

ΥΠΟΜΝΗΜΑ



Νόμος 4931/2022

Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις.

ΠΑΡΑΘΕΣΗ ΕΛΑΦΙΩΝ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΚΑΙ ΕΡΜΗΝΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Με το παρόν υπόμνημα θα επιχειρήσουμε από την σκοπιά μας ως επαγγελματίες υγείας να προσεγγίσουμε ερμηνευτικά το νέο νόμο για το ΕΣΥ που κατατέθηκε στην ολομέλεια της βουλής και ψηφίστηκε στις 10 Μαΐου 2022, επιδιώκοντας με αυτό τον τρόπο να σχηματίσουμε μια αντικειμενική άποψη σχετικά με όσα αφορούν στο μέλλον της δημόσιας και δωρεάν υγείας. Για το σκοπό αυτό θα παραθέσουμε συμπληρωματικά αποσπάσματα δηλώσεων του υπουργού υγείας Α. Πλεύρη, που βοηθούν κατά τη γνώμη μας στην ορθότερη προσέγγιση και κατανόηση κάποιων σημείων και εδαφίων του νόμου, τα οποία στην παρούσα φάση αποτελούν απλώς εισαγωγικά τμήματα και επί των οποίων αναμένονται μελλοντικές προσθήκες και συμπληρώσεις.

Εισαγωγικά αναφέρουμε ότι ο υπουργός υγείας Α. Πλεύρης λίγο μετά την ανάληψη των νέων του καθηκόντων στο υπουργείο υγείας, σε συνέντευξή του στο ραδιόφωνο του ΣΚΑΙ το καλοκαίρι του 2021 και ενώ το νομοσχέδιο για το νέο ΕΣΥ ήταν στα σκαριά, δήλωνε τα εξής:

1. Το εθνικό σύστημα υγείας δεν είναι αναγκαστικά κρατικό,
2. Τα νοσοκομεία δεν πρέπει να λειτουργούν τύποις αν δεν είναι λειτουργικά,
3. Ο ΕΟΠΠΥ πρέπει να λειτουργεί ως κανονική ασφαλιστική εταιρεία.

Λίγους μήνες μετά τις δηλώσεις αυτές ψηφίστηκε το νέο νομοσχέδιο το οποίο περιλαμβάνει τρία βασικά κεφάλαια:

Α. Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Β. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας / προσωπικός γιατρός

Γ. Απογευματινά χειρουργεία / ΣΔΙΤ

A. Μεταρρυθμίσεις που προβλέπονται για τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.):

Εισαγωγικά στο κεφάλαιο αυτό ο νόμος αναφέρει ότι επιδιώκεται η αναβάθμιση του ΕΟΠΥΥ σε γνήσιο αγοραστή Υπηρεσιών Υγείας και ότι το ύψος της αποζημίωσης των ιδιωτών παρόχων υγείας από τον ΕΟΠΥΥ θα διασυνδέεται με την ποιότητα των παρεχόμενων από μέρους τους υπηρεσιών.

Για το σκοπό αυτό, βάσει νόμου, εισάγονται αυστηρά κριτήρια ποιότητας για την κατάρτιση και διατήρηση των συμβάσεων των ιδιωτών παρόχων υγείας, τα οποία ο ΕΟΠΥΥ θα προβλέπει και θα επικαιροποιεί. Επίσης θα διαβαθμίζεται από τον ΕΟΠΥΥ το ύψος της αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας, των ιατροτεχνολογικών προϊόντων σε σχέση προς το βαθμό ανταπόκρισης ιδιωτών παρόχων στα τεθέντα ποιοτικά κριτήρια.

Προβλέπεται επίσης ως γενικός κανόνας ο έλεγχος των παρόχων είτε προληπτικά είτε στο πλαίσιο της εκκαθάρισης δαπανών και σε ποσοστό έως και 100% της υποβαλλόμενης δαπάνης.

Παρατηρούμε ότι στο παραπάνω εισαγωγικό κομμάτι ο νομοθέτης αναφέρει μόνο τον ιδιώτη ως πάροχο που θα υφίσταται εφεξής τους εξονυχιστικούς ελέγχους προκειμένου να συνάπτεται η σύμβαση και να παραμένει συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ. Αυτή η εσφαλμένη εντύπωση ανατρέπεται λίγο παρακάτω.

Παρακάτω στο νόμο αναφέρεται μεταξύ άλλων ότι σκοπός του ΕΟΠΥΥ είναι ο καθορισμός των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων για αγορά υπηρεσιών υγείας με φορείς δημοσίου και ιδιωτικού τομέα και με συμβαλλόμενους ιατρούς καθώς και η αναθεώρηση και η τροποποίηση των όρων αυτών όπου και όποτε αυτό απαιτείται, καθώς και ο έλεγχος της τήρησης από πλευράς συμβεβλημένων παρόχων του συνόλου των κριτηρίων και ιδίως των κριτηρίων ποιότητας που έχουν τεθεί για τη σύναψη και τη διατήρηση της ισχύος των συμβάσεων των παρόχων.

Πληροφορούμαστε από τα ως άνω ότι ο μεγάλος μας εθνικός ασφαλιστικός οργανισμός που καλύπτει τόσο τους συμβεβλημένους παρόχους υγείας (δημόσια νοσοκομεία, δημόσιες δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας, άλλες δημόσιες δομές υγείας, ιδιώτες ανεξάρτητοι επαγγελματίες) όσο και τους πολίτες που αναζητούν παροχή υγείας, στο εξής θα θέτει στους παρόχους αυστηρούς όρους και προϋποθέσεις (κριτήρια ποιότητας) που θα δύναται να τροποποιεί όπου και όποτε κρίνει προκειμένου να συνάπτονται και να διατηρούνται οι συμβάσεις, προκειμένου να καλύπτει δηλαδή ο ΕΟΠΥΥ τα έξοδα για την παροχή υγείας. Μαθαίνουμε επίσης ότι για την διασφάλιση της τήρησης των παραπάνω εισάγονται ειδικοί αυστηροί ελεγκτικοί μηχανισμοί.

Όλα αυτά ακούγονται ωραία επειδή υποτίθεται ότι διασφαλίζουν βάσει του νόμου την ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας στον πολίτη.

Για να κατανοήσουμε αυτό που πραγματικά επιδιώκεται με το νέο νόμο θα πρέπει να αναφερθούμε αναλυτικά στα αυστηρά κριτήρια ποιότητας που τίθενται εφεξής από τον ΕΟΠΥΥ:

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΓΙΑ ΣΥΝΑΨΗ ΣΥΜΒΑΣΕΩΝ ΜΕ ΠΑΡΟΧΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ:

– **Η ηλικία, η κατάσταση, η συντήρηση και ο εκσυγχρονισμός των εγκαταστάσεων, της υλικοτεχνικής υποδομής και του εξοπλισμού:**

Ας αναλογιστούμε πόσες κτηριακές υποδομές στη χώρα μας είναι πεπαλαιωμένες.

Ο κύριος Πλεύρης αναφέρει ότι από το σύνολο των 1,5 δις Ευρώ που διατίθενται από το ταμείο ανάκαμψης για την αναδιάρθρωση της υγείας, μόλις 350 εκ. Ευρώ θα διατεθούν για τον εκσυγχρονισμό των κτηριακών εγκαταστάσεων. Δηλαδή σταγόνα στον ωκεανό. Επιπλέον αναφέρει ότι τα χρήματα θα διατεθούν σε 80 επιλεγμένα νοσοκομεία.

Αρα τα χρήματα αυτά θα διατεθούν σε επιλεγμένες δομές δημόσιας υγείας. Οι υπόλοιπες δομές που δεν θα λάβουν την οικονομική ένεση για την αναβάθμιση της κτηριακής τους υποδομής, με ποιον τρόπο θα πληρούν τις προϋποθέσεις, βάσει του εν λόγω κριτηρίου ώστε να καλύπτονται μελλοντικά από τον ΕΟΠΥΥ;

Θα έρχεται το κλιμάκιο λόγου χάρη, θα βρίσκει τα θεμέλια σάπια και θα αποφασίζει ο ΕΟΠΠΥ ότι δεν καλύπτει οικονομικά τη δομή. Θα κλείνουν πτέρυγες και τομείς για μεγάλο χρονικό διάστημα προκειμένου να αποκατασταθούν υποτίθεται τα προβλήματα, με αποτέλεσμα την απώλεια εσόδων για το νοσοκομείο, την απορρύθμιση της λειτουργίας και τελικά την υποβάθμιση, την απαξίωση και ενδεχομένως το κλείσιμο της δομής.

Το γεγονός ότι το παραπάνω σενάριο ΔΕΝ είναι υποθετικό επιβεβαιώνει η δήλωση του υπουργού υγείας Α. Πλεύρη ότι τα “τύποις” νοσοκομεία θα γίνουν κανονικά νοσοκομεία επιλεκτικά.

Επί λέξει δήλωσε:

“Θα δούμε ποια νοσοκομεία μπορούν να ενισχυθούν προκειμένου να γίνουν κανονικά νοσοκομεία και ποια άλλα θα αποκτήσουν υπόσταση πιο στοχευμένη, δηλαδή αντί να έχουν μέσα όλες τις κλινικές να επιλεγούν οι κλινικές στις οποίες μπορεί να είναι καλά.”

Επιπλέον δήλωσε ότι “εκεί που υπάρχουν περισσότερες νοσηλευτικές δομές (σς πχ πολλά νοσοκομεία σε κοντινές αποστάσεις), η κάθε δομή θα κάνει αυτό που είναι καλύτερο για τον πολίτη..”

Με το σκεπτικό ότι το θέμα των αναγκών και ελλείψεων σε παροχές υγείας ανά περιοχή δεν αφορά μόνο ελλείψεις σε υποδομές αλλά κυρίως οφείλεται σε ελλείψεις προσωπικού, ο υπουργός υγείας Α. Πλεύρης, που αναγνωρίζει και τη δεύτερη αυτή παράμετρο της έλλειψης προσωπικού, μας ενημερώνει ότι η υφυπουργός υγείας Μ. Γκάγκα επεξεργάζεται έναν συνολικό χάρτη υγείας για τη χώρα όπου καταχωρούνται οι ανάγκες που υπάρχουν λόγω ελλείψεων με στόχο, όπως δηλώνει, την “αναδιάταξη” υπηρεσιών κατά τέτοιο τρόπο “ώστε πραγματικά να υπάρχουν “ισχυρές” κλινικές, με το σκεπτικό το νοσοκομείο να εξυπηρετεί τον πολίτη και όχι τελικά ο πολίτης να εξυπηρετεί το νοσοκομείο..”

Δηλαδή, κατά την αντίληψη του υπουργείου υγείας, η ύπαρξη πολλών μικρών νοσοκομειακών εγκαταστάσεων ανά την περιφέρεια της χώρας -που στις περισσότερες περιπτώσεις χρίζουν όντως εξυγίανσης και αναβάθμισης και όχι αναδιάταξης-, εξυπηρετεί την εσωτερική κατανάλωση ή -για να χρησιμοποιήσουμε τις δηλώσεις του ίδιου του υπουργού-, εξυπηρετεί “τοπικούς ανταγωνισμούς” και “ανάγκες ισορροπιών μέσα στο ΕΣΥ”.

Αρα οι δομές αυτές, εφόσον με τη λογική του υπουργού δεν εξυπηρετούν τον πολίτη, καλύτερα να λείψουν απ’ το νέο υγειονομικό χάρτη ή να υποβαθμιστούν σε κέντρα υγείας.

Ως μόνη διέξοδος για την καταπολέμηση του γενικευμένου προβλήματος της ανεπάρκειας και των ελλείψεων του ΕΣΥ, αυτό που προβάλλεται σταθερά από τον υπουργό σε όλες τις συνεντεύξεις και τις δηλώσεις του δεν είναι οι μαζικές προσλήψεις προσωπικού με αξιοπρεπείς συμβάσεις, δεν είναι οι μονιμοποιήσεις των χιλιάδων συμβασιούχων που βρίσκονται σε χρόνιο καθεστώς ομηρίας και σαφώς δεν είναι ούτε η αποκατάσταση των συναδέλφων που εκδιώχθηκαν παράνομα λόγω άρνησης εμβολιασμού με σκευάσματα κατά SARS-COV 2. Αυτό που προτείνεται σταθερά “για να

γίνει το Ε.Σ.Υ. ελκυστικό”, όπως λέει ο υπουργός, είναι η εκχώρηση του εθνικού συστήματος υγείας στο ιδιωτικό κεφάλαιο.

“Δρομολογούμε μεταρρύθμιση στην ιδιωτική υγεία..”

“Θέλουμε τα νοσοκομεία σιγά σιγά να γίνονται νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου”

“Το Εθνικό Σύστημα Υγείας ΔΕΝ είναι κρατικό..”

“Το ΕΣΥ έχει κάνει έναν μεγάλο και χρήσιμο κύκλο..”

Οι παραπάνω φράσεις ακούστηκαν στα πλαίσια επίσημων δηλώσεων του υπουργού υγείας.

Για να γίνει “ελκυστικό” το ΕΣΥ για τον αγοραστή ιδιώτη θα πρέπει αρχικά και επιλεγμένα να αναβαθμιστούν κάποιες δομές κτηριακά και υλικοτεχνικά ενώ οι υπόλοιπες υποβαθμίζονται ήδη μέσω στοχευμένων πολιτικών, που θα αναλύσουμε λίγο παρακάτω και εν τέλει θα “κοπούν” στην αξιολόγηση από τον νέο ΕΟΠΥΥ ώστε να μην συνιστούν υπολογίσιμο ανταγωνισμό για τις ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας.

Αυτή είναι η πραγματική στόχευση που κρύβεται πίσω από τις εύηχες λέξεις “αναδιάρθρωση” και “αναδιάρθρωση”, όπως επιβεβαιώνεται από τις ως άνω δηλώσεις του υπουργού υγείας και όπως κατοχυρώνεται ήδη με το πρώτο κριτήριο ποιότητας της λίστας- αλλά όχι μόνο με αυτό.

– Η εκπαίδευση, η κατάρτιση και η εξειδίκευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού:

Πριν ανοίξουμε τη συζήτηση για το κριτήριο αυτό, να επισημάνουμε ότι η διάρθρωση των δημόσιων νοσοκομείων και δομών υγείας διαφέρει από αυτή των άλλων δημόσιων υπηρεσιών σε κάτι πολύ σημαντικό:

Επειδή παρέχεται πολύ εξειδικευμένη εργασία με επίκεντρο το άκρως ευαίσθητο θέμα της υγείας του ανθρώπου, για την οποία αυτή εργασία δεν μπορεί να έχει άποψη ούτε να παρεμβαίνει ανά πάσα στιγμή ο κάθε εξωτερικός παράγοντας, φρόντισε ο παλιός νομοθέτης όταν συστάθηκε το ΕΣΥ ώστε η διάρθρωση να είναι τέτοια που να μπορεί το σύστημα υγείας να αυτό-οργανώνεται, να λύνει εσωτερικά τα θέματά του και να ρυθμίζει τα του οίκου του χωρίς να ακολουθούνται περίπλοκες και χρονοβόρες διαδικασίες. Για το λόγο αυτό λειτουργούν στα νοσοκομεία του ΕΣΥ τρεις ξεχωριστές υπηρεσίες με ξεχωριστό διευθυντή η καθεμία: διοικητική, ιατρική και νοσηλευτική υπηρεσία. Τέτοια διάρθρωση δεν υπάρχει σε καμία άλλη δημόσια υπηρεσία.

Το νοσοκομείο όπου εισάγεται ο ασθενής λειτουργεί σαν ένα επιτελείο στρατού σε πεδίο μάχης. Το επιτελείο πρέπει να είναι έτοιμο στημένο και απόλυτα συντονισμένο, με αυτό-οργάνωση, που να μην εξαρτάται από εξωτερικές παρεμβάσεις, προκειμένου να μπορεί άμεσα και στρατηγικά να ανταποκριθεί στο ζητούμενο που είναι η υγεία του ανθρώπου.

Με την παρέμβαση του κρατικού μηχανισμού στην αυτονομία του προσωπικού του συστήματος υγείας δίδεται ένα ακόμα σοβαρό πλήγμα στην εύρυθμη λειτουργία του ΕΣΥ.

Εισαγωγικά σε αυτή την ενότητα αναφέρουμε ότι το 2021 καταγράφηκε επίσημα από την ΕΛΣΤΑΤ ο μεγαλύτερος αριθμός θανάτων από όλες τις αιτίες στην Ελλάδα συγκριτικά με τα στοιχεία της προηγούμενης εξαετίας. Αναφερόμαστε σε αριθμό θανάτων από όλες τις αιτίες και όχι μόνο από

κορωνοϊό. Αυτά είναι τα επίσημα στοιχεία. Το ίδιο αν όχι χειρότερο μοτίβο παρατηρείται και μέσα στο 2022.

Πώς προέκυψε αυτό σε μία περίοδο όπου άπαντες κόπτονταν υπέρ της ενίσχυσης του ΕΣΥ προκειμένου να αντιμετωπιστεί το φορτίο της πανδημίας;

Ας δούμε κάποιες από τις παραμέτρους που σχετίζονται άμεσα με τη λειτουργία του ΕΣΥ και που συντέλεσαν στην αύξηση των θανάτων των συμπολιτών μας:

1) Επί δύο χρόνια τα νοσοκομεία με ενδιάμεσα καλοκαιρινά διαλείμματα δουλεύουν στο ρελαντί λόγω καθεστώτος καραντίνας και λόγω επιβολής πρωτοκόλλων ασφαλείας, με μειωμένο αριθμό χειρουργείων, με μειωμένο αριθμό εξωτερικών ιατρείων έως και 80%, βάσει υπουργικών αποφάσεων, με αποτέλεσμα να συνωστίζονται οι ασθενείς σε ατελείωτες λίστες αναμονής. Όσοι είχαν ιδιωτική ασφάλιση, αξιοποίησαν αυτή τη λύση. Όσοι είχαν την οικονομική δυνατότητα επίσης κατέφυγαν σε ιδιώτες παρόχους. Κι όσοι δεν είχαν τέτοια δυνατότητα; Έγιναν από μόνοι τους καλά περιμένοντας;

2) Επί δύο χρόνια έμειναν πίσω ή δεν πραγματοποιήθηκαν ποτέ χιλιάδες εξετάσεις προληπτικής ιατρικής, διαγνωστικοί έλεγχοι κ.ο.κ. Πόσοι καρκίνοι ΔΕΝ διαγνώστηκαν εγκαίρως μέσα στα τελευταία δύο χρόνια;

3) Πολλοί ασθενείς με γνωστά και υπό παρακολούθηση χρόνια νοσήματα σταμάτησαν να επισκέπτονται τους γιατρούς από το φόβο του κορωνοϊού. Σταμάτησαν θεραπείες, απορρυθμίστηκαν χρόνιες παθήσεις, κλπ. Αυτοί οι άνθρωποι έγιναν καλά μένοντας σπίτι;

4) Πόσοι άνθρωποι έμειναν ανασφάλιστοι επειδή έχασαν δουλειές μέσα στη φρενίτιδα των πανδημικών lock down και έμειναν έτσι εκτός παροχών υγείας;

5) Το χαράτσι των rapid test και των PCR test, όπως και η απαράδεκτη σε πολλές περιπτώσεις μεταχείριση των μη εμβολιασμένων ασθενών ή και των συνοδών τους, πόσο κόσμο έδιωξε ή αποθάρρυνε άραγε από τη μετάβαση στα νοσοκομεία;

6) Επί δύο χρόνια απαγορεύτηκε η παρουσία συνοδού μέσα στα νοσοκομεία ακόμα και σε ασθενείς σε βαριά κατάσταση. Επαρκούσε ποτέ αριθμητικά το νοσηλευτικό προσωπικό -το οποίο κάνει άριστα τη δουλειά του κατά τα άλλα- για να καλύψει την παροχή φροντίδας αλλά και την προσφορά της σημαντικότητας ψυχικής υποστήριξης στο βαρέως πάσχοντα και στον χειρουργημένο, που μπορεί να είναι εξίσου καθοριστική για την τελική έκβαση της υγείας του; Πόσοι άραγε είναι οι ασθενείς που πέθαναν μόνοι μέσα στα νοσοκομεία χωρίς καμία επίβλεψη; Πρόκειται για ένα έγκλημα που ελάχιστα έχει αναδειχθεί.

