



ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΒΕΝΙΖΕΛΟΣ

Απάντηση στις προκλήσεις - Θέσεις για τα μεγάλα μέτωπα μιας κυβερνητικής πολιτικής

XII. Η πρόκληση μιας νέας πολιτικής για την υγεία

2. Οι εννέα ειδικότεροι στόχοι μιας ολοκληρωμένης πολιτικής υγείας

 Σχολιάστε το  Εκτυπώστε το

Μέγεθος γραμματοσειράς:  

α. Πρώτος στόχος: η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Επτά σημεία οριοθετούν την πολιτική μας ως προς την Πρωτοβάθμια (εξωνοσοκομειακή) Φροντίδα Υγείας:

α. Η **ένταξη στο σύστημα των κλάδων υγείας** των ασφαλιστικών ταμείων.

β. Η διαμόρφωση του **δικτύου των αστικών κέντρων υγείας**.

γ. Ο εκσυγχρονισμός και η αναζωογόνηση των **μη αστικών κέντρων υγείας** που καλύπτουν ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού.

δ. Η κατά απόλυτη προτεραιότητα αναδιοργάνωση των **Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)** και των **εξωτερικών ιατρείων** των δημόσιων νοσοκομείων.

ε. Η οργάνωση του θεσμού του **οικογενειακού γιατρού** για όλους (με ειδική μέριμνα για όσους πάσχουν από χρόνια νοσήματα), όχι με τη μορφή ηθμού που εμποδίζει την άμεση πρόσβαση στον ειδικό γιατρό, αλλά ως «κέντρο αναφοράς» για τον κάθε πολίτη.

στ. Η διασφάλιση του δικαιώματος **άμεσης και εύκολης πρόσβασης** όλων σε όλες τις υπηρεσίες υγείας. Η εγκαθίδρυση ολοκληρωμένων δομών Π.Φ.Υ. δεν προσθέτει γραφειοκρατικά εμπόδια και δεν μειώνει τις υφιστάμενες δυνατότητες πρόσβασης για τους ασφαλισμένους όλων των ταμείων. **Προσθέτει και δεν αφαιρεί δυνατότητες.**

ζ. Η διαφανής και ορθολογική **ένταξη των ιδιωτών γιατρών** στη δομή της Π.Φ.Υ. έτσι ώστε οι συμβάσεις που συνάπτουν ο ΟΠΑΔ και τα ασφαλιστικά ταμεία να αποδίδουν τα καλύτερα και τα λειτουργικότερα αποτελέσματα για τους πολίτες που πρέπει να έχουν πρόσβαση σε υποδομές υψηλού επιπέδου, οι οποίες λειτουργούν όλη την ημέρα και εγγυώνται υψηλό ποιοτικό επίπεδο, κατά προτίμηση με τη μορφή ιατρικών κοινοπραξιών (ιδιωτικά πολυιατρεία).

Η πρόταση της κυβέρνησης «Για την ανάπτυξη Π.Φ.Υ. και την ολοκλήρωση του ΕΣΥ στην Ελλάδα» που δόθηκε στη δημοσιότητα λίγες ημέρες πριν τον ανασχηματισμό δεν είναι παρά ένα ευχολόγιο, όχι μόνο αόριστο και ασαφές, αλλά και επικίνδυνο γιατί προσπαθεί να επιβάλλει παραδοχές που ανατρέπουν τις ίδιες τις βάσεις του ΕΣΥ και ως προς τους πολίτες και ως προς τους εργαζομένους στο δημόσιο τομέα της υγείας:

- Δεν απαντά στο μείζον ζήτημα που είναι η ένταξη των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων στο δημόσιο σύστημα υγείας.

- Καθιστά τον οικογενειακό γιατρό – γιατρό γενικής ιατρικής υποχρεωτικό ηθμό και όχι κέντρο αναφοράς του ασθενή με αποτέλεσμα να περιορίζεται δραστικά το υφιστάμενο σήμερα δικαίωμα πρόσβασης των ασφαλισμένων σε εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες της επιλογής τους. Αν ο ασφαλισμένος επιλέξει κάτι τέτοιο, επωμίζεται και το κόστος.

