ήδη λειτουργεί και που πρέπει να επιδιώξουμε να αλλάξουμε σταδιακά και χωρίς βίαιες ανατροπές (εκτός εάν κάνουμε επανάσταση).
- Αυτή η βασική αρχή φαίνεται ότι αγνοήθηκε στην περίπτωση του Ο.ΔΙ.Π.Υ. Έτσι, είναι

πολύ πιθανόν, να κριθεί *αντισυνταγματική* η αφαίρεση των πόρων του κλάδου υγείας των ασφαλιστικών Ταμείων (κυρίως του ΙΚΑ) που είναι, στα πλαίσια της ελληνικής έννομης τάξης, ν.π.δ.δ. και η απόδοση των πόρων αυτών στον Ο.ΔΙ.Π.Υ. που θα είναι (κατά το Σχέδιο) ν.π.ι.δ.

- Σημειώνουμε, πάντως, ότι ασχέτως προς το συνταγματικό ζήτημα η ΓΣΕΕ παραμένει *σαφώς αντίθετη* στη θέσπιση του Ο.ΔΙ.Π.Υ. όπως προβλέπεται από το Σχέδιο.
- Η διατύπωση του Σχεδίου για τους φορείς και κλάδους υγείας που δεν θα μεταβιβάσουν τους πόρους υγείας στον Ο.ΔΙ.Π.Υ. και θα είναι υποχρεωμένοι να πληρώσουν για τις υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ. βάσει ειδικού δηλαδή αυξημένου τιμολογίου, σ' αντίθεση με εκείνους που θα μεταβιβάσουν τους πόρους υγείας και θα αγοράζουν σε (αναπροσαρμοσμένα, παρ.11 σελ.9) επίσημα τιμολόγια, παρέχει την εντύπωση *εκβιαστικού εξαναγκασμού όλων των Ταμείων και Κλάδων υγείας* να μεταβιβάσουν τους πόρους τους στον Ο.ΔΙ.Π.Υ., ώστε να αποφύγουν *την υπερτιμολόγηση* των παρεχόμενων *ακόμη και από ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας* υπηρεσιών, πολύ περισσότερο μάλιστα που δεν θα είναι, πλέον, επιτρεπτή η παραγωγή υπηρεσιών υγείας από τους ασφαλιστικούς φορείς για τους ασφαλισμένους τους.
- Πέραν των ανωτέρω επικρατεί *πλήρης συσκότιση για το είδος και την έκταση της διαφοροποίησης των (πολλαπλών, πάντως) τιμολογίων* που θα δημιουργηθούν σε σχέση με την αγορά υπηρεσιών υγείας.
- Ασαφής και αμφιλεγόμενη είναι και η απλή αναφορά στην παρ. 7 της σελ. 8 του Σχεδίου ότι ο προϋπολογισμός του Ο.ΔΙ.Π.Υ. θα προέρχεται από πόρους υγείας των ασφαλιστικών Ταμείων και από *κρατική επιχορήγηση, χωρίς να γίνεται οποιαδήποτε διευκρίνιση για την έκταση της προβλεπόμενης κρατικής συμμετοχής*. Όπως, αναλύουμε, στη συνέχεια, η ΓΣΕΕ έχει ζητήσει τον ορισμό της κρατικής συμμετοχής στη χρηματοδότηση των κλάδων Υγείας στο ύψος του 1/3 η των 3/9 του συνόλου των εσόδων.
- Η ρύθμιση της παρ. 9 της σελ. 9 ότι δηλαδή *"ο Ο.ΔΙ.Π.Υ.αγοράζει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής φροντίδας υγείας για τους δικαιούχους του από το Ε.Σ.Υ. και τον ιδιωτικό τομέα με κριτήρια ποιότητας και κόστους"* μπορεί να χαρακτηρισθεί ως ελλειπής. Αυτό επειδή η έκφραση *"κριτήρια ποιότητας και κόστους" χωρίς οποιαδήποτε περαιτέρω ανάλυση και επεξήγηση,* αδυνατεί να προσδιορίσει τη διαδικασία στάθμισης της ποιότητας και συγκριτικής αποτίμησης των διαφορετικών ποιοτήτων με τα διαφορετικά κόστη των υπηρεσιών υγείας αλλά και να διευκρινίσει εάν η σύγκριση αυτή θα γίνεται αδιαφόρως εάν οι παράγοντες και προσφέροντες υπηρεσίες υγείας θα ανήκουν στον ιδιωτικό ή στο δημόσιο τομέα. Και είναι, βέβαια, σαφές ότι σε περίπτωση ανταγωνιστικής και επί ίσοις όροις λειτουργίας του δημοσίου με τον ιδιωτικό τομέα της υγείας θα πρέπει να αναμένουμε *πλήρη επικράτηση του ιδιωτικού τομέα και άκρα εμπορευματοποίηση της υγείας*. Επισημαίνουμε, όμως, ότι η Π.Ο.Υ. έχει, ήδη, διακηρύξει ότι *η λειτουργία του τομέα της υγείας με όρους και προϋποθέσεις αγοράς είναι απαράδεκτη*.
- Η ρύθμιση, όμως, της παρ. 9 (σελ. 9) δεν μπορεί να γίνει δεκτή αφού δεν *θέτει οποιοδήποτε όριο στην αγορά υπηρεσιών υγείας από τον ιδιωτικό τομέα,* όπως επισημαίνεται, αναλυτικότερα, και σ' άλλο σημείο του υπομνήματός μας.

31.Πέραν των πιο πάνω παρατηρήσεων για την επιδίωξη δημιουργίας αστικών Κέντρων Υγείας με τη χρήση των ιατρείων του ΙΚΑ και των δήμων, φαίνεται ότι δεν έχει γίνει κατανοητό ότι η περιουσία του ΙΚΑ ανήκει στους ασφαλισμένους και τους συνταξιούχους του Ιδρύματος και ότι ο κρατικός προϋπολογισμός δεν έχει

η Διοίκηση του ΙΚΑ μπορεί να παραχωρήσει στο κράτος οποιοδήποτε τμήμα της περιουσίας αυτής αλλ' ούτε και το ίδιο το κράτος μπορεί με την ψήφιση νόμων να προχωρεί σε οιονεί δήμευσή της. Κατά συνέπεια, φαίνεται ότι δεν έχει αντιμετωπισθεί η περίπτωση αντισυνταγματικότητας των προγραμματιζόμενων ρυθμίσεων χρήσης των πολυϊατρείων και των νοσηλευτηρίων του ΙΚΑ ως Κέντρων Υγείας.

32.Θέμα αύξησης των ανισοτήτων στην παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό ανακύπτει και από τη δυνατότητα λειτουργίας απογευματινού ιδιωτικού ιατρείου σε νοσοκομειακό χώρο από συγκεκριμένους γιατρούς. Οι ανισότητες αυτές έχουν, μάλιστα, διπλή διάσταση. Αναφέρονται, τόσο στη διάκριση των ασθενών σε πατρικίους και πληβείους αναλόγως αν κάνουν χρήση του απογευματινού ιδιωτικού ιατρείου ή του πρωϊνού δημόσιου, όσο και στο παρεχόμενο προνόμιο σε συγκεκριμένους γιατρούς να κάνουν χρήση του εξοπλισμού και των λοιπών μέσων του δημόσιου νοσοκομείου για την άσκηση ιδιωτικής ιατρικής.

4. ΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ Γ.Σ.Ε.Ε. ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ.

1.Πριν από την παράθεση των απόψεων της ΓΣΕΕ στα θέματα που τίθενται από το υπό συζήτηση Σχέδιο Μεταρρύθμισης, θεωρούμε αναγκαίο αλλά και χρήσιμο, να παραθέσουμε τις *πάγιες θέσεις μας* για την ασφάλιση και την παροχή των υπηρεσιών υγείας, όπως οι θέσεις αυτές έχουν προκύψει από προηγηθείσες επεξεργασίες μας.

Πράγματι, στην έκδοση της Συνομοσπονδίας *«ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ – Η ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΠΡΟΤΑΣΗ ΤΗΣ ΓΣΕΕ» (1998)* τονίζονται τα εξής (σελ.50-51):

«Αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας.

Η ρητή συνταγματική υποχρέωση του κράτους (άρθρο 21 παρ. 3 Συντ.) να ***«μεριμνά για την υγεία των πολιτών»*** *και* ***«για την περίθαλψη των απόρων»*** *επιβάλλουν την ανάγκη εξασφάλισης ενός υψηλού επιπέδου περίθαλψης με το χαμηλότερο δυνατό κόστος που σημαίνει ότι οι υπηρεσίες υγείας έχουν δημόσιο χαρακτήρα και δεν είναι επιτρεπτή η εμπορευματοποίησή τους.*

Η πραγματικότητα, βέβαια, είναι πολύ οδυνηρή στη χώρα μας, αφού οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας από τους δημόσιου χαρακτήρα φορείς είναι ανεπαρκείς ποσοτικώς και χαμηλής ποιότητας και στάθμης. Παρατηρείται, εξάλλου, ***μια προϊούσα τάση μεταφοράς των υπηρεσιών αυτών στην ιδιωτική κερδοσκοπική ασφάλιση με συνέπεια την εμπορευματοποίηση της υγείας.***

Επιβάλλεται η άμεση αναβάθμιση του επιπέδου:

- *Της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, με την αποκέντρωση της παροχής της*

(πολυϊατρεία, εργαστήρια) στα αστικά κέντρα και την ύπαιθρο.

- *Της νοσοκομειακής περίθαλψης, με την ανάπτυξη ενός δικτύου σύγχρονων νοσοκομείων που να καλύπτει ολόκληρη τη χώρα αλλά και με τη στελέχωση των υπαρχόντων νοσοκομείων με υψηλού επιπέδου επιστημονικό και νοσηλευτικό προσωπικό και με τον εφοδιασμό τους με νέας τεχνολογίας ιατρικό εξοπλισμό.*
- *Της πρόληψης που σήμερα παραμένει σχεδόν ανύπαρκτη στην Ελλάδα.*

Ταυτόχρονα, επιβάλλεται ο έλεγχος της ιδιωτικής κερδοσκοπικής παροχής υπηρεσιών υγείας (ιδιωτικές κλινικές, ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα) με στόχο τον περιορισμό και την εξάλειψη των φαινομένων εκμετάλλευσης (κατανάλωση μη αναγκαίων υπηρεσιών υγείας, οργανωμένη και κατευθυνόμενη παραπομπή ασθενών, χρέωση φαρμακευτικής περίθαλψης χωρίς αντίστοιχη ανάλωση φαρμάκων, χρέωση ημερών νοσηλείας που δεν πραγματοποιήθηκαν, προσφορά ποσοστών, πώληση υπηρεσιών περίθαλψης προς το δημόσιο τομέα της υγείας κλπ.).

Οι διαγραφόμενες εξελίξεις είναι σαφείς: ο δημόσιος τομέας της υγείας εμφανίζεται πλήρως υποβαθμισμένος σε σχέση με τον αντίστοιχο ιδιωτικό κερδοσκοπικό. Αν δεν ληφθούν τα αναγκαία μέτρα ενίσχυσης του δημόσιου τομέα της υγείας ώστε να αναστραφεί η σημερινή τάση, ***στο άμεσο μέλλον οι ιδιωτικές κερδοσκοπικές εταιρείες υπηρεσιών υγείας θα καθορίζουν και θα επιβάλλουν τους όρους τους στο κράτος, τους ασφαλισμένους, τους συνταξιούχους και το κοινωνικό σύνολο".***

Στην ίδια, επίσης, έκδοση της ΓΣΕΕ αναφέρονται και τα εξής (σελ.78):

"Ασφάλιση υγείας.