Η αποστασιοποίηση που επιβλήθηκε με τα μέτρα, δεν έπληξε μόνο τις κοινωνικές σχέσεις των ανθρώπων. Έπληξε ανεπανόρθωτα και τις σχέσεις υγειονομικού-ασθενούς.

Η ανατριχιαστική διαπίστωση που ακούγεται από τα στόματα συναδέλφων, ότι χάσαμε ως υγειονομικοί την επαφή μας με τους αρρώστους μας και ότι τους αντιμετωπίζουμε πλέον σαν κρέατα, επιβεβαιώνει μια νέα εφιαλτική πραγματικότητα εντός του ΕΣΥ.

Εξ αιτίας των παραπάνω καθώς και άλλων λόγων δημιουργήθηκαν οι πρώτες προϋποθέσεις για την αποδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και την συνεπακόλουθη αύξηση των θανάτων.

Παράλληλα εξαπολύθηκε ευθεία επίθεση του κρατικού μηχανισμού ενάντια στο προσωπικό των δομών με τους εξής τρόπους:

1. Εκδιώχθηκε μη εμβολιασμένο υγειονομικό προσωπικό και λοιποί εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας με το ανυπόστατο πρόσχημα της μολυσματικότητας. Οι άνθρωποι αυτοί, στην συντριπτική τους πλειοψηφία έμπειροι και με πολυετή προϋπηρεσία στο ΕΣΥ, άφησαν πίσω τους κενά χιλιάδων θέσεων τα οποία δεν αναπληρώθηκαν.

2. Η κυβέρνηση υποσχέθηκε την αναπλήρωσή τους από νέο προσωπικό. Η αναπλήρωση ωστόσο αφορούσε και αφορά κυρίως θέσεις μη υγειονομικών, όπως θέσεις στον τομέα φύλαξης, καθαριότητας, σίτισης κ.λ.π. όπου αντί για προκηρύξεις, με τη δικαιολογία του κατεπείγοντος, προτάσσεται η είσοδος ιδιωτικών συνεργείων. Ελάχιστο αμιγώς υγειονομικό προσωπικό κλήθηκε να καλύψει τα κενά με τρίμηνες συμβάσεις εργασίας, τις οποίες αυτές τρίμηνες συμβάσεις κατόπιν μιας ανανέωσης, το υπουργείο αρνείται σε πολλές περιπτώσεις να ανανεώσει περαιτέρω, με αποτέλεσμα να ανοίγει εκβιαστικά ομοίως και στον αμιγώς υγειονομικό κλάδο ο δρόμος για σύναψη συμβάσεων με όρους ιδιωτικής εταιρείας.

Το εξειδικευμένο υγειονομικό προσωπικό στην συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων δεν αντικαταστάθηκε παρά μόνο σε λίγες περιπτώσεις και από συναδέλφους με ελάχιστη εμπειρία- κανείς έμπειρος δεν θα εγκατέλειπε το πόστο του για μια τρίμηνη σύμβαση.

Οι συνάδελφοι αυτοί καλούνται να δουλέψουν χωρίς ελκυστικές συμβάσεις, χωρίς καμία μελλοντική προοπτική μονιμοποίησης εφόσον καλύπτουν θέσεις μόνιμων υπαλλήλων, χωρίς εργασιακά δικαιώματα, υφιστάμενοι συνεχή ανακύκλωση εντός των τομέων για να καλύψουν τα κενά με τρόπο που να καθίσταται αδύνατη η εκπαίδευσή τους σε ένα συγκεκριμένο αντικείμενο και η ενσωμάτωσή τους σε κάποιο τμήμα, με αποτέλεσμα να προκύπτει οξύ πρόβλημα στην εύρυθμη ομαδική λειτουργία των τμημάτων. Ως εκ τούτου οι συνάδελφοι αυτοί αφενός δεν μπορούν να αποδώσουν έργο αφετέρου καθίστανται εν μέρει επικίνδυνοι για την υγεία των νοσηλευομένων (υπενθυμίζουμε το περιστατικό του θανάτου ασθενή στο νοσοκομείο “Άγιος Ανδρέας”, απότοκο αυτής πολιτικής και όχι της ευθύνης του προσωπικού).

3. Περαιτέρω το υπουργείο κρατά σε καθεστώς ομηρίας χιλιάδες συμβασιούχους υπαλλήλους με συμβάσεις ορισμένου χρόνου που καλύπτουν πάγιες ανάγκες στο ΕΣΥ εδώ και χρόνια, ανανεώνοντας πλέον τις συμβάσεις τους για πολύ μικρά χρονικά διαστήματα.

Ειδικά στους επικουρικούς υπαλλήλους που απασχολούνταν με συμβάσεις ορισμένου χρόνου η ανανέωση των συμβάσεων διακόπηκε οριστικά σε όσους υπαλλήλους εξ αυτών αρνήθηκαν να εμβολιαστούν. Τα κενά αυτά δεν αναπληρώθηκαν ποτέ.

4. Αποτέλεσμα της τεχνηέντως δημιουργηθείσας κατάστασης της ανεπάρκειας του προσωπικού είναι η υπερωριακή εργασία, η στέρηση αδειών και ρεπό και η παγίωση ενός καθεστώτος μόνιμης υπερεργασίας που οδηγεί το προσωπικό σε εξουθένωση, αυξάνοντας δραματικά τον κίνδυνο του λάθους που απειλεί άμεσα την υγεία και τη ζωή του ασθενούς και μεταφράζεται σε κατακόρυφη έκπτωση της ποιότητας της παρεχόμενης υπηρεσίας υγείας στο ΕΣΥ.

5. Μπροστά σε αυτό το πρωτοφανές αδιέξοδο το υπουργείο, αντί να επαναφέρει το προσωπικό και τις συμβάσεις του τουλάχιστον στην πρότερη κατάσταση, εφαρμόζει τη διαδικασία ανακύκλωσης μεταξύ μονάδων, τομέων, ακόμα και δομών και στο εναπομείναν μόνιμο προσωπικό, απομακρύνοντας έτσι και άλλους έμπειρους και καταξιωμένους υπάλληλους από το πόστο που έχουν υπηρετήσει χρόνια και τοποθετώντας τους σε πόστα όπου δεν είναι αποδοτικοί λόγω έλλειψης εκπαίδευσης και εξοικείωσης.

Παροπλίζεται με αυτό τον τρόπο μεθοδικά και το υπόλοιπο έμπειρο προσωπικό που έχει απομείνει στις επάλξεις.

6. Επιπρόσθετα το υπουργείο επιβαρύνει συγκεκριμένα νοσοκομεία με αυξημένο αριθμό εφημεριών, στις οποίες για λειτουργικούς λόγους το προσωπικό αδυνατεί να ανταπεξέλθει, καθεστώς το οποίο τείνει να αποκτήσει μόνιμο χαρακτήρα παρά την άρση της κατάστασης έκτακτης ανάγκης.

7. Η σειρά αυτή των γεγονότων που συνοδεύτηκε από επιβολή καθεστώτος εκβιασμών, απειλών και τρομοκρατίας στους εργασιακούς χώρους και στους ήρωες του χθες, προκειμένου να κατασταλούν οι αντιδράσεις του απηυδισμένου προσωπικού δημιούργησε τόσο ασφυκτικές συνθήκες μέσα στο ΕΣΥ ώστε για πρώτη φορά από τη θεμελίωσή του να μην είναι πλέον “ελκυστικό”, όπως λέει ο υπουργός, για το δημόσιο υπάλληλο, αντιθέτως να παρατηρείται μία άνευ προηγούμενου κατάσταση μαζικών παραιτήσεων και πρόωρων συνταξιοδοτήσεων που οδηγεί πλέον το σύστημα με μαθηματική ακρίβεια σε καθολική κατάρρευση.

Η παραπάνω αλληλουχία γεγονότων επαναλαμβάνεται σταθερά σχεδόν σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας.

Να σημειώσουμε ότι για το δημόσιο τομέα, η αφοσίωση και η αυταπάρνηση του προσωπικού ήταν ανέκαθεν αυτές που κρατούσαν λειτουργικό έναν οργανισμό.

Ειδικά σε ότι αφορά την Υγεία, το ΕΣΥ είναι οι άνθρωποι που το στελεχώνουν, είναι το έμπειρο προσωπικό.

Δεν είναι ούτε τα κτήρια, ούτε ο εξοπλισμός, ούτε οι ξενοδοχειακές εγκαταστάσεις που σύντομα θα διαφημιστούν.

Είναι οι γιατροί, οι νοσηλευτές, οι διοικητικοί υπάλληλοι, κλπ.

Αν λείψουν αυτοί, ο ασθενής ΔΕΝ έχει περίθαλψη, πράγμα το οποίο βλέπουμε εδώ και δύο χρόνια να συμβαίνει στην πράξη.

Περαιτέρω τα κενά που άφησε πίσω η απώλεια του προσωπικού οδήγησε σε κατάργηση κλινών, σε κλείσιμο ή συγχωνεύσεις πολλών κλινικών μέσα στα νοσοκομεία και σε δεύτερο στάδιο σε απαξίωση ακόμα και ολόκληρων δομών υγείας.

Αναγνωρίζουμε σαφώς πίσω από αυτή την πολιτική όχι μία πλημμελή διαχείριση αλλά μία μεθοδευμένη τακτική αποδιοργάνωσης και διάλυσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας με κόστος χιλιάδες ανθρώπινες ζωές.

Η πλήρης απουσία πρόθεσης για ενίσχυση του προσωπικού και για στελέχωση του ΕΣΥ γίνεται πλέον φανερή κατόπιν και των σχετικών δηλώσεων του υπουργού υγείας Α. Πλεύρη αναφορικά με το θέμα της μονιμοποίησης των υπαλλήλων που προσλήφθηκαν με προσωρινές συμβάσεις εντός της περιόδου της πανδημίας:

“Δεν υπάρχει τρόπος απ’ ευθείας μονιμοποίησης στο ΕΣΥ. Παρατείνονται συνεχώς οι συμβάσεις. Παρατάθηκαν μέχρι 31.12.22 και βάσει των συνθηκών θα συνεχίζουν να παρατείνονται και παράλληλα βγαίνουν οι προκηρύξεις όπου οι συγκεκριμένοι συμμετέχοντες, επειδή ακριβώς ήταν στο ΕΣΥ μια δύσκολη περίοδο, έχουν λόγω εργασιακής εμπειρίας που απέκτησαν αυξημένη πριμοδότηση (!) και άρα μπορούν να διεκδικήσουν τις μόνιμες θέσεις με τον τρόπο που προβλέπεται συνταγματικά.”

Η δήλωση αυτή αποτυπώνει γλαφυρά την πρόθεση διατήρησης των εργαζόμενων σε καθεστώς ομηρίας με αέναες ανανεώσεις συμβάσεων και με υποσχέσεις για μια μονιμοποίηση που θα διεκδικηθεί με τον τρόπο που προβλέπεται συνταγματικά (!).

Γιατί άραγε δεν υπάρχει πλέον τρόπος απ’ ευθείας μονιμοποίησης στο ΕΣΥ;

Με την εισαγωγή του κριτηρίου ποιότητας που αφορά στην κατάρτιση του υγειονομικού προσωπικού, συνοδευόμενου από τον αναθεωρημένο “κώδικα ηθικής και επαγγελματικής συμπεριφοράς των υπαλλήλων του δημοσίου τομέα”, επιχειρείται επιπλέον η ολοκληρωτική καταστολή και πειθάρχηση του προσωπικού μέσω αξιολόγησης, η περαιτέρω παρέμβαση του

κρατικού μηχανισμού στην εσωτερική δομή και οργάνωση του συστήματος υγείας καθώς και η εισαγωγή εργαλείων για τη διακοπή συμβάσεων και την απομάκρυνση προσωπικού με συνοπτικές διαδικασίες, όπως αυτές περιγράφονται στο νόμο 4940/2022.

Ο νόμος 4940/2022 σε συνδυασμό με το άρθρο 95 του δημοσιονομικού κώδικα προβλέπει ότι οι “προβληματικοί” βάσει αξιολόγησης υπάλληλοι θα παραπέμπονται στο υπηρεσιακό συμβούλιο της δομής τους, οι οποίοι μετά από ενδεχόμενη δεύτερη παραπομπή δύναται να μουν σε διαδικασία απόλυσης.

Η ασκούμενη πολιτική χειραγώγησης του υγειονομικού προσωπικού σε συνδυασμό με την εισαγωγή “ελαστικών” συμβάσεων εργασίας επιβάλλει μεταξύ άλλων και μία αλλαγή νοοτροπίας του εργαζόμενου σε σχέση με την εργασία του. Δημιουργεί υπαλλήλους που ΔΕΝ ενδιαφέρονται ουσιαστικά για το αντικείμενο της δουλειάς τους -που είναι ο άνθρωπος- και ΔΕΝ ταυτίζονται με το εργασιακό τους περιβάλλον!

Αυτό σε επίπεδο παροχής υγείας είναι άκρως επικίνδυνο και επισφαλές για την ποιότητα της παρεχόμενης υγείας στον πολίτη.

– Τα αποτελέσματα της εκκαθάρισης και των τακτικών ελέγχων των παρόχων:

Σύμφωνα με το νόμο ο ΕΟΠΥΥ δύναται να προσδιορίζει κατηγορίες παρόχων και κατηγορίες παροχών για έλεγχο και εκκαθάριση σε ποσοστό έως και 100% των υποβαλλόμενων δικαιολογητικών δαπανών. Ο έλεγχος διεξάγεται είτε σε πραγματικό χρόνο είτε εκ των υστέρων και σε κάθε περίπτωση πριν από την καταβολή των δαπανών είτε από τις αρμόδιες υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ είτε από φυσικά και νομικά πρόσωπα του δημοσίου ή του ιδιωτικού δικαίου που εξειδικεύονται σε τέτοιους ελέγχους.

Για το σκοπό αυτό συστήνεται στον ΕΟΠΥΥ επιτροπή διαπραγμάτευσης η οποία στο παρελθόν ονομαζόταν “Επιτροπή διαπραγμάτευσης αμοιβών και τιμών ιατροτεχνολογικών προϊόντων”, ασχολούνταν δηλαδή αποκλειστικά με τον καθορισμό του ύψους της αποζημίωσης για τον εξοπλισμό και τα αναλώσιμα υλικά. Εφεξής η επιτροπή αυτή μετονομάζεται σε “Επιτροπή διαπραγμάτευσης τιμών αποζημίωσης υπηρεσιών υγείας, ιατροτεχνολογικών προϊόντων και υλικών”. Για πρώτη φορά δηλαδή στα πλαίσια της σύναψης σύμβασης και της οικονομικής κάλυψης ενός παρόχου υγείας από τον ΕΟΠΥΥ, στην διαπραγμάτευση των τιμών αποζημίωσης συμπεριλαμβάνονται εκτός από τα υλικά και οι ίδιες οι ιατρικές υπηρεσίες! Στις τελευταίες βάσει άλλων εδαφίου συμπεριλαμβάνονται διαγνωστικές εξετάσεις, νοσηλεία, φυσικοθεραπείες, ειδική αγωγή και λοιπές υπηρεσίες υγείας, δηλαδή τα πάντα που αφορούν σε ιατρική πράξη! Μνημονεύεται στο νόμο σχετικός Κανονισμός Παροχών Υπηρεσιών Υγείας.

Η ως άνω επιτροπή δύναται να διαπραγματεύεται και τους όρους των συμβάσεων και να εισηγείται στο ΔΣ του ΕΟΠΥΥ τη διατήρηση ή την τροποποίησή τους.

Ο κανονισμός λειτουργίας της επιτροπής αυτής με τον οποίο καθορίζεται η συγκρότηση, η σύνθεση και η θητεία εκδίδεται με απόφαση υπουργού υγείας.

Για τη συμμετοχή στη διαδικασία διαπραγμάτευσης βάσει νόμου οι πάροχοι καταβάλλουν πριν την έναρξη της διαδικασίας εφάπαξ τέλος διαπραγμάτευσης το οποίο καθορίζεται με κοινή απόφαση των υπουργών οικονομικών και υγείας που εκδίδεται μετά από πρόταση του ΔΣ του ΕΟΠΥΥ. Η προκαταβολή αυτού του τέλους προφανώς οδηγεί σε μειονεκτική θέση τον ελεύθερο επαγγελματία υγείας και τα μικρά ιδιωτικά εργαστήρια έναντι των μεγάλων ιδιωτικών ομίλων.

Βάσει νόμου το ΔΣ του ΕΟΠΥΥ στη νέα του σύνθεση αποκτά επιμέρους αρμοδιότητες και εξουσιοδοτείται να καθορίζει την ανάθεση διενέργειας ελέγχων σε φυσικά ή νομικά πρόσωπα

δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου και το ποσοστό επί της υποβαλλόμενης δαπάνης έκαστου παρόχου για το οποίο διενεργούνται οι έλεγχοι.

Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι βρίσκεται στη διακριτική ευχέρεια του ΔΣ του ΕΟΠΥΥ να καθορίσει αν οι έλεγχοι σε έναν δεδομένο πάροχο υγείας θα είναι ιδιαίτερα αυστηροί ή μέτριοι ή και χαλαροί. Ο νόμος αναφέρει ότι το ποσοστό αυτό δύναται να καθορίζεται έως και στο 100% της υποβαλλόμενης δαπάνης.

Εάν ο πάροχος είναι ιδιαίτερα άτυχος και εντοπιστεί μη αποδεκτή δαπάνη ήδη από τα αρχικά στάδια του ελέγχου, το ΔΣ του ΕΟΠΥΥ που δύναται να ορίσει τη διενέργεια ελέγχου σε τμήμα μόνο του συνόλου των υποβαλλόμενων δικαιολογητικών, μπορεί να κάνει αναγωγή του ποσοστού αυτού των μη αποδεκτών δαπανών στο σύνολο της υποβληθείσας δαπάνης με αντίστοιχη περικοπή στην πράξη τελικής εκκαθάρισης.

Με απόφαση του ΔΣ του ΕΟΠΥΥ δύναται να εξειδικεύεται κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για την εφαρμογή των παραπάνω.

Είτε δηλαδή διενεργούνται έλεγχοι στο 100% των υποβαλλόμενων δικαιολογητικών είτε οι εξακριβωθείσες μη αποδεκτές δαπάνες ανάγονται στο σύνολο της υποβληθείσας δαπάνης, σε αμφότερες τις περιπτώσεις αυτό βρίσκεται στη διακριτική ευχέρεια του ελεγκτικού μηχανισμού - που μπορεί να ανατίθεται και σε ιδιωτική εταιρεία, καθώς και του ΔΣ του ΕΟΠΥΥ, γεγονός που δημιουργεί εύλογες ανησυχίες κατά πόσο ο έκαστος πάροχος υπηρεσιών υγείας θα αντιμετωπίζεται με αντικειμενικότητα και αμεροληψία.