- Δεν περιλαμβάνεται κανένα συγκεκριμένο μέτρο και καμία συγκεκριμένη δέσμευση για την αναβάθμιση των υφιστάμενων κέντρων υγείας, για το δίκτυο των αστικών κέντρων υγείας, για το ρόλο των πολυιατρείων του

ΙΚΑ, για τη θέση χιλιάδων γιατρών που είναι συμβεβλημένοι σήμερα με τα ασφαλιστικά ταμεία, για τις εργασιακές σχέσεις των γιατρών του ΙΚΑ.

- Αποκόπτει συνειδητά τους πολίτες από διαγνωστικές μεθόδους υψηλού κόστους.

- Αυξάνει τη γραφειοκρατία, τις λίστες αναμονής και μειώνει τις ευχέρειες που έχουν σήμερα πολλοί ασφαλισμένοι που τους «εξομοιώνει» στο χαμηλότερο και όχι στο υψηλότερο επίπεδο.

β. Δεύτερος στόχος: Ο νέος εθνικός χωροταξικός σχεδιασμός υποδομών υγείας

Ένας τέτοιος σχεδιασμός με βάση τα σύγχρονα διεθνή επιστημολογικά νοσοκομειολογικά και τεχνολογικά δεδομένα περιλαμβάνει:

α. **Νέα κατηγοριοποίηση και διασύνδεση των νοσοκομείων** και των κέντρων υγείας αστικού και μη αστικού τύπου.

β. **Νέα πρότυπα εσωτερικής οργάνωσης** των τομέων, των κλινικών και των εργαστηρίων των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας (ΤΕΠ, Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας, ΜΕΘ/ΜΑΦ, μικρές και πιο ευέλικτες νοσοκομειακές μονάδες κ.ο.κ.)

γ. Ένα πλήρες **εθνικό δίκτυο κέντρων αποκατάστασης, μονάδων νοσηλείας ηλικιωμένων ατόμων και κέντρων φιλοξενίας** εξωτερικών ασθενών και συνοδών με βάση τη χωροταξική διασπορά και τη δικτύωση των νοσοκομείων.

δ. Την ολοκλήρωση του **EKAB** (οργάνωση, εξοπλισμός, στελέχωση)

ε. Την πλήρη και ευέλικτη κάλυψη όλων των **νησιωτικών**, αλλά και των **ορεινών** περιοχών

Επί δύο ολόκληρα χρόνια η κυβέρνηση της Ν.Δ. δεν έχει διατυπώσει καμία πρόταση ούτε προώθησε κάποια πρωτοβουλία στο πεδίο αυτό.

γ. Τρίτος στόχος: Μια άλλη σχέση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα – Νέες μορφές εποπτείας ή ελέγχου του ιδιωτικού τομέα.

Μια νέα ορθολογική, αλλά και δίκαιη σχέση μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στο χώρο της υγείας με βασικό κριτήριο την προστασία των πολιτών, την καλύτερη δυνατή αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων και τον περιορισμό της ιδιωτικής δαπάνης ως ποσοστού της συνολικής δαπάνης της οικονομίας, περιλαμβάνει:

α. Την αυστηρή **τυποποίηση όλων των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας** έτσι ώστε να είναι ελέγξιμη η ποιοτική στάθμη, διαφανής η αδειοδότηση και συνεχής η εποπτεία από τη δημόσια αρχή.

β. Την **συντονισμένη και ορθολογική στάση όλων των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων και του ΟΠΑΔ** που είναι οι βασικοί χρηματοδότες του συστήματος.

γ. Την **εξομοίωση των προδιαγραφών των ομοειδών μονάδων του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα** τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στη δευτεροβάθμια νοσοκομειακή φροντίδα. Αυτό αφορά την εσωτερική οργάνωση και λειτουργία όλων των μονάδων, τη στελέχωσή τους, τις εφημερίες κ.ο.κ. Δεν είναι δυνατόν ο δημόσιος τομέας να επιβαρύνεται με την ευθύνη όλης της βαριάς και επείγουσας ιατρικής και ο ιδιωτικός, απαλλαγμένος από τα βάρη αυτά, να επενδύει μόνο σε υπηρεσίες υψηλής προστιθέμενης αξίας.

δ. Την νομοθετική οργάνωση και τον **έλεγχο των εργασιακών σχέσεων** του υγειονομικού και λοιπού προσωπικού στον ιδιωτικό τομέα.