Προτείνεται η διαχειριστική και διοικητική αυτοτέλεια της ασφάλισης υγείας, καθώς και η ομαδοποίηση ομοειδών ασφαλιστικών οργανισμών υγείας, μετά από μελέτη και σύμφωνη γνώμη των ασφαλισμένων, στα πλαίσια ενός αναβαθμισμένου εθνικού συστήματος υγείας που οριοθετεί αυστηρά το πεδίο της ιδιωτικής δραστηριότητας των υπηρεσιών υγείας. Στην κατεύθυνση αυτή υπογραμμίζεται η αναγκαιότητα αύξησης των δαπανών υγείας. Προτάσεις για την καθιέρωση συμμετοχής των ασφαλισμένων στη νοσοκομειακή και την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, στις εργαστηριακές εξετάσεις και στην με διάφορες μορφές υποβάθμιση των όρων νοσηλείας που, άλλωστε, απέχουν από του να διασφαλίζουν την υγεία των εργαζομένων, πρέπει να απορριφθούν γιατί περιπλέκουν τις συνθήκες περίθαλψης του πληθυσμού, ενισχύουν τις προϋποθέσεις ιδιωτικοποίησης της υγείας και αποδυναμώνουν την ανάπτυξη ενός σχεδιασμένου και κοινωνικά αποδοτικού συστήματος υγείας».

Στη διάρκεια, επίσης, του κοινωνικού διαλόγου για την κοινωνική ασφάλιση (1997-1998) η ΓΣΕΕ κατέθεσε συγκεκριμένες προτάσεις σε σχέση με τη λειτουργία των κλάδων υγείας (που αποτελούσε ιδιαίτερη θεματική ενότητα του διαλόγου). Οι προτάσεις μας αυτές αναφέρονταν στα ζητήματα των νέων μορφών οργάνωσης και

διοίκησης των Ταμείων και Κλάδων Υγείας, των παροχών, της χρηματοδότησης, της κοινοπρακτικής λειτουργίας των κοινωνικο-ασφαλιστικών οργανισμών υγείας στη διαδικασία αγοράς των υπηρεσιών υγείας, των τρόπων παροχής των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και της σύνθεσης του πακέτου υπηρεσιών υγείας που πρέπει να παρέχεται σ' όλους.

Για την πληρέστερη δυνατή ενημέρωσή σας παραθέτουμε ένα τμήμα της σχετικής Τελικής πρότασης του κοινωνικού διαλόγου :

«Προτείνεται η αναβάθμιση της διοικητικής και διαχειριστικής ικανότητας του συστήματος μέσω της συγκέντρωσης κοινών λειτουργιών σε έναν η περισσότερους φορείς διαχείρισης. Η ακριβής οργανωτική μορφή με την οποία θα επιτευχθεί η συγκέντρωση των κοινών διαχειριστικών λειτουργιών είναι θέμα πολιτικό. Οι εναλλακτικές επιλογές είναι σε γενικές γραμμές δύο :

Ενθάρρυνση όσων Ταμείων το επιθυμούν να προχωρήσουν σε επί μέρους συνεργασίες και συμπράξεις με άλλα Ταμεία.

Εκχώρηση μιάς σειράς λειτουργιών κοινών για όλα τα Ταμεία σε ένα «Γραφείο Συμψηφισμού» δηλ. ένα κοινό φορέα διαχείρισης ο οποίος θα τις διεκπεραιώνει για λογαριασμό τους.

Και οι δύο επιλογές αξιοποιούν τις «οικονομίες κλίμακος», επιτρέπουν την πληρέστερη δυνατή στελέχωση και οργάνωση του ενός η περισσοτέρων διαχειριστικών οργανισμών, αποφεύγουν την περιττή επανάληψη των κοινών λειτουργιών από κάθε Ταμείο χωριστά, εξοικονομούν πολύτιμους πόρους οι οποίοι θα μπορούν να διατεθούν για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ανγκών των ασφαλισμένων.

Καμμιά από τις δύο επιλογές δεν προκαταλαμβάνει τη συζήτηση για μελλοντική δομή του τομέα της συζήτησης και της κοινωνικής ασφάλισης. Και οι δύο είναι εφαρμόσιμες, τόσο στο σημερινό σύστημα των πολλών Ταμείων (αφού δεν θίγει την αυτοτέλειά τους), όσο και σε ένα μελλοντικό όπου θα έχουν ενδεχομένως προηγηθεί ομαδοποιήσεις, συγχωνεύσεις κλπ.».

Τέλος, είναι χρήσιμο να προσθέσουμε, ότι κατά την κατάριση της *Εθνικής Συλλογικής Σύμβασης Εργασίας των ετών 2000-2001* η Συνομοσπονδία μας και οι συνυπογράφουσες κορυφαίες εργοδοτικές οργανώσεις περιέλαβαν *ειδική διάταξη για την ανάγκη παρεμβάσεων στο κοινωνικο-ασφαλιστικό σύστημα της χώρας (άρθρο 13 Ε.Γ.Σ.Σ.Ε.)*. Στην ειδική αυτή διάταξη οι συμβαλλόμενες οργανώσεις κατέγραψαν εννέα (9) σημεία συμφωνίας για το είδος και την έκταση των προτεινομένων παρεμβάσεων και υπογράμμισαν *«την ανάγκη αναμόρφωσης του Συστήματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων μέσα από τεκμηριωμένο διάλογο με τη συμμετοχή των κοινωνικών φορέων με στόχο την οικονομική βιωσιμότητα και την κοινωνική αποτελεσματικότητα».* Επισημαίνεται ότι μεταξύ των 9 σημείων συμφωνίας περιλαμβάνεται και το ότι *«η ενοποίηση των Κλάδων Υγείας ή η*

μεταφορά τους σε άλλο φορέα θα πρέπει να είναι αποτέλεσμα διαλόγου με τους κοινωνικούς φορείς».

2.Οι πιο πάνω πάγιες θέσεις της Συνομοσπονδίας μας μπορούν να επικαιροποιηθούν, συμπληρωθούν και εξειδικευθούν, μετά τη θέση σε συζήτηση, του Σχεδίου Μεταρρύθμισης «ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΟΛΙΤΗ», με στόχο τη βελτίωση των προβλέψεών του για την εξασφάλιση :

- Υψηλού επιπέδου των παραγόμενων υπηρεσιών υγείας.
- Τη μέγιστη δυνατή διάχυση των υπηρεσιών αυτών στο κοινωνικό σύνολο και κυρίως *την παροχή στους οικονομικά ασθενέστερους της δυνατότητας ευχερούς πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.*
- Τη διασφάλιση του κοινωνικού συνόλου *τόσο από τον κίνδυνο προσβολής της υγείας (health risk) όσο και από τον κίνδυνο οικονομικής καταστροφής (financial risk*) που συνοδεύει την ασθένεια και
- Την απρόσκοπτη λειτουργία των αρχών της κοινωνικής αλληλεγγύης στον τομέα της υγείας που σημαίνει ότι *οι πλούσιοι πρέπει να επιχορηγούν τους πτωχούς και οι υγιείς οφείλουν να επιχορηγούν τους ασθενείς.*

3.Στη διαδικασία οικοδόμησης ενός εθνικού Συστήματος Υγείας οφείλουμε να απαντήσουμε σε τρία τουλάχιστον ερωτήματα:

- Πρώτον, *τι είδους παρεμβάσεις δηλαδή προτεραιότητες υγείας,* πρέπει να επιλέξουμε, με δεδομένο την πλήρη κάλυψη των αναγκών υγείας όλων.
- Δεύτερον, *σε ποιο κόστος* θα πρέπει να παραχθούν και παρασχεθούν οι παρεμβάσεις αυτές και
- Τρίτον, *ποια πληθυσμιακά στρώματα πρέπει να τύχουν ιδιαίτερης προσοχής και μέριμνας.*

Είναι σαφές ότι οι απαντήσεις στα ερωτήματα αυτά πρέπει να βρίσκονται μέσα στα πλαίσια των εξής παραδοχών:

- Οι παρεμβάσεις που θα επιλεγούν απαιτείται να ασκούν ουσιώδη επίδραση στην αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Αυτό σημαίνει ότι οι άμεσα αναγκαίες παρεμβάσεις θα έπρεπε να αναφέρονται στην πρόληψη, το Ε.Κ.Α.Β.,την αύξηση των μονάδων εντατικής θεραπείας σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο και την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας.
- Το κόστος των παρεμβάσεων απαιτείται να είναι βραχυχρόνια και μεσομακροπρόθεσμα προσδιορισμένο (σε συνδυασμό και με τις πηγές χρηματοδότησης) και σε κάθε περίπτωση ανεκτό.
- Η πρόσβαση στις παρεμβάσεις και τις υπηρεσίες υγείας των οικονομικά ασθενέστερων στρωμάτων του πληθυσμού οφείλει να είναι διασφαλισμένη και απρόσκοπτη.

Με βάση τις παραδοχές αυτές η Π.Ο.Υ. (World Health Report 2000, σελ. 57-58) έχει εντοπίσει 4 διαδοχικά βήματα στην πορεία οικοδόμησης ενός εθνικού Συστήματος Υγείας.

- Πρώτο βήμα: συνεκτιμώνται, διαδοχικώς, *οι υγειονομικοί συντελεστές κινδύνου* (risk

factors), *το βάρος της ασθένειας* (disease burden), και *τα μοντέλα χρήσης* (utilization patterns) των πληθυσμών στόχων.

- Δεύτερο βήμα: επιχειρείται *η προσαρμογή στα τοπικά κόστη και τις εν γένει τοπικές συνθήκες*, της διεθνούς πληροφόρησης για το κόστος και την αποτελεσματικότητα των υπό υιοθέτηση παρεμβάσεων αλλά και για τις στρατηγικές παρεμβάσεων και τα αντίστοιχα μοντέλα πρακτικής.
- Τρίτο βήμα: επιχειρείται *η εξειδίκευση σαφών πολιτικών για την επιλογή και (ιεραρχική – κατά βαθμό προτεραιότητας) κατάταξη των αναγκαίων παρεμβάσεων υγείας* κατά τρόπο ώστε να διασφαλίζεται ότι *"οι περιορισμένοι πόροι δαπανώνται σε σαφώς προσδιορισμένες ανάγκες υψηλής προτεραιότητας"*. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στη σύνδεση του προσδιορισμού των σαφών πολιτικών επιλογής των παρεμβάσεων με τη διαδικασία, τις προϋποθέσεις και τα μέτρα της αποτελεσματικότερης προσέγγισης και υλοποίησης των παρεμβάσεων αυτών. Διευκρινίζεται ότι στο τρίτο αυτό βήμα- στάδιο περιοριζόμαστε στον προσδιορισμό των πολιτικών επιλογής των παρεμβάσεων, ενώ για τη διαδικασία της αποτελεσματικότερης προσέγγισής τους θα ασχοληθούμε σε επόμενο στάδιο. Το θέμα δεν είναι απλό. Λίγες μόνο χώρες διαθέτουν κλινικά δεδομένα αρκετά για να οδηγήσουν στη μονιμότερη επιλογή μοντέλων πρακτικής προσδιορισμού των παρεμβάσεων υγείας προκειμένου να προσαρμόσουν τις γνωστές προτεραιότητες παρεμβάσεων στις πραγματικές ανάγκες. Κι ακόμη λιγότερες χώρες διαθέτουν τα μέσα εξαναγκασμού του ιδιωτικού τομέα υγείας να συμμορφωθεί με τις γενικές αυτές κατευθύνσεις των κρατών.
- Τέταρτο βήμα: Όλα τα προηγούμενα βήματα στερούνται σημασίας εάν δεν έχει διασφαλιστεί η ποιότητα στην παροχή των υπηρεσιών υγείας.

4.Η Π.Ο.Υ υποστηρίζει την άποψη (World Health Report 2000, σελ. 52) ότι οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να σχεδιάζονται και να υλοποιούνται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να διευκολύνεται η προσαρμογή τους στις συνεχείς εξελίξεις και στις νέες προκλήσεις, με παράλληλη και ταυτόχρονη κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού που, βέβαια, διαφέρουν κατά ηλικία, εισοδηματική ομάδα, συνήθειες και κινδύνους ασθένειας. Η Π.Ο.Υ. εκτιμά ότι «κανένα σύστημα υγείας δεν μπορεί να καλύψει το σύνολο των αναγκών υγείας του αντίστοιχου πληθυσμού, αφού αυτές εμφανίζουν ευρύτατες αποκλίσεις».με βάση αυτήν ακριβώς, την αδυναμία η Π.Ο.Υ. συμπεραίνει ότι *οι σχεδιαστές ενός εθνικού συστήματος υγείας είναι αναγκασμένοι να κινηθούν μεταξύ :*

- Είτε της συνειδητής επιλογής εκείνων των υπηρεσιών υγείας που εμφανίζουν προτεραιότητα σε σχέση και με τις ανάγκες του πληθυσμού
- Είτε της αποδοχής της παραγωγής υπηρεσιών υγείας με μικρή συνεκτίμηση και σχέση, με οποιοδήποτε αποδεκτό κριτήριο, για το τι είναι, πράγματι, σημαντικό με βάση τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού.