Διαφαίνεται εδώ ο κίνδυνος υπονόμησης της εύρυθμης λειτουργίας των δημοσίων δομών υγείας μέσω υπερχρέωσής τους από μη αναγνωρισμένες δαπάνες -σημειωτέον ότι προβλέπεται σχετικά η εισαγωγή Συστήματος Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών-, αλλά και ενδεχόμενης μειονεκτικής μεταχείρισης των μικρών ανεξάρτητων επαγγελματιών υγείας και διαγνωστικών κέντρων προς όφελος των μεγάλων επιχειρηματικών ομίλων της υγείας.

Επιπρόσθετα οι οργανικές μονάδες που αποτελούσαν την Υπηρεσία Ελέγχου Δαπανών Υγείας Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης (ΥΠ.Ε.Δ.Υ.Φ.Κ.Α.) του ΕΟΠΥΥ, με το νέο νόμο καταργούνται και αντικαθίστανται από την “Αυτοτελή Διεύθυνση Ελέγχου Συμβάσεων και Παρόχων” η οποία υπάγεται απ’ ευθείας στο Διοικητή του ΕΟΠΥΥ.

Παρατηρούμε ένα συγκεντρωτικό μοτίβο αρμοδιοτήτων να διατρέχει γενικά όλες τις διατάξεις που αφορούν τους ελεγκτικούς μηχανισμούς του ΕΟΠΥΥ.

Στα πλαίσια αυτά της συγκέντρωσης αρμοδιοτήτων το ΔΣ του ΕΟΠΥΥ, μέχρι πρότινος 11 μελές, απαρτίζεται πλέον από 7 μέλη κατόπιν εξαίρεσης των μελών του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου. Το νέο ΔΣ του ΕΟΠΥΥ λοιπόν το οποίο θα μπορεί μεταξύ άλλων να γνωμοδοτεί για παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες, δεν θα συνεκτιμά πλέον τις απόψεις των κατεξοχήν αρμοδίων σε θέματα δημόσιας υγείας που είναι οι γιατροί.

Τα μέλη του νέου επταμελούς ΔΣ ορίζονται επίσης με απόφαση του υπουργού υγείας, όπως από τον υπουργό ορίζεται και το μέλος που αναπληρώνει τον Διοικητή του ΕΟΠΥΥ σε περίπτωση απουσίας του. Οι αρμοδιότητες του Διοικητή του ΕΟΠΥΥ και του προέδρου του ΔΣ συγκεντρώνονται στο ίδιο πρόσωπο.

Γενικά παρατηρούμε σε όλη την έκταση του νέου νομοσχεδίου μία συγκέντρωση αρμοδιοτήτων και εξουσιών στο πρόσωπο του υπουργού υγείας -που αναλαμβάνει ένα ρόλο υπερυπουργού-, εν μέρει του υπουργού οικονομικών και ακολούθως στο ΔΣ του ΕΟΠΥΥ και των υποεπιτροπών του.

Η συγκέντρωση αυτών των αρμοδιοτήτων και των εξουσιών τίποτα καλό δεν προμηνύει.

Ειδικά επί του θέματος των τακτικών οικονομικών ελέγχων των δημόσιων νοσοκομείων επισημαίνουμε τα εξής: Μέχρι πρότινος σε ανοιχτά νοσήλια νοσοκομείων όπου δεν είναι

προδιαγεγραμμένη επακριβώς η πορεία της νοσηλείας και των απαιτούμενων ιατρικών χειρισμών, ο ΕΟΠΥΥ κάλυπτε το 100% της δαπάνης χωρίς ελέγχους.

Σε κλειστά νοσήλια αντιθέτως όπου οι δαπάνες είναι περισσότερο προβλέψιμες και πιο συγκεκριμένες, ο ΕΟΠΥΥ δυνητικά έκανε ελεγκτική παρέμβαση εφόσον υπήρχαν πολύ μεγάλες αποκλίσεις στην εκκαθάριση.

Όλα αυτά γίνονταν πάντοτε στα πλαίσια μιας λογικής που απέβλεπε σε μια υγιή ισορροπία μεταξύ των δαπανών -ώστε να μην ζημιωθεί το δημόσιο, και μιας ολοκληρωμένης και ποιοτικής παροχής υγείας στον ασθενή με μοναδικό κριτήριο την υγεία του πολίτη και μοναδικό ζητούμενο την κοινή ωφέλεια.

Στα πλαίσια αυτά οι έλεγχοι του ΕΟΠΥΥ συχνά είχαν συμβουλευτικό χαρακτήρα προς το διοικητικό και λοιπό προσωπικό που επιφορτιζόταν με αυτό το έργο εντός της δομής, ήταν δηλαδή προληπτικοί ελεγκτικοί μηχανισμοί προκειμένου να διορθώνονται λάθη ώστε να διασφαλίζεται περαιτέρω η οικονομική σταθερότητα και η εύρυθμη λειτουργία της δημόσιας δομής.

Με το νέο ρόλο που αποδίδει στον ΕΟΠΥΥ ο νέος νόμος αυτή η φιλοσοφία όπως την περιγράψαμε αλλάζει. Το κράτος δεν χρησιμοποιεί πλέον έναν προληπτικό ελεγκτικό μηχανισμό προκειμένου να διασφαλίσει τον κοινωφελή χαρακτήρα του συστήματος υγείας, αλλά αντίθετα ενεργοποιεί έναν κατασταλτικό ελεγκτικό μηχανισμό που τιμωρεί το προσωπικό για ενδεχόμενα λάθη, απειλεί να αφήσει ακάλυπτες δαπάνες υγείας, απορρυθμίζοντας εν τέλει το σύστημα λειτουργίας της δομής και οδηγώντας τη δομή σε κατάρρευση. Το σκεπτικό που υπάρχει πίσω από την νέα αυτή πολιτική είναι η λειτουργία του συστήματος υγείας με όρους αγοράς, κάτι που ο νόμος σαφώς αναφέρει (ο ΕΟΠΥΥ ως γνήσιος αγοραστής υπηρεσιών υγείας) και κάτι που ο υπουργός υγείας Α. Πλεύρης διαρκώς διατυμπανίζει.

Το σενάριο αυτό βρίσκεται σε πλήρη εξέλιξη όπως επιβεβαιώνουν και οι πολυάριθμες καταγγελίες των σωματείων των νοσοκομείων, των διάφορων υγειονομικών συλλόγων και των τοπικών δημοτικών συμβουλίων ανά την επικράτεια.

Όσο για τις εταιρείες ιδιωτικού δικαίου που δυνητικά θα συμμετέχουν στους ελέγχους, ο νόμος επί του παρόντος δεν ορίζει βάσει ποιων κριτηρίων θα επιλέγονται και ποια θα είναι τα διαπιστευτήριά τους.

– Η χρήση της ψηφιακής τεχνολογίας και η εισαγωγή καινοτομιών:

Στα πλαίσια διασφάλισης των ως άνω περιγραφόμενων ελέγχων δημιουργείται και τηρείται στον ΕΟΠΥΥ “ηλεκτρονικός φάκελος δαπάνης ασφάλισης υγείας δικαιούχου περίθαλψης”.

Τα δεδομένα από τις υποβολές των παρόχων τηρεί για λογαριασμό του ΕΟΠΥΥ μία ανώνυμη εταιρεία με την επωνυμία “**Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης (Η.ΔΙ.Κ.Α ΑΕ)**”, ή και άλλοι φορείς προκειμένου, βάσει νόμου με χρήση στατιστικής μεθοδολογίας, να ελέγχει και να κατατάσσει ο ΕΟΠΥΥ τους παρόχους του σε κατηγορίες υπέρβασης με βάση την απόκλισή τους από την τιμή αναφοράς. Αν διαπιστωθεί απόκλιση από τις τιμές αναφοράς ο ΕΟΠΥΥ μπορεί να επιβάλει ποινές στον πάροχο μετά από απόφαση του ΔΣ.

Επιστούμε την προσοχή στο γεγονός ότι η πλατφόρμα Η.ΔΙ.Κ.Α. Α.Ε. στήθηκε και χρησιμοποιήθηκε ήδη από το 2021 προκειμένου να αποτυπωθούν τα προσωπικά δεδομένα των εργαζόμενων στο χώρο της υγείας αναφορικά με τον εμβολιασμό για SARS COV-2 και εν συνεχεία, με την επιβολή του υποχρεωτικού εμβολιασμού, να αντληθούν τα στοιχεία αυτά προκειμένου να τεθεί σε αναστολή εργασίας το μη εμβολιασμένο προσωπικό.

Αυτό δημιουργεί προηγούμενο που εγείρει έντονες ανησυχίες σχετικά με την προοπτική αξιοποίησης ιατρικών προσωπικών δεδομένων με στόχους πέραν αυτών της κοινής ωφέλειας. Όπως εξάλλου έχει πει και ο ίδιος ο υπουργός για την ψηφιακή τεχνολογία σε δηλώσεις που αφορούσαν στα απογευματινά χειρουργεία: “Έχουμε εργαλεία από το εμβόλιο ΤΡΟΜΑΚΤΙΚΑ!”

Έτσι, παρόλο που ο νόμος αναφέρει ότι η επεξεργασία των δεδομένων υπόκειται σε κατάλληλα και ειδικά μέτρα για την προστασία των δικαιωμάτων και των ελευθεριών των φυσικών προσώπων, δεν μπορούμε να μην διατηρούμε σοβαρές επιφυλάξεις και να μην ανησυχούμε για το ακριβώς αντίθετο.

Όταν εξάλλου ο νόμος αναφέρει ότι η επεξεργασία δεδομένων σχετικών με την υγεία για λόγους δημοσίου συμφέροντος (!;) δεν μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα για άλλους σκοπούς από τρίτους, όπως εργοδότες ή ασφαλιστικές εταιρείες ή τράπεζες, προκύπτει το εύλογο ερώτημα με ποιον τρόπο προτίθεται να το διασφαλίσει αυτό ο εκάστοτε αρμόδιος υπουργός και ο εκάστοτε αρμόδιος φορέας.

Ήδη πήραμε μία γεύση με ποιον τρόπο είναι εφικτό να αξιοποιηθούν προσωπικά ιατρικά δεδομένα “για λόγους δημοσίου συμφέροντος” προκειμένου εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας να τεθούν εν μία νυκτί εκτός εργασίας.

Με τη χρήση της πλατφόρμας αυτής λοιπόν θα γίνεται ο έλεγχος για ενδεχόμενη απόκλιση από τις τιμές αναφοράς και ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει να εστιάσουμε στο σύνολο των αξιολογούμενων δεδομένων:

Ως ΑΠΟΚΛΙΣΗ βάσει νόμου νοείται η υπέρβαση του συνόλου των υποβολών συγκεκριμένης ιατρικής πράξης, ή κλειστού ενοποιημένου νοσηλίου ή διοικητικής απόφασης ή εγκυκλίου του ΕΟΠΥΥ για την παροχή κατευθυντήριων οδηγιών συνταγογράφησης από την τιμή αναφοράς για δεδομένη χρονική περίοδο.

Εδώ βρίσκεται ένα από τα πιο σκοτεινά σημεία αυτού του νόμου το οποίο επανέρχεται στα εδάφια για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα και αφορά πάλι σε μία συνολική αλλαγή της θεώρησης σχετικά με το ποιον θα εξυπηρετεί εφεξής το εθνικό σύστημα υγείας.

Ο αυστηρός καθορισμός της ιατρικής πράξης, όπως και η θέσπιση συγκεκριμένων κατευθυντήριων οδηγιών συνταγογράφησης τις οποίες δεν θα δύναται να υπερβεί, να τροποποιήσει, να αναπροσαρμόσει ή και να παρακάμψει εντελώς ο επιστήμονας υγείας αν το κρίνει αναγκαίο για την περίπτωση του ασθενούς του, σηματοδοτεί το τέλος της ελεύθερης άσκησης της κλασικής ιατρικής βάσει της ατομικής πρωτοβουλίας και κρίσης του επιστήμονα υγείας ως απόρροιας της πιστοποιημένης από τα κέντρα της εκπαίδευσής του γνώσης και εμπειρίας.

Σε άλλο σημείο ο νόμος αναφέρει ότι τα ηλεκτρονικά συστήματα που αναπτύσσονται και τηρούνται στον ΕΟΠΥΥ εξυπηρετούν την παρακολούθηση συμφωνιών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες από συμβεβλημένους ιδιώτες παρόχους, για την παροχή ιατροτεχνολογικών προϊόντων και προϊόντων ειδικής διατροφής και φαρμάκων με βάση την έκβαση της θεραπείας του ασθενούς, με δυνατότητα παρακολούθησης δεικτών απόδοσης, στα οποία θα ενσωματώνεται και η προτεινόμενη θεραπεία.(!)

Το παραπάνω εδάφιο είναι ξεκάθαρο ως προς τα περιθώρια εξατομικευμένης προσέγγισης του ασθενούς που θα δίνει ο νέος νόμος στον επιστήμονα υγείας: μηδενικά περιθώρια.

Το σύστημα ηλεκτρονικής διακυβέρνησης, όπως τόσο εύστοχα ονομάστηκε θα “προτείνει” στο θεράποντα γιατρό ακόμα και την θεραπεία για τον ασθενή του!

Η απόκλιση από τις κατευθυντήριες γραμμές θα προβλέπει ποινές, το είδος των οποίων δεν καθορίζεται σαφώς στο παρόν νομοσχέδιο.

Η δρομολογούμενη απόλυτη χειραγώγηση του επιστήμονα υγείας με το νέο νόμο θα συζητηθεί ξανά στο κεφάλαιο για τον προσωπικό γιατρό.

Περιοριζόμαστε σε αυτό το σημείο να αναφέρουμε ένα επιπλέον κριτήριο ποιότητας που επισφραγίζει αυτή την χειραγώγηση:

– Οι πιστοποιήσεις από αναγνωρισμένους εθνικούς ή διεθνείς δημόσιους ή ιδιωτικούς οργανισμούς δημιουργίας ή έκδοσης προτύπων:

Μέσω κατευθυντήριων γραμμών ακόμα και διεθνών, ακόμα και ιδιωτικών οργανισμών θα καθορίζονται πλέον και οι παραμικρές λεπτομέρειες λειτουργίας του συστήματος υγείας.

Φυσικά και τον τελευταίο λόγο για τη διαμόρφωση των κριτηρίων και των τιμών αναφοράς διατηρεί και πάλι ο υπουργός υγείας σε συνεργασία με τον υπουργό οικονομικών μετά από πρόταση του ΔΣ του ΕΟΠΠΥ.

Εν τω μεταξύ, το νέο πληροφοριακό σύστημα το οποίο έχει ήδη εγκατασταθεί σε πολλά νοσοκομεία έχει οδηγήσει πολλούς προϊσταμένους τμημάτων να εκτελούν χρέη λογιστή, αποκόπτοντας αυτούς από την κλινική εποπτεία των τμημάτων, ενώ το ούτως ή άλλως ελάχιστο νοσηλευτικό προσωπικό στις κλινικές επιφορτίζεται στις βάρδιες με την υποχρέωση συμπλήρωσης κλινικών εκτιμήσεων για την ασφάλεια των ασθενών και με τη διεκπεραίωση τεράστιας γραφειοκρατίας, ώστε να αποσπάται από τα καθήκοντα περίθαλψης.

Την ίδια στιγμή η πραγματική ποιότητα παροχής υγείας συνεχώς φθίνει.

Πιθανώς στο μέλλον τα δεδομένα που συλλέγονται με επιστράτευση του προσωπικού θα χρησιμοποιηθούν ως πιστοποίηση ασφάλειας των ασθενών σε μελλοντικά συμβόλαια με ασφαλιστικές εταιρείες. Στο θέμα αυτό θα επανέλθουμε παρακάτω.

– Οι νοσηλευτικές και ιατρικές ειδικότητες που προσφέρονται και η εξειδίκευση των υπηρεσιών που παρέχονται,

– Η ανάπτυξη κλινών και η ύπαρξη ειδικών κλινών και κλινών ΜΕΘ,

– Η βαρύτητα των περιστατικών που εξυπηρετούνται και

– Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών,

είναι μερικά ακόμη κριτήρια αξιολόγησης που θέτει ο νέος ΕΟΠΥΥ.

Όπως ήδη αναφέραμε, η πολιτική αποψίλωσης του προσωπικού από τις δημόσιες δομές υγείας έχει στερήσει από το ΕΣΥ βασικές ειδικότητες και έχει οδηγήσει σε συστηματική κατάργηση κλινών, συγχωνεύσεις και κλείσιμο κλινικών, με αποτέλεσμα πολλά νοσοκομεία να μην πληρούν μελλοντικά τα ως άνω κριτήρια και να δίδεται με την εισαγωγή των κριτηρίων αυτών η χαριστική βολή στις δημόσιες δομές υγείας ενώ δημιουργούνται ταυτόχρονα όροι πλεονεκτικοί για τον ιδιωτικό τομέα.

– Η ύπαρξη πολιτικής κατά των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων:

Κάθε δημόσια δομή υγείας ακολουθεί πρωτόκολλα αντιμετώπισης και διαχείρισης των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Ωστόσο το θέμα αυτό αποτελεί ένα πάγιο πρόβλημα στα πλαίσια της νοσοκομειακής ρουτίνας πρόληψης λοιμώξεων. Η έντονη προβολή από τα μέσα ενημέρωσης του θέματος της ψευδομονάδας και άλλων ανθεκτικών μικροβίων μόνο ανησυχία μπορεί να προκαλεί σχετικά με τα κίνητρα της υπερπροβολής αυτού του θέματος, δεδομένου ότι η αντιμετώπιση των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων τίθεται πλέον ως ξεχωριστό κριτήριο ποιότητας από τον ΕΟΠΥΥ.

– Η ορθή κλινική πρακτική, η συχνότητα εμφάνισης επιπλοκών ή ιατρικών λαθών κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας ή τη χρήση ιατροτεχνολογικών προϊόντων και υλικών:

Η ορθή κλινική πρακτική ορίζεται πλέον βάσει του νόμου από αυστηρές κατευθυντήριες γραμμές, όπως επισημάνθηκε.

Η απόκλιση του επιστήμονα υγείας από αυτές τις κατευθυντήριες γραμμές, όπως επίσης παραθέσαμε, δύναται να συνοδεύεται από ποινές. Με την εισαγωγή του ποιοτικού κριτηρίου της συχνότητας εμφάνισης ιατρικών λαθών, η προσήλωση στις κατευθυντήριες γραμμές γίνεται ως εκ τούτου ακόμα πιο επιτακτική, γίνεται συνθήκη για τον επιστήμονα υγείας.

Σε συνέντευξή του ο υπουργός υγείας Α. Πλεύρης δήλωσε ότι για δικαστικά έξοδα, κυρίως λόγω ιατρικών λαθών, τα νοσοκομεία ξοδεύουν πολλά εκατομμύρια ευρώ.

Είναι γεγονός ότι σε περίπτωση ιατρικών λαθών τα νοσοκομεία κάλυπταν ως τώρα τα έξοδα για τον εργαζόμενο.

Με αφορμή λοιπόν τα ιατρικά λάθη ο υπουργός προτείνει μια συνολική κάλυψη του ΕΣΥ και όλου του προσωπικού του υπό την ομπρέλα κολοσσιαίων, πανίσχυρων ασφαλιστικών εταιρειών του εξωτερικού με αντασφάλειες, οι οποίες θα αποζημιώνουν τους ασθενείς και οι οποίες θα πληρώνονται από έσοδα του ΕΣΥ που θα εξοικονομηθούν με τρόπο που γενικά δεν διευκρινίζεται σαφώς.