Θεμελιώδης στόχος της στρατηγικής μας είναι η διασφάλιση του δικαιώματος πρόσβασης όλων σε ιατρικές υπηρεσίες της υψηλότερης δυνατής ποιότητας. Αυτό προϋποθέτει όμως τη διασφάλιση δυνατότητας πρόσβασης στην πληροφόρηση που είναι αναγκαία για μεθόδους, κέντρα αριστείας, επιστημονικές εξειδικεύσεις και ικανότητες κ.ο.κ. χωρίς γεωγραφικούς ή κοινωνικούς φραγμούς. Η πρόσβαση όλων στην

αξιόπιστη πληροφόρηση για τις υπηρεσίες υψηλής ποιότητας θα συμβάλει αποφασιστικά και στην αποκατάσταση του κύρους του δημόσιου τομέα και την διαμόρφωση μιας πιο ορθολογικής και ισορροπημένης σχέσης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. **Η απαξίωση του δημόσιου τομέα της υγείας πρέπει να αντιστραφεί σε ένα κύμα αναβάθμισης του κύρους του.**

Αντί για τη διαμόρφωση ενός νέου πλαισίου λειτουργίας του ιδιωτικού τομέα που να αποκαθιστά την ισορροπία με το δημόσιο σύστημα με δεδομένο το χαρακτήρα της υγείας ως του κατεξοχήν δημόσιου και κοινωνικού αγαθού, επί δύο ολόκληρα χρόνια η κυβέρνηση της Νέας Δημοκρατίας απεργάζεται με πράξεις και παραλείψεις την απαξίωση του δημοσίου συστήματος υγείας και διευκολύνει την επικράτηση της αβάσιμης και επικίνδυνης αντίληψης ότι ποιότητα των υπηρεσιών υγείας βρίσκει ο πολίτης μόνο στον ιδιωτικό τομέα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ο τρόπος με τον οποίο χειρίστηκε τα ζητήματα των ΜΕΘ ενηλίκων, παιδών και νεογνών.

δ. Τέταρτος στόχος: Προς μία Εθνική Στρατηγική Υγείας

Μια εθνική στρατηγική όχι για την αντιμετώπιση των ασθενειών, αλλά κατά κυριολεξία για την υγεία του πληθυσμού, περιλαμβάνει τρεις πυλώνες:

α. Μία **στρατηγική πρόληψης** (τρόπος διατροφής, κάπνισμα, άσκηση κ.ο.κ.) με συνδυασμό δράσεων για το γενικό πληθυσμό, αλλά και για ειδικές ομάδες. Μία τέτοια ειδική ομάδα, οριζόντιου όμως χαρακτήρα, είναι **όλοι οι πολίτες άνω των 45** που πρέπει να έχουν τη δυνατότητα περιοδικού ελέγχου της υγείας τους (**τσεκ-απ για όλους**) στο δημόσιο σύστημα υγείας.

β. Μία **στρατηγική για την αντιμετώπιση των βασικών χρόνιων νοσημάτων** με πρωτόκολλα προληπτικών ελέγχων αλλά και θεραπευτικής διαχείρισης για τα καρδιοαγγειακά νοσήματα, την υπέρταση, τον διαβήτη, τον καρκίνο, την οστεοπόρωση, τις παθήσεις του μυοσκελετικού κ.ο.κ.

γ. Μία **στρατηγική δημόσιας υγείας** για την πλήρη εφαρμογή της σχετικής νομοθεσίας που απλά ξαναψήφισε η κυβέρνηση της Ν.Δ.

Με εξαίρεση την επανακατάθεση και επαναψήφιση του νόμου για τη δημόσια υγεία (με κρίσιμες όμως υπαναχωρήσεις ως προς την αποτελεσματικότητα του συστήματος), τα δύο τελευταία χρόνια δεν έγινε καμία σοβαρή κίνηση ως προς τη χάραξη και την εφαρμογή μιας εθνικής στρατηγικής υγείας με κυρία σημεία αναφοράς την πρόληψη και την αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων.

ε. Πέμπτος στόχος: Ένα νέο σχήμα διοίκησης και διαχείρισης υπηρεσιών υγείας

Ένα τέτοιο σχήμα βασίζεται:

α. Στον **συντονισμό του ΟΠΑΔ και των κλάδων υγείας** των ασφαλιστικών ταμείων (ενιαία διαπραγμάτευση τιμολογίων, εκλογίκευση των συμβάσεων, παροχής ιατρικών υπηρεσιών κ.ο.κ.). Ο συντονισμός αυτός επιτυγχάνεται από τον **εθνικό φορέα συντονισμού υπηρεσιών υγείας**.