5.Είναι φανερό ότι οι πιο πάνω αρχές για το σχεδιασμό και τη λειτουργία ενός εθνικού Συστήματος Υγείας, δεν φαίνεται να έχουν απασχολήσει τους σχεδιαστές του προγράμματος «ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΟΛΙΤΗ».

6.Για τις υπηρεσίες υγείας:

- Δεν μπορούν να ισχύσουν οι νόμοι της αγοράς. Αντί του κανόνα έκαστος αγοράζει και καταναλώνει ότι μπορεί με βάση το διαθέσιμο εισόδημά του, στην υγεία ισχύει η αρχή *«έκαστος δικαιούται και απολαμβάνει ότι του χρειάζεται με βάση τις ανάγκες της υγείας του».*
- Η αρχή της ισότητας συνυπάρχει, αδιαιρέτως, με την αρχή της μέγιστης δυνατής επιτυχίας. Δε νοείται επιτυχία ενός εθνικού συστήματος υγείας (σε μέσα επίπεδα- average level) *με ταυτόχρονη διατήρηση της ανισότητας.*
- Η αρχή της «αναδιανομής» που εφαρμόζεται στις κοινωνικές δαπάνες δεν μπορεί να εφαρμοσθεί στην υγεία. Η απώλεια της υγείας (και πολύ περισσότερο ο θάνατος) δεν αποκαθίστανται με οποιοδήποτε αναδιανεμητικό μέσο.

7.Βασική παράμετρο των επιλογών στη χρηματοδότηση οποιουδήποτε σύγχρονου συστήματος υγείας, οφείλει να αποτελεί η διασφάλιση της απρόσκοπτης πρόσβασης **όλων** των πολιτών, ασχέτως, όχι μόνον, προς το ύψος του εισοδήματός τους αλλά και προς την κατάσταση της υγείας τους, στις εκάστοτε αναγκαίες υπηρεσίες υγείας.

8.Πηγές άντλησης οικονομικών πόρων για ένα σύστημα υγείας αποτελούν:

- Η γενική φορολογία (η είσπραξη γίνεται από το Υπουργείο Οικονομικών και στη συνέχεια οι πόροι διατίθενται στο Υπουργείο Υγείας).
- Οι εισφορές της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης της υγείας (με χαρακτηριστικό τους γνώρισμα ότι είναι *πάντοτε συνδεδεμένες με το μισθό - salary-related* - και σχεδόν ποτέ με την πιθανότητα επέλευσης του κινδύνου - risk-related).
- Οι εισφορές της προαιρετικής ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης υγείας (με χαρακτηριστικό τους γνώρισμα ότι είναι *σχεδόν πάντοτε συνδεδεμένες με την πιθανότητα επέλευσης του ασφαλιζόμενου κινδύνου -risk-related).*
- Οι απ' ευθείας από τους ασθενείς (out-of-pocket) ιδιωτικές δαπάνες και
- Οι δωρεές.

9.Το κράτος οφείλει να θεσπίσει συγκεκριμένη διαδικασία (μηχανισμό) με την οποία το σύστημα υγείας της χώρας θα εισπράξει και συγκεντρώσει τους οικονομικούς του πόρους από τα νοικοκυριά, τους οργανισμούς, τις επιχειρήσεις και τους δωρητές. Πριν από τη θέσπιση, όμως, αυτού του μηχανισμού το κράτος οφείλει να ισορροπήσει τις αναλογίες των πόρων του συστήματος υγείας, κατά τέτοιο τρόπο, ώστε, οι εισπράξεις να προέρχονται, κυριώτατα, από τις δύο πρώτες πηγές (γενική φορολογία και εισφορές υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης υγείας). Η ανάγκη της ισορροπίας αυτής στηρίζεται στη διαπίστωση ότι η χρηματοδότηση του συστήματος μέσω της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης υγείας αδυνατεί να πειθαρχήσει στη γενική αρχή ότι οι υγιείς (με χαμηλό κίνδυνο ασθένειας - low health risk) επιχορηγούν τους ασθενείς (με υψηλό κίνδυνο ασθένειας - high health risk) αφού οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες λειτουργούν, πάντοτε, με κριτήρια σύνδεσης με τις πιθανότητες επέλευσης των κατά περίπτωση ασφαλιζόμενων κινδύνων υγείας και ασθένειας (risk-related system).

10.Η απάντηση, συνεπώς, στο ερώτημα πως κατανέμεται το βάρος της

χρηματοδότησης ενός συστήματος υγείας, εξαρτάται από τις ανάλογες κρατικές επιλογές, κύρια επιδίωξη των οποίων, όμως, πρέπει να παραμένει η διασφάλιση ότι οι πλούσιοι και υγιείς επιχορηγούν τους φτωχούς και ασθενείς.

11.Έτσι, μπορούμε να διαχωρίσουμε τα δημοσίως χρηματοδοτούμενα συστήματα υγείας σε "Κρατικά Συστήματα Υγείας" και σε "Συστήματα Υγείας μέσω Κοινωνικής Ασφάλισης". Στην κατηγορία των "Κρατικών Συστημάτων Υγείας" ανήκουν τόσο τα "Συστήματα Υγείας που λειτουργούν ως κρατικές υπηρεσίες" όσο και τα "Συστήματα Υγείας που λειτουργούν αυτοτελώς" δηλαδή εκτός κρατικής δομής. Εξάλλου, στα "Συστήματα Υγείας μέσω Κοινωνικής Ασφάλισης" ανήκουν τόσο τα "Ενιαία Εθνικά Συστήματα Ασφάλισης Υγείας" που καλύπτουν το σύνολο του πληθυσμού, όσο και τα "Πολλαπλά Συστήματα Ασφάλισης Υγείας" που καλύπτουν διαφορετικές κατά περίπτωση, ομάδες πληθυσμού. Οι πόροι των "Κρατικών Συστημάτων Υγείας" προέρχονται, κυρίως, από τη γενική φορολογία, ενώ οι πόροι των "Συστημάτων Υγείας μέσω Κοινωνικής Ασφάλισης" προέρχονται, κυρίως, από τις ασφαλιστικές εισφορές. Είναι χρήσιμο να επισημανθεί ότι οι ασφαλιστικές εισφορές που καταβάλλονται από τους απασχολούμενους και τους εργοδότες συμπληρώνονται και από αντίστοιχες κρατικές ενισχύσεις. Ειδικότερα για την Ελλάδα, η ΓΣΕΕ έχει, ήδη, ζητήσει τη θέσπιση αναλογίας των ασφαλιστικών εισφορών σε σχέση 3 / 9 για το κράτος, 4 / 9 για τους εργοδότες και 2 / 9 για τους εργαζόμενους. Την αναλογία αυτή έχει, ήδη, θεσμοθετήσει το ελληνικό κράτος (Ν. 2084 / 1992, άρθρο 35 παρ. 1: το συνολικό ποσοστό εισφοράς για την ασφάλιση ασθένειας-μητρότητας καθορίζεται σε 11,45 % και επιβαρύνει κατά 3,80 % δηλ. κατά τα 3 / 9 το κράτος, κατά 5,10 % δηλ. κατά τα 4 / 9 τους εργοδότες και κατά 2,55 % δηλ. κατά τα 2 / 9 τους εργαζόμενους)) αλλά μόνο για τους νεοεισερχόμενους από 1.1.1993 στο σύστημα της ασφάλισης υγείας.

12.Ο βαθμός επιτυχίας ενός Συστήματος Υγείας προκύπτει από τη συνεκτίμηση 2 βασικών παραμέτρων:

- Του επιπέδου ποιότητας (goodness) του Συστήματος και
- Του βαθμού δικαιοσύνης (fairness) του Συστήματος.

13.Στο επίπεδο ποιότητας του Συστήματος περιλαμβάνονται :

- τόσο η εκτίμηση *του γενικού η μέσου επιπέδου υγείας* (good health) του πληθυσμού (πού γίνεται, συνήθως, *με βάση τους 3 δείκτες* : *παιδική θνησιμότητα* των κάτω των 5 ετών, *θνησιμότητα ενηλίκων* ηλικίας 15 - 59 ετών και *προσδόκιμο επιβίωσης - χωρίς ανικανότητες - κατά τη γέννηση*)
- όσο και *η ευαισθησία η ανταπόκριση (responsiveness) του Συστήματος στη ζητούμενη συνολικώς από την κοινωνία μεταχείριση λόγω των συνθηκών που δημιουργεί η κατάσταση της ασθένειας.* Η ευαισθησία αυτή *δεν αναφέρεται στην υγεία καθ' εαυτήν αλλά σε προσδοκίες, καταστάσεις, συμπεριφορές και στάσεις που αναδύονται επ' ευκαιρία του ανακύψαντος προβλήματος υγείας δηλ. της ασθένειας.* Η ευαισθησία αυτή περιλαμβάνει *το σεβασμό απέναντι στο πρόσωπο του ασθενούς* (σεβασμός στην αξιοπρέπειά του,

αποφυγή απομονωτικής συμπεριφοράς έναντι όσων πάσχουν από μεταδοτικές ασθένειες, ιατρικό απόρρητο, δικαίωμα επιλογής της ιατρικής μεταχείρισης) αλλά και *το σεβασμό απέναντι στον πελάτη - ασθενή* (άμεση παροχή ιατρικής μέριμνας στις περιπτώσεις επείγοντος, λογικός χρόνος αναμονής στις μη επείγουσες περιπτώσεις, παροχή νοσηλείας με συνθήκες ποιότητας δηλ. καθαριότητας, επαρκούς χώρου και καλής διατροφής, ευχερής προσπέλαση των συγγενών στο δίκτυο νοσηλείας, δικαίωμα επιλογής από τον ασθενή του νοσηλευτηρίου η του ιατρού).

14.Στο επίπεδο *της δικαιοσύνης* του Συστήματος περιλαμβάνεται:

- τόσο *η διάχυση του γενικού επιπέδου υγείας στο σύνολο του πληθυσμού* με την εξάλειψη αντίστοιχων αδικιών και ανισοτήτων μεταξύ ατόμων και *ομάδων (αριστοποίηση ισότητας στο επίπεδο ποιότητας της υγείας)*
- όσο και *η διάχυση της ευαισθησίας του Συστήματος στο σύνολο του πληθυσμού χωρίς αντίστοιχες διακρίσεις ατόμων η ομάδων* (αριστοποίηση της ευαισθησίας του Συστήματος στην ισότητα των δικαιωμάτων σεβασμού *κάθε δικαιούχου ως προσώπου και ως ασθενούς).*

15.Για τη συνολική, όμως, αξιολόγηση ενός Συστήματος Υγείας οι πιο πάνω συντελεστές (επίπεδο ποιότητας και βαθμός δικαιοσύνης) καλύπτουν μόνο τα 6 / 8 της συνολικής βαθμολόγησης του Συστήματος. Τα υπόλοιπα 2 / 8 της συνολικής βαθμολόγησης συνεκτιμά ο βαθμός δίκαιης χρηματοδότησης (fair - financing) του Συστήματος.

16.Συνεπώς, οι συντελεστές στάθμισης ενός Συστήματος Υγείας και διαβάθμισης της επιτυχίας του απεικονίζονται στον ακόλουθο πίνακα:

Κριτήρια βαθμολόγησης	**Συντελεστής βαθμ/σης**
Ποιότητα	**37,5 %**
Μέσο επίπεδο υγείας	25 %
Μέσο επίπεδο ευαισθησίας Συστήματος	12,5 %
Δικαιοσύνη	**37,5 %**
Διάχυση του επιπέδου υγείας	25 %
Διάχυση του επιπέδου ευαισθησίας	12,5 %
Δικαιοσύνη στη χρηματοδότηση του Συστήματος	**25 %**
Σύνολο	100 %

17.Οι πηγές, συνεπώς και ο τρόπος χρηματοδότησης του Συστήματος Υγείας αποκτούν *εξαιρετική σημασία για την ίδια την ύπαρξη του Συστήματος*. Δικαιοσύνη στη χρηματοδότηση του Συστήματος σημαίνει ότι κάθε νοικοκυριό συμμετέχει στο

κόστος λειτουργίας του Συστήματος *με βάση όχι τους κινδύνους ασθένειας και τις επαγόμενες πιθανότητες χρήσης των υπηρεσιών υγείας αλλά τις οικονομικές του δυνατότητες*. Η διασφάλιση της δίκαιης κατανομής του βάρους συγκρότησης και λειτουργίας του Συστήματος Υγείας αναφέρεται στην αρχή *"από τον καθένα ανάλογα με τις οικονομικές του δυνατότητες"* που σημαίνει *ισότητα στην επιβολή, την είσπραξη και τη συγκέντρωση των πόρων του Συστήματος*.