Το ενδιαφέρον είναι ότι ο υπουργός πετάει στους εργαζόμενους ένα τυράκι συμπληρώνοντας ως εξής την παραπάνω δήλωσή:

“Εγώ (ως Ε.Σ.Υ.) το γιατρό μου τον θέλω ασφαλισμένο, όπως του παρείχαμε μια ασυλία στο κομμάτι COVID, εγώ θέλω να ξέρει ότι άμα κάνει ένα λάθος, σε αυτό το λάθος δεν θα τον κυνηγήσει ποτέ κανείς -ο νοσηλεύτής το ίδιο...”

Δύο τινά προκύπτουν από τα ανωτέρω:

1) αφενός ο επιστήμονας υγείας δεσμεύεται μέσω του κριτηρίου το οποίο κινείται στη λογική μιας εκ προοιμίου ποινικοποίησης των ιατρικών λαθών, ώστε να μην τολμά να αποκλίνει από τις κατευθυντήριες γραμμές, με ό,τι αυτό συνεπάγεται μελλοντικά στο θέμα της συσσώρευσης ιατρικών λαθών.

2) αφετέρου του υπόσχονται “ασυλία” -ως μια επέκταση του ακαταδίωκτου-, κατά τον ίδιο τρόπο που έγινε η συγκάλυψη των εγκληματικών πολιτικών και ιατρικών χειρισμών κατά τη διαχείριση του COVID, ώστε ο επιστήμονας υγείας να καταστεί δια παντός υποχείριο και συνεργός στο συνεχιζόμενο έγκλημα το οποίο θα γιγαντωθεί περαιτέρω με την επερχόμενη πλήρη εμπορευματοποίηση της υγείας.

Ακριβώς σε αυτό αναφέρεται και ο υπουργός υγείας Α. Πλεύρης όταν επαναλαμβάνει συνεχώς ότι: «θέλουμε οι υγειονομικοί να ακολουθούν την επιστήμη τους..»

Ο γιατρός εφεξής ΔΕΝ θα λειτουργεί στο επαγγελματικό του πεδίο με γνώμονα την υγεία του ανθρώπου αλλά με γνώμονα τη διασφάλιση της δικής του επαγγελματικής και νομικής υπόστασης και ακεραιότητας.

Ιδού το μέλλον της ιατρικής επιστήμης...

Αντιλαμβανόμαστε ότι υπό τις συνθήκες που διαμορφώνονται πλέον στο χώρο της υγείας και με τους νέους όρους με τους οποίους καλούνται να συμμορφωθούν οι υγειονομικοί υπάλληλοι, το επάγγελμα του υγειονομικού υπαλλήλου καθίσταται εκ των πραγμάτων πολύ λιγότερο ελκυστικό, με αποτέλεσμα την ακόμα μεγαλύτερη συρρίκνωση του ήδη αποδεκατισμένου προσωπικού της υγείας. Τις συνέπειες θα τις υποστεί ο ασθενής.

B. Αναδιοργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.)

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) που ισοπεδώθηκε με την απαξίωση του ΙΚΑ σαφώς και ήταν πάντα το κλειδί στην σωστή διάρθρωση της παροχής υγείας. Αν υπήρχε πρωτοβάθμια φροντίδα και αν λειτουργούσε σωστά, θα ξεμπερδευε και όλο το υπόλοιπο κουβάρι της δυσλειτουργίας του συστήματος υγείας καθώς ο ασθενής θα καθοδηγούνταν μέσα σε αυτό το σύστημα με τη λιγότερη δυνατή ταλαιπωρία για τον ίδιο και με τη λιγότερη δυνατή επιβάρυνση του συστήματος.

Με τον ισχυρισμό ότι ικανοποιούνται αυτά τα δύο ζητούμενα ο νέος νόμος εστιάζει στην αναδιοργάνωση της ΠΦΥ.

Στην εισαγωγή του κεφαλαίου αυτού γίνεται μια σύντομη ανάλυση της διάρθρωσης της ΠΦΥ. Εισάγεται ο ορισμός της ομάδας υγείας η οποία με την ελάχιστη δυνατή σύνθεσή της από ένα γιατρό (γενικής ιατρικής ή παθολογίας), έναν νοσηλευτή ή επισκέπτη υγείας και έναν διοικητικό υπάλληλο, θα στελεχώνει μια τοπική μονάδα υγείας (ToMY) η οποία αποτελεί το εισαγωγικό επίπεδο στο ΕΣΥ, όπως ορίζει ο νόμος -ως το ανάλογο του πρώην ΙΚΑ.

Για το συντονισμό της λειτουργίας και της δράσης της ομάδας υγείας ορίζεται με απόφαση του διοικητή της οικείας Υ.Πε ως υπεύθυνος ένας ιατρός ο οποίος υπάγεται ιεραρχικά και διοικητικά στον αντίστοιχο υπεύθυνο του κέντρου υγείας, όπως θα δούμε παρακάτω.

Οι ToMY, μαζί με τα περιφερικά ιατρεία, τα πολυδύναμα περιφερικά ιατρεία, τα ειδικά περιφερικά ιατρεία και τα τοπικά ιατρεία, όπως αυτά ορίζονται από παλαιότερους νόμους, υπάγονται στο αντίστοιχο κέντρο υγείας (Κ.Υ.) αποτελώντας οργανική μονάδα με αυτοτελή στελέχωση στην οποία συμπεριλαμβάνεται το σύνολο των θέσεων του προσωπικού.

Με απόφαση του υπουργού υγείας καθορίζεται η διαδικασία επιλογής των εφεξής υπεύθυνων για το συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας του κέντρου υγείας.

Οι συντονιστές αυτοί θα έχουν τη γενική διεύθυνση του Κ.Υ. καθώς και των αποκεντρωμένων μονάδων και θα ορίζουν και θα εποπτεύουν το επιστημονικό και διοικητικό έργο.

Ο υπουργός θα καθορίζει τα τυπικά και ουσιαστικά τους προσόντα και τις ειδικότερες αρμοδιότητές τους.

Αξιοσημείωτο στην ως άνω περιγραφή ιεράρχησης καθηκόντων είναι το φαινόμενο της συγκέντρωσης των αρμοδιοτήτων σε λίγα πρόσωπα τα οποία θα βρίσκονται αυστηρά υπό την εποπτεία του υπουργού υγείας.

Περαιτέρω ως τομέας ΠΦΥ (ΤοΠΦΥ) ορίζεται βάσει νόμου η περιοχή ευθύνης κάθε κέντρου υγείας.

Για κάθε τομέα ΠΦΥ ορίζεται ένα νοσοκομείο αναφοράς εντός της οικείας διοικητικής υγειονομικής περιφέρειας (Δ.Υ.Πε).

Αναφέρθηκε ήδη στο κεφάλαιο για τον ΕΟΠΥΥ η πρόθεση για περαιτέρω κλείσιμο νοσοκομείων. Επί του παρόντος οι κινήσεις αυτές αφορούν κυρίως σε περιφερειακά νοσοκομεία. Με την εισαγωγή του ορισμού του “νοσοκομείου αναφοράς” αυτή η πρόθεση γίνεται πιο ξεκάθαρη. Ο υγειονομικός χάρτης που εκπονεί το υπουργείο υγείας περιλαμβάνει τα περιφερειακά νοσοκομεία που δεν πληρούν τα νέα λειτουργικά κριτήρια και ως εκ τούτου θα περιέλθουν σε μια διαδικασία προοδευτικής υποβάθμισης ώστε να απαξιωθούν τελικά ως ανεξάρτητες δομές παροχής τριτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας. Η υποβάθμιση αυτή, προκειμένου να περιοριστούν οι αντιδράσεις των τοπικών κοινωνιών, φέρει τον τίτλο “λειτουργική διασύνδεση” με το οριζόμενο ως νοσοκομείο αναφοράς του παρόντος κεφαλαίου. Η λειτουργική διασύνδεση αναφέρεται στη λειτουργία των νοσοκομείων αρχικά υπό κοινή διοίκηση πράγμα που επί της ουσίας μεταφράζεται σε συγχώνευση των δομών, με δυνατότητα μετακίνησης του προσωπικού προς το κεντρικό νοσοκομείο αναφοράς και συνεπακόλουθη απαξίωση των κοντινών νοσοκομείων που θα λειτουργούν συμπληρωματικά, δηλαδή θα υπολειτουργούν έως ότου αποφασισθεί η ολοκληρωτική τους απαξίωση.

Το σχέδιο αυτό των συγχωνεύσεων περιλαμβάνει πολλές δεκάδες νοσοκομείων. Οι σχετικές καταγγελίες από τους τοπικούς φορείς και τα σωματεία κυκλοφορούν εδώ και καιρό στον τύπο.

Εξαιρετικό ενδιαφέρον έχει ότι εφεξής το πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας των μονάδων ΠΦΥ δεν θα ορίζεται βάσει νομοθεσίας αλλά κατόπιν προεδρικού διατάγματος που θα εκδίδεται μετά από πρόταση των υπουργών υγείας και οικονομικών με εισήγηση ενός κεντρικού συμβουλίου υγειονομικών περιφερειών (ΚΕ.Σ.Υ.ΠΕ).

Ειδικότερα ο νόμος προβλέπει ότι με κοινές υπουργικές αποφάσεις των ως άνω υπουργών εκδίδονται οργανισμοί για τις δημόσιες μονάδες ΠΦΥ που περιλαμβάνουν τις προϋποθέσεις και τον τρόπο στελέχωσης αυτών, τη σύσταση των οργανικών τους θέσεων ή την τροποποίηση αυτών.

Πιο συγκεκριμένα οι υπουργοί εφεξής θα αποφασίζουν για:

- α) το παρεχόμενο έργο των δημόσιων μονάδων ΠΦΥ
- β) το σύνολο των οργανικών θέσεων, την κατανομή κατά εργασιακή σχέση, κατηγορία, κλάδο και ειδικότητα καθώς και τα τυπικά προσόντα διορισμού
- γ) τη γενική περιγραφή καθηκόντων κάθε θέσης ευθύνης
- δ) τη σύσταση νέων θέσεων προσωπικού και την κατάργηση υφιστάμενων θέσεων που πλεονάζουν
- ε) τη σύσταση νέων κλάδων κατά κατηγορίες καθώς και τη συγχώνευση ή κατάργηση υφιστάμενων με δυνατότητα κατάργησης αντίστοιχων οργανικών θέσεων
- στ) τη μεταφορά θέσεων προσωπικού σε άλλους κλάδους υφιστάμενους ή νέους της ίδιας ή άλλης κατηγορίας, καθώς και τη ρύθμιση θεμάτων ένταξης υπηρετούντων υπαλλήλων σε νέους κλάδους της ίδιας ή άλλης κατηγορίας, που προκύπτουν με σύσταση ή συγχώνευση υφιστάμενων.

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι στο μέλλον τίποτα από όσα αφορούν, αφενός στη διάρθρωση και τη λειτουργία των δημοσίων δομών υγείας και αφετέρου στους όρους απασχόλησης του προσωπικού, δεν θα είναι οριζόμενο και κατοχυρωμένο από το νόμο αλλά θα υπόκειται στη διακριτική ευχέρεια και δικαιοδοσία του εκάστοτε υπουργού. Σχετικά με τους όρους απασχόλησης ο υπουργός δύναται να καθορίζει τα πάντα, από το μέλλον της θέσης εργασίας του εργαζόμενου μέχρι και τις προϋποθέσεις και τα προσόντα για το διορισμό του.

Ειδικά σε ότι αφορά τα τυπικά προσόντα διορισμού, τα οποία έως τώρα για όλους τους κλάδους και τις ειδικότητες του δημοσίου ορίζονταν σαφώς από τη νομοθεσία και περιλάμβαναν ένα σύνολο αντικειμενικών κριτηρίων και τεκμηρίων σχετικά με την εκπαίδευση και την προϋπηρεσία του υποψηφίου, ο νέος νόμος ανοίγει το δρόμο για την εισαγωγή αυθαίρετων και ενδεχομένως εκβιαστικών όρων και προϋποθέσεων διορισμού και διατήρησης της θέσης εργασίας, όπως τους γνωρίσαμε τα τελευταία χρόνια με την εισαγωγή του υποχρεωτικού εμβολιασμού ως προαπαιτούμενου για την εργασία. Υπενθυμίζουμε ότι ουκ ολίγες φορές προτάθηκε από τον υπουργό υγείας Α. Πλεύρη να συμπεριληφθεί ο εμβολιασμός για κορωνοϊό στα τυπικά προσόντα διορισμού!

Διαφαίνεται επίσης ότι ανοίγει οριστικά ο δρόμος για την άρση της μονιμότητας στο δημόσιο με συνοπτικές διαδικασίες κατάργησης οργανικών θέσεων με μία υπουργική απόφαση. Η απόλυτη ελαστικοποίηση της εργασίας με μετακινήσεις του προσωπικού που παγιώθηκε υπό το καθεστώς της έκτακτης ανάγκης, επίσης εδραιώνεται οριστικά. Επί της ουσίας διαφαίνεται το τέλος των εργασιακών δικαιωμάτων στο ΕΣΥ. Με μια ΚΥΑ θα αλλάζουν τα δεδομένα της εργασίας εν μία νυκτί.

Στο νέο ΕΣΥ δεν υπάρχει δημόσιος τομέας.

Όλα μαζί, δημόσιος και ιδιωτικός τομέας, είναι ΕΝΑ σύστημα υγείας, όπως αναφέρει σε δηλώσεις του ο υπουργός υγείας Α. Πλεύρης.

Ας δούμε πώς υλοποιείται αυτό με το νέο νόμο σε επίπεδο ΠΦΥ:

Οι υπηρεσίες ΠΦΥ, βάσει νόμου παρέχονται και από ιδιώτες παρόχους. Οι δημόσιες δομές ΠΦΥ δύνανται να συνεργάζονται με φορείς της τοπικής αυτοδιοίκησης, με ιδιώτες παρόχους ΠΦΥ, πολυιατρεία, και ιδιώτες ιατρούς..

Το πλαίσιο συνεργασίας, οι υπηρεσίες που περιλαμβάνονται στη συνεργασία αυτή και κάθε αναγκαία σχετική λεπτομέρεια καθορίζονται με κοινή υπουργική απόφαση του υπουργού υγείας και του κατά περίπτωση αρμόδιου υπουργού.

Αναγνωρίζουμε στο παραπάνω εδάφιο πέρα από την γνωστή δυνατότητα της παροχής ΠΦΥ από ελεύθερους επαγγελματίες γιατρούς, την πρόθεση ανάθεσης παροχών ΠΦΥ σε μεγαλύτερου διαμετρήματος ιδιώτες παρόχους.

Περαιτέρω ο νόμος προβλέπει ότι με απόφαση του υπουργού υγείας δύνανται να καθορίζονται
– ο τρόπος και η διαδικασία συνεργασίας των ιδιωτών προσωπικών ιατρών με τις δομές ΠΦΥ,
– η διαδικασία συμμετοχής στις εφημερίες των μονάδων ΠΦΥ
– κατόπιν σχετικής εισήγησης του ΕΟΠΥΥ, τα ειδικότερα ζητήματα που αφορούν στη διαδικασία σύναψης συμβάσεων με τον ΕΟΠΥΥ, κ.α.

Το κράτος δεν κρύβει την πρόθεσή του να δεσμεύσει τους ανεξάρτητους επαγγελματίες ιατρούς με απώτερο στόχο την ένταξή τους κάτω από μια ομπρέλα μεγάλων ιδιωτικών συμφερόντων, καθιστώντας τους εξαρτημένους στη σχέση εργασίας τους και υπόλογους σε ένα σύστημα γενικότερων οδηγιών και κατευθυντήριων γραμμών, όπως ακριβώς δρομολογείται και με τους γιατρούς του δημοσίου.

Προκειμένου να επιτευχθεί αυτός ο στόχος επιχειρείται ο οικονομικός στραγγαλισμός των ανεξάρτητων επαγγελματιών υγείας με την ανάπτυξη εδαφίων στο νόμο που προβλέπουν επαχθείς όρους οικονομικών δεσμεύσεων των ανεξάρτητων επαγγελματιών απέναντι στο κράτος.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ

Η εισαγωγή του ορισμού του προσωπικού γιατρού αποτελεί το βασικότερο και πιο ενδιαφέρον στοιχείο αυτού του κεφαλαίου καθώς και ολόκληρου του νομοσχεδίου εφόσον είναι το κλειδί όχι μόνο για την εισαγωγή στην ιδιωτική υγεία αλλά και σε μια παρεχόμενη -άλλοτε κοινής ωφέλειας υπηρεσία- της οποίας ο αποδέκτης από κοινωνός και ωφελούμενος καθίσταται πλέον δέσμιος και υπόλογος.

Ο προσωπικός γιατρός βάσει ορισμού παρέχει υπηρεσίες ΠΦΥ στο πλαίσιο των τοπικών δικτύων υπηρεσιών ΠΦΥ που συνιστούν τους τομείς ΠΦΥ και εφεξής θα λειτουργεί ως “πύλη εισόδου” για την πρόσβαση των πολιτών στις δομές και στις υπηρεσίες υγείας.

Τι σημαίνει “πύλη εισόδου” στις υπηρεσίες υγείας;

Ας επισημανθεί ότι εισαγωγή του θεσμού του προσωπικού γιατρού παρουσιάζεται ως διευκόλυνση στην πρόσβαση των ασθενών στα νοσοκομεία. Στην πραγματικότητα με αυτό το μέτρο επιχειρείται ακριβώς το αντίθετο. Για πρώτη φορά στα χρονικά της λειτουργίας του ΕΣΥ η διαχείριση του ασθενούς και των δεδομένων του εναποτίθεται στην αποκλειστική δικαιοδοσία ενός μοναδικού επιστήμονα υγείας, η σχέση του οποίου με τον ασθενή είναι απόλυτα δεσμευτική, είναι υποχρεωτική.

Πρόσβαση στη δωρεάν παροχή υγείας έχει εφεξής αυστηρά ο εγγεγραμμένος σε προσωπικό γιατρό πληθυσμός. Ο πολίτης εγγράφεται υποχρεωτικά σε έναν μόνο προσωπικό ιατρό ενώ μετεγγραφή σε άλλον προσωπικό γιατρό επιτρέπεται μία φορά ανά έτος.

Ο νόμος εξουσιοδοτεί ως προσωπικούς γιατρούς τους γιατρούς με ειδικότητα γενικής ιατρικής ή εσωτερικής παθολογίας για τον ενήλικο πληθυσμό, οι οποίοι ανήκουν στον κλάδο γιατρών ΕΣΥ που υπηρετούν ή παρέχουν υπηρεσίες στα Κ.Υ, στις ΤοΜΥ και σε λοιπές δημόσιες μονάδες ΠΦΥ και επίσης τους γιατρούς που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ.

Με απόφαση υπουργού υγείας δύνανται να ορίζονται ως προσωπικοί γιατροί και οι απλοί ιδιώτες γιατροί τόσο των ως άνω όσο και άλλων ειδικοτήτων, όπως και οι παιδίατροι για τον ανήλικο πληθυσμό.

Παρατηρούμε ότι η δυνητική διεύρυνση των ειδικοτήτων που μπορούν να εξυπηρετήσουν με την ιδιότητα του προσωπικού γιατρού περιορίζεται στον ιδιωτικό τομέα, ως εκ τούτου ανοίγει ο δρόμος για την μετατόπιση προς αυτήν την κατεύθυνση του κύριου όγκου των ασθενών που μελλοντικά θα αναζητήσουν παροχές ΠΦΥ.