β. Στην αναβάθμιση του ρόλου των **περιφερειακών συστημάτων υγείας και πρόνοιας** (που επεκτείνονται και στην εποπτεία επί του ιδιωτικού τομέα) και τον σαφή διαχωρισμό των τριών επιπέδων διοίκησης και διαχείρισης (κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό). Τα περιφερειακά συστήματα δεν πρέπει να λειτουργούν ως γραφειοκρατικοί ηθμοί και ως μηχανισμοί «έκκεντρης» συγκέντρωσης, αλλά ως μοχλοί χειραφέτησης των δημιουργικών δυνάμεων κάθε περιφέρειας στο χώρο της υγείας.

γ. Στην εφαρμογή της μεθόδου των **«Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων»** (Diagnosis Related Groups/ DRG'S) για τον υπολογισμό του κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης. Με τον τρόπο αυτό ο ΟΠΑΔ και τα ασφαλιστικά ταμεία λειτουργούν ως αγοραστής των υπηρεσιών, ενώ οι μονάδες του ΕΣΥ ή του ιδιωτικού τομέα παίζουν το ρόλο του προμηθευτή. Μπορεί έτσι να διασφαλίζεται και μια πρόσθετη αμοιβή του ιατρικού και λοιπού προσωπικού με απολύτως διαφανή, ισότιμο και δίκαιο τρόπο.

δ. Στην **καθιέρωση διαγνωστικών και θεραπευτικών οδηγιών** και στη θέσπιση **μηχανισμού παρακολούθησης των ιατρικών πράξεων** («βασισμένη σε τεκμήρια ιατρική»/ Evidence Based Medicine ή

ΕΒΜ) που μπορούν να αποτελέσουν εγγύηση για την εξασφάλιση υψηλής ποιότητας ιατρικής φροντίδας σε όλες τις υπηρεσίες υγείας, δημόσιες και ιδιωτικές.

ε. Στην συμπλήρωση της εθνικής και στην πλήρη εφαρμογή της κοινοτικής **νομοθεσίας για τις προμήθειες** στον τομέα της υγείας με απλό, αντιγραφειοκρατικό, αλλά ταυτοχρόνως απολύτως διαφανή, ορθολογικό και ανταγωνιστικό τρόπο. Η σύγκριση των μεθόδων, αλλά και των τιμών μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα είναι ένα από τα κριτήρια που πρέπει να παίζουν σημαντικό ρόλο

Τα δύο τελευταία χρόνια το μόνο που έγινε στον κείριο τομέα της διοίκησης και διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας είναι η μετονομασία των ΠΕΣΥΠ σε ΔΥΠΕ, η επιβολή ενός σκληρού μονοκομματικού κλίματος στην μεταχείριση των στελεχών όλων των κατηγοριών, η αποδιάρθρωση του σώματος των γιατρών του ΕΣΥ με την μη προώθηση των διαδικασιών πλήρωσης μονίμων θέσεων (ιδίως στο βαθμό του διευθυντού) και με την καταχρηστική εφαρμογή του θεσμού του επίκουρου γιατρού. Παράλληλα με το προσχηματικό επιχείρημα ότι προετοιμάζεται μία νέα νομοθεσία για τις προμήθειες δεν εφαρμόζονται κρίσιμοι θεσμοί διαφάνειας που προβλέπει η ισχύουσα νομοθεσία περί προμηθειών. Το δε προσχέδιο νόμου για τις προμήθειες στο χώρο της υγείας έχει προκαλέσει πλήθος αντιδράσεων από φορείς που επισημαίνουν τις αδυναμίες εφαρμογής και τον κίνδυνο αύξησης του κόστους.