18.Η *επέκταση και διάχυση του κινδύνου* με την υποχρέωση των πλουσίων και των υγιών (κυρίως νέων) να επιχορηγούν τους φτωχούς και τους ασθενείς (κυρίως ηλικιωμένους) ικανοποιεί το κριτήριο της κοινωνικής δικαιοσύνης αλλά και εξασφαλίζει την προστασία των πλέον ευπαθών δικαιούχων τόσο από τους *κινδύνους υγείας (health risks)* όσο και από τους *κινδύνους οικονομικής καταστροφής (financial risks)*.

19.Πράγματι, στον τομέα της υγείας αντιμετωπίζεται, παράλληλα με τον κίνδυνο ασθένειας και *ο οικονομικός κίνδυνος ως σύνηθες επακόλουθο των συνεπειών της ασθένειας*. Τα άτομα η τα νοικοκυριά, για να αγοράσουν τις αναγκαίες υπηρεσίες υγείας:

- Ωθούνται η εξαναγκάζονται σε οικονομική καταστροφή η περιέρχονται σε κατάσταση απόλυτης φτώχειας με την πώληση της περιουσίας τους η με τον υπερδανεισμό τους και μάλιστα με πολύ επαχθείς όρους η
- Εξαναγκάζονται να αποστερηθούν την ίδια την υγεία τους στις περιπτώσεις που δεν έχουν περιουσία να πωλήσουν η δεν μπορούν να δανειστούν ακόμη και με πολύ επαχθείς όρους.

20.Επισημαίνεται, μάλιστα, ότι η κατάσταση αυτή οικονομικής καταστροφής η απώλειας της υγείας χαρακτηρίζει, ασφαλώς, όλες τις πτωχές χώρες, *συναντάται, όμως και σε χώρες μέσου και υψηλού εισοδήματος* στις οποίες τμήμα του πληθυσμού προστατεύεται ανεπαρκώς έναντι του οικονομικού κινδύνου. Είναι, επίσης, χρήσιμο να επισημανθεί η διαπίστωση της Π.Ο.Υ. (Έκθεση 1999 σελ. 43) ότι *οι ιδιώτες παραγωγοί υγείας αποτελούν τα πρώτα σημεία επαφής με το Σύστημα Υγείας στις χώρες του τρίτου κόσμου*. Η σημασία της διαπίστωσης έγκειται ότι στις χώρες αυτές *η στενότητα των δημοσίων οικονομικών δεν επιτρέπει την ανάπτυξη κρατικών Συστημάτων Υγείας*.

5. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Κύρια λειτουργία ενος εθνικού Συστήματος Υγείας είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας. Όλες οι λοιπές λειτουργίες του αποκτούν σημασία επειδή, ακριβώς, συνεισφέρουν στην παροχή αυτή.

Μέγιστη αποτυχία ενός εθνικού Συστήματος Υγείας αποτελεί η πραγματοποίηση αποτελεσματικών και οικονομικά προσεγγίσιμων παρεμβάσεων υγείας που, όμως, δεν φθάνουν στους πληθυσμούς για τους οποίους παράγονται.

Ενόψει των μεταρρυθμίσεων στο ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας επιβάλλεται να αναζητήσουμε τις αιτίες αυτού του φαινομένου που θεωρείται η μέγιστη δυνατή αποτυχία του Συστήματος.

Σύμφωνα με την πρόσφατη διεθνή βιβλιογραφία η αδυναμία ενός εθνικού συστήματος Υγείας να φθάσει σ΄ολόκληρο τον πληθυσμό μπορεί να οφείλεται :

Σε ανεπάρκεια ιατρικών ειδικεύσεων που σημαίνει αποτυχία του συστήματος εκπαίδευσης,

Σε ελλείψεις ιατρικού εξοπλισμού που σημαίνει αποτυχία των επενδυτικών επιλογών,

Σε ελλείψεις φαρμάκων που σημαίνει αποτυχία του συστήματος αγορών προμηθειών,

Σε μη ανεκτές τιμολογήσεις των παραγόμενων υπηρεσιών υγείας που σημαίνει αποτυχία του συστήματος επαρκούς χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας,

Σε οργανωτικές δυσλειτουργίες που σημαίνει ότι έχουν ακολουθηθεί λανθασμένοι συνδυασμοί και διευθετήσεις μεταξύ των εμπλεκομένων στην παροχή των υπηρεσιών υγείας παραγόντων.

Η περίπτωση των οργανωτικών δυσλειτουργιών σημαίνει ότι χωρίς να υπάρχουν προβλήματα εισροής πόρων και επάρκειας στη χρηματοδότηση του Συστήματος αλλ’ ούτε και προβλήματα έγκαιρης και σωστής κατανομής της χρηματοδότησής του, οι επιλεγείσες παρεμβάσεις υγείας αδυνατούν να φθάσουν σ’ αυτούς που τις έχουν ανάγκη επειδή:

δημιουργούνται αντικίνητρα η λανθασμένα κίνητρα και

αναλαμβάνονται εσφαλμένες επιλογές σε σχέση

με τις υπηρεσίες υγείας που πρέπει να παραχθούν,

με τις ομάδες του πληθυσμού που πρέπει οι υπηρεσίες αυτές να αφορούν,

με τις υπηρεσίες υγείας που πρέπει να [προταχθούν δηλαδή να παραχθούν κατά προτεραιότητα, όταν εμφανίζεται αδύνατηη κάλυψη όλων των συναφών αναγκών η επιθυμιών του πληθυσμού.

Είναι σαφές ότι το συζητούμενο Σχέδιο Μεταρρύθμισης δεν έχει υποστεί τη βάσανο των αναζητήσεων αυτών. Σε πολλά σημεία διατυπώνει θέσεις χωρίς αντίστοιχη αιτιολόγησή . Το Σχέδιο χρειάζεται *αναμόρφωση: πρωτίστως, πρέπει να πείσει* για την ορθότητα των επιλογών του. *Παρόμοιας εμβέλειας προσπάθειες προαπαιτούν μεγάλου εύρους συναινέσεις για να ευοδοθούν.* Αλλιώς αποτυγχάνουν, ακόμη κι αν ψηφισθούν από την Βουλή και θεσμοθετηθούν.

Στη σειρά των πρωτοβουλιών της ΓΣΕΕ για τη διασφάλιση των προϋποθέσεων επιτυχούς αναμόρφωσης και μεταρρύθμισης του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης (ΣΚΑ) της χώρας, η Συνομοσπονδία αναλαμβάνει, σήμερα, **μια νέα σημαντική, πιστεύουμε, πρωτοβουλία**.

Μια **πρωτοβουλία ουσίας** που έρχεται να καλύψει ένα σοβαρό κενό:

Εν όψη της αναμενόμενης κυβερνητικής πρότασης για την αναμόρφωση του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης **παραμένουν εκτός πεδίου μελέτης και αναλυτικής επεξεργασίας συγκεκριμένες σοβαρές πτυχές του θέματος.** Το Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών έχει, ήδη, αναθέσει τη διεξαγωγή σειράς σχετικών μελετών στο βρετανικό οίκο GAD (GOVERNMENT ACTUARY'S DEPARTMENT) που αναμένεται να παραδοθούν **μέχρι το τέλος του Ιανουαρίου 2001**, οπότε σύμφωνα με τις κυβερνητικές δεσμεύσεις και θα αρχίσει ο κοινωνικός διάλογος για το ασφαλιστικό.

Πρέπει, όμως, να επισημανθεί ότι οι αναμενόμενες μελέτες δεν καλύπτουν το σύνολο των πτυχών του θέματος αφού αφήνουν εκτός πεδίου αναλυτικών προσεγγίσεων μείζονος σημασίας πτυχές της κοινωνικο-ασφαλιστικής προστασίας. Διαγράφεται, συνεπώς, ο κίνδυνος **προσέγγισης** συγκεκριμένων, μόνον, πτυχών της σχεδιαζόμενης κοινωνικο-ασφαλιστικής μεταρρύθμισης. Αυτές, ακριβώς, τις αδυναμίες θέλουμε να καλύψουμε εγκαίρως, ώστε, με την ολοκλήρωση των μελετών του βρετανικού οίκου να έχουμε και εμείς ολοκληρώσει τις δικές μας μελέτες και αναλυτικές επεξεργασίες, με τις οποίες θα διασφαλίζεται **η όσο το δυνατόν ολοκληρωμένη προσέγγιση όλων των πτυχών του προβλήματος.**

Επισημαίνουμε, ότι, η ΓΣΕΕ **έχει, ήδη, επεξεργασθεί ένα συνεκτικό και συνεπές σχέδιο μεταρρύθμισης** του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης της χώρας ως «ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΠΡΟΤΑΣΗ» του συνδικαλιστικού κινήματος. Η πρόταση αυτή αποτελεί **ένα σύνθετο πολιτικό και τεχνοκρατικό κείμενο και καλύπτει το σύνολο των θεσμικών, οργανωτικών και λειτουργικών διαστάσεων της κοινωνικο-ασφαλιστικής μεταρρύθμισης.**

Εκτός από αυτή την ολοκληρωμένη και σύνθετη εναλλακτική πρότασή της, η ΓΣΕΕ έχει, επίσης προχωρήσει σε συγκεκριμένες προτάσεις και επεξεργασίες και πρωτοβουλίες **σε σειρά θεμάτων** κοινωνικο-ασφαλιστικής διάστασης.

Στα πλαίσια των πρωτοβουλιών αυτών η ΓΣΕΕ επεχείρησε, για πρώτη φορά στην Ελλάδα, την αναλογιστική προσέγγιση των μεγεθών του ελληνικού κοινωνικο-ασφαλιστικού ισοζυγίου, με βάση συγκεκριμένες παραδοχές. Υπενθυμίζω, ότι σύμφωνα με τους υπολογισμούς μας αυτούς, το αναλογιστικό ισοζύγιο του ΣΚΑ παρουσιάζει **«έλλειμμα 48,4 τρις. δρχ. δηλ. αναλογιστικό έλλειμμα ίσο με το 127,6% του ΑΕΠ του 1998**.(ετήσια Έκθεση ΓΣΕΕ του 1999). Επιθυμώ να τονίσω,

ότι, **παρόμοια προσέγγιση δεν έχει επιχειρηθεί ποτέ, μέχρι σήμερα, από οποιονδήποτε άλλο φορέα, δημόσιο ή ιδιωτικό.**

Ολοκληρωμένες, όμως, ήταν και οι προτάσεις της ΓΣΕΕ και σε σειρά άλλων κυβερνητικών πρωτοβουλιών όπως:

- Στη διαδικασία του προηγηθέντος θεματικού (6 ενότητες) κοινωνικού διαλόγου για την κοινωνική ασφάλιση,
- Στη διαδικασία της νομοθετικής προώθησης του λεγόμενου «μικρού πακέτου» που κατέληξε στην ψήφιση του Ν. 2676/1999,
- Στη διαδικασία προώθησης της ΑΕΔΑΚ του ΙΚΑ-ΟΑΑΕ-ΤΑΕ όπου η ΓΣΕΕ ζήτησε ειδικές ρήτρες διασφάλισης των συμφερόντων των ασφαλιστικών οργανισμών.
- Στη διαδικασία διαμόρφωσης κανόνων επενδυτικής συμπεριφοράς για την αξιοποίηση του 12% των διαθέσιμων των ασφαλιστικών ταμείων από την αρμόδια επιτροπή της Τράπεζας Ελλάδος (άρθρο 42,Ν.2676/99).