Το ως άνω εδάφιο σε συνδυασμό με την πρόβλεψη που υπάρχει στο νόμο για συνεργασία με μεγάλους ιδιώτες παρόχους ΠΦΥ, όπως είδαμε παραπάνω, μεταφέρει ουσιαστικά την παροχή ΠΦΥ βαθμηδόν στον ιδιωτικό τομέα.

Ας μελετήσουμε τώρα το πεδίο αρμοδιοτήτων του προσωπικού γιατρού. Ο νόμος προβλέπει:

– διαχείριση των πλέον συχνών χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων στην κοινότητα, των μειζόνων παραγόντων κινδύνου και των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και αποκατάστασης.

– παραπομπή των χρηστών των υπηρεσιών υγείας σε άλλους ειδικούς γιατρούς και σε άλλα επίπεδα περίθαλψης.

Οι χρονίως πάσχοντες παραπέμπονται τουλάχιστον άπαξ ανά έτος σε εξειδικευμένους θεράποντες ιατρούς, οι οποίοι μπορούν να υπηρετούν σε δημόσιες μονάδες υγείας, είτε να είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ, είτε να εργάζονται σε συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ παρόχους.

– συντονισμό και διασύνδεση με άλλους ειδικούς ιατρούς του τοπικού δικτύου κατά περίπτωση καθώς και με τα νοσοκομεία αναφοράς.

Ο προσωπικός γιατρός παραπέμπει κατά προτεραιότητα στα Κ.Υ. και στα νοσοκομεία αναφοράς τους λήπτες υπηρεσιών υγείας για περαιτέρω διάγνωση, παρακολούθηση θεραπεία ή και νοσηλεία και μόνο αν υπάρχει αντικειμενική αδυναμία για την κάλυψη από τους παρόχους αυτούς, παραπέμπονται οι λήπτες αυτοί σε συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ παρόχους.

– επιμέλεια δημιουργίας και τήρησης του ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου υγείας (Α.Η.Φ.Υ) του οποίου έχει υποχρέωση ενημέρωσης και τακτικής συνταγογράφησης για κάθε εγγεγραμμένο πολίτη.

Ειδικά για τον χρονίως πάσχοντα, η υποχρέωση ενημέρωσης του Α.Η.Φ.Υ και η τακτική συνταγογράφηση από τον προσωπικό ιατρό ισχύει ακόμα και επί παραπομπής του χρονίως πάσχοντος σε ειδικό θεράποντα ιατρό, σε διασύνδεση με τον θεράποντα ιατρό και σε συνδιαχείριση με τον θεράποντα γιατρό του χρονίως πάσχοντα.

– εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικού και προσυμπτωματικού ελέγχου καθώς και εφαρμογή και παρακολούθηση προγραμμάτων εμβολιασμού.

– παραπομπή των χρηστών των υπηρεσιών υγείας σε άλλους ειδικούς γιατρούς και σε άλλα επίπεδα περίθαλψης καθώς και σε διαγνωστικές εξετάσεις συμπεριλαμβανομένων των προληπτικών και προσυμπτωματικών ελέγχων, όπως ορίζουν συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές και πρωτόκολλα, τα οποία ορίζονται από το υπουργείο υγείας βάσει διεθνών προτύπων. Δικαίωμα παραπομπής έχουν και οι ειδικοί γιατροί για θέματα της ειδικότητάς τους, μετά από ενημέρωση του προσωπικού ιατρού (!)

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε τα εξής:

– Οι χιλιάδες ασθενείς που παρακολουθούνταν σε τακτική βάση από εξειδικευμένο θεράποντα γιατρό της επιλογής τους για γνωστό χρόνιο νόσημα, δεν θα συνεχίσουν να λαμβάνουν την παροχή αυτή υγείας -τουλάχιστον όχι δωρεάν, αλλά θα υποχρεούνται σε λήψη παροχής υγείας για το χρόνιο νόσημά τους από έναν γενικό γιατρό ή γενικό παθολόγο ο οποίος θα δρομολογεί τον ασθενή στις παροχές υγείας βάσει αυστηρών κατευθυντήριων γραμμών, όπως αυτές θα ορίζονται από κάποια διεθνή πρότυπα, και θα εκδίδονται από το υπουργείο υγείας και η τήρηση των οποίων θα ελέγχεται από ηλεκτρονικό σύστημα όπου θα καταχωρούνται όλα τα δεδομένα του ασθενούς.

– Στο θέμα της τακτικής ενημέρωσης αυτού του ηλεκτρονικού συστήματος ιατρικών προσωπικών δεδομένων ο νόμος δίνει μεγάλη βαρύτητα, όπως έχουμε διαπιστώσει και από προηγούμενα εδάφια. Έτσι επανέρχεται το μεγάλο ερώτημα περί “διαχείρισης” του ιατρικού απορρήτου.

– Ο προσωπικός ιατρός διατηρεί την υψηλή εποπτεία του ασθενούς ακόμη και επί παραπομπής του σε ειδικό ιατρό, έχοντας την υποχρέωση να εξακολουθεί να ενημερώνει τον ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενούς και να συνταγογραφεί, σε μια λογική συνδιαχείρισης του ασθενούς με τον ειδικό γιατρό. Κατά πόσο αυτή η συνθήκη περιορίζει την ελευθερία του ειδικού ιατρού αναφορικά με τον ορθό χειρισμό του ασθενούς αλλά και κατά πόσο είναι εφικτή υπό τους όρους αυτούς μια “συνδιαχείριση” χωρίς να προκύψουν προστριβές που μπορούν να φανούν επιζήμιες για τον ασθενή, μένει να φανεί στην πράξη.

– Η παραπομπή σε “συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ παρόχους” ανοίγει την πόρτα, όπως έχουμε δει, για την κατεύθυνση των ασθενών προς μεγάλους επιχειρηματικούς ομίλους παροχής υπηρεσιών υγείας, δεδομένου ότι η αντικειμενική αδυναμία παροχής υγείας από τις δημόσιες

δομές, όπως αναφέρεται στο εδάφιο, αναμένεται να γίνει ο κανόνας στο μέλλον, βάσει των στοιχείων που παραθέσαμε στο κεφάλαιο για τον ΕΟΠΥΥ.

– Το νοσοκομείο αναφοράς θα είναι ο υποχρεωτικός σταθμός για τον ασθενή ο οποίος, αν λάβουμε υπόψη τις δηλώσεις του Α. Πλεύρη, δεν θα επιλέγει ούτε εντός της δομής αυτής τον θεράποντα ιατρό του αλλά θα δρομολογείται τυχαία προς κάποιον ιατρό βάσει αυστηρού ηλεκτρονικού ραντεβού. Προσβάλλεται έτσι ευθέως η γενική συνθήκη που ορίζει ότι ο ασθενής έχει το δικαίωμα να επιλέγει ελεύθερα τον θεράποντα ιατρό του, με το πρόσχημα ότι αποτρέπεται έτσι ο χρηματισμός του ιατρού. Στο θέμα αυτό θα επανέλθουμε.

– Να υπογραμμιστεί τέλος ότι ο νόμος τοποθετεί αυστηρά το θέμα της παραπομπής σε άλλα επίπεδα παροχής υγείας στην απόλυτη δικαιοδοσία του προσωπικού ιατρού προκειμένου ο ασθενής να έχει μελλοντικά τη δυνατότητα δωρεάν λήψης υπηρεσίας υγείας εντός του συστήματος υγείας. Ακόμα και ο ειδικός ιατρός δεν δικαιούται να παραπέμψει τον ασθενή του για θέματα που αφορούν την ειδικότητά του χωρίς την ενημέρωση του προσωπικού ιατρού. Κομβικό ρόλο στο θέμα αυτό αποκτά και ο επισκέπτης υγείας, όπως θα δούμε παρακάτω.

Από τα παραπάνω αντιλαμβανόμαστε ότι η εγγραφή σε προσωπικό ιατρό με τους όρους που προβλέπει ο νόμος δεν διασφαλίζει “την υποστήριξη, τον προσανατολισμό και την υπεύθυνη καθοδήγηση των ασθενών μέσα στο σύστημα υγείας”, όπως αναφέρεται, αλλά αντιθέτως λειτουργεί ως εμπόδιο και τροχοπέδη στην ελεύθερη και γρήγορη πρόσβαση στην καταλληλότερη για την περίπτωση κάθε ασθενούς παροχή υπηρεσίας υγείας.

Προκειμένου να διασφαλιστεί ότι ο πολίτης θα αποδεχθεί την εγγραφή σε προσωπικό ιατρό εισάγεται για άλλη μια φορά ένα σύστημα τιμωριών και επιβραβεύσεων αντίστοιχο του γνωστού από ασιατικά συστήματα διακυβέρνησης credit system, με το οποίο εξοικειώθηκε σε πρώτη φάση και ο πληθυσμός της Ευρώπης με την εισαγωγή του υποχρεωτικού εμβολιασμού και των μέτρων επιβολής του.

Ειδικότερα ο νόμος αναφέρει ότι καθιερώνεται σύστημα εφαρμογής κινήτρων για την ενθάρρυνση εγγραφής των πολιτών σε προσωπικό ιατρό και την τήρηση της διαδικασίας του συστήματος παραπομπών και ομοίως καθιερώνεται σύστημα συνεπειών (αντικινήτρων) για τη μη εγγραφή σε προσωπικό ιατρό και τη μη τήρηση της διαδικασίας του συστήματος παραπομπών.

Τα κίνητρα και αντικίνητρα αφορούν ιδίως στις υπηρεσίες που αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ, στους όρους πρόσβασης στις δημόσιες δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες δομές υγείας, στο ύψος ή στην έκπτωση της συμμετοχής του πολίτη σε πράξεις που αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ ή στην φαρμακευτική δαπάνη, στην κατά προτεραιότητα πρόσβαση του πολίτη σε αυτές τις υπηρεσίες και γενικώς στην επιβράβευση των πολιτών που επιλέγουν να εγγραφούν σε προσωπικό γιατρό.

Γίνεται αντιληπτό λοιπόν ότι για την μελλοντική πρόσβαση σε δωρεάν υγεία, η εγγραφή σε προσωπικό γιατρό είναι επιβεβλημένη και δεν μπορεί να παρακαμφθεί.

Με την εισαγωγή συστήματος τιμωριών και επιβραβεύσεων δημιουργούνται δύο ταχυτήτων και δύο κατηγοριών ασθενείς - ανεξαρτήτως του γεγονότος ότι όλοι πληρώνουν τις ίδιες ασφαλιστικές εισφορές, κατά το ίδιο πρότυπο που δημιουργήθηκαν δύο κατηγορίες πολιτών με βάση την εμβολιαστική τους κατάσταση για τη νόσο COVID.

Τα εμπόδια που εισάγονται στην ελεύθερη πρόσβαση του πολίτη σε δωρεάν παροχή υγείας χρησιμοποιώντας επί της ουσίας το θεσμό του προσωπικού γιατρού ως “κόφτη” στην παροχή υπηρεσιών υγείας, διευκολύνουν επίσης την δρομολόγηση τελικά των πολιτών προς την ιδιωτική υγεία.

Αντίστοιχα ο νόμος προβλέπει οικονομικό δέλεαρ προκειμένου να υπάρξει συμμετοχή των ιατρών στο θεσμό του προσωπικού ιατρού.

Αρχικά προβλέπεται ένας προσωπικός ιατρός ανά δύο χιλιάδες εγγεγραμμένους πολίτες. Για γιατρούς δημοσίων δομών προβλέπεται ξεχωριστή αποζημίωση επιπλέον των μηνιαίων αποδοχών τους “με το κεφάλι” από εγγεγραμμένα άτομα περισσότερα από 1.501 και έως 2.000, που είναι το ανώτατο όριο.

Τουτέστιν, όσο περισσότερους εγγεγραμμένους πολίτες συγκεντρώσει ένας γιατρός του δημοσίου, τόσο υψηλότερες θα είναι οι απολαβές του. Διαμορφώνεται το εύλογο ερώτημα, με ποιον τρόπο θα αποφευχθεί ο αθέμιτος ανταγωνισμός που ενδεχομένως προκύψει ανάμεσα σε ιατρούς του ΕΣΥ.

Ας σημειωθεί ότι βάσει νόμου το ύψος, ο τρόπος υπολογισμού, η διαδικασία και ο φορέας καταβολής της αποζημίωσης των προσωπικών ιατρών θα καθορίζονται επίσης με κοινή απόφαση των υπουργών οικονομικών και υγείας.

Με απόφαση του υπουργού υγείας επίσης δύνανται βάσει νόμου να καθορίζονται η διαδικασία και οι προϋποθέσεις εγγραφής σε προσωπικό ιατρό, η διαδικασία και η λειτουργία του συστήματος παραπομπών και εξαιρέσεις από το σύστημα παραπομπών μέχρις ότου να μπει σε πλήρη εφαρμογή το σύστημα παραπομπών.

Περαιτέρω, στα πλαίσια του παρεχόμενου έργου των μονάδων ΠΦΥ ο νόμος προβλέπει ότι με απόφαση του υπουργού υγείας δύνανται να καθορίζονται:

– Το ωράριο εξυπηρέτησης των ληπτών υπηρεσιών υγείας.

Αναφορικά με αυτό ο νόμος προβλέπει για τις ΤοΜΥ πενήνθημερη λειτουργία σε δύο βάρδιες, από τις 8:00 έως τις 15:00 και από τις 14:00 έως τις 21:00 για τους γιατρούς και από τις 7:00 έως τις 15:00 και από τις 14:00 έως τις 22:00 για το λοιπό προσωπικό με δυνατότητα επέκτασης της λειτουργίας κατά το Σάββατο.

Οι ημέρες και ώρες λειτουργίας των ΤοΜΥ δύνανται να τροποποιούνται με απόφαση του υπουργού υγείας, ύστερα από εισήγηση του διοικητή της οικείας Υ.Πε. και απόφαση του ΚΕ.Σ.Υ.ΠΕ, με κριτήρια ιδίως τη στελέχωση των ΤοΜΥ, τον αριθμό των εν λειτουργία μονάδων ΠΦΥ στην περιοχή, τη μεταξύ τους εγγύτητα και τις ανάγκες του εξυπηρετούμενου πληθυσμού.

Στο παραπάνω εδάφιο παρατηρούμε ότι αποφεύγεται επιμελώς η χρήση του όρου “εφημερία”, γεγονός που μεταφράζεται πρακτικά σε εξίσωση των οικονομικών απολαβών ανεξαρτήτως της ώρας κατά την οποία παρέχεται η υπηρεσία υγείας. Περαιτέρω γίνεται και σε αυτό το εδάφιο προφανής η απόλυτη ελαστικοποίηση των όρων εργασίας με υπουργικές αποφάσεις που κάνουν δυνατή αφενός την επέκταση του ωραρίου εντός του Σαββατοκύριακου με όρους σούπερ μάρκετ, αφετέρου αφήνουν παραθυράκια και για περικοπές ωραρίων με αντίστοιχες περικοπές απολαβών.

Με απόφαση του υπουργού υγείας βάσει νόμου δύνανται να καθορίζονται επίσης:

– Ο τρόπος παροχής υπηρεσιών από τον προσωπικό ιατρό και το περιεχόμενο των υπηρεσιών. Το πρόγραμμα των προσωπικών γιατρών διαμορφώνεται με μηνιαία δέσμευση συγκεκριμένου αριθμού ραντεβού και η διαθεσιμότητα δηλώνεται στο σύστημα των ηλεκτρονικών ραντεβού με τρόπο δεσμευτικό.

Όλα τα ραντεβού καταχωρούνται στο **ηλεκτρονικό σύστημα των ραντεβού της Η.ΔΙ.Κ.Α. Α.Ε.**

– Το ημερήσιο πρόγραμμα των γιατρών στα Κ.Υ., το οποίο περιλαμβάνει τις προγραμματισμένες επισκέψεις και την αντιμετώπιση των έκτακτων και επειγόντων περιστατικών.

Ειδικότερα με απόφαση του υπουργού υγείας θα καθορίζεται η χρονική διάρκεια των προγραμματισμένων επισκέψεων και το ποσοστό των προγραμματισμένων επισκέψεων από παραπομπή.

Όπως ήδη παρατέθηκε, στο θέμα των παραπομπών δίδεται μεγάλη βαρύτητα και εκπονείται ειδικό μοντέλο λειτουργίας του συστήματος παραπομπών, την μεταβατική περίοδο μέχρι την πλήρη εφαρμογή του οποίου την καθορίζει ο υπουργός υγείας.

Από όσα έχουν παρατεθεί παραπάνω γίνεται προφανές αυτό που ήδη σχολιάστηκε στο κεφάλαιο για τον ΕΟΠΥΥ:

Ο επιστήμονας υγείας δεσμεύεται σε κάθε απόφασή του για εκτέλεση οιασδήποτε ιατρικής πράξης ή παραπομπή ασθενούς σε άλλον ειδικό ιατρό ή δρομολόγηση του ασθενούς γενικά μέσα στο σύστημα υγείας από ένα ηλεκτρονικό σύστημα παρακολούθησης (Η.Δ.ΙΚ.Α. Α.Ε.).

Τα ιατρικά πρωτόκολλα και οι γενικές κατευθυντήριες γραμμές που εδώ και δεκαετίες θεσπίζονται και συναποφασίζονται από κορυφαία όργανα και οργανισμούς κοινής αποδοχής και που ανέκαθεν αποτελούσαν χρησιμότητα εργαλεία για τον επιστήμονα υγείας και για την προσέγγιση των ζητημάτων της υγείας με ιδανικό τρόπο, ΔΕΝ έχουν πλέον ρόλο υποστηρικτικό και συμβουλευτικό ούτε τη μορφή γενικής σύστασης αλλά αποκτούν ρόλο απόλυτα δεσμευτικό, περιορίζοντας τον επιστήμονα υγείας δραματικά στη λήψη εξατομικευμένων αποφάσεων και τη διενέργεια εξατομικευμένων χειρισμών για τη δεδομένη περίπτωση του ασθενούς του, ακυρώνοντας με αυτόν τον τρόπο την επιστημονική αυθεντία του, που απορρέει από την πολυετή εκπαίδευση και εμπειρία και από τη σφαιρική του γνώση επί του επιστημονικού του αντικειμένου.

Η υποχρέωση σε πλήρη, άνευ όρων συμμόρφωση σε άκαμπτα ιατρικά πρωτόκολλα και κατευθυντήριες γραμμές που οδηγούν μοιραία σε μια απόλυτη αυτοματοποίηση της ιατρικής επιστήμης και της παροχής της υγείας, δεν μπορεί να αποβεί μόνο άκρως επιζήμια για τη δημόσια υγεία αλλά ενδεχομένως και θανατηφόρα, δεδομένου ότι ο ανθρώπινος οργανισμός, η βιολογία, η φυσιολογία και η παθοφυσιολογία είναι ό,τι πολυπλοκότερο υπάρχει στη φύση. Καμία νόσος δεν ακολουθεί πάντα συγκεκριμένους αλγόριθμους και κανένας ασθενής δεν ομοιάζει με τον άλλον και ως εκ τούτου είναι αδιανόητο όσο και εγκληματικό να ορίζεται η διαγνωστική και η θεραπευτική προσέγγιση από άκαμπτους αλγοριθμικούς κανόνες και να μπαίνει σε συγκεκριμένα και προκαθορισμένα καλούπια με τρόπο απόλυτα δεσμευτικό για τον λειτουργό της υγείας.

Περαιτέρω, ο υποβιβασμός του επιστήμονα υγείας σε απλό διεκπεραιωτή ιατρικών οδηγιών αποδεσμεύει εμμέσως πλην σαφώς αυτόν από την ευθύνη που έχει ως θεράποντας ιατρός απέναντι στον ασθενή του, γεγονός που είναι ασυμβίβαστο με τους όρκους που έχει δώσει προκειμένου να ασκήσει το λειτούργημά του καθώς και με τον κώδικα ηθικής και δεοντολογίας της ιατρικής επιστήμης, ο οποίος καθορίζει ρητά την ευθύνη του επιστήμονα υγείας απέναντι στον ασθενή του. Η αποδέσμευση από αυτή την ευθύνη ανοίγει ασκούς για την μετατροπή της ιατρικής από λειτούργημα σε κακούργημα.

Τέλος παρατηρούμε ότι με τα ως άνω εδάφια επιδιώκεται η διεκπεραίωση των ιατρικών επισκέψεων με όρους βιομηχανίας και μαζικής παραγωγής, με προκαθορισμένα χρονοδιαγράμματα που καθιστούν αδύνατη την άσκηση της κλασικής ιατρικής και την προσεκτική προσέγγιση του ασθενούς με όσα αυτή περιλαμβάνει (λήψη αναλυτικού ατομικού ιστορικού, ενδελεχή κλινική εξέταση, κ.λ.π.).

ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΤΙΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΦΥ

Στον απόηχο της πανδημίας του νέου κορωνοϊού μία ολοκαίνουρια αντίληψη περί ελέγχου των λοιμώξεων στην κοινότητα διαμορφώνεται και ορίζεται νομολογικά με την προσθήκη ενός νέου άρθρου στο παρόν νομοσχέδιο:

Βάσει νόμου, η επιτήρηση των λοιμώξεων υπό την έννοια της παρακολούθησης αυτών και ο έλεγχός τους υπό τη μορφή της λήψης μέτρων για τη μείωση των λοιμώξεων στις δημόσιες μονάδες

παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ εποπτεύονται από την επιτροπή νοσοκομειακών λοιμώξεων του διασυνδεδεμένου νοσοκομείου.

Με απόφαση του διοικητή της οικείας Υ.Πε. ορίζεται σε κάθε κέντρο υγείας ένας ιατρός ή οδοντίατρος του κλάδου των ιατρών ΕΣΥ ως υπεύθυνος επιτήρησης λοιμώξεων, ο οποίος είναι αρμόδιος για την επιτήρηση και τον έλεγχο των λοιμώξεων στο Κ.Υ. και στις μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ που υπάγονται σε αυτό, υπό την καθοδήγηση της επιτροπής νοσοκομειακών λοιμώξεων του διασυνδεδεμένου νοσοκομείου.

Ορίζεται λοιπόν μια επιτροπή με έδρα το κεντρικό (διασυνδεδεμένο) νοσοκομείο μιας περιοχής, η οποία εφεξής θα έχει τη γενική εποπτεία και διαχείριση σε θέματα λοιμώξεων που προκύπτουν στην κοινότητα. Σε αυτή την επιτροπή θα αναφέρεται κάθε υπεύθυνος από κάθε κέντρο υγείας, όπως ορίζει ο νόμος, ο οποίος θα είναι επιφορτισμένος με το έργο της επιτήρησης των λοιμώξεων στις μονάδες ΠΦΥ της δικαιοδοσίας του.

Στο παρόν νομοσχέδιο δίδεται, όπως βλέπουμε, ιδιαίτερη βαρύτητα στο θέμα της επιτήρησης των λοιμώξεων.

Για το σκοπό αυτό ορίζονται περαιτέρω ειδικές αρμοδιότητες και καθήκοντα για την ομάδα υγείας, η οποία όπως είδαμε αποτελεί το βασικό πυρήνα στελέχωσης μιας ΤοΜΥ, και ειδικά για τους ιατρούς που δύνανται να λειτουργούν και ως προσωπικοί ιατροί. Ορισμένα από αυτά τα καθήκοντα βάσει νόμου είναι:

- Η ανάπτυξη παρεμβάσεων και δράσεων προαγωγής της υγείας στο επίπεδο της οικογένειας, της εργασίας, των σχολικών μονάδων και γενικά σε όλο το φάσμα της κοινότητας σε συνεργασία με φορείς και δομές κοινωνικής φροντίδας και αλληλεγγύης.

Ειδικότερα αναφέρεται ότι η ομάδα υγείας διαχειρίζεται και επιλύει ζητήματα δημόσιας υγείας μέσω οργανωμένων παρεμβάσεων στον πληθυσμό ευθύνης της.

- Η πρόληψη, εκτίμηση και διαχείριση κινδύνου για μεταδιδόμενα ή μη νοσήματα σε ομάδες ή άτομα του πληθυσμού σε συνεργασία με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας.

Ειδικότερα αναφέρεται ότι η ομάδα υγείας ενημερώνεται αρμοδίως για τις λοιμώξεις, τους παράγοντες κινδύνου και τις πηγές νοσηρότητας για τον πληθυσμό ευθύνης της.

- Η συστηματική παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού ευθύνης,

- Η συλλογή και αξιοποίηση στοιχείων επιδημιολογικής επιτήρησης, επιδημιολογικών στοιχείων και δεικτών υγείας και φροντίδας του πληθυσμού ευθύνης, σύμφωνα με τον Διεθνή Υγειονομικό Κανονισμό, σε συνεργασία με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας, που συντελείται με ευθύνη του οικείου περιφερειακού συντονιστή Το.Π.Φ.Υ.

Ειδικότερα αναφέρεται ότι η ομάδα υγείας συμβάλλει στη διαχείριση σχετικών με τη δημόσια υγεία ζητημάτων, ιδίως μέσω συλλογής πρωτογενών στοιχείων σχετικά με το μέγεθος και την έκταση των προβλημάτων δημόσιας υγείας και των προσδιοριστικών παραγόντων.

- Η εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικού και προσυμπτωματικού ελέγχου καθώς και η εφαρμογή και παρακολούθηση προγραμμάτων εμβολιασμού, όπως έχει αναφερθεί ήδη.

Τα παραπάνω εδάφια εγείρουν ερωτήματα σχετικά με τις αναφερόμενες “παρεμβάσεις” και “δράσεις” και με την “διαχείριση κινδύνου” σε επίπεδο οικογένειας, εργασίας, σχολείων και κοινότητας:

Τι είδους παρεμβάσεις θα είναι αυτές και με ποιον τρόπο ακριβώς θα υλοποιούνται;

Με ποιον τρόπο θα γίνεται η διαχείριση κινδύνου μετάδοσης νοσημάτων στην οικογένεια, στο χώρο εργασίας, στα σχολεία και στην ευρύτερη κοινότητα;

Κατόπιν της πικρής εμπειρίας που αποκτήσαμε από την διαχείριση της COVID-19 και τη συνδεόμενη με αυτή κατάφωρη και αντισυνταγματική όσο και αβάσιμη επιστημονικά παραβίαση ατομικών και συλλογικών δικαιωμάτων και ελευθεριών, με την επιβολή καθεστώτος πλήρους ελέγχου όλων των δραστηριοτήτων των πολιτών, τόσο στην ιδιωτική όσο και στη δημόσια ζωή τους, αντιμετωπίζουμε με μεγάλο σκεπτικισμό και τεράστια ανησυχία τα νέα αυτά εδάφια, τα οποία κατά την άποψή μας εδραιώνουν μια μόνιμη κατάσταση υγειονομικού ελέγχου της κοινότητας και των πολιτών στα πρότυπα της διαχείρισης της αναφερόμενης ως υγειονομικής κρίσης COVID-19.

Στα πλαίσια της εικαζόμενης αυτής γενίκευσης του υγειονομικού ελέγχου εφιστούμε την προσοχή στον μελλοντικό κομβικό ρόλο που προβλέπει ο νόμος για τον οριζόμενο ως επισκέπτη υγείας. Όπως αναφέραμε στην εισαγωγή του κεφαλαίου για την ΠΦΥ, η ομάδα υγείας που στελεχώνει μία ΤοΜΥ συμπεριλαμβάνει στην ελάχιστη σύνθεσή της μεταξύ άλλων υπαλλήλων και έναν επισκέπτη υγείας, ο οποίος βάσει νόμου οφείλει:

- Να υλοποιεί παρεμβάσεις και δράσεις προαγωγής της υγείας.
- Να αξιολογεί της ανάγκες υγείας του πληθυσμού.
- Να συμμετέχει στο σχεδιασμό προγραμμάτων και παρεμβάσεων για την υγεία του πληθυσμού σε τοπικό επίπεδο εξειδικεύοντας την εφαρμογή των πολιτικών υγείας.
- Να συμμετέχει στο σχεδιασμό προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας.
- Να συμμετέχει στην υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού στην κοινότητα.
- Να διενεργεί προσυμπτωματικό έλεγχο με σκοπό την έγκαιρη ανίχνευση παθογένειας σε πρώιμο στάδιο στο σχολικό περιβάλλον, στο εργασιακό περιβάλλον, καθώς και σε ομάδες πληθυσμού με ιδιαιτερότητες..
- Να έχει ουσιαστικό διασυνδεδετικό ρόλο μεταξύ των υπηρεσιών ΠΦΥ και των μονάδων του ΕΣΥ για τη διαχείριση των παραπομπών έπειτα από εκτίμηση των αναγκών του ατόμου ή της οικογένειας.

Σημειώνουμε ότι στα πλαίσια αυτά των διευρυμένων αρμοδιοτήτων της ομάδας υγείας, ο νόμος επαναφέρει το θέμα της αξιολόγησης του προσωπικού της ομάδας αυτής σε τακτά χρονικά διαστήματα, θέτοντας συγκεκριμένες παραμέτρους αξιολόγησης.

Κλείνουμε την ενότητα της επιτήρησης και του ελέγχου των λοιμώξεων υπενθυμίζοντας τις πρακτικές των πολύμηνων τοπικών lock down που ακολούθησαν την περίοδο των γενικευμένων lock down και τα οποία επιβλήθηκαν με βάση την αξιολόγηση επιδημιολογικών στοιχείων για τη διασπορά του κορωνοϊού σε διάφορες περιοχές της επικράτειας, όπως σε νομούς της βόρειας Ελλάδας, αλλά και σε νησιά του Αιγαίου, στα τελευταία δε κατά την καθοριστική για την οικονομική τους δραστηριότητα τουριστική περίοδο.

Αν μη τι άλλο η πρόβλεψη βάσει νόμου για μακροχρόνια δέσμευση της οικονομικής δραστηριότητας περιοχών και της κοινωνικής ζωής των πολιτών ανά την επικράτεια με υγειονομικά κριτήρια και προσχήματα, επαναφέρει στο προσκήνιο τον εφιάλτη της οικονομικής κατάρρευσης και του μαρασμού τοπικών κοινωνιών και θέτει εύλογα ερωτήματα για τους απώτερους στόχους και τις σκοπιμότητες τέτοιων πρακτικών καθώς και της νομοθετικής τους κατοχύρωσης.

Γ. Απογευματινά χειρουργεία Εθνικού Συστήματος Υγείας Ενίσχυση των δημοσίων δομών υγείας από ιδιώτες παρόχους και ιδιώτες ιατρούς σε έκτακτες ανάγκες

ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ ΣΤΟ ΕΣΥ

Στο κεφαλαιώδους σημασίας αυτό θέμα ο νόμος αναφέρεται με ελάχιστες προτάσεις τις οποίες αφού παραθέσουμε καθ' ολοκληρία και στο σύνολό τους, στη συνέχεια και προκειμένου να προσεγγίσουμε ερμηνευτικά με ορθό τρόπο το εδάφιο αυτό, κρίνεται απαραίτητη η συμπληρωματική παράθεση σχετικών με το θέμα δηλώσεων του υπουργού υγείας Α. Πλεύρη.

Βάσει του νόμου, σε νοσοκομεία του ΕΣΥ διενεργούνται χειρουργικές επεμβάσεις ή άλλες επεμβατικές πράξεις που απαιτούν παραμονή στο νοσοκομείο πέραν της ημερήσιας νοσηλείας, κατά την ολοήμερη λειτουργία των νοσοκομείων.

Με κοινή απόφαση των υπουργών υγείας και οικονομικών καθορίζονται οι ειδικότεροι όροι και οι προϋποθέσεις υπό τις οποίες εντάσσονται τα νοσοκομεία που ανήκουν στο ΕΣΥ στην ολοήμερη λειτουργία κατά τα ανωτέρω, όπως και οι όροι και οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή του προσωπικού στην ολοήμερη λειτουργία και η αμοιβή αυτού, οι δικαιούχοι των επεμβάσεων, το είδος των ιατρικών πράξεων και το κόστος αυτών, η κάλυψη μέρους ή όλου του κόστους αυτού από τον ΕΟΠΥΥ και λοιπούς δημόσιους και ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς, η συμμετοχή του ασθενούς καθώς και κάθε άλλο σχετικό θέμα..

Με τον όρο “ολοήμερη λειτουργία” των νοσοκομείων, όπως ακριβώς τον συναντήσαμε και στο κεφάλαιο για την ΠΦΥ, εννοείται η λειτουργία με όρους εξίσωσης των ωρών εργασίας σε ό,τι αφορά την οικονομική αποζημίωση του προσωπικού για τις ώρες αυτές, που ουδεμία σχέση έχει με το γνωστό σύστημα των εφημεριών των νοσοκομείων του ΕΣΥ, όπως το γνωρίζαμε ως τώρα. Επίσης, όταν ο νόμος αναφέρει ότι διενεργούνται χειρουργικές επεμβάσεις ή άλλες επεμβατικές πράξεις σε νοσοκομεία του ΕΣΥ εννοεί τις χειρουργικές επεμβάσεις αυτές που θα διενεργούνται κατά τις απογευματινές και βραδινές ώρες με όρους ιδιωτικής κλινικής.

Σε αυτές τις επεμβάσεις θα συμμετέχουν οι ιατροί και το λοιπό προσωπικό του εν λόγω νοσοκομείου και με ΚΥΑ θα ορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή τους και την αμοιβή τους, για το κόστος των επεμβάσεων καθώς και το ύψος της οικονομικής επιβάρυνσης του ασθενή διότι βεβαίως ο ασθενής που θα επιλέγει το απογευματινό χειρουργείο θα το πληρώνει.

Για την περαιτέρω κατανόηση του ως άνω εδαφίου πρέπει να ανατρέξουμε στις σχετικές δηλώσεις του υπουργού υγείας Α. Πλεύρη, ο οποίος προβάλλει τη λύση αυτή των απογευματινών χειρουργείων στο ΕΣΥ ως οικονομικό αντιστάθμισμα για την ελλιπή μισθολογική κάλυψη των γιατρών και του λοιπού προσωπικού που παρέχει τις υπηρεσίες του στο ΕΣΥ. Με αυτόν τον τρόπο ισχυρίζεται ο υπουργός ότι δημιουργούνται προϋποθέσεις για να καταστεί το ΕΣΥ περισσότερο ελκυστικό ώστε να καλυφθούν οι χρόνιες ελλείψεις σε προσωπικό:

“Θέλουμε να πούμε στους γιατρούς του ΕΣΥ, ότι από τη στιγμή που μισθολογικά δεν σας καλύψαμε στο βαθμό που επιθυμούσαμε, θέλουμε να δώσουμε μια φθηνή εναλλακτική στον ασθενή και κάποια επιπλέον χρήματα σε γιατρούς, νοσηλευτές και διοικητικό προσωπικό που θα συμμετέχει σε αυτά» (σς. τα απογευματινά χειρουργεία).

Με βάση τη δήλωση αυτή δημιουργούνται εύλογα ερωτήματα:

– Γιατί δεν έχουν αναβαθμιστεί μισθολογικά τόσα χρόνια οι υγειονομικοί υπάλληλοι και το λοιπό προσωπικό με αποτέλεσμα να είναι από τους πιο χαμηλόμισθους στην Ευρωπαϊκή Ένωση;

– Γιατί δεν αναβαθμίστηκαν μισθολογικά ούτε καν κατά την οξεία φάση των αλληπάλληλων επιδημικών κυμάτων που χτυπούσαν το ΕΣΥ ώστε να μην υπάρξει διαρροή προσωπικού στην κρίσιμη αυτή περίοδο;

– Τι εννοείται με τη φράση “φθηνή εναλλακτική για τον ασθενή” εφόσον ο κάθε ασθενής ως τώρα είχε ΔΩΡΕΑΝ παροχή υπηρεσιών υγείας στο ΕΣΥ;

Σε ό,τι αφορά το τελευταίο ερώτημα ο υπουργός υγείας έχει κάνει την εξής διευκρίνιση:

“Κάποιος που μπορεί να πληρώσει και η επιλογή του ήταν να πάει σε ιδιωτική κλινική, με καλύτερους οικονομικούς όρους θα μπορεί να χειρουργηθεί στο δημόσιο και θα ανακουφίσει την πρωινή λίστα -εκεί που θα περίμενε, για αυτόν που πραγματικά είναι πιο ευάλωτος.”

Η παραπάνω δήλωση συμπεκνώνει όλη την τεχνηέντως δημιουργηθείσα παθογένεια στο ΕΣΥ, αλλά αποκαλύπτει ταυτόχρονα και τις αντιλήψεις του πολιτικού συστήματος περί δημόσιας υγείας και κοινωνικού κράτους πρόνοιας:

Ο ασθενής που απωθήθηκε από το Εθνικό Σύστημα Υγείας και στερήθηκε την δυνατότητα λήψης δωρεάν υπηρεσίας υγείας εξ αιτίας της χρόνιας δυσλειτουργίας και ανεπάρκειας του συστήματος υγείας, απότοκου στοχευμένων πολιτικών στρατηγικών, όπως αναδείξαμε στο παρόν υπόμνημα, ο ίδιος αυτός ασθενής που υποχρεώθηκε να απευθυνθεί στον ιδιωτικό τομέα από ανάγκη -και όχι από επιλογή-, προσκαλείται τώρα να αναζητήσει και πάλι τις παροχές αυτές στο ΕΣΥ με προσφορά ελκυστικότερων οικονομικών όρων από αυτούς της αμιγώς ιδιωτικής κλινικής.

Η στέρηση της δωρεάν λήψης παροχών υγείας στο ΕΣΥ διαφημίζεται δηλαδή ως συμφέρουσα συναλλαγή για τον ασθενή.

Περαιτέρω αφήνεται να εννοηθεί ότι ο “ευάλωτος” θα παραμείνει έρμαιο της δεινής οικονομικής του θέσης περιμένοντας αιώνια σε κάποιες λίστες αναμονής για τα πρωινά δωρεάν χειρουργεία. Με τη δήλωση αυτή το δικαίωμα στην ισότιμη πρόσβαση σε παροχές υγείας με ποιοτικά κριτήρια και αξιοπρεπείς όρους υποβαθμίζεται σε προνόμιο των οικονομικά εύρωστων, ενώ οι “ευάλωτοι” ασθενείς αντιμετωπίζονται με όρους ελεημοσύνης και γενναιόδωρων παραχωρήσεων κατά το πρότυπο χορήγησης επιδομάτων. Επιπλέον, η παροχή αυτών των δωρεάν υπηρεσιών υγείας προς τους “ευάλωτους” -με τους δεδομένους δυσμενείς όρους- αναμένεται να έχει περιορισμένη χρονική διάρκεια σε ένα σύστημα υγείας που ολοφάνερα πια ιδιωτικοποιείται.

Δεδομένης και της ταχέως εξελισσόμενης φτωχοποίησης του ελληνικού λαού ανοίγει ο δρόμος προς ένα μέλλον της δημόσιας υγείας, όπως το έχουμε συναντήσει σε χώρες της λατινικής Αμερικής και αλλού, όπου ιδιωτικοποίησαν με πανομοιότυπες ή παρεμφερείς μεθόδους και στρατηγικές το εθνικό τους σύστημα υγείας.

Πολύ σύντομα φοβόμαστε πως θα πληθύνουν και στη χώρα μας οι εικόνες ασθενών που καταλήγουν αβοήθητοι έξω από τις πύλες των νοσοκομείων, χωρίς να δικαιούνται πια την πρόσβαση σε αυτά.

Ως προς τους όρους και τις προϋποθέσεις για τη συμμετοχή του προσωπικού στην ολόημερη λειτουργία, δηλαδή στα απογευματινά χειρουργεία, και την αμοιβή αυτού, καθώς και για την οικονομική συμμετοχή του ασθενούς, όπως αναφέρει ο νόμος, παραθέτουμε συμπληρωματικά τις εξής δηλώσεις του υπουργού υγείας Α. Πλεύρη:

“Θα δίνουμε τη δυνατότητα σε όσους θέλουν να συμμετέχουν (ζ.ζ. στα απογευματινά χειρουργεία) από όσους εργάζονται στο νοσοκομείο και τα χρήματα τα οποία θα παίρνουν θα είναι πολύ καλύτερα υπό την έννοια ότι ο ΕΟΠΥΥ θα πληρώνει το κλειστό ενοποιημένο νοσήλιο, μέρος του οποίου θα πηγαίνει απ’ ευθείας ως επιπλέον μισθοδοσία (!;) σε όσους συμμετέχουν” (ζ.ζ. αναφέρεται στο λοιπό πλην ιατρών προσωπικό).

“Το γιατρό θα τον πληρώνει ιδιωτικά με τιμή ασφαλιστικής εταιρείας ο πολίτης”.

“Ο γιατρός είναι επιλογή του ασθενούς...”

Αρα ο ιατρός θα πληρώνεται απ’ ευθείας από τον πολίτη με τιμή ασφαλιστικής εταιρείας.

Τι σημαίνει αυτό;

Τι χρεώνει μια ασφαλιστική εταιρεία στον ιδιωτικό τομέα;

Υποθέτουμε ότι πρόκειται για ένα αξιοσέβαστο ποσό το οποίο θα κληθεί να καταβάλει ο ασθενής ο οποίος θα αναζητήσει την “ειδική” μεταχείριση στο δημόσιο νοσοκομείο με όρους ιδιωτικού. Αυτός ο ασθενής, σε αντίθεση όπως είδαμε με τον ασθενή που θα παραπέμπεται στα πρωινά χειρουργεία μέσω ηλεκτρονικού συστήματος ραντεβού, θα έχει τη δυνατότητα να συνεχίσει να επιλέγει το γιατρό του, σύμφωνα με τις δηλώσεις του Α. Πλεύρη.

Αρα δημιουργούνται ασθενείς α’ και β’ κατηγορίας. Οι μεν διατηρούν το δικαίωμα στην επιλογή του γιατρού που θα τους χειρουργήσει, οι δε θα πρέπει να βολευτούν με το χειρουργό που θα τους τύχει βάσει ηλεκτρονικού ραντεβού χωρίς δικαίωμα επιλογής.

Επιπλέον ο παράνομος χρηματισμός του γιατρού που θα αποφεύγεται, βάσει των δηλώσεων του υπουργού υγείας Α. Πλεύρη με τη βοήθεια του συστήματος των τυχαίων ηλεκτρονικών παραπομπών σε πρωινά χειρουργεία, νομιμοποιείται ωστόσο για τον γιατρό που θα συμμετέχει στα απογευματινά χειρουργεία. Ο τελευταίος θα εισπράττει πλέον νόμιμα χρηματικά ποσά υπερπολλαπλάσια του μισθού του. Επί της ουσίας νομιμοποιείται με αυτόν τον τρόπο το λεγόμενο “φακελάκι” προς τον γιατρό και επιπλέον αυτό παρουσιάζεται ευθαρσώς ως οικονομικό δέλεαρ για τη συμμετοχή του γιατρού στο απογευματινό χειρουργείο.

Προκύπτει βεβαίως το ερώτημα με ποιον τρόπο θα αποφευχθεί ο αθέμιτος ανταγωνισμός μεταξύ των χειρουργών και με ποιο τρόπο θα διασφαλιστεί υπό τέτοιους όρους η περαιτέρω εύρυθμη λειτουργία των πρωινών δωρεάν χειρουργείων, εφόσον αυτά δεν συνιστούν οικονομικό δέλεαρ για τον ιατρό;

Περαιτέρω, το λοιπό προσωπικό που θα συμμετέχει οικειοθελώς στα απογευματινά χειρουργεία, όπως δηλώνει ο υπουργός, θα συμπληρώνει το εισόδημά του από τον ΕΟΠΥΥ και τη συνεισφορά αυτού στο κλειστό ενοποιημένο νοσήλιο του απογευματινού χειρουργείου. Βάσει δηλώσεων του υπουργού, ο ΕΟΠΥΥ θα συμβάλει σε αυτό το νοσήλιο κατά τον ίδιο τρόπο που πληρώνει συμμετοχή στις ιδιωτικές κλινικές!

Γνωρίζουμε ποια είναι η συμμετοχή του ΕΟΠΥΥ για έναν ασθενή που απευθύνεται σε ιδιωτική κλινική, χωρίς να έχει ιδιωτική ασφάλιση;

Είναι ελάχιστη η συμμετοχή του ΕΟΠΥΥ σε τέτοιες περιπτώσεις.

Αν λάβουμε εξάλλου υπόψη την προηγούμενή μας εμπειρία από την εισαγωγή των απογευματινών ιατρείων στο δημόσιο τομέα και τις απολαβές από τη συμμετοχή σε αυτά του λοιπού προσωπικού πλην των ιατρών, μπορούμε να σχηματίσουμε μια σχετική εντύπωση αναφορικά με το ύψος των απολαβών του λοιπού προσωπικού από τη συμμετοχή του στα απογευματινά χειρουργεία.

Στην ουσία το οικονομικό δέλεαρ αφορά κυρίως -αν όχι αποκλειστικά, τους ιατρούς.

Είναι σημαντικό να υπάρχουν κάποιοι ευνοημένοι άρα και υπέρμαχοι της πολιτικής αυτής εντός του συστήματος υγείας προκειμένου να καταστεί δυνατή η υλοποίηση των στόχων.

Περαιτέρω το θέμα της αποκατάστασης μιας αξιοπρεπούς μισθοδοσίας για τους υγειονομικούς υπαλλήλους λήγει δια παντός με την προσφερόμενη εναλλακτική της “συμπλήρωσης του εισοδήματος” από άλλες πηγές.

Επιφυλάξεις οφείλουμε να διατηρήσουμε επίσης αναφορικά με τις διαβεβαιώσεις περί οικειοθελούς συμμετοχής του λοιπού προσωπικού στα απογευματινά χειρουργεία, εφόσον γνωρίζουμε πολύ καλά από το παράδειγμα του ιδιωτικού τομέα ότι είναι πολύ δύσκολο για έναν εργαζόμενο να αρνηθεί την υπηρεσία όταν η υγεία παρέχεται με ιδιωτικούς όρους.

Εν κατακλείδι, οι εργαζόμενοι πλην των ιατρών που θα συμμετέχουν στα απογευματινά χειρουργεία εκτός συστήματος εφημεριών, θα είναι κατά την εκτίμησή μας υποχρεωμένοι σε παροχή υπερωριακής εργασίας με πενιχρές απολαβές.

Ως προς το θέμα των ειδικότερων όρων και προϋποθέσεων υπό τις οποίες θα εντάσσονται τα νοσοκομεία που ανήκουν στο ΕΣΥ στην ολοήμερη λειτουργία, δηλαδή στο καθεστώς των απογευματινών χειρουργείων, όπως αναφέρει ο νόμος, καθώς και ως προς το ερώτημα για τον τρόπο με τον οποίο θα διασφαλίζεται η εύρυθμη λειτουργία των πρωινών χειρουργείων, παραθέτουμε τις εξής δηλώσεις:

“Θα βάλουμε κριτήρια ώστε να λειτουργεί η πρωινή λίστα, δηλαδή για να μπορούν να γίνουν απογευματινά χειρουργεία θα έχουμε υπολογίσει πόσα πρωινά πρέπει να γίνουν (!;)..”

“Θα υπάρχει πλήρης παρακολούθηση των χειρουργείων. Τα χειρουργεία θα περνάνε από μια κεντρική πλατφόρμα -όπως είναι ο τύπος του εμβολίου-, όπου θα ελέγχονται τα ποσοστά των πρωινών και απογευματινών χειρουργείων, αλλά θα παρακολουθείται και τι έκτακτα μπαίνουν (!;). Τώρα έχουμε τα εργαλεία για να πετύχει, γιατί τώρα έχουμε εργαλεία από το εμβόλιο, τρομακτικά..”

Από τις ως άνω δηλώσεις συμπεραίνουμε ότι η μεγάλη ηλεκτρονική πλατφόρμα Η.ΔΙ.Κ.Α. Α.Ε. στην οποία προφανώς αναφέρεται ο υπουργός και η οποία φιλοξένησε τα δεδομένα των εμβολιασμών για COVID-19, θα χρησιμοποιηθεί, εκτός από τις εφαρμογές που ήδη έχουν παρατεθεί στο παρόν υπόμνημα, και για την παρακολούθηση, τον έλεγχο και τη ρύθμιση όλων των χειρουργείων που πραγματοποιούνται στο ΕΣΥ. Στο εξής δηλαδή προβλέπεται ο πλήρης κεντρικός έλεγχος των διαδικασιών εισαγωγής ενός ασθενή σε νοσοκομεία του ΕΣΥ, προκειμένου να πραγματοποιηθούν επεμβατικές ενέργειες.

Με ποιον τρόπο ο εκάστοτε υπουργός υγείας ή άλλος κεντρικός ελεγκτικός μηχανισμός θα μπορεί να καθορίζει εξ αποστάσεως και να υπολογίζει τον δεδομένο αριθμό πρωινών χειρουργείων που μπορεί να πραγματοποιήσει μια κλινική;

Εκφράζουμε την έντονη ανησυχία μας κατά πόσο μια τέτοια αυτοματοποιημένη διαδικασία αξιολόγησης και καθορισμού ενός δεδομένου αριθμού χειρουργείων, η οποία παρακάμπτει την εκτίμηση του εκάστοτε θεράποντα ιατρού, όπως και την οργανωτική μέριμνα του διοικητικού μηχανισμού της δομής, δεν θα επιφέρει αποτελέσματα διάλυσης στην εσωτερική οργάνωση των νοσοκομείων και δε θα λειτουργήσει αν μη τι άλλο μεροληπτικά υπέρ της διενέργειας μεγαλύτερου αριθμού απογευματινών χειρουργείων σε βάρος των πρωινών.

Περαιτέρω δημιουργείται το ερώτημα με ποιον τρόπο προτίθεται ο υπουργός υγείας και ο εκάστοτε ελεγκτικός μηχανισμός να αξιολογήσει εξ αποστάσεως εάν ένα χειρουργείο είναι έκτακτο ή όχι. Διαφαίνεται μία εφιαλτική προοπτική διαστρέβλωσης ή ακύρωσης της έννοιας του επείγοντος περιστατικού με ολέθριες συνέπειες για τη ζωή του ασθενούς.

Αναφορικά με τη χρόνια υποβάθμιση των νοσοκομείων τα οποία πλέον δεν διαθέτουν ούτε επαρκή αριθμό αιθουσών για την εξυπηρέτηση των πρωινών χειρουργείων αλλά ούτε επαρκή αριθμό κλινών, εφόσον οι ασθενείς θα χρειαστούν μετά την επέμβαση περαιτέρω νοσηλεία σε κλίνες ΜΕΘ ή απλές κλίνες, ανακύπτει το ερώτημα με ποιον τρόπο θα “τακτοποιούνται” οι ασθενείς των απογευματινών χειρουργείων.

Ο υπουργός υγείας Α. Πλεύρης, αναφέρει τα εξής:

“Τα logistics έχουν δύο παράγοντες. Ο ένας παράγοντας είναι ότι το απόγευμα δεν λειτουργούν τα χειρουργεία -οπότε είναι ελεύθερα, αλλά υπάρχουν πάρα πολλά νοσοκομεία που λόγω των προγραμματισμένων χειρουργείων που έχουν καθυστέρηση, δεν μπορούν να γίνουν (σε τα απογευματινά χειρουργεία). Άρα είναι αντιληπτό ότι αυτό το σύστημα θα ξεκινήσει πιλοτικά από τα νοσοκομεία που μπορούν να το υποστηρίξουν.

Ο δεύτερος παράγοντας, ο πιο δύσκολος είναι ότι έγινε το (απογευματινό) χειρουργείο και θα πρέπει να δούμε πώς ο ασθενής πηγαίνει στη ΜΕΘ είτε σε ελεύθερη κλίνη και εκεί θα έχουμε συνεργασία με ασφαλιστικές εταιρείες..”

“ Για να λειτουργεί ένα χειρουργείο το απόγευμα, βάσει του ηλεκτρονικού ελέγχου θα βλέπουμε αν μιλάμε για έκτακτο χειρουργείο, οπότε καλώς είναι κατειλημμένη η κλίνη ή αν μιλάμε για ένα περιστατικό που ήρθε με τη βαλίτσα του γνωρίζοντας ότι θα χειρουργηθεί και μπήκε ως έκτακτο. Αφού θα μπορούμε με την ηλεκτρονική παρακολούθηση να παρακολουθήσουμε να μην βαφτίζονται χειρουργεία που πρέπει να είναι τακτικά ως έκτακτα, θα υπάρξουν και τα κενά κρεβάτια για να μπουνε τα απογευματινά χειρουργεία”.

Με την υπεραπλουστευμένη αυτή έως και αφελή κατά τη γνώμη μας προσέγγιση του θέματος της πάγιας έλλειψης κλινών στο ΕΣΥ, που συνοδεύεται από μια απαράδεκτη για το θεσμικό ρόλο ενός υπουργού απαγγελία κατηγορητηρίου απευθυνόμενου στους γιατρούς του ΕΣΥ με επίκληση περιπτώσεων που αφορούν σε εξαιρέσεις με τρόπο τέτοιο ώστε να παρουσιάζονται ως ο κανόνας στο ΕΣΥ, ο Α. Πλεύρης απαξιώνει το σύστημα προγραμματισμού των χειρουργείων στο ΕΣΥ προκειμένου να επιβάλει τη λογική των απογευματινών ακόμη και εις βάρος των έκτακτων χειρουργείων.

Το ερώτημα που προκύπτει επίσης είναι ποια ακριβώς θα είναι αυτά τα νοσοκομεία που “πιλοτικά” θα υποστηρίξουν το πρόγραμμα των απογευματινών χειρουργείων, τη στιγμή που ο νέος χάρτης υγείας προβλέπει την “εξειδίκευση” των νοσοκομείων με βάση τις ανάγκες των περιοχών και άρα όπως έχουμε ήδη αναλύσει λεπτομερώς θα απομείνουν τελικά πολύ λίγα νοσοκομεία για την εξυπηρέτηση μεγάλου εύρους αναγκών υγείας και δη αναγκών που χρίζουν χειρουργείου.

Το τελευταίο αυτό ερώτημα καθώς και η νύξη του υπουργού υγείας Α. Πλεύρη για συνεργασία σε αυτό το επίπεδο με ασφαλιστικές εταιρείες μας εισάγει στην επόμενη και τελευταία ενότητα που θα συζητηθεί στα πλαίσια αυτού του κεφαλαίου καθώς και στα πλαίσια αυτού του υπομνήματος.

ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΙΔΙΩΤΕΣ ΠΑΡΟΧΟΥΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΕΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΣΕ ΕΚΤΑΚΤΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Η ενότητα αυτή θα έπρεπε να φέρει τον τίτλο “Σύμπραξη δημοσίου και ιδιωτικού τομέα (Σ.Δ.Ι.Τ.)”, διότι επί της ουσίας περί αυτού πρόκειται.

Παραθέτουμε μόνο ένα εδάφιο από αυτό το ούτως ή άλλως πολύ συνοπτικό άρθρο:

-Βάσει νόμου οι ιδιώτες πάροχοι, όπως δομές ΠΦΥ και κλινικές που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ, οφείλουν να παρέχουν τις υπηρεσίες τους και τις δομές τους για την ενίσχυση του ΕΣΥ όταν συντρέχουν έκτακτες συνθήκες και για τον απολύτως απαραίτητο χρόνο.

Το συνοπτικό αυτό εδάφιο με τη χρήση εκφράσεων, όπως “οι ιδιώτες οφείλουν να παρέχουν τις υπηρεσίες τους” και “όταν συντρέχουν έκτακτες συνθήκες”, λειτουργεί παραπλανητικά σε ότι αφορά τον πραγματικό χαρακτήρα αυτής της “συνεργασίας”. Στην πραγματικότητα απουσιάζει η αναφορά σε πολλά ενδιαφέροντα δεδομένα που αφορούν στη σύμπραξη δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και που δεν σχετίζονται διόλου με καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, εκτός και αν εδώ υπονοείται ότι ολόκληρο το ΕΣΥ έχει περιέλθει πλέον σε μια μόνιμη κατάσταση ανάγκης.

Προκειμένου λοιπόν να προσεγγιστεί ερμηνευτικά το εδάφιο αυτό θα πρέπει και πάλι να ανατρέξουμε στις διευκρινιστικές δηλώσεις του υπουργού υγείας Α. Πλεύρη, τις οποίες θα παραθέσουμε στο σημείο αυτό αναλυτικά ώστε να μη μείνει καμία αμφιβολία για τις πραγματικές προθέσεις που κρύβονται πίσω από το εν λόγω άρθρο και το παρόν νομοσχέδιο.

Σε συνέχεια της προηγούμενης συζήτησης για τα απογευματινά χειρουργεία στο δημόσιο και για τα ουσιαστικά θέματα που ανακύπτουν από την αντικειμενική αδυναμία των περισσότερων δημόσιων νοσοκομείων να υποστηρίξουν ένα τέτοιο εγχείρημα, ο υπουργός υγείας Α. Πλεύρης, δηλώνει τα εξής:

“Πολλά νοσοκομεία δεν μπορούν να υποστηρίξουν τα απογευματινά χειρουργεία. Εκεί λοιπόν θα δώσουμε δυνατότητες με Σ.Δ.Ι.Τ. (Σύμπραξη Δημοσίου Ιδιωτικού Τομέα) το χειρουργείο αυτό να γίνει στον ιδιωτικό τομέα. Δηλαδή πάλι και προκειμένου να ανακουφιστεί η λίστα και χωρίς να πληρώσει τίποτα ο πολίτης, απ’ ευθείας θα συμβληθεί το νοσοκομείο ή ο ΕΟΠΥΥ με την ιδιωτική κλινική, όχι με τους τυπικούς όρους που πληρώνει ο πολίτης..”.

“..Δεν είναι πια ταμπού να το λέμε ότι το ΕΣΥ όπως το ξέραμε, έχει κάνει έναν πολύ μεγάλο, χρήσιμο κύκλο και ότι πολλοί δεν αρέσκονται στο να παραμείνει ο σκληρός πυρήνας του “πλήρους και αποκλειστικής (σς. δωρεάν δημόσιας υγείας)”.

“..Πιστεύουμε λοιπόν, όταν λέμε “ΕΣΥ”, το εθνικό σύστημα υγείας δεν είναι κρατικό σύστημα υγείας. Όλες οι μονάδες που υπάρχουν, ιδιωτικές και δημόσιες είναι ένα σύστημα υγείας..”

“Θέλουμε τα νοσοκομεία σιγά σιγά να γίνονται νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.). Η υπηρεσία που παρέχεται από τα νοσοκομεία σε κόστος προς το κράτος πολλές φορές είναι ακριβότερη από την υπηρεσία που μπορεί να παραχθεί σε έναν ιδιωτικό τομέα (!)... Στα ΣΔΙΤ πιστεύουμε ότι θα μειωθεί και το κόστος (!) και θα υπάρξει καλύτερα παρεχόμενη υπηρεσία..”

“..οι διοικήσεις (σς. των δημόσιων δομών) θα λειτουργούν με όρους Ν.Π.Ι.Δ., για αυτό τα νέα νοσοκομεία που γίνονται, γίνονται με αυτό το καθεστώς..”

“Σιγά σιγά πρέπει να δώσουμε κίνητρα και σε ιδιώτες να μπούνε μέσα στο δημόσιο σύστημα υγείας. Το εγχείρημα πέτυχε στην πανδημία σε δομές. Σε επίπεδο δομών και όπου είχαμε μεγάλες ιδιωτικές δομές έγιναν συνεργασίες..”

“..πλέον, ΝΑΙ, να ακολουθούμε και το κόστος, όχι σε λογική μείωσης τιμής αλλά σε λογική να πληρώνουμε την καλύτερη παρεχόμενη υπηρεσία, την πιο ποιοτική υπηρεσία, στην καλύτερη τιμή. Δεν είναι λογικό να λέμε ότι πετάμε χρήματα..”

“..Όπου βλέπουμε όμως ότι η υπηρεσία είναι πιο ακριβή στο δημόσιο (!;) -σε επίπεδο χειρουργείων αναφερόμαστε, ναι, εκεί θα επιλεγεί το μοντέλο να τα στέλνουμε αυτά στον ιδιωτικό τομέα, από τη στιγμή που θα στοιχίζουν λιγότερο (!;)..”

Φθάνουμε λοιπόν στο δια ταύτα.

Λαμβάνοντας υπόψη τις ως άνω δηλώσεις, δε μένει κανένα περιθώριο αμφιβολίας ότι η “ενίσχυση του ΕΣΥ από ιδιώτες παρόχους” δεν είναι παρά ένας έμμεσος τρόπος να περιγραφεί η ΚΑΘΟΛΙΚΗ ΙΔΙΩΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.

Στην προσπάθεια να παρουσιαστεί αυτή η πολιτική ως ιδανική λύση απέναντι σε ένα αδιέξοδο, απότοκο της πλήρους αποδιοργάνωσης και διάλυσης του ΕΣΥ που έχει επιτευχθεί αποκλειστικά μέσω στοχευμένων πολιτικών επιλογών και στρατηγικών, όπως επανειλημμένα αναδείξαμε και τονίσαμε στις σελίδες αυτού του υπομνήματος, γίνεται χρήση ακόμα και παραπλανητικών ή και ψευδών υποθέσεων στα πλαίσια επίσημων δηλώσεων.

Είναι δυνατόν το κόστος μιας επέμβασης στο δημόσιο να ξεπερνάει αυτό στον ιδιωτικό τομέα;

Ποιος τελικά θα επωμίζεται αυτό το κόστος από την απ’ ευθείας ανάθεση ενός χειρουργείου σε ιδιωτική κλινική;

Αναφορικά με το τελευταίο ερώτημα ίσως διαφωτίζει με έμμεσο τρόπο η παρακάτω δήλωση του υπουργού υγείας Α. Πλεύρη:

“Κόστος στο ΕΣΥ δεν θα φέρει (σς. το εγχείρημα Σ.Δ.Ι.Τ.) γιατί η παροχή θα πληρώνεται από τον ΕΟΠΥΥ. Όπως θα πήγαινε ο πολίτης σε μια ιδιωτική κλινική και ο ΕΟΠΥΥ θα πλήρωνε, δεν θα πληρώνει κάτι παραπάνω ο ΕΟΠΥΥ. Αν πλήρωνε κάτι παραπάνω ο ΕΟΠΥΥ τότε ενδεχομένως να δημιουργούσαμε στην αναλογία του κράτους επιβάρυνση. Όχι. Τη στιγμή που θα πληρώνουμε την ίδια υπηρεσία, θα μπορούσαμε να έχουμε καλύτερη παρεχόμενη υπηρεσία και έσοδα για το δημόσιο νοσοκομείο..”

Με τη δήλωση αυτή ο υπουργός επιβεβαιώνει ότι ο ΕΟΠΥΥ δεν θα επιβαρυνθεί επιπλέον από τη σύμπραξη με τον ιδιωτικό τομέα αλλά θα συμβάλλει στην κάλυψη της παρεχόμενης υπηρεσίας από την ιδιωτική κλινική, όπως ανέκαθεν, δηλαδή μηδαινικά.

Στα πλαίσια άλλων δηλώσεών του εξάλλου, σχετικών με το θέμα των απογευματινών χειρουργείων και της οικονομικής κάλυψης αυτών, ο υπουργός υγείας έχει κάνει λόγο για δύο πυλώνες χρηματοδότησης: Ως πρώτο πυλώνα αναφέρει τον ΕΟΠΥΥ και ως δεύτερο... τον ασθενή!!!

Τελικά αυτός που θα καλύπτει ή θα επωμίζεται το υπόλοιπο κόστος για ένα χειρουργείο στον ιδιωτικό τομέα, το οποίο κόστος, όπως πολύ καλά γνωρίζουμε, είναι πολύ μεγαλύτερο στον ιδιωτικό από ό,τι στον δημόσιο τομέα, πιθανόν να το ανακαλύψει στην πράξη και ίσως όχι με τον πλέον ευχάριστο τρόπο.

Εξ ου και οι δηλώσεις του υπουργού υγείας περί συνεργασίας με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, οι οποίες όπως διαφαίνεται θα αποτελέσουν σύντομα μια αναγκαία συνθήκη για όποιον πολίτη επιθυμεί να λάβει υπηρεσίες από ένα εθνικό σύστημα υγείας το οποίο ΔΕΝ θα είναι πια κρατικό δηλαδή ΔΕΝ θα είναι πια δημόσιο και δωρεάν..

Σχετικά με το θέμα των ασφαλιστικών εταιρειών παραθέτουμε τις εξής δηλώσεις του υπουργού υγείας Α. Πλεύρη:

“Εξετάζουμε τρία επίπεδα που συνδέονται με τις ασφαλιστικές εταιρείες. Το πρώτο επίπεδο είναι να μπου οι ασφαλιστικές εταιρείες στο δημόσιο σύστημα υγείας. Να γίνονται τα απογευματινά χειρουργεία και όποιος είναι ασφαλισμένος, να χρησιμοποιεί την ασφάλειά του, και το δημόσιο να παίρνει χρήματα. Το δεύτερο επίπεδο έχει να κάνει με περιπτώσεις τροχαίων και οτιδήποτε άλλο, όπου θα διεκδικεί το δημόσιο από τις ασφαλιστικές εταιρείες τα ποσά τα οποία πληρώνει για τον ασθενή, όπως ακριβώς πληρώνει σε μια ιδιωτική κλινική η ασφαλιστική εταιρεία...και το τρίτο επίπεδο...ασφάλιση όλου του προσωπικού και του ΕΣΥ...μιλάμε για κολοσσιαίες ασφαλιστικές εταιρείες, δηλαδή εκεί οπωσδήποτε οι διαγωνισμοί θα αφορούν ομάδες ασφαλιστικών εταιρειών πανίσχυρες του εξωτερικού με αντασφάλειες...”

Συνοψίζοντας τις παραπάνω δηλώσεις καταλήγουμε συμπερασματικά στα εξής:

- Δρομολογείται η αλλαγή των όρων λειτουργίας των νοσοκομείων του ΕΣΥ με συνοδό αλλαγή του νομικού τους χαρακτήρα από νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.), μία αλλαγή που όπως πολύ σωστά αναφέρει ο υπουργός, είναι ήδη σε εξέλιξη και αφορά σε αυτή τη φάση κυρίως νοσοκομεία της περιφέρειας.
- Έμφαση στα πλαίσια αυτά δίδεται στις διοικήσεις των νοσοκομείων, που θα παίξουν κεντρικό ρυθμιστικό και διαχειριστικό ρόλο σε θέματα που δεν αφορούν μόνο το αμιγώς διοικητικό κομμάτι αλλά αφορούν εξίσου τον νοσηλευτικό και τον ιατρικό τομέα, όπου οι διοικήσεις θα έχουν ενισχυμένες διαχειριστικές αρμοδιότητες και δικαιώματα παρεμβάσεων με κύριο γνώμονα το οικονομικό όφελος για το νοσοκομείο- επιχείρηση. Για το λόγο αυτό διορίζονται σε διοικητικές θέσεις δημόσιων νοσοκομείων άτομα απόλυτα συμβατά και εναρμονισμένα με την ως άνω λογική, που δεν παρεκκλίνουν ούτε στο ελάχιστο από τη δεδομένη πολιτική γραμμή. Ως εκ τούτου οι ειδικές γνώσεις επάνω σε θέματα δημόσιας υγείας για τους διορισμούς σε ανώτερες διοικητικές θέσεις δεν συνιστούν προαπαιτούμενο.
- Ολόκληρη η φιλοσοφία της παροχής υπηρεσιών υγείας αλλάζει, όπως έχουμε επισημάνει και στο κεφάλαιο για τον ΕΟΠΥΥ, με μετατόπιση του επίκεντρου του ενδιαφέροντος από την κοινή ωφέλεια προς το επιχειρηματικό κέρδος. Τα νοσοκομεία θα λειτουργούν μελλοντικά με όρους επιχείρησης και κάθε ιατρική πράξη πρωτίστως θα αποτιμάται βάσει του οικονομικού της κόστους και όχι βάσει της ωφέλειας που προσφέρει στον ασθενή.
- Ο ασθενής δεν θα έχει πρόσβαση σε υπηρεσία υγείας του ΕΣΥ αν δεν έχει κάποιο είδος ιδιωτικής ασφάλισης. Είτε η παροχή υγείας αφορά σε χειρουργείο είτε σε “οτιδήποτε άλλο” θα πρέπει να συνοδεύεται από ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη. Ενδιαφέρον έχει ότι ούτε τα τροχαία ατυχήματα που συχνά εισάγονται ως επείγοντα περιστατικά, δεν εξαιρούνται από τον κανόνα της ιδιωτικής ασφάλισης. Παρόλο που οι δηλώσεις δεν είναι ξεκάθαρες ως προς την αντιμετώπιση που θα επιφυλάσσεται σε ασθενή σε περίπτωση που αυτός θα προσέρχεται στο ΕΣΥ χωρίς ιδιωτική ασφάλιση, διατηρούμε έντονες επιφυλάξεις κατά πόσο ένας τέτοιος ασθενής θα τυχαίνει στο εξής της μεταχείρισης που δικαιούται σε ένα εθνικό σύστημα υγείας. Επιφυλασσόμαστε σχετικά έως την περαιτέρω συμπλήρωση των επίμαχων εδαφίων στο παρόν νομοσχέδιο.

Αναφορικά δε με το θέμα της καθολικής ανάθεσης της ασφαλιστικής κάλυψης του ΕΣΥ και του συνόλου του προσωπικού του σε πανίσχυρες ασφαλιστικές εταιρείες του εξωτερικού με αντασφάλειες και λαμβάνοντας υπόψη την κατά κανόνα ληστρική πολιτική τέτοιων εταιρειών, δεν απομένει κανένα περιθώριο αμφιβολίας ότι το ΕΣΥ ξεπουλιέται με συνοπτικές διαδικασίες, ότι ο χαρακτήρας της κοινής ωφέλειας παύει να υφίσταται για το δημόσιο σύστημα υγείας και ότι η χώρα

μένει απογυμνωμένη από άλλον έναν κεφαλαιώδους σημασίας εθνικό πυλώνα -αυτόν του δημοσίου συστήματος υγείας.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στο παρόν υπόμνημα δεν έχουν συμπεριληφθεί κάποια κεφάλαια του νόμου εξίσου σημαντικά με αυτά που αναλύθηκαν, όπως το κεφάλαιο που αφορά στα φάρμακα και αποτελεί από μόνο του μια ξεχωριστή μεγάλη ενότητα, καθώς και άλλα θέματα που αναφέρονται ακροθιγώς στο νόμο, όπως το τεράστιο θέμα των ανασφάλιστων συμπολιτών μας, ο αριθμός των οποίων αυξάνεται εκθετικά με το χρόνο. Τα θέματα αυτά χρίζουν ξεχωριστής αναλυτικής προσέγγισης.

Περαιτέρω επισημαίνεται ότι ο παρών νόμος 4931/ 2022 αποτελεί μία διορθωμένη και διευρυμένη έκδοση του παλαιότερου νόμου 4486/ 2017 “Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας υπουργού υγείας και άλλες διατάξεις”, με την παρατήρηση ότι οι περισσότερες από τις επίμαχες για το μέλλον της δημόσιας υγείας ρυθμίσεις, που προέβλεπε ο παλαιότερος εκείνος νόμος, δεν εφαρμόστηκαν άμεσα στην πράξη, είτε γιατί δεν προβλεπόταν η άμεση εφαρμογή τους είτε γιατί δεν είχαν ωριμάσει οι συνθήκες είτε για άλλους λόγους. Εν μέρει χρησίμευσε πάντως στην τωρινή κυβέρνηση υπό την έννοια ότι προετοιμάστηκε το έδαφος ώστε να γίνουν πολλά εισαγωγικά βήματα και ουσιώδεις παρεμβάσεις με στόχο την μετατροπή του δημοσίου χαρακτήρα της υγείας, αρκετό καιρό πριν να ψηφιστεί τελικά ο νέος νόμος. Ας σημειωθεί ότι οι αλλαγές που προβλέπονται για το ΕΣΥ από το νέο αυτό νόμο, έχουν ήδη κατά το ήμισυ σχεδόν ολοκληρωθεί.

Στο υπόλοιπο και κύριο μέρος της υλοποίησης αυτού του νέου νόμου για το ΕΣΥ συνέβαλε καθοριστικά, -όπως και σε πληθώρα άλλων περιπτώσεων σχετιζόμενων με το φαινόμενο της πρωτοφανούς συνταγματικής εκτροπής που βιώνουμε-, η ίδια η πανδημία. Υπό το φόβητρο της πανδημίας εξαπολύθηκε μία συντονισμένη, άνευ προηγουμένου επίθεση στο ΕΣΥ και στους εργαζόμενους σε αυτό, με χρήση εργαλείων καθυπόταξης που οδήγησαν σε προσβολή της αξιοπρέπειας, εξευτελισμό της προσωπικότητας και σφοδρή αμφισβήτηση της επιστημονικής επάρκειας. Ο συνδυασμός των παραπάνω ισοπέδωσε κυριολεκτικά τους εργαζόμενους αφαιρώντας τους το αίσθημα της αυτοεκτίμησης πολύ πριν τους ισοπεδώσουν οι συνθήκες εργασίας που προέκυψαν στην πορεία.

Η επιβολή του υποχρεωτικού εμβολιασμού για COVID-19 στους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας υπήρξε το κατεξοχήν εργαλείο καθυπόταξης που εκμηδένισε τις αντιστάσεις των εργαζόμενων ώστε να εισαχθούν εν συνεχεία επιτυχώς και χωρίς αξιοσημείωτες αντιδράσεις οι νέοι όροι λειτουργίας του ΕΣΥ. Ουδείς αμφιβάλλει πλέον ότι οι συνθήκες έκτακτης ανάγκης και τα συνεπακόλουθα αυτών ήρθαν για να μείνουν στο ΕΣΥ.

Η εξοικείωση του προσωπικού του υγειονομικού χώρου με την υποχρεωτικότητα της ιατρικής πράξης μέσω του υποχρεωτικού εμβολιασμού και η αποδοχή αυτής της υποχρεωτικότητας ως συνθήκης αναγκαιότητας για την διασφάλιση του “κοινού καλού”, αποτέλεσε την εισαγωγή για την αποδοχή και των υπόλοιπων υποχρεωτικοτήτων που συνιστούν τον κανόνα στο νέο ΕΣΥ καθώς και στον ευρύτερο χώρο της υγείας, όπως περιγράφηκαν και αναλύθηκαν στο παρόν υπόμνημα.

Η αλλαγή της φιλοσοφίας της Υγείας, που περιλαμβάνει στο ένα άκρο του φάσματος τη διαστρέβλωση της ιατρικής επιστήμης και του αδιάρρηκτα με αυτήν συνδεδεμένου ηθικού κώδικα και στο άλλο άκρο την παροχή της υγείας αυτής με όρους εμπορευματοποίησης, δεν θα ήταν ποτέ εφικτή χωρίς την εργαλειοποίηση της νόσου COVID-19.

Το τρομακτικό εργαλείο που απέκτησαν οι κρατούντες με το εμβόλιο για COVID-19, όπως είπε και ο υπουργός της πανδημίας, αναφερόμενος βασικά στο ψηφιακό σύστημα διακυβέρνησης το οποίο θα κυριαρχεί στο εξής επάνω σε όλο το φάσμα της υγείας, καταργώντας το ιατρικό απόρρητο και επιβάλλοντας τους όρους και τους κανόνες με τους οποίους θα ασκείται στο εξής το υγειονομικό επάγγελμα, το εργαλείο αυτό δεν ενσαρκώνει τον μεγαλύτερο εφιάλτη μόνο στο χώρο της υγείας. Οι προοπτικές επέκτασης και διασύνδεσης αυτού του ψηφιακού δικτύου παρακολούθησης με ένα ευρύτερο δίκτυο, όπως το επεξεργάζεται το υπουργείο ψηφιακής διακυβέρνησης σε συνεργασία με πληθώρα άλλων υπουργείων, ανοίγει το δρόμο για τον πλήρη έλεγχο της ζωής των πολιτών σε όλες της τις εκφάνσεις.

Καταλήγοντας θέλουμε να τονίσουμε ότι βάσει των όσων αναλύθηκαν στα πλαίσια αυτού του υπομνήματος θεωρούμε ότι ολόκληρος ο παρών νόμος αποτελεί ένα νομοθετικό έκτρωμα και συνιστά ένα ανοσιούργημα της νομικής επιστήμης. Ο εν λόγω νόμος που φέρει τον ειρωνικό κατά τη γνώμη μας τίτλο “γιατρός για όλους” κρίνεται απορριπτέος στο σύνολό του.

Θέτουμε το υπόμνημα αυτό στη διάθεση όλων των θεσμικών φορέων τους οποίους αφορά, προς ενημέρωση και γνώση, καλώντας τους να λάβουν σοβαρά υπόψη αυτή την ερμηνευτική προσέγγιση του νόμου που έγινε από έμπειρους στο αντικείμενό τους επιστήμονες της υγείας, οι οποίοι λειτούργησαν από την πρώτη στιγμή της υγειονομικής κρίσης αυστηρά κατά τη συνείδησή τους και με αποκλειστικό γνώμονα το δημόσιο συμφέρον και το κοινό καλό.

Σ.Υ.Δ.Ε.

ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΕΡ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ ΚΑΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΙ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

ΔΙΚΤΥΟ 30 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ / ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΑΒ ΑΘΗΝΑΣ