στ. Έκτος στόχος: Μια ολοκληρωμένη πολιτική για το φάρμακο και την βιοϊατρική έρευνα

Η «κατάργηση της λίστας» ήταν μία επίμονη δημαγωγία της Νέας Δημοκρατίας που οδήγησε στην μετονομασία και όχι στην κατάργησή της και πιο συγκεκριμένα στη μείωση του ρόλου των ιατρικών και στην αύξηση του ρόλου των εμπορικών κριτηρίων που χρησιμοποιούνται για τη συγκρότησή της. Ο νέος τρόπος τιμολόγησης των φαρμάκων φαίνεται πλέον ότι αυξάνει τις τιμές τους και επιβαρύνει τα ασφαλιστικά ταμεία - τα οποία δεν μπορούν να κάνουν το απλούστερο, δηλαδή ενιαία διαπραγμάτευση με τις φαρμακευτικές εταιρείες - αλλά και τους ασφαλισμένους που καλούνται να πληρώσουν μεγαλύτερη ιδιωτική συμμετοχή, ενώ δεν καλύπτονται πλέον από το δημόσιο και τα ασφαλιστικά ταμεία τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (ΜΗΣΥΦΑ). Σημασία δεν έχει το στατιστικό ψεύδος της «μεσοσταθμικής αύξησης» κάθε φορά που εκδίδεται μία νέα αγορανομική διάταξη για τις τιμές των φαρμάκων, αλλά η συνολική πραγματική αύξηση της δημόσιας και ιδιωτικής δαπάνης. Ενώπιον αυτής της κατάστασης και αξιολογώντας όσο γίνεται πιο αντικειμενικά τις νομοθετικές και διοικητικές παρεμβάσεις του παρελθόντος και τα συγκριτικά δεδομένα άλλων χωρών, μπορούμε να διατυπώσουμε τους βασικούς στόχους μιας πολιτικής για το φάρμακο:

α. **Κατάργηση των περιπτώσεων θεωρήσεων** που αναγκάζουν τους ασφαλισμένους να περιμένουν σε ουρές.

β. **Κατάργηση της συμμετοχής στη φαρμακευτική δαπάνη των δικαιούχων του ΕΚΑΣ.**

γ. **Όσο γίνεται μεγαλύτερη συγκράτηση των τιμών των φαρμάκων** (και άρα της συμμετοχής του ασφαλισμένου στο κόστος, σε όσες περιπτώσεις προβλέπεται κάτι τέτοιο). Η τελευταία σχετική απόφαση της Ολομέλειας του ΣΤΕ δεν επιβάλλει να συνυπολογίζονται οι τιμές σε τρεις τουλάχιστον χώρες με τις χαμηλότερες τιμές, αλλά να παρέχεται στην φαρμακευτική εταιρεία η δυνατότητα ανταπόδειξης, εάν το κόστος της υπερβαίνει την κατώτερη τιμή στην Ευρώπη. Στο πλαίσιο αυτό το κομβικό σημείο είναι να διασφαλίζεται νομοθετικά και οργανωτικά η δυνατότητα των ασφαλιστικών ταμείων να προβαίνουν σε **ενιαία διαπραγμάτευση με τις φαρμακευτικές εταιρείες** με στόχο τη διαμόρφωση της μικρότερης δυνατής τιμής για τους ασφαλισμένους.

δ. **Επιστημονικά υπεύθυνη συνταγογράφηση** που αποθαρρύνει την πολυφαρμακία και την προκλητή ζήτηση με βάση τα διεθνώς ισχύοντα θεραπευτικά πρωτόκολλα.

ε. **Κάλυψη από το Δημόσιο και της δαπάνης για τα «μη συνταγογραφούμενα» φάρμακα** και τα φάρμακα που συνδέονται με το σύγχρονο τρόπο ζωής, εφόσον αυτά χορηγούνται με ιατρική συνταγή και εντάσσονται στο θεραπευτικό πρωτόκολλο.

στ. **Μείωση της αδικαιολόγητης φαρμακευτικής δαπάνης** των ασφαλιστικών ταμείων που επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό και την ιδιωτική δαπάνη των ασφαλισμένων.

ζ. **Οργάνωση των αναγκαίων υποδομών** για να διευκολυνθεί και να επιταχυνθεί και στην Ελλάδα ο έλεγχος της βιοισοδυναμίας υποκατάστατων και άρα φθηνότερων φαρμάκων.

η. Προώθηση -και στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης- θεσμών ελέγχου ώστε **να αποτρέπεται η σκόπιμη υποκατάσταση φθηνών φαρμάκων** από άλλα δήθεν νεώτερα και αποτελεσματικότερα, αλλά στην πραγματικότητα απλώς ακριβότερα. Και βέβαια για να ελεγχθεί **η πρόκληση τεχνητής έλλειψης π.χ. λόγω οργανωμένων εξαγωγών προς χώρες με ακριβότερες τιμές διάθεσης**.