Η πλέον πρόσφατη πρωτοβουλία της ΓΣΕΕ υπήρξε η αναφορά στην τελευταία ΕΓΣΣΕ ειδικού άρθρου (αρθρο 13) όπου αναγνωρίστηκε η ανάγκη αναμόρφωσης του κοινωνικο-ασφαλιστικού συστήματος της χώρας και καταγράφηκαν 9 σημεία σύμπτωσης των απόψεων των 4 κορυφαίων κοινωνικών οργανώσεων της χώρας. Είναι χρήσιμο να επισημανθεί ότι σύμφωνα με το άρθρο 13 της ΕΓΣΣΕ 2000-2001 υπογραμμίζεται «η ανάγκη αναμόρφωσης του συστήματος κοινωνικών ασφαλίσεων μέσα από τεκμηριωμένο διάλογο, με την συμμετοχή των κοινωνικών φορέων, με στόχο την οικονομική βιωσιμότητα και την κοινωνική αποτελεσματικότητα» και καταγράφονται **οι αναγκαίες προϋποθέσεις επίλυσης του προβλήματος** ως 9 σημεία συμφωνίας των 4 οργανώσεων. Ειδικότερα οι 4 οργανώσεις συμφωνούν για την:

- Οργανωτική συγκρότηση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης μετά από μελετημένο και τεκμηριωμένο διάλογο με τους κοινωνικούς φορείς για την ενοποίηση των ομοειδών Ταμείων κύριας σύνταξης.
- Αποκατάσταση της πλειοψηφίας στα Διοικητικά Συμβούλια των Ταμείων των εκπροσώπων των Κοινωνικών Φορέων.
- Συγκρότηση στην κοινωνική ασφάλιση ενός συστήματος κεφαλαιοποιητικών και διανεμητικών στοιχείων.
- Εφαρμογή της τριμερούς χρηματοδότησης σε αναλογία 2/9, 3/9, 4/9 (εργαζόμενοι, κράτος, εργοδότες) προκειμένου η εξασφάλιση των απαιτούμενων πόρων να πραγματοποιηθεί χωρίς την επιβάρυνση των οικονομικών των ασφαλιστικών οργανισμών και χωρίς αύξηση των εισφορών εργοδοτών και εργαζομένων για να αποφευχθεί η επιβάρυνση του κόστους παραγωγής.
- Αποτελεσματική ρύθμιση των χρεών των ασφαλιστικών ταμείων.
- Αποτελεσματική πάταξη της εισφοροδιαφυγής, της παράνομης και ανασφάλιστης εργασίας ελλήνων και ξένων εργατών.
- Χορήγηση αυξήσεων στις κατώτερες συντάξεις αντίστοιχων με τις αυξήσεις της Ε.Γ.Σ.Σ.Ε.

- Η ενοποίηση των κλάδων υγείας ή η μεταφορά τους σε άλλο φορέα θα πρέπει να είναι αποτέλεσμα διαλόγου με τους κοινωνικούς φορείς.
- Χρήση πληροφοριακών μέσων στην διοίκηση και λειτουργία της κοινωνικής ασφάλισης, με παράλληλη ανάπτυξη πολιτικής προσωπικού και διαρκούς επιμόρφωσής του στα ασφαλιστικά Ταμεία, την Πρόνοια και την Υγεία στην κατεύθυνση εξυπηρέτησης των ασφαλισμένων και των συνταξιούχων.

Είναι, επίσης άξια προσοχής η ρητή διακήρυξη ότι «η αναμόρφωση της κοινωνικής ασφάλισης προϋποθέτει **μέτρα άμεσης απόδοσης και θεσμικές παρεμβάσεις μακράς πνοής** στις θεμελιακές πτυχές της (οργάνωση, λειτουργία, διοίκηση, χρηματοδότηση, παροχές, εξυπηρέτηση ασφαλισμένων-συνταξιούχων)».

Με βάση το σύνολο και το εύρος των πιο πάνω παρεμβάσεών της η ΓΣΕΕ είναι συνεπής στην εκπλήρωση του χρέους της απέναντι στους ασφαλισμένους και τους συνταξιούχους,να έχει και γνώση των θεμάτων αυτών και έτοιμο κείμενο τεκμηριωμένων προτάσεων – θέσεων.

Η σοβαρότητα του θέματος της κοινωνικο-ασφαλιστικής προστασίας και οι διαφαινόμενες σοβαρότατες εξελίξεις στην Ελλάδα στην εντός της ΟΝΕ εποχής και του αναμορφούμενου ευρωπαϊκού κοινωνικού μοντέλου μετά τη σύνδεση των εξελίξεων στις χώρες μέλη με τις ευρύτερες ευρωπαϊκές εξελίξεις (ήδη μετά τη Σύνοδο Κορυφής της Λισσαβώνας λειτουργεί η ευρωπαϊκή Επιτροπή Κοινωνικής Προστασίας), δεν επιτρέπουν τον οποιονδήποτε εφησυχασμό μας.

Οι εξελίξεις τρέχουν και νέα ζητήματα, άγνωστα μέχρι σήμερα διαρκώς ανακύπτουν και διαφοροποιούν το σκηνικό:

- Ποιες μπορεί να είναι οι επιπτώσεις της εισαγωγής του ενιαίου ευρωπαϊκού νομίσματος στην κοινωνικο-ασφαλιστική προστασία;
- Σε ποιο βαθμό μειώνεται η εθνική δυνατότητα ρύθμισης των θεμάτων της κοινωνικής προστασίας με την εφαρμογή των διατάξεων των άρθρων 104Γ παρ. 1 και 105 παρ. της Συνθήκης για την Ε.Ε.;
- Ποιες συγκεκριμένες ρυθμίσεις αναμόρφωσης ή μεταρρύθμισης των αντίστοιχων συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης πραγματοποιήθηκαν στις χώρες μέλη της Ε.Ε. και πως αξιολογείται η μέχρι σήμερα εφαρμογή τους;
- Ποιο είναι σήμερα το ευρωπαϊκό κοινωνικο-ασφαλιστικό κεκτημένο με βάση τις ισχύουσες ρυθμίσεις σε ευρωπαϊκό ενωσιακό επίπεδο;
- Σε ποια έκταση η κοινωνική ασφάλιση κινδυνεύει να εκτοπισθεί από την ιδιωτική κερδοσκοπική ασφάλιση και ποιες ακριβώς, νομοθετικές ή φορολογικές διευκολύνσεις ευνοούν αυτόν τον εκτοπισμό; Σε τι συνίσταται η ελληνική ιδιαιτερότητα σε σχέση με την αντίστοιχη πραγματικότητα των λοιπών χωρών μελών;
- Ποιες ακριβώς, ποσοτικές προσεγγίσεις (πέραν εκείνων που επεξεργάζεται η βρετανική υπηρεσία με βάση την ανάθεση του Κέντρου Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών) στα ελληνικά κοινωνικο-ασφαλιστικά μεγέθη επιβάλλεται να πραγματοποιηθούν στην πορεία μιας πλήρους εποπτείας της εικόνας της ασφαλιστικής προστασίας στην Ελλάδα;

- Κατά τη γνώμη μας, η πλήρης αποτύπωση της κατάστασης του ΣΚΑ θα επιτευχθεί στο πλαίσιο της αναλογιστικής μελέτης που εκπονείται για λογαριασμό της κυβέρνησης μόνο υπό την προϋπόθεση ότι η προσέγγιση θα γίνει άτομο προς άτομο και όχι με μέσους όρους.
- Πώς εξειδικεύονται τα 9 σημεία συμφωνίας των 4 κοινωνικών οργανώσεων που έχουν αποτυπωθεί στο άρθρο 13 της ΕΓΣΣΕ 2000-2001;
- Με βάση όλα τα πιο πάνω **ποιες λύσεις εμφανίζονται ως περισσότερο πρόσφορες αλλά και εφικτές** για την μεταρρύθμιση του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης της χώρας, με κριτήρια **την μεγιστοποίηση της κοινωνικής του αποτελεσματικότητας και της οικονομικής του βιωσιμότητας;**

Είναι σαφές ότι η διερεύνηση των πιο πάνω πτυχών αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία οποιασδήποτε αντιμετώπισης μακράς πνοής του κοινωνικο-ασφαλιστικού προβλήματος της χώρας. Είναι αδιανόητη οποιαδήποτε πρωτοβουλία για την επίλυση του ζητήματος χωρίς να έχει προηγηθεί η πλήρης διασάφηση των πιο πάνω σημείων.

Η ΓΣΕΕ θα είναι πανέτοιμη να αντιμετωπίσει όχι μόνο πολιτικά και συνδικαλιστικά αλλά και τεχνοκρατικά το σύνολο των θεμάτων της ασφαλιστικής προστασίας στην Ελλάδα και να προτείνει τις πλέον ενδεδειγμένες λύσεις για ένα κοινωνικά αποτελεσματικά αλλά και οικονομικά βιώσιμο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΣΚΑ).

Γι' αυτόν, ακριβώς, το λόγο ανακοινώνει, σήμερα, τη συγκρότηση ειδικής 5μελούς Επιστημονικής Επιτροπής για τη συνολική μελέτη του ασφαλιστικού ζητήματος και την υποβολή συγκεκριμένης δέσμης προτάσεων για τις πλέον πρόσφορες λύσεις ενόψη των εξελίξεων στην Ε.Ε. και της εισαγωγής του ενιαίου ευρωπαϊκού νομίσματος.

Η Επιτροπή που συγκροτήσαμε αποτελείται από γνωστούς επιστήμονες (κατά το πλείστον πανεπιστημιακούς καθηγητές) με βαθιά γνώση του κοινωνικο-ασφαλιστικού ζητήματος σε εθνικό, ευρωπαϊκό και ευρύτερα διεθνές επίπεδο.

Την Επιτροπή αποτελούν:

1. Ρομπόλης Σάββας, *Καθηγητής του Παντείου Πανεπιστημίου και Επιστημονικός Διευθυντής του ΙΝΕ-ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ*
2. Πετραλιάς Νικόλαος, *Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών*.
3. Στεργίου Άγγελος, *Αναπλ. Καθηγητής Α.Π.Θ.*
4. Γράβαρης Διονύσης, *Επικ. Καθηγητής Πανεπιστημίου Κρήτης*
5. Ρωμανιάς Γεώργιος, *Ειδ. Επιστημονικός συνεργάτης του ΙΝΕ-ΓΣΕΕ/ΑΔΕΔΥ*

Τον συντονισμό της λειτουργίας της Επιτροπής θα έχει ο καθηγητής και Επιστημονικό Διευθυντής Σ. Ρομπόλης.

Η Επιτροπή θα προχωρήσει στην εξέταση των πιο πάνω ζητημάτων που καταγράφηκαν αλλά θα έχει την ευχέρεια να εμπλουτίσει τη σχετική μελέτη της και με άλλα θέματα που, κατά την άποψή της, η αναλυτική τους επεξεργασία κρίνεται αναγκαία για την αναζήτηση των πιο ενδεδειγμένων λύσεων.

Η μελέτη και οι σχετικές προτάσεις της Επιτροπής θα ενισχύουν την επιστημονική τεκμηρίωση των θέσεων της ΓΣΕΕ για την μεταρρύθμιση του ΣΚΑ στην Ελλάδα και φυσικά αυτή η επιστημονική τεκμηρίωση θα αποτελέσει ένα πρόσθετο όπλο στους μεγάλους αγώνες που θα αναπτύξει η ΓΣΕΕ για την ενίσχυση του δημοσίου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης και την αποτροπή λογικών που ήδη έχουν εκφραστεί για αποδυνάμωση του συστήματος και περαιτέρω υποβάθμιση των ασφαλιστικών προϋποθέσεων και παροχών.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ Γ.Σ.Ε.Ε. ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΤΑΓΜΑΤΟΣ

Η ΓΣΕΕ εν όψη της επικείμενης αναθεώρησης του Συντάγματος κατέθεσε τις δικές της προτάσεις αξιοποιώντας ακόμη ένα πεδίο παρέμβασης με στόχο την αποτελεσματικότερη θεσμική κατοχύρωση των εργασιακών και κοινωνικών δικαιωμάτων.