θ. **Ενίσχυση** – στο πλαίσιο της ευρωπαϊκής κοινοτικής νομοθεσίας, αλλά και της πρακτικής που ακολουθείται από άλλες χώρες-μέλη – **της εγχώριας βιομηχανίας φαρμάκων** και στήριξη της μέσα από τις αναγκαίες διοικητικές και επιστημονικές/ ερευνητικές δομές.

ι. Άμεση εφαρμογή του **μηχανογραφημένου ελέγχου και του γραμμωτού κώδικα**.

ια. **Δραστικός εκσυγχρονισμός και διαφανής και αποτελεσματική λειτουργία του ΕΟΦ και του ΙΦΕΤ**.

ζ. Έβδομος στόχος: Σεβασμός και αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού στο χώρο της υγείας

α. Μία ολοκληρωμένη πολιτική υγείας βασίζεται στο σεβασμό και την αξιοποίηση των ανθρώπων που εργάζονται στο χώρο της υγείας. Μία προσέγγιση ανθρωποκεντρική και όχι «ιατρικοκεντρική» ή «διοικητικοκεντρική» προϋποθέτει το σεβασμό του γιατρού του νοσηλευτή, του καθενός και της καθεμιάς που εργάζεται στις μονάδες και τις υπηρεσίες του συστήματος υγείας. Μόνο μία τέτοια προσέγγιση επιτρέπει στην Πολιτεία να έχει μεγάλες αξιώσεις προσφοράς υπηρεσίας με αυταπάρνηση από όλους τους εργαζόμενους στο σύστημα υγείας.

β. Αυτό με τη σειρά του θέτει ως πρώτο οργανωτικό στόχο **την κατά απόλυτη προτεραιότητα κάλυψη των κενών θέσεων νοσηλευτικού, ιατρικού και λοιπού προσωπικού** με την εφαρμογή αντιγραφειοκρατικών, αλλά διαφανών διοικητικών διαδικασιών. Μόνον έτσι μπορεί να χειραφετηθεί, να αποδώσει, αλλά και να ανανεωθεί το σώμα των εργαζομένων στο ΕΣΥ, αλλά και γενικότερα στο δημόσιο σύστημα υγείας.

γ. Η τήρηση των κανόνων **της ηθικής και της δεοντολογίας** από όλους τους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας είναι θεμελιώδης παράμετρος της πολιτικής μας

δ. Μια **κοινωνική συμφωνία ανάμεσα στην Πολιτεία και τους εργαζόμενους στην υγεία** θα θέσει το πλαίσιο των επιμέρους παρεμβάσεων και θα δημιουργήσει το κλίμα και τις συνθήκες που είναι αναγκαίες για ένα **κίνημα υγείας με επίκεντρο τον άνθρωπο**.

ε. Η ταχεία πρόοδος της ιατρικής και της βιοϊατρικής τεχνολογίας επιβάλλει τον **επαναπροσδιορισμό της εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης όχι μόνο των γιατρών, αλλά των άλλων επαγγελματιών υγείας και την εξασφάλιση ικανοποιητικών συνθηκών εργασίας**, έτσι ώστε να προσφέρουν βέλτιστες υπηρεσίες στον πάσχοντα συνάνθρωπο. Στην Εθνική Πολιτική Υγείας όσον αφορά την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, περιλαμβάνονται μέτρα για τη βασική εκπαίδευση (ΑΕΙ, ΑΤΕΙ, κλπ), την μετεκπαίδευση (ιατρικές και νοσηλευτικές ειδικότητες, μεταπτυχιακοί τίτλοι σπουδών και διδακτορικά) και τη δια βίου εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού.

στ. Η αντιμετώπιση του **«ιατρικού πληθωρισμού»** επιβάλλει την ανάπτυξη νέων ειδικοτήτων και την απορρόφηση σημαντικού αριθμού γιατρών **σε νέες υπηρεσίες ή σε υπηρεσίες που δεν έχουν αναπτυχθεί επαρκώς** (π.χ. Γενική Ιατρική, Δημόσια Υγεία, Ιατρική της Εργασίας, Ψυχιατρική, Γηριατρική, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας κ.α.). Η μεγάλη όμως τομή είναι η ολοκλήρωση της Πρωτοβάθμιας (εξωνοσοκομειακής) Φροντίδας Υγείας που μέσα σε ένα σαφές, απλό και λειτουργικό θεσμικό πλαίσιο εντάσσει όχι μόνο τους γιατρούς του ΕΣΥ και του ΙΚΑ, αλλά και τους ιδιώτες γιατρούς μέσω νέου τύπου συμβάσεων με τον ΟΠΑΔ και τα ασφαλιστικά ταμεία.

ζ. Η πλήρης αναδιοργάνωση του **συστήματος μετεκπαίδευσης και χορήγησης των ιατρικών ειδικοτήτων**, πρέπει να γίνει στην κατεύθυνση που προβλέπει το νομοσχέδιο που είχε κατατεθεί στη Βουλή και είχε ψηφισθεί ομόφωνα στην αρμόδια κοινοβουλευτική επιτροπή πριν τις εκλογές του 2004. Η χορήγηση των

ιατρικών ειδικοτήτων πρέπει να γίνεται με επάρκεια και πληρότητα, σε σύντομο χρονικό διάστημα μετά τη λήψη του πτυχίου και η τοποθέτηση των ειδικευόμενων στα νοσοκομεία πρέπει να γίνεται με τρόπο αξιοκρατικό αλλά και με εγγύηση του αδιάβλητου της διαδικασίας.

η. **Η εκπαίδευση, η μετεκπαίδευση και δια βίου εκπαίδευση των άλλων επαγγελματιών υγείας** πέραν των γιατρών (νοσηλευτές, παραϊατρικές ειδικότητες, διοικητικά και τεχνικά στελέχη κ.ο.κ.) αναφέρεται σε ένα ευρύ φάσμα επιστημονικών κλάδων και εξειδικεύσεων, με ιδιαίτερες προδιαγραφές ανάλογα με το αντικείμενο: π.χ. νοσηλευτική, κοινωνική εργασία, ψυχολογία, φυσιοθεραπεία, διοίκηση, διαχείριση και οικονομία της υγείας, τεχνική υποστήριξη (π.χ. πληροφορική της υγείας) των νοσοκομείων και των μονάδων υγείας.

θ. **Οι αμοιβές των γιατρών και των άλλων εργαζομένων στο χώρο της υγείας** διαμορφώνονται με κριτήριο την ιδιαίτερη κοινωνική σοβαρότητα της αποστολής και της κοινωνικής επένδυσης που γίνεται πάνω τους.

Τα τελευταία χρόνια όλοι οι κλάδοι των εργαζομένων στην υγεία νοιώθουν την αλλαγή του πολιτικού κλίματος και την εγκατάλειψη ή μάλλον την διάθεση αποδιάρθρωσης των εργασιακών σχέσεων στο δημόσιο σύστημα υγείας:

- Ο ρυθμός πλήρωσης των κενών που υπάρχουν σε νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό είναι απελπιστικά αργός και τα σχετικά κονδύλια που προβλέφθηκαν ακόμη και στον προϋπολογισμό του 2006 είναι ανεπαρκέστατα.

- Οι νέοι οργανισμοί των νοσοκομείων δεν εγκρίνονται και δεν τίθενται σε ισχύ με αποτέλεσμα να προκύπτουν διοικητικοί φραγμοί στην πλήρωση θέσεων απολύτως αναγκαίων με βάση τον πραγματικό αριθμό αναπτυγμένων κλινών.

- Το ψηφισμένο από τη Διαρκή Επιτροπή της προηγούμενης Βουλής νομοσχέδιο για την ιατρική εκπαίδευση εγκαταλείφθηκε.

- Καμία απολύτως ενέργεια δεν έγινε για τη δημιουργία νέων ευκαιριών απασχόλησης για νέους γιατρούς, ώστε να αντιμετωπιστεί ο ιατρικός πληθωρισμός.

- Οι συζητήσεις για το νέο μισθολόγιο των γιατρών του ΕΣΥ είναι χαλαρές και «φιλολογικού» περιεχομένου.

- Το Υπουργείο Υγείας δεν αντιμετωπίζει ως εταίρους αλλά ως αντιπάλους τους εργαζομένους στο χώρο της υγείας.