Άρθρο 5§2

Με την είσοδο και εγκατάσταση χιλιάδων μεταναστών στη χώρα την τελευταία δεκαετία και εν όψει της υποχρεωτικής σύγκλισης με την προστατευτική νομοθεσία του διεθνούς μεταναστευτικού δικαίου και της συμμόρφωσης προς τους γενικά παραδεγμένους κανόνες του διεθνούς δικαίου, κρίνεται δόκιμη η προσθήκη διάταξης, σύμφωνα με την οποία στους αλλοδαπούς στους οποίους παρέχεται (πολιτικό) άσυλο και τους νομιμοποιούμενους οικονομικούς μετανάστες, σύμφωνα με τον νόμο, αναγνωρίζεται η αρχή της εθνικής μεταχείρισης, όσον αφορά την απόλαυση των κοινωνικών δικαιωμάτων, καθώς και των ατομικών δικαιωμάτων και ελευθεριών, με εξαίρεση εκείνων για τα οποία το Σύνταγμα απαιτεί την ελληνική ιθαγένεια.

Άρθρο 7

Σε περίπτωση αποδοχής πρότασης κατάργησης της θανατικής ποινής και λαμβανομένου υπόψη των τρομακτικών διαστάσεων που έχουν προκαλέσει η διακίνηση και εμπορία ναρκωτικών, με ανυπολόγιστες κοινωνικές συνέπειες, να περιληφθεί επιφύλαξη – εξαίρεση, για τα κακουργήματα του στρατιωτικού ποινικού κώδικα, τα εγκλήματα κατά της πολιτειακής εξουσίας εν καιρώ πολέμου και την κατ’ επάγγελμα άσκηση εμπορίας και διακίνησης ναρκωτικών.

Άρθρο 10

Το δικαίωμα αναφοράς προς τις αρχές, ασκούμενο ατομικά ή συλλογικά, αποτελεί βασικό θεμελιώδες δικαίωμα επικοινωνίας του πολίτου με τους φορείς της εκτελεστικής λειτουργίας και αντίστοιχη υποχρέωση της δημόσιας αρχής για την έγγραφη απάντηση, επί του αντικειμένου του ερωτήματος ή αιτήματος. Δυστυχώς η έλλειψη σχετικής συμπληρωματικής ρύθμισης στο Σύνταγμα, αποψιλωθείσα έτι περισσότερο, με το χουντικό Ν.Δ.796/71 «*περί της ασκήσεως του δικαιώματος του αναφέρεσθαι*», παγίωσε μία όλως αρνητική θέση της δημόσιας διοίκησης, με αποτέλεσμα την αποδυνάμωση και σχεδόν την πλήρη ανενέργια της σχετικής συνταγματικής διάταξης. Προκειμένου να προστατευθεί και αξιοποιηθεί ο πυρήνας του δικαιώματος, αναγκαίος καθίσταται ο από το Σύνταγμα προσδιορισμός των σχετικών προθεσμιών, εντός των οποίων υποχρεούται η δημόσια αρχή σε

απάντηση καθώς και οι ποινικές, διοικητικές και αστικές κυρώσεις, σε περίπτωση μη τήρησης των προθεσμιών αυτών ή αδικαιολόγητης άρνησης απάντησης στο σχετικό αίτημα.

Άρθρο 12§4

Η διάταξη της αναφερόμενης παραγράφου, «*Με νόμο μπορούν να επιβληθούν περιορισμοί στο δικαίωμα των δημοσίων υπαλλήλων να συνεταιρίζονται. Περιορισμοί του δικαιώματος αυτού μπορεί να επιβληθούν και στους υπαλλήλους οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης ή άλλων νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου ή δημοσίων επιχειρήσεων*», ανήκει ήδη στην κατηγορία των συνταγματικών ρυθμίσεων που κατέστησαν ανενεργοί, λόγω της εντωμεταξύ διαμορφωθείσης κοινωνικής και ιστορικής πραγματικότητας και πρέπει να απαλειφθεί από το συνταγματικό κείμενο.

Άρθρο 22§1

Το δικαίωμα της εργασίας αποτελεί, το μεν ατομικό δικαίωμα ελεύθερης επιλογής επαγγέλματος και επαγγελματικής εγκατάστασης, το δε δικαίωμα κοινωνικού περιεχομένου, με αντίστοιχη υποχρέωση του Κράτους, τη δημιουργία συνθηκών απασχόλησης, ανάλογων με τα τυπικά και ουσιαστικά προσόντα, εκπαίδευση, εμπειρία και ικανότητα του ατόμου, καθώς και την εξασφάλιση ενός minimum επιπέδου συνθηκών εργασίας και αμοιβής.

Ο συνταγματικός νομοθέτης, με τη διάταξη του άρθρου 22 παρ. 1, ενώ αναγνωρίζει την εργασία ως δικαίωμα προστατευόμενο από το Κράτος, το οποίο μεριμνά για τη δημιουργία συνθηκών απασχόλησης όλων των πολιτών, δεν προχωρεί στην κατοχύρωση της παράλληλης αξίωσης από τον πολίτη για απασχόληση, με διοικητικά, ένδικα ή άλλα μέσα, με συνέπεια η σχετική συνταγματική διάταξη να περιβάλλεται με σαφώς διακηρυκτικό-προγραμματικό χαρακτήρα, απλής παράθεσης κανόνων ενδοτικού περιεχομένου και ισχύος.

Η εγγενής αυτή αδυναμία της αναφερόμενης διάταξης, εφόσον δεν είναι εφικτή η μετατροπή της σε αγώγιμο κοινωνικό δικαίωμα, έχει περιθώριο ελάχιστης κάλυψης, με την αναγνώριση και κατοχύρωση του κοινωνικού κεκτημένου.

Η αρχή αυτή, οριοθετεί και προσδιορίζει την κοινωνική εξέλιξη, διασφαλίζοντας το εύρος των κοινωνικών κατακτήσεων, με την καταγραφή θεμελιώδους δικαιώματος, είτε το πρώτον αναγνωριζόμενου, είτε με την επέκταση ήδη θεσμοθετηθέντος κοινωνικού δικαιώματος. Στην αντίθετη περίπτωση, διακόπτεται η κοινωνική ροή του Συντάγματος, που επιδιώκει, σύμφωνα με τη διακηρυκτική του αρχή, την συνεχή και αδιάλειπτη διεύρυνση των δικαιωμάτων που συγκροτούν το Κράτος Πρόνοιας. Προς την κατεύθυνση αυτή προσαρμόζεται, τόσο η διεθνής κοινότητα, όσο και η εθνική πρακτική και νομολογία, όπως η 4319/90 απόφαση

του Σ.Ε., σύμφωνα με το σκεπτικό της οποίας, δύναται ο νομοθέτης να τροποποιήσει ρυθμίζουσες διατάξεις, ώστε να βελτιώνονται οι συνθήκες διαβίωσης, δεν μπορεί όμως σε καμμία περίπτωση να επιδεινώνει το υφιστάμενο καθεστώς.

Η αναγνώριση του σχετικού κοινωνικού κεκτημένου, απευθείας από το θεμελιώδη Νόμο, αποτελεί ελάσσωνα επιβεβαίωση της αληθούς ερμηνείας του κοινωνικού περιεχομένου του Συντάγματος 75/86, ενώ συγχρόνως επιβάλλει αποτρεπτικό κανόνα ανακοπής της δυναμικής ανέλιξης των συνταγματικών κοινωνικών διατάξεων.

Σημείωση: βλ. παράρτημα για το Κοινωνικό Κεκτημένο.

Άρθρο 23§2 (α)

Συνταγματική κατοχύρωση, όπως στα συντάγματα Πορτογαλίας και Κρατιδίου της Έσσης, της διάταξης του άρθρου 22 του Ν.1264/82, με την οποία απαγορεύεται η απεργία και ανταπεργία των εργοδοτών, για την περίπτωση σύγκρουσης στο μέλλον, μεταξύ της αναφερόμενης διάταξης και αντιθέτου περιεχομένου διάταξης διεθνούς συμβάσεως ή παραδεγμένου κανόνα δικαίου αυξημένης τυπικής ισχύος, σύμφωνα με το άρθρο 28§1 του Συντάγματος.

Άρθρο 23§2 (β)

Η νόμιμη σύσταση των συνδικαλιστικών οργανώσεων, συντελείται με σχετική απόφαση του αρμοδίου δικαστηρίου, το οποίο δέχεται τη σχετική αίτηση, εφόσον συντρέχουν οι υπό του νόμου καθοριζόμενοι όροι (α. 81 Α.Κ.). Η αυτή διαδικασία τηρείται και στην περίπτωση τροποποίησης του καταστατικού (α. 84 Α.Κ.). Έτσι, οι ισχύουσες διατάξεις για τα κοινά σωματεία του Αστικού Κώδικα, που αφορούν την σύσταση και την τροποποίηση του καταστατικού τους, εφαρμόζονται, αναλόγως και για τις συνδικαλιστικές οργανώσεις (α. 1 παρ. 1. εδ. β. Ν. 1264/82).

Η πρακτική της δικαστικής επικύρωσης της σύστασης του σωματείου και τροποποίησης του καταστατικού του, αποτελεί πρωτότυπη μοναδικότητα στο δικαιικό ευρωπαϊκό χώρο, του οποίου οι αντίστοιχες έννομες ρυθμίσεις, δεν προβλέπουν την οποιαδήποτε συμμετοχική παρουσία της δικαστικής λειτουργίας. Φρονούμε ότι μία προσθήκη στο άρθρο 23, με τη μορφή ερμηνευτικής δήλωσης, μη ανάδρομου χαρακτήρα, η οποία θα περιορίζει την αναγνώριση της συνδικαλιστικής οργάνωσης, στην απλή δηλοποίηση της σύστασής της και την εγγραφή της σε ειδικό βιβλίο για την τήρηση της αρχής της δημοσιότητας, αποτελεί α) απλούστευση της διαδικασίας β) αποφυγή εξόδων γ) προσαρμογή προς τα διεθνώς κρατούντα και δ) μη ανάμειξη οποιουδήποτε φορέα της εξουσίας, στα interna της συνδικαλιστικής αυτοργάνωσης. Η πρόταση αποκαθιστά την αναβλητικότητα και το δισταγμό του κοινού νομοθέτη, να αποφασίσει την

απλούστευση της σχετικής διαδικασίας και να αναγνωρίσει την πλήρη ανεξαρτησία του συνταγματικά αναγνωρισμένου θεσμού της συνδικαλιστικής έκφρασης.

Άρθρο 25§1

Προσθήκη διάταξης, διασφαλίζουσας κατά τρόπο μη υποκείμενο σε οποιαδήποτε επιφύλαξη, τον πυρήνα των θεμελιωδών δικαιωμάτων, σε συνδυασμό με την αναγνώριση του (σχετικού) κοινωνικού κεκτημένου. Στην έννοια των θεμελιωδών δικαιωμάτων περιλαμβάνονται όλα τα αναφερόμενα στο Μέρος Δεύτερο, άρθρα 4-24 κοινωνικά και ατομικά δικαιώματα και ελευθερίες, με την επιφύλαξη του άρθρου 106§2 (Η ιδιωτική οικονομική πρωτοβουλία δεν επιτρέπεται να αναπτύσσεται σε βάρος της ελευθερίας και της ανθρώπινης αξιοπρέπειας ή προς βλάβη της εθνικής οικονομίας).

Η σχετική προσθήκη να ακολουθήσει την τελευταία μετά την άνω τελεία, πρόταση της παραγράφου 1.

Σημείωση: βλ. παράρτημα για το Κοινωνικό Κεκτημένο.

Άρθρο 31

Στα προσόντα για την εκλογή Προέδρου Δημοκρατίας, μεταξύ άλλων, ορίζεται η εκ πατρός ελληνική καταγωγή, διάταξη εξ' εκείνων που χαρακτηρίζονται ως αντισυνταγματικές διατάξεις του Συντάγματος, ευρισκομένη σε πλήρη αντίθεση στη θεμελιώδη και μη αναθεωρούμενη διάταξη του άρθρου 4, παρ.2 (οι Έλληνες και οι Ελληνίδες έχουν ίσα δικαιώματα και υποχρεώσεις). Η ισχύς της διάταξης αυτής, αναδεικνύει μορφή συγκεκριμένου δημοκρατικού ελλείμματος στο συνταγματικό κείμενο. Παράλληλα, θα πρέπει να σημειωθούν διεθνή και εθνικά κείμενα που «διορθώνουν» το συνταγματικό Νομοθέτη, καθιστώντας απαραίτητη την προσθήκη στη σχετική διάταξη, της εκ μητρός καταγωγής. (βλ. μεταξύ άλλων πολλών τον Ν. 1342/83 με τον οποίο κυρώθηκε η Διεθνής Σύμβαση του ΟΗΕ, για την εξάλειψη κάθε μορφής διάκρισης σε βάρος της γυναίκας, τον Ν.1426/84 με τον οποίο κυρώθηκε ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης, τον Ν.1329/83 με τον οποίο προσαρμόζεται η νομοθεσία στη συνταγματική επιταγή της ισότητας των φύλων, τον Ν.1642/86 που αφορά την τροποποίηση διατάξεων του Κώδικα Ελληνικής Ιθαγένειας και τον εκτελεστικό Ν.1414/84 για την εφαρμογή της αρχής της ισότητας των φύλων.

Άρθρο 32

Η εκλογή του Προέδρου της Δημοκρατίας, όπως διαγράφεται στις σχετικές διατάξεις του άρθρου αυτού, μετά τη τρίτη φάση της προς εκλογή ψηφοφορίας και σε περίπτωση αδυναμίας συγκέντρωσης του αριθμού των 180 βουλευτών, οδηγεί

στη διάλυση της Βουλής, με συνέπεια να διακόπτεται η ροή του Κυβερνητικού έργου, να επιβαρύνεται ο κρατικός προϋπολογισμός και το κυριότερο, να αναστέλλεται η αντιμετώπιση κυρίαρχων εθνικών, οικονομικών και κοινωνικών προβλημάτων. Η Αναθεωρητική Βουλή, θα πρέπει έτσι, να αποσυνδέσει την αναζήτηση ειδικής διευρυμένης πλειοψηφίας, με τη διάλυση της Βουλής. Με την ευκαιρία θα θέλαμε να επισημάνουμε ότι η διεύρυνση των φορέων που καλούνται να αναδείξουν τον Πρόεδρο της Δημοκρατίας θα προσδώσει, αφ'ενός μεγαλύτερο κύρος στο θεσμό και αφετέρου, θα προσφέρει την ευκαιρία σε ευρύτερα στρώματα του Ελληνικού Λαού, να συμμετάσχουν στις αντίστοιχες εκλεκτορικές διαδικασίες. Βεβαίως αυτό δεν σημαίνει ότι αποδεχόμαστε την απευθείας εκλογή του Προέδρου της Δημοκρατίας, η οποία συνταιριάζει και προσήκει μόνο σε μορφές Προεδρικής ή Ημι-Προεδρικής Δημοκρατίας (π.χ. Η.Π.Α., Γαλλική Δημοκρατία). Καταλήγουμε έτσι στην πρόταση δημιουργίας ενός Ειδικού Εκλεκτορικού Σώματος, το οποίο θα αποτελείται από τους βουλευτές του Εθνικού Κοινοβουλίου, τους Έλληνες Ευρωβουλευτές, τους εκπροσώπους των παραγωγικών τάξεων, των επιστημονικών συλλόγων και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης όλων των βαθμίδων.

Άρθρο 37§3

Η διάταξη αυτή αναφέρεται στην αρμοδιότητα του Προέδρου της Δημοκρατίας για το διορισμό Πρωθυπουργού. Εάν καταστεί ανέφικτος ο σχηματισμός πολιτικού Υπουργείου (Κυβέρνησης), ο Πρόεδρος της Δημοκρατίας προχωρεί στο σχηματισμό Υπηρεσιακής Κυβέρνησης, επιλέγοντας υποχρεωτικά Πρωθυπουργό, ένα εκ των τριών Προέδρων των ανωτάτων δικαστηρίων της χώρας (Συμβουλίου Επικρατείας, Αρείου Πάγου, Ελεγκτικού Συνεδρίου). Ο ασφυκτικός αυτός περιορισμός της διακριτικής ευχέρειας του Προέδρου της Δημοκρατίας, φρονούμε ότι είναι απαράδεκτος πολιτικά και διαβλητός νομικά. Και τούτο γιατί α) αμφισβητείται η αξιοκρατική θέση άλλων προσωπικοτήτων, καταξιωμένων επιστημονικά, πολιτικά και ηθικά αποδεκτών, όπως προσωπικοτήτων εγνωσμένου επιστημονικού κύρους, ακαδημαϊκών, καθηγητών ΑΕΙ κ.ο.κ. β) περιορίζεται ανεπίτρεπτα η κρίση προς επιλογή του Προέδρου της Δημοκρατίας, γεγονός που αποτελεί προσβολή για το κορυφαίο πολιτειακό όργανο, γ) προσκρούει στη διάταξη του άρθρου 4 του Συντάγματος, περί της ισότητας των Ελλήνων Πολιτών απέναντι στο Νόμο. Τέλος, να επισημανθεί το γεγονός της ισοτιμίας των τριών λειτουργιών και κατά την ορθότερη άποψη, της υπεροχής της νομοθετικής απέναντι στην εκτελεστική και δικαστική λειτουργία, όπως προκύπτει από την όλη οικονομία του Συνταγματικού Κειμένου, ώστε να ευρισκόμεθα, πιθανόν, απέναντι ενός άλλου φαινομένου αντισυνταγματικής διάταξης του Συντάγματος.

Άρθρο 44

Η καθιέρωση του συστήματος της έμμεσης-αντιπροσωπευτικής δημοκρατίας, έχει αποκόψει τον κυρίαρχο λαό από την συμμετοχή του στην άσκηση της εξουσίας, η οποία επιβεβαιώνεται μόνο ανά τετραετία, με την άσκηση του εκλογικού

δικαιώματος – υποχρέωσης, για την ανάδειξη των μελών του εθνικού κοινοβουλίου. Μοναδικός θεσμός άμεσης δημοκρατίας που διασώζεται στο Σύνταγμα 75/86, είναι αυτός του δημοψηφίσματος, όπως προβλέπεται στο άρθρο 44§2, το οποίο προκηρύσσεται από τον Πρόεδρο της Δημοκρατίας για κρίσιμα εθνικά θέματα, ύστερα από απόφαση της απόλυτης πλειοψηφίας του όλου αριθμού των βουλευτών που λαμβάνεται με πρόταση του Υπουργικού Συμβουλίου. Με τη ρύθμιση αυτή, ο κυρίαρχος λαός παραμένει στο περιθώριο όλων των πολιτικών αποφάσεων, ως να μην υπήρχε η συγκεκριμένη διάταξη, αφού η προϋπόθεση του κρίσιμου εθνικού θέματος, δεν έδωσε και ούτε στο μέλλον φαίνεται να αφήνει έδαφος ενεργοποίησης της σχετικής διαδικασίας.

Πέραν όμως της ουσιαστικής λειτουργικότητας της διάταξης, θα ήταν ίσως δόκιμη μια συζήτηση για την αποδοχή του θεσμού της Λαϊκής Πρωτοβουλίας, θετικής και αρνητικής. Στην Ελβετία με το ιδιόρρυθμο σύστημα της Κυβερνήσεως Βουλής, ο θεσμός της Λαϊκής Πρωτοβουλίας, αναδείχθηκε σε κορυφαίο στοιχείο άμεσης συμμετοχής των ενεργών πολιτών στην άσκηση εξουσίας. Η καταγραφή του θεσμού αυτού στο δημοκρατικό μας πολίτευμα, θα μπορούσε να γίνει αποδεκτή με τις εξής, κατ’ αρχήν, ενδεικτικές προϋποθέσεις:

1. Ανάθεση απευθείας στο Εκλογικό σώμα Νομοθετικής Πρωτοβουλίας, με την συγκέντρωση 300.000 υπογραφών, εχόντων δικαίωμα ψήφου πολιτών.
2. Έγκριση της λαϊκής νομοθετικής πρωτοβουλίας, από την απλή (σχετική) πλειοψηφία της Βουλής, όχι όμως κατώτερης των 120 Βουλευτών.
3. Προκήρυξη δημοψηφίσματος από τον Πρόεδρο της Δημοκρατίας εντός 60 ημερών από την σχετική έγκριση της Βουλής.
4. Αποδοχή της εγκριθείσης από το λαό προτάσεως, ως ψηφισθέντος υπό της Βουλής, Νόμου, μετά την σχετική νομοτεχνική διατύπωση του κειμένου, δια της δημοσιεύσεως στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως με τη διαδικασία έκδοσης του νόμου.

Άρθρο 51§3

Η αδυναμία προσέλευσης κατηγορίας ψηφοφόρων λόγω εγγενών δυσκολιών κατά την ημέρα της ψηφοφορίας , αφαιρεί την άσκηση της αντίστοιχης υποχρέωσης - δικαιώματος, χωρίς γι’ αυτό να υπάρχει πταίσμα ή παράλειψη του πολίτη.

Η επιστολική ψηφοφορία, (δι’ επιστολής ή αλληλογραφίας ψηφοφορία), αποτελεί κεκτημένο εκλογικό δικαίωμα σε όλες σχεδόν τις χώρες της Ευρώπης, το οποίο εξασφαλίζεται με το σύστημα της μηχανογράφησης, του αδιάβλητου της εκλογής και της αποφυγής διπλής συμμετοχής στην εκλογική διαδικασία.

Η σχετική αναθεώρηση, μπορεί να επιτρέψει ή απ’ ευθείας να καθιερώσει, το σύστημα της κατ’ εξαίρεση επιστολικής ψηφοφορίας, έτσι ώστε να μην αντίκειται στις βασικές συνταγματικές αρχές της αμεσότητας και μυστικότητας της ψήφου.

Σχετική βοήθεια προσφέρουν, τα κείμενα του Εκλογικού Νόμου (Bundeswahlgesetz) και Εκλογικού Κανονισμού (Bundeswahlorduung) της Ομοσπονδιακής Δημοκρατίας της Γερμανίας και του Εκλογικού Νόμου (Landeswahlgesetz) και Εκλογικού Κανονισμού (Landeswahlorduung) του κρατιδίου του Βερολίνου.

Άρθρο 97

Ο θεσμός των ενόρκων, έκφραση της συμμετοχής του λαού στην άσκηση της δικαστικής λειτουργίας, αποτελεί ένα από τα βασικά συστατικά στοιχεία της λαϊκής κυριαρχίας. Ο βαθμός αφομοίωσης του θεσμού από προηγμένες δικαιοδοτικά χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης και της Μεγάλης Βρετανίας, αναγνωρίζεται σε τέτοια έκταση, ώστε εκτός της απονομής της ποινικής δικαιοσύνης, το σώμα των ενόρκων να κρίνει και επί διαφορών ιδιωτικού δικαίου.

Με την κατάλυση της δημοκρατίας από τους απριλιανούς κινηματίες, ο θεσμός αυτός εβλήθη καίρια. Η ετυμηγορία των ενόρκων, ως ιδίου σώματος κρίσης επί της ενοχής του κατηγορουμένου, αντικαταστάθηκε με τη διάταξη του άρθρου 2 παράγραφος 1 του χουντικού Ν.Δ.804/71. Καταργήθηκε έτσι, το σώμα των ενόρκων, ως αυτοτελές δικαιοδοτικό όργανο και απλώς στην σύνθεση του μεικτού κακουργιοδικείου, μαζί με τα 4 μέλη-τακτικούς δικαστές, μετείχαν και 3 ένορκοι.

Ήδη με το Ν.969/79, επιχειρήθηκε μερική ανατροπή του αριθμητικού συσχετισμού, με την συμμετοχή 3 τακτικών δικαστών και 4 ενόρκων. Η ρύθμιση αυτή απλώς αποκατέστησε την πλειοψηφία των λαϊκών μελών της σύνθεσης, χωρίς να επιλυθεί το δημοκρατικό έλλειμμα της λαϊκής συγκρότησης της ποινικής δικαιοσύνης. Μόνη λύση, η επαναφορά του συστήματος διπλής δικαιοδοσίας, όπου δια της ετυμηγορίας οι δέκα ένορκοι αποφαίνονται επί της ενοχής και δια της αποφάσεως, οι τρεις τακτικοί δικαστές, επί της ποινής. Τότε μόνο, η αρχή της λαϊκής κυριαρχίας, θεμέλιο του δημοκρατικού πολιτεύματος, επιβεβαιώνεται όσον αφορά την συμμετοχή του λαού στην άσκηση της δικαστικής λειτουργίας.

Παράρτημα: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΚΤΗΜΕΝΟ

Η προστατευτική λειτουργία των κοινωνικών δικαιωμάτων κυμαίνεται μεταξύ ενός ελάχιστου και μέγιστου εγγυητικού ορίου. Ως υποκειμενικά δικαιώματα (δημόσια) παρέχουν ελάχιστη (minimum) προστασία και χαρακτηρίζονται ως Minimalrechte.

Ειδικότερα καθιερώνουν δύο ομόκεντρους κύκλους προστασίας. Τον στενότερο (πυρήνας) που παρέχει άμεση και απόλυτη προστασία και κατοχυρώνει ένα υποκειμενικό δημόσιο δικαίωμα και τον ευρύτερο που περιλαμβάνει τις κατευθυντήριες θεμελιώδεις αρχές που δεσμεύουν το Κράτος και δημιουργούν

νομικές υποχρεώσεις, αντικειμενικού όμως χαρακτήρα, που δεν αντιστοιχούν σε υποκειμενικά δημόσια δικαιώματα.

Για τον προσδιορισμό του πυρήνα της ελάχιστης θετικής δεσμευτικότητας των κοινωνικών δικαιωμάτων, που δεν επιτρέπεται να θιγεί, λαμβάνεται υπόψη η εξασφάλιση της υλικής και ηθικής υπόστασης του ανθρώπου και η αξιοπρεπής διαβίωση και ποιότητα ζωής.

Οποιαδήποτε πράξη ή παράλειψη των συντεταγμένων οργάνων της πολιτείας ή των θεσμοθετημένων διεθνών οργανισμών ή διεθνών κανόνων και συμφωνιών, που αδυνατεί να ικανοποιήσει αυτές τις παραμέτρους, θα πρέπει να θεωρείται από την άποψη του θετού εγχώριου δικαίου, αντισυνταγματική, είτε μειώνει υφιστάμενη προστασία, είτε είναι εξ υπαρχής ανεπαρκής. Όταν υπάρχει διαμορφωμένο ρυθμιστικό πλαίσιο εγγυήσεων ή παροχών και δεν προετοιμάζεται και εφαρμόζεται ανάλογη ή ομοειδής αναπλήρωση κάλυψης αναγκών που συνοδεύονται με την ενέργεια του κοινωνικού δικαιώματος, η συνταγματική προστασία απαγορεύει να τρωθεί τούτο (το κ.δ.), σε βαθμό που να καταστεί ανενεργό, πολύ περισσότερο δε να καταργηθεί αυθαίρετα. Η αντίληψη περί απολύτου κοινωνικού κεκτημένου, ότι τοποθετείται σε επίπεδο δικαιολογητικά ατελέσφορο, οδηγεί ασφαλώς στην κατοχύρωση των διατάξεων κοινωνικού περιεχομένου, στη σταθεροποιητική – εγγυητική τους διάσταση, ως ratio της σχετικοποίησης της θεωρίας του κοινωνικού κεκτημένου.

Συγκεκριμένα, μετά την υποβολή στο σύνολο του εργαζόμενου ελληνικού λαού, των μέτρων στήριξης για την προσέγγιση των όρων και προϋποθέσεων για την είσοδο της χώρας στην ΟΝΕ, δεν καταλείπεται περιθώριο, ουδέ διακρίνεται κοινωνικό έδαφος υποχώρησης, πέραν των ορίων κατάκτησης κοινωνικών δημόσιων δικαιωμάτων, αποτελούντων το minimum εξασφάλισης οριακής αξιοπρεπούς διαβίωσης και προστασίας. Οι κανόνες κοινωνικής προστασίας, είτε έχουν πηγή το εργατικό δίκαιο, είτε τη συλλογική σύμβαση εργασίας, είτε την επιχειρησιακή συνήθεια, είτε το έθιμο, ισορροπούν επάνω στο όριο εφαρμογής του εγχώριου σχετικού κοινωνικού κεκτημένου.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΙΝΕ-ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ

- **18-24 Αυγούστου 2000. Στα πλαίσια της δραστηριότητας που αναπτύσσει το ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ στα Βαλκάνια και στις χώρες της Μαύρης Θάλασσας, πραγματοποιήθηκε με πρόσκληση του, συνάντηση εργασίας με ρουμάνικους συνδικαλιστικούς επιστημονικούς φορείς, με το CNSLR/ FRATIA και το Ιδρυμα CORESI με τις εξής θεματικές ενότητες**

  : «αγορές εργασίας της Ελλάδας και της Ρουμανίας», «Μεταναστευτική κινητικότητα», «Υ-Α Εργασίας» κ.ά.

Σε όλες τις επιμέρους συναντήσεις διαπιστώθηκαν οι μεγάλες δυνατότητες για περαιτέρω συνεργασίες με τους ρουμάνικους φορείς, οι οποίες και διατυπώθηκαν στα σχετικά Πρωτόκολλα Συμφωνιών , που υπογράφτηκαν και με τους δύο ρουμάνικους φορείς.

Σημαντική ήταν και η συμμετοχή του ΟΑΕΔ με σχετική ενημέρωση που έγινε στους φιλοξενούμενους για τις δραστηριότητες του ΟΑΕΔ στην Ελλάδα , αλλά και στην ευρύτερη περιοχή των Βαλκανίων.

- **31 Αυγούστου 2000. Παρουσίαση (Σ. Ρομπόλης) στη Θεσσαλονίκη της Έκθεσης 2000 για την ελληνική οικονομία και απασχόληση, στην ημερίδα που οργάνωσε η ΓΣΕΕ και το Εργατικό Κέντρο Θεσσαλονίκης στο πλαίσιο των εγκαινίων έναρξης της διεθνούς έκθεσης θεσσαλονίκης.**

- **21-22-23 Σεπτεμβρίου 2000. Συμμετοχή του ΙΝΕ (Γ. Ρωμανιάς) σε ημερίδα του Κλαδικού ΙΝΕ Πετρελαίου με συμμετοχή των ομοσπονδιών Μετάλλου και Πετρελαίου και εκπροσώπων της 5^{ης} Γενικής Διεύθυνσης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, με εισήγηση «Για την ανάγκη της τροποποίησης της οδηγίας για τα Ευρωπαϊκά συμβούλια εργαζομένων»**

- **27 Σεπτεμβρίου του 2000. Συμμετοχή του ΙΝΕ (Γ. Ρωμανιάς) με εισήγηση «Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα» στη Γεν. Συνέλευση του Συλλόγου Τεχνικών Υπαλλήλων Ελλάδας.**

- **4-8 Οκτωβρίου 2000. Συμμετοχή του ΙΝΕ (Σ. Ρομπόλης) στην επιστημονική συνάντηση στο Ρότερνταμ στο πλαίσιο του ευρωπαϊκού προγράμματος «Κλαδικές Πολιτικές απασχόλησης» για την ολοκλήρωση και την υποβολή στην ευρωπαϊκή επιτροπή της τελικής έκθεσης.**

- **12-14 Οκτωβρίου 2000. Στα πλαίσια της δραστηριότητας που αναπτύσσει το ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ στα Βαλκάνια και στις χώρες της Μαύρης Θάλασσας, ο επιστημονικός σύμβουλος του Βασίλης Τακούδης συμμετείχε σε διακρατικό επιστημονικό συμπόσιο στο Κισινέου της Μολδαβίας με θέμα : «Μολδαβία, Ρουμανία, Ουκρανία : ευρωπαϊκή ολοκλήρωση και εργασιακή μετανάστευση».**

- **16-24 Οκτωβρίου 2000. Πραγματοποιήθηκε στο Μινσκ Λευκορωσίας η έκδοση της πρώτης «Εκθεσης Οικονομίας και Απασχόλησης Λευκορωσίας 2000», που υλοποιήθηκε με την συνεργασία του ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, ΟΑΕΔ και του αντίστοιχου Οργανισμού Απασχόλησης, του Ινστιτούτου Εργασίας του Υπ. Εργασίας Λευκορωσίας και άλλων ακαδημαϊκών φορέων της Λευκορωσίας.**

- **25 Οκτωβρίου 2000. Το ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ συμμετείχε στην ημερίδα επίσημης έναρξης και παρουσίασης του νεοϊδρυθέντος Ινστιτούτου Εργασίας των Μολδαβικών συνδικάτων (IM/FGSRM) με την συνδρομή της τεχνογνωσίας του ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ και ΟΑΕΔ.**

  . Πραγματοποιήθηκε επίσης και η παρουσίαση της πρώτης «Εκθεσης Οικονομίας και Απασχόλησης Μολδαβίας 2000», που υλοποιήθηκε με την συνεργασία του ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, ΟΑΕΔ και του Ινστιτούτου Εργασίας των Μολδαβικών συνδικάτων (IM/FGSRM).

- **7-12 Σεπτεμβρίου 2000. Το ΙΝΕ-ΓΣΕΕ/ΑΔΕΔΥ, στα πλαίσια του προγράμματος συνδικαλιστικής επιμόρφωσης της Ευρωπαϊκής Συνδικαλιστικής Ακαδημίας (Etuco), συμμετέχει στην διοργάνωση και στον συντονισμό (Χρ. Τριανταφύλλου), Κύκλου 3 σεμιναρίων με τίτλο «Σεμινάριο Ευρωπαϊκής Επιμόρφωσης 2000-2001». Το πρώτο σεμινάριο πραγματοποιήθηκε σε συνεργασία με τις συνομοσπονδίες LO-Δανίας, CFDT - Γαλλίας και ICTU - Ιρλανδίας στο Helsingor Δανίας ενώ τα επόμενα δύο θα πραγματοποιηθούν μέχρι το τέλος του 2001. Το σεμινάριο επικεντρώθηκε στην ανάλυση των πρόσφατων εξελίξεων που αφορούν στο ευρωπαϊκό συνδικαλιστικό κίνημα και ειδικότερα: στις δομές, στις πολιτικές και τους ρόλους συνδικαλιστικών συνομοσπονδιών και των μελών τους στην Ευρώπη, στην Εκπροσώπηση των εργαζομένων και στα Ευρωπαϊκά Συμβούλια Επιχειρήσεων όπως και σε θέματα συλλογικής διαπραγμάτευσης . Στο σεμινάριο συμμετέχουν συνδικαλιστικά στελέχη από 13 ευρωπαϊκές χώρες μεταξύ των οποίων και τέσσερα συνδικαλιστικά στελέχη από την Ελλάδα.**

- **11-14 Οκτώβρη 2000 Το ΙΝΕ-ΓΣΕΕ/ΑΔΕΔΥ, διοργάνωσε στα πλαίσια των σεμιναρίων της Ευρωπαϊκής Συνδικαλιστικής Ακαδημίας (ETUCO), σε συνεργασία με τα ιταλικά συνδικάτα (CGIL), διεθνές σεμινάριο με θέμα «ΟΝΕ και συλλογικές διαπραγματεύσεις» στο Εκπαιδευτικό Κέντρο της Εθνικής Τράπεζας στην Γλυφάδα. Στις εργασίες του σεμιναρίου συμμετείχαν 5 συνδικαλιστικά στελέχη από την ΓΣΕΕ και 2 από την ΑΔΕΔΥ, ενώ τον συντονισμό και την διοργάνωση από ελληνικής πλευράς ανέλαβε ο Επιστημονικός Σύμβουλος του ΙΝΕ Χρ. Τριανταφύλλου. Το σεμινάριο επικεντρώθηκε κατά κύριο λόγο:**

1. **Στον εντοπισμό των συνεπειών από την εισαγωγή του ευρώ στις εθνικές οικονομίες και στην ευρωπαϊκή οικονομία και στην κατανόηση του νέου μακροοικονομικού πλαισίου της ΟΝΕ και των «καναλιών προσαρμογής » των εθνικών οικονομιών.**
2. **Στον αντίκτυπο του ευρώ στις συλλογικές διαπραγματεύσεις**
3. **Στην στρατηγική της Συνομοσπονδίας Ευρωπαϊκών Συνδικάτων (ΣΕΣ)**

4. **Στην σχέση ανάμεσα στις στρατηγικές συλλογικής διαπραγμάτευσης σε διάφορα επίπεδα (επιχειρησιακό, κλαδικό, εθνικό και ευρωπαϊκό) ώστε να ενισχυθούν οι δραστηριότητες συντονισμού.**