η. **Όγδοος στόχος: Η ολοκλήρωση των δομών ψυχικής υγείας και η σύνδεση των υπηρεσιών πρόνοιας και κοινωνικής αλληλεγγύης**

α. Η αποσυλοποίηση της φροντίδας των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας και η ένταξη τους στις κοινωνικές δομές με το πρόγραμμα «Ψυχαργός» έχει αλλάξει ριζικά το τοπίο της ψυχιατρικής φροντίδας. Όμως, είναι αναγκαίο **να συνεχιστούν οι διαδικασίες δημιουργίας νέων δομών** στην κοινότητα και εκπαίδευσης του προσωπικού. Παράλληλα, είναι αναγκαίο **να συνδεθούν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας με τις δομές και τις υπηρεσίες ΠΦΥ** έτσι ώστε να επιτυγχάνεται η πρόληψη, η κατάλληλη θεραπεία και η αποκατάσταση των ατόμων που έχουν ψυχική νόσο χωρίς την απομάκρυνση τους από το οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον.

β. Αντίστοιχα θα πρέπει **να συνδεθούν οι υπηρεσίες Πρόνοιας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης που λειτουργούν σήμερα**, είτε υπό την ευθύνη των ΔΥΠΕ είτε στα πλαίσια της Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΚΑΠΗ, Βοήθεια στο Σπίτι, Διευθύνσεις Πρόνοιας κ.α.) **με τις υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας** που παρέχουν τα Κέντρα Υγείας αλλά και με τις υπηρεσίες Οικογενειακής Ιατρικής. Η σύναψη «προγραμματικών συμβάσεων» μεταξύ των φορέων θα συμβάλει στη θεσμική κατοχύρωση της συνεργασίας, αντί της εξάρτησης – όπως συχνά συμβαίνει – από την ατομική πρωτοβουλία των επαγγελματιών υγείας.

Τα δύο χρόνια κυβερνητικής θητείας της Νέας Δημοκρατίας είναι τα χρόνια του μεγάλου κενού και της υποχώρησης στον τομέα της ψυχικής υγείας. Η αδυναμία καταβολής των αναγκαιών εθνικών πόρων οδηγεί σε

αδιέξοδο την εφαρμογή των αντίστοιχων κοινοτικών προγραμμάτων και άρα όλο το πρόγραμμα αποασυλοποίησης των δομών ψυχικής υγείας που πρέπει να συνεχιστεί κατά απόλυτη προτεραιότητα.

θ. Ένατος στόχος: Η σύνδεση της εθνικής πολιτικής υγείας με το μεταβιομηχανικό μοντέλο ανάπτυξης της χώρας

Η ολοκλήρωση του ΕΣΥ και η μετάβαση από το ΕΣΥ σε μια πλήρη Εθνική Πολιτική Υγείας πρέπει να συνδέεται – όπως τονίσαμε- με το μεταβιομηχανικό μοντέλο ανάπτυξης της χώρας και τη δημιουργία νέων ευκαιριών απασχόλησης, αλλά και νέων δυνατοτήτων για την ανάπτυξη της αυτοαπασχόλησης.

Αυτό αφορά κυρίως τη **σύνδεση των υπηρεσιών υγείας με την τουριστική αγορά** (διακοπές για άτομα τέταρτης ηλικίας, διακοπές ειδικών ομάδων όπως οι νεφροπαθείς με ανάγκη αιμοκάθαρσης, κέντρα αποκατάστασης που λειτουργούν μέσα σε οργανωμένες ξενοδοχειακές μονάδες, προσβασιμότητα όλων των τουριστικών υποδομών στα άτομα με αναπηρία και κινητικές δυσκολίες κ.ο.κ.)

Οι υπηρεσίες υγείας συνδέονται βέβαια και με τις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας, με τον πολύ σημαντικό τομέα της **κοινωνικής οικονομίας**, με προγράμματα (όπως η «Βοήθεια στο σπίτι» και η κατ' οίκον νοσηλεία) που καλείται να προωθήσει ακόμη περισσότερο η τοπική αυτοδιοίκηση και άρα με δράσεις στις οποίες υπάρχουν σημαντικά κοιτάσματα απασχόλησης. Το κοινωνικό κράτος και οι υπηρεσίες του συνδέονται έτσι με το μοντέλο ανάπτυξης και το μείζον ζήτημα της καταπολέμησης της ανεργίας και της αύξησης της απασχόλησης.

Σχόλια: