

ΒΟΥΛΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ
ΙΖ΄ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΠΡΟΕΔΡΕΥΟΜΕΝΗΣ
ΚΟΙΝΟΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΣΥΝΟΔΟΣ Α΄

ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΔΙΑΤΑΞΗ ΕΠΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ: Της Παρασκευής 22 Ιανουαρίου 2016 ώρα 11.00 π.μ.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ

Παρασκευή 22/1/2016

ΕΠΙΚΑΙΡΗ ΕΠΕΡΩΤΗΣΗ

Προς
τους Υπουργούς Υγείας και Οικονομικών

ΕΠΕΡΩΤΩΝΤΕΣ

1. ΚΩΝ/ΝΟΣ ΜΠΑΡΓΙΩΤΑΣ
2. ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΑΜΥΡΑΣ
3. ΙΛΙΑΝ ΑΧΜΕΤ
4. ΣΠΥΡΙΔΩΝ ΔΑΝΕΛΛΗΣ
5. ΘΕΟΧΑΡΗΣ (ΧΑΡΗΣ) ΘΕΟΧΑΡΗΣ

6. ΣΠΥΡΙΔΩΝ ΛΥΚΟΥΔΗΣ
7. ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΜΑΡΚΟΥ
8. ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΜΑΥΡΩΤΑΣ
9. ΙΑΣΩΝ ΦΩΤΗΛΑΣ
10. ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΨΑΡΙΑΝΟΣ

ΘΕΜΑ: «Εθνικό Σύστημα Υγείας: από τη ρύθμιση... στην απορρύθμιση, με διαρκές ζητούμενο την ουσιαστική και εκ βάθρων μεταρρύθμιση»

Από την ίδρυσή του το 1983 (Ν. 1397/1983, ΦΕΚ Α 143/07-10-1983) μέχρι σήμερα, και παρά τον μεγάλο αριθμό νομοθετικών πρωτοβουλιών, το ΕΣΥ αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα που θα μπορούσαν να συνοψιστούν σε πέντε βασικούς άξονες: α) Ανεπάρκειες στη λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, β) Ξεπερασμένες τεχνικές διοίκησης των μονάδων υγείας που οδηγούν σε σπατάλη πόρων, γ) Απαρχαιωμένα συστήματα αποζημίωσης των προμηθευτών, δ) Απουσία μηχανισμών αξιολόγησης, παρακολούθησης και ελέγχου του κόστους και της αποδοτικότητας, ε) Ανυπαρξία μηχανισμού ορθολογικής κατανομής των υγειονομικών πόρων τόσο μεταξύ των υπηρεσιών όσο και μεταξύ των περιφερειών.

Επί δεκαετίες το σύστημα υπήρξε σπάταλο, διεφθαρμένο και αναποτελεσματικό, με την ανοχή της εκάστοτε κυβέρνησης. Ειδικότερα, οι δαπάνες υγείας, τόσο οι κατά κεφαλήν όσο και ως ποσοστό του ΑΕΠ, αυξήθηκαν σημαντικά. Το ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία αυξήθηκε από 6,6% το 1990 σε 9,6% του ΑΕΠ το 2007. Το ποσοστό αυτό είναι υψηλότερο από τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (9%) και κατέτασσε την Ελλάδα ανάμεσα στις δέκα χώρες με τις υψηλότερες πληρωμές για την υγεία. Η Ελλάδα δαπανούσε περισσότερα για την υγεία απ' ό,τι οι Σκανδιναβικές χώρες (η Φινλανδία δαπανούσε το 8,2% του ΑΕΠ, η Νορβηγία το 8,9% και η Σουηδία το 9,1%).

Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, μεταξύ 2000 - 2009 η Ελλάδα είχε αυξημένες δαπάνες για την υγεία, είχε τους περισσότερους γιατρούς ανά κάτοικο από οποιαδήποτε άλλη χώρα του ΟΟΣΑ με 6,1 γιατρούς ανά 1000 κατοίκους το 2009, σχεδόν διπλάσιο από το μέσο όρο 3,1 του ΟΟΣΑ. Με διαφορά ο μεγαλύτερος ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ. Δεύτερη η Αυστρία με 4,7, η Γερμανία με 3,5 και η Γαλλία με 3,3. Το ποσοστό των «γενικών ιατρών» το 2009 ήταν 4,5%, με διαφορά το μικρότερο ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ, στις οποίες ο μέσος όρος είναι 25,9%. Από την άλλη, υπήρχαν μόνο 3,3 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους το 2009, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από τον μέσο όρο 8,4% στις χώρες του ΟΟΣΑ. Ο ετήσιος αριθμός αξονικών τομογραφιών ήταν 320,4%. Πρώτη χώρα στον ΟΟΣΑ, με διαφορά από τη δεύτερη, τις ΗΠΑ με 227,9%, όταν ο μέσος όρος ήταν 131,8%. Ο ετήσιος αριθμός μαγνητικών τομογραφιών ήταν 97,9%. Πρώτη και πάλι η Ελλάδα, με δεύτερη τις ΗΠΑ με 91,2%, ενώ ο μέσος όρος στον ΟΟΣΑ ήταν 46,6% (OECD, Health Data, 2012). Επιπλέον, η φαρμακευτική δαπάνη υπερδιπλασιάστηκε από 2,033 δις ευρώ το 2000 σε 5,439 δις το 2007. Συγκρίνοντας την Ελλάδα με άλλες χώρες του ΟΟΣΑ, διαπιστώνεται ότι την εποχή πριν από το Μνημόνιο εμφανίζει την υψηλότερη κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη μετά τις ΗΠΑ.

Είναι πλέον σαφές ότι δεν δημιούργησε η οικονομική κρίση τα προβλήματα στο ΕΣΥ, αλλά η διαχρονική απροθυμία των κυβερνήσεων ΝΔ και ΠΑΣΟΚ να προχωρήσουν σε οποιαδήποτε ουσιαστική μεταρρύθμιση και να συγκρουστούν με ομάδες πίεσης και συμφέροντα που

λυμαίνονται χρόνια το χώρο της υγείας. Η κρίση ανέδειξε χρόνιες, υποβόσκουσες παθολογίες, που τα οριζόντια μέτρα απλώς επιδείνωσαν. Στο τοξικό περιβάλλον της κρίσης, ο τομέας της υγείας βρέθηκε στο επίκεντρο. Το ερώτημα που τίθεται είναι σε ποιο βαθμό οι επιχειρούμενες διαρθρωτικές αναπροσαρμογές στο χώρο της υγείας είναι μια προσπάθεια εξορθολογισμού του τρόπου λειτουργίας του συστήματος υγείας και όχι απλώς ένα μέσο περιορισμού του δημοσιονομικού κόστους. Με άλλα λόγια, οι αλλαγές απορρέουν από εσωτερικές αναγκαιότητες του συστήματος υγείας ή ανταποκρίνονται μόνο σε εξωτερικές επιταγές που επιβάλλονται από τα Μνημόνια;

Από τις έως τώρα ρυθμίσεις, διαπιστώνεται ότι υπήρξε απόλυτη προσήλωση στην επίτευξη των λογιστικών στόχων των Μνημονίων, θέτοντας σε δεύτερη μοίρα την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα του συστήματος, καθώς και τις κοινωνικές επιπτώσεις. Οι δημόσιες δαπάνες υγείας μειώνονται με γρηγορότερο ρυθμό από αυτόν της μείωσης του ΑΕΠ, ενώ οι οριζόντιες περικοπές οδήγησαν σε τραγικές ελλείψεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και αναλωσίμων. Υπολογίζεται ότι από τα νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας (Κ/Υ) μέσα σε πέντε χρόνια αποχώρησαν πάνω από 15.000 εργαζόμενοι, περίπου το 20% του προσωπικού, ενώ δεν πραγματοποιήθηκαν προσλήψεις.

Παρά τις προεκλογικές πομφόλυγες για σαρωτικές αλλαγές στο ΕΣΥ, δυστυχώς και η κυβέρνηση ΣΥΡΙΖΑ-ΑΝ.ΕΛ. ακολουθεί την ίδια αναποτελεσματική και αδιέξοδη πολιτική. Τουλάχιστον, τα δείγματα γραφής από την ενδεκάμηνη κυβερνητική πολιτική είναι εξαιρετικά αρνητικά. Μέχρι σήμερα, η πολιτική στο χώρο της υγείας εξαντλείται σε διορισμούς ημετέρων, ανέφικτη παροχολογία και διαρκείς παρατάσεις συμβάσεων. «Παρά την πολιτική βούληση της κυβέρνησης και παρά την εκπόνηση σχεδίου έκτακτης ανάγκης για την επιβίωση του ΕΣΥ, η αντιστροφή της πορείας λειτουργικής κατάρρευσής του δεν έγινε εφικτή σε οκτώ μήνες» δήλωσε χαρακτηριστικά ο Υπουργός Υγείας, κ. Ξανθός, κατά την ανάγνωση των προγραμματικών δηλώσεων της κυβέρνησης τον Οκτώβριο του 2015, παραδεχόμενος εμμέσως την τραγική κατάσταση στην οποία έχει περιέλθει το ΕΣΥ.

Η υφιστάμενη, δραματική κατάσταση του ΕΣΥ πέντε χρόνια μετά το πρώτο Μνημόνιο. Απαριθμώντας ενδεικτικά τα προβλήματα:

Α. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)

Μια από τις κακοδαιμονίες του ΕΣΥ είναι το γεγονός ότι το σύστημα είναι έντονα νοσοκομειοκεντρικό. Η νοσοκομειακή περίθαλψη δεσμεύει το 47% της συνολικής δαπάνης για την υγεία, έναντι 31% του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ. Αντιθέτως, η δαπάνη για την πρωτοβάθμια περίθαλψη κυμαίνεται σε 20% της συνολικής δαπάνης, έναντι 31% του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ. Η κατάσταση αυτή έχει επιδεινωθεί δεδομένου ότι η δημόσια δαπάνη έχει μειωθεί κατά 38,5% και η ιδιωτική κατά 57,5%. Την ίδια στιγμή η παρατεταμένη οικονομική κρίση και ο περιορισμός του διαθέσιμου εισοδήματος οδήγησαν σε στροφή των ασθενών προς τα δημόσια νοσοκομεία (αύξηση κατά 28% κατά την περίοδο 2009-2013).

Παρόλο που ουδέποτε αμφισβητήθηκε ότι η ΠΦΥ αποτελεί τον κορμό του συστήματος υγείας, παρόλο που κάθε Υπουργός Υγείας (26 τον αριθμό από το 1981 μέχρι σήμερα) έθετε ως προτεραιότητα την ανάπτυξη ενός

λειτουργικού συστήματος ΠΦΥ, σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, η Ελλάδα, με 4 επισκέψεις ανά κάτοικο, εμφανίζει την 6η χαμηλότερη χρησιμοποίηση υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης (OECD, 2011). Η μεταρρύθμιση του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ, Ν. 4238/2014, ΦΕΚ Α' 38/17-2-2014) δεν απέδωσε τα αναμενόμενα και οδήγησε σε πλήρη αποδιοργάνωση των δημόσιων δομών που υπήρχαν στα αστικά κέντρα και σε υποκατάσταση υπηρεσιών ΠΦΥ από νοσοκομειακές υπηρεσίες υψηλότερου κόστους. Από τους 5.500 περίπου ιατρούς που διέθεταν οι πρώην Υγειονομικές Μονάδες ΙΚΑ-ΕΟΠΥΥ και νυν Μονάδες ΠΕΔΥ της χώρας, λιγότεροι από 2.500 υπηρετούν αυτή τη στιγμή, με το Υπουργείο να προκηρύσσει θέσεις επικουρικών ιατρών, για να καλυφθούν οι ανάγκες. Μάλιστα, η έλλειψη ιατρών κρίσιμων ειδικοτήτων από τις Μονάδες ΠΕΔΥ, όπως είναι εκείνες του παιδίατρο, οφθαλμιάτρο κλπ και η διάλυση των εργαστηρίων οδηγεί σε απόγνωση τους ασθενείς και σε ανεξέλεγκτη μεταφορά δημόσιων πόρων στον ιδιωτικό τομέα.

Κάθε μήνα –τους τελευταίους έντεκα– η κυβέρνηση ΣΥΡΙΖΑ-ΑΝ.ΕΛ. εξαγγέλλει ότι τον επόμενο θα κατατεθεί προς διαβούλευση και ψήφιση νομοσχέδιο με σαρωτικές αλλαγές στην ΠΦΥ. Μάλιστα, κατά την ανάγνωση των προγραμματικών δηλώσεων της κυβέρνησης τον Οκτώβριο του 2015 ο Υπουργός Υγείας, κ. Ξανθός, έκανε λόγο για «ανάπτυξη ενός Εθνικού Δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε όλη τη χώρα που θα βασίζεται στις αποκεντρωμένες μονάδες υγείας γειτονιάς, στα Κέντρα Υγείας αστικού και αγροτικού τύπου, στον οικογενειακό γιατρό με συγκεκριμένο πληθυσμό ευθύνης και στην διεπιστημονική ομάδα υγείας... Οι γιατροί και οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ προσφέρουν τις υπηρεσίες τους με βάση συμβόλαιο καθηκόντων και υποχρεώσεων, η εξέλιξη και παραμονή τους στο Εθνικό Δίκτυο ΠΦΥ κρίνεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα με βάση συγκεκριμένους ποσοτικούς και ποιοτικούς δείκτες καλής πρακτικής και αποτελεσματικής φροντίδας των πολιτών. Σε 1η φάση το δίκτυο της ΠΦΥ θα αναπτυχθεί σταδιακά σε 3-4 αστικές περιοχές της χώρας, σε συνεργασία με τις κοινωνικές δομές της Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Δημοτικά Ιατρεία, Βοήθεια στο Σπίτι, ΚΑΠΗ, ΚΗΦΗ) και με τη συνδρομή των ευρωπαϊκών διαρθρωτικών ταμείων...».

Η αναμόρφωση της ΠΦΥ είναι επιτακτική ανάγκη. Το οργανωτικό, διοικητικό και χρηματοδοτικό πλαίσιο οφείλει να προσαρμοσθεί στην «τεχνολογία των δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας» και στην αλλαγή παραδείγματος προς την κατεύθυνση της «Ολικής Διακήρυξης της Alma-Ata» του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τη Στρατηγική Υγείας για όλους με βάση την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τη δημόσια υγεία σε μια σύγχρονη, τεχνολογική και προηγμένη εκδοχή. Στον πυρήνα αυτού του εγχειρήματος βρίσκεται ο οικογενειακός γιατρός ως γιατρός πρώτης επαφής. Πρόκειται για θεσμό που έχει προβλεφθεί νομοθετικά στο άρθρο 5 του Ν.4238/2014 (ΦΕΚ 38, τ.Α'/17-02-2014) «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις». Παρά το γεγονός ότι στην παρ. 7 του άρθρου 5 και στην παρ. 8 του ίδιου άρθρου προβλέπεται η έκδοση Υπουργικών Αποφάσεων, καμία δεν έχει ακόμα εκδοθεί, καθιστώντας το νέο σύστημα ανεφάρμοστο και αποδεικνύοντας για άλλη μια φορά ότι στο χώρο της Υγείας πολλά νομοθετούνται, αλλά λίγα υλοποιούνται.

Β. Δημόσια Νοσοκομεία

Η λειτουργία των περισσότερων δημόσιων νοσοκομείων είναι οριακή, δεδομένου ότι από το 2009 η κρατική χρηματοδότηση έχει μειωθεί κατά 70% περίπου. Άλλωστε, καθ' ομολογία του ίδιου του Υπουργού Υγείας το Ε-ΣΥ «κινδυνεύει με λειτουργικό μπλακ άουτ». Οι ληξιπρόθεσμες οφειλές των νοσοκομείων έχουν πάρει την ανιούσα τους τελευταίους μήνες. Είναι χαρακτηριστικό ότι από τον Ιανουάριο του 2015 μέχρι τον Ιούλιο αυξήθηκαν κατά 94,2%, σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία του προϋπολογισμού. Χιλιάδες προμηθευτές παραμένουν απλήρωτοι, με αποτέλεσμα οι Διοικήσεις να αδυνατούν να προμηθευτούν ακόμα και τα απολύτως αναγκαία αναλώσιμα.

Και όλα δείχνουν ότι το 2016 τα οικονομικά των νοσοκομείων θα επιδεινωθούν, καθώς θα «ψαλιδιστούν» άλλα 362 εκατ. ευρώ. Συγκεκριμένα, ενώ το ύψος της κρατικής χρηματοδότησης για το 2015 είχε προϋπολογιστεί στο 1,388 δις. ευρώ, το 2016 περιορίζεται στο 1,026 δις. ευρώ. Προβλέπονται, ωστόσο, -άγνωστο πώς θα υλοποιηθούν- αυξημένες μεταβιβάσεις από τα ασφαλιστικά Ταμεία (900 εκατομμύρια έναντι 700 εκατομμυρίων το 2015). Την ώρα που ο ΕΟΠΥΥ οφείλει πάνω από 1,8 δις. ευρώ (τον Αύγουστο του 2015), στον προϋπολογισμό γίνεται λόγος για ταμειακό πλεόνασμα 9 εκατομμυρίων ευρώ το 2015 έναντι πλεονάσματος 24 εκατομμυρίων που είχε προβλεφθεί. Για το 2016 εκτιμάται ότι θα υπάρξει έλλειμμα της τάξης των 139 εκατομμυρίων ευρώ, το οποίο θα διαμορφωθεί σε πλεόνασμα 787 εκατομμυρίων. Οι στόχοι αυτοί βασίζονται στην προσδοκία για αυξημένα έσοδα, ως αποτέλεσμα της αύξησης του ποσοστού εισφορών κλάδου Υγείας από 4% σε 6% στις επικουρικές συντάξεις, η οποία αναμένεται να αποδώσει 711 εκατομμύρια το 2016 και 355 εκατομμύρια το τρέχον έτος. Στον αντίποδα, τα έξοδα του προϋπολογισμού προβλέπονται αυξημένα κατά 823 εκατομμύρια ευρώ, κυρίως λόγω της αύξησης των λοιπών δαπανών ασθένειας, των προγραμμάτων απασχόλησης, των προνοιακών παροχών και των δαπανών που αφορούν προμήθειες αγαθών και υπηρεσιών από τα δημόσια νοσοκομεία.

Σχετικά με την φαρμακευτική δαπάνη στα νοσοκομεία, σύμφωνα με την τελευταία έκθεση του IOBE, που εκπονήθηκε για λογαριασμό του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣΦΕΕ), από το 2009 μέχρι το 2015 η φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε περίπου κατά 60%. Αναλυτικότερα, το 2009 η νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη ήταν 1,252 δισεκατομμύρια ευρώ, το 2010 1,084 δις. ευρώ, το 2011 έπεσε στα 832 εκατομμύρια ευρώ, το 2012 στα 761 εκατ. ευρώ, το 2013 μειώθηκε έτι περαιτέρω στα 642 εκατ. ευρώ, το 2014 σε 543 εκατ. και το 2015 σε 495 εκατ. ευρώ. Η δαπάνη από 1,252 δις. εκατομμύρια ευρώ το 2009 θα φτάσει τα 530 εκατομμύρια το 2018, μειούμενη δηλαδή κατά 58% σε εννέα χρόνια.

Σύμφωνα με την παρ. 1 του άρθρου 1 του Ν. 4346/2015 (ΦΕΚ Α' 152/20-11-2015), Επείγουσες ρυθμίσεις για την εφαρμογή της Συμφωνίας Δημοσιονομικών Στόχων και Διαρθρωτικών Μεταρρυθμίσεων και άλλες διατάξεις) «Καθιερώνεται μηχανισμός αυτόματης επιστροφής (claw back) για την ενδονοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη. Το όριο δαπανών των δημόσιων νοσοκομείων για τη φαρμακευτική δαπάνη, πέραν του οποίου εφαρμόζεται ο μηχανισμός αυτόματης επιστροφής (claw back), ορίζεται σε πεντακόσια εβδομήντα εκατομμύρια (570.000.000,00)

ευρώ για το έτος 2016, σε πεντακόσια πενήντα εκατομμύρια (550.000.000,00) ευρώ για το έτος 2017 και σε πεντακόσια τριάντα εκατομμύρια (530.000.000,00) ευρώ για το έτος 2018, συμπεριλαμβανομένου ΦΠΑ. Οποιαδήποτε φαρμακευτική δαπάνη υπερβαίνει τα παραπάνω καθορισθέντα όρια, επιστρέφεται από τις φαρμακευτικές εταιρείες ή τους κατόχους αδειας αγοράς και καταβάλλεται σε ειδικό λογαριασμό που ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας ή συμψηφίζεται από το Υπουργείο Υγείας με ισόποσες οφειλές για την προμήθεια φαρμακευτικών προϊόντων». Στον προϋπολογισμό όμως των νοσοκομείων, αναφέρεται ότι για το 2016 η δαπάνη θα είναι 707 εκατ. ευρώ. Τελικά, τι ισχύει από τα δύο; Συνεχίζει το Υπουργείο να καταρτίζει προϋπολογισμούς πλασματικούς που θα αλλάξουν με την πρώτη ευκαιρία; Η συνεχίζεται ο γνωστός τρόπος νομοθέτησης με τα αναρίθμητα λάθη που διορθώνονται ανά είκοσι ημέρες;

Το **Ποτάμι** έχει τονίσει ότι με το claw back η υπέρβαση του προϋπολογισμού δεν λειτουργεί ως αντικίνητρο για το νοσοκομείο. Επιβαρύνει τους προμηθευτές χωρίς διάκριση. Επιπλέον, το νοσοκομείο μπορεί να χρησιμοποιεί ακριβά φάρμακα και πρωτότυπα αντί γενοσήμων. Η υπέρβαση του προϋπολογισμού απλά επιβαρύνει τον προμηθευτή μέσω claw back. Αρκεί η έγκριση της υπέρβασης του προϋπολογισμού από τον Υπουργό και οι προμηθευτές θα επωμιστούν το βάρος της υπέρβασης. Έτσι, η προσπάθεια ελέγχου της χρήσης ακριβών φαρμάκων και της κατάχρησης και ο στόχος της εισαγωγής γενοσήμων ουσιαστικά ακυρώνεται. Επιπλέον, ελλοχεύει ο κίνδυνος ελλείψεων και απόσυρσης φαρμάκων ή τεχνητών ελλείψεων. Ήδη, υπάρχει απροθυμία εισαγωγής ακριβών φαρμάκων λόγω των μακροχρόνιων οφειλών νοσοκομείων και ΕΟΠΠΥ. Ο έλεγχος της φαρμακευτικής δαπάνης πρέπει να γίνει μέσω της εφαρμογής θεραπευτικών πρωτοκόλλων και συγκεκριμένων κινήτρων εντός των νοσοκομείων. Οι οριζόντιες λογικές αυτού του τύπου επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την ασφάλεια των ασθενών. Οδηγούν σε ελλείψεις απαραίτητων φαρμάκων από τη μία και σε ενίσχυση της κατανάλωσης ακριβών σκευασμάτων από την άλλη.

Γεγονός αναμφισβήτητο είναι ότι η οριζόντια μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης των τελευταίων ετών έχει προκαλέσει πάμπολλα προβλήματα, και δη σε ευαίσθητες ομάδες ασθενών, όπως οι καρκινοπαθείς. Αυτή ήταν μία από τις διαπιστώσεις που έγιναν κατά τη διάρκεια του 4ου Συνεδρίου Ασθενών που πραγματοποιήθηκε πρόσφατα στην Αθήνα. Σύμφωνα με τα στοιχεία που δόθηκαν στη δημοσιότητα, το 32% των ογκολογικών ασθενών δεν έχει πρόσβαση σε γιατρό και το 28% στα φάρμακά του, ενώ είναι εκατοντάδες αυτοί που αναγκάζονται να διακόψουν τη θεραπεία τους. Στον Άγιο Σάββα η λίστα αναμονής φτάνει τους 8 μήνες (ειδικά στην κλινική Μαστού ξεκινά από τις 190 ημέρες) και στο Μεταξά το λιγότερο τους τρεις μήνες. Οι ασθενείς περιμένουν σε ουρές, για να προμηθευτούν τα φάρμακα των χημειοθεραπειών τους από τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ, ενώ παρατηρούνται συχνά ελλείψεις σκευασμάτων, με αποτέλεσμα να αναβάλλονται ήδη χημειοθεραπείες σε νοσοκομεία της Λάρισας, του Ηρακλείου και των Πατρών. Επιπλέον, στο Λαϊκό Νοσοκομείο οροθετικοί ασθενείς έχουν μείνει εδώ και τρεις εβδομάδες χωρίς αντιρετροϊκά φάρμακα, αφού δεν υπάρχουν τα χρήματα για να τα προμηθευτούν. Το νοσοκομείο χρειάζεται 500.000 ευρώ το χρόνο για τους οροθετικούς ασθενείς και 800.000 για

τους αιμορροφικούς. Ωστόσο, ενώ περίμενε τρία εκατομμύρια ευρώ την τελευταία εβδομάδα, έλαβε μόλις 700.000 ευρώ, τα οποία αρκούν για το 1/6 των αναγκών που έχει το νοσοκομείο για τον Δεκέμβριο. Σε οριακό σημείο είναι και ο Ευαγγελισμός που έχει δει τη δαπάνη για φάρμακα να κάνει βουτιά μόνο την τελευταία τριετία κατά 25% από τα 32 εκατ. ευρώ που ήταν το 2013 και το 2014 στα 24 εκατ. ευρώ το 2015. Με εσωτερική κατανομή κονδυλίων κατάφερε τον τελευταίο μήνα να εξασφαλίσει περίπου 300.000 ευρώ, τα οποία βέβαια αρκούν μόνο για επείγουσες ανάγκες. Ωστόσο, πλέον είναι αδύνατες ακόμα και οι εσωτερικές μετακινήσεις κονδυλίων, καθώς τελειώνει η χρονιά και μαζί τα χρήματα από όλους τους κωδικούς.

ΒΙ) Η κομματοκρατία στις Διοικήσεις των Νοσοκομείων

Ο τέως Υπουργός Υγείας χαρακτήρισε δίχως περιστροφές τους Διοικητές και Αναπληρωτές Διοικητές νοσοκομείων «πολιτικά πρόσωπα» και απαίτησε εγγράφως να παραιτηθούν (αριθμός πρωτοκόλλου Οικ. 2589, 16/04/2015). Παρά τα προβληματικά του σημεία, ο ν. 4052/2012 (ΦΕΚ 41/τ. Α'/01-03-2012) ρητά απαγορεύει τους απευθείας διορισμούς και επιβάλλει την αξιοποίηση των στελεχών που πέρασαν από τη διαδικασία αξιολόγησης. Για να αποφύγει το σκόπελο του νόμου, ο τέως Υπουργός με εκπρόθεσμη τροπολογία (αρ.πρωτ.: 178/67 23-06-2015), κατατεθειμένη σε μη συναφές νομοσχέδιο («Τροποποίηση διατάξεων Κώδικα Ελληνικής ιθαγένειας κλπ») προέβη σε κατάργηση της επιτροπής της παρ. 5 του άρθρου 2 του ν. 4052/2012 που εισηγείται στον Υπουργό Υγείας το διορισμό ή τη διακοπή της θητείας των Διοικητών και Αναπληρωτών Διοικητών των Νοσοκομείων και απέκτησε εξουσιοδότηση για διακοπή, λήξη θητείας ή παύση των υφιστάμενων και διορισμό νέων. Ειδικότερα, όπως ορίζεται στην παρ. 2 του άρθρου 15 του Ν. 4332/2015 (ΦΕΚ 76/Α/09-07-2015) «Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας είναι δυνατή οποτεδήποτε η διακοπή λήξη θητείας ή παύση Διοικητών ή Αναπληρωτών Διοικητών των νοσοκομείων, αζημίως για το Δημόσιο, καθώς και ο ορισμός νέων Διοικητών και Αναπληρωτών Διοικητών, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις της παραγράφου 4 του παρόντος άρθρου. Στην απόφαση διακοπής, λήξης θητείας ή παύσης Διοικητή ή Αναπληρωτή Διοικητή νοσοκομείου μπορεί να ενσωματώνεται και η απόφαση διορισμού του αντικαταστάτη τους. Η θητεία των Διοικητών και Αναπληρωτών Διοικητών ορίζεται διετής».

Η τροπολογία Κουρουμπλή ουσιαστικά αντιγράφει την παρ. 1 του άρθρου 42 του ν. 3252/2004 (ΦΕΚ Α, 132/2004), που ψηφίστηκε επί Υπουργίας του κ. Ν. Κακλαμάνη, σύμφωνα με την οποία «Από τη δημοσίευση του νόμου λήγει αυτοδικαίως και αζημίως για το Δημόσιο η θητεία είτε αυτή καθορίζεται από συγκεκριμένη διάταξη είτε απορρέει από σύμβαση των Προέδρων των Π.Σ.Υ.Π., των Αναπληρωτών Γενικών Διευθυντών Π.Σ.Υ.Π., των Διοικητών των Νοσοκομείων ΕΣΥ και των Αναπληρωτών Διοικητών των Νοσοκομείων ΕΣΥ». Τότε, περίπου 120 Διοικητές και Αναπληρωτές Διοικητές, που απομακρύνθηκαν, προσέφυγαν στο Συμβούλιο της Επικρατείας. Οι αιτήσεις ακύρωσης των Διοικητών των νοσοκομείων κατά των αποφάσεων του τότε Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης περί «αυτοδικαίως λύσης της θητείας τους» είχαν ως νομική βάση την παράβαση της συνταγματικής αρχής της μονιμότητας (άρ-

θρο 103 παρ. 4Σ), την αντίθεση στην επαγγελματική και δικαιопρακτική ελευθερία (άρθρο 5 παρ. 1Σ), την αντισυνταγματικότητα της αναδρομικής ισχύος, την αντίθεση στη συνταγματική αρχή της προστατευόμενης εμπιστοσύνης, και την αντίθεση με το άρθρο 1 του Πρώτου Πρόσθετου Πρωτοκόλλου της Ευρωπαϊκής Σύμβασης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΣΔΑ).

Το Ανώτατο Ακυρωτικό Δικαστήριο έκρινε ότι τα δικαιώματά τους δεν μπορούσαν να θιγούν, πολύ δε περισσότερο αζημίως για το Δημόσιο, καθώς «ο Διοικητής Νοσοκομείου του ΕΣΥ δεν προσλαμβάνεται με σχέση ιδιωτικού δικαίου σύμφωνα με τις διατάξεις των παρ. 3 και 8 του άρθρου 103 του Συντάγματος, αλλά καταλαμβάνει οργανική θέση σε νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με σχέση δημοσίου δικαίου και δεν εμπίπτει στην έννοια του μετακλήτου υπαλλήλου, θεωρείται μόνιμος υπάλληλος κατά την έννοια του άρθρου 103 παρ. 4 του Συντάγματος... Δεν μπορεί να απολυθεί χωρίς τις εγγυήσεις που προβλέπονται στις παρ. 4 και 6 του άρθρου 103 του Συντάγματος...» (οράτε ενδεικτικά ΣτΕ 594/2008, 927/2006). Στη συνέχεια, οι «απολυμένοι» προσέφυγαν στα διοικητικά δικαστήρια διεκδικώντας αποζημιώσεις. Για την ακρίβεια διεκδίκησαν και πέτυχαν την καταβολή των αποδοχών τους ως τη συμβατική λήξη της θητείας τους, καθώς όταν «απολύθηκαν» δεν είχε λήξει το πενταετές συμβόλαιο που είχαν υπογράψει.

Σήμερα, ελλοχεύει ο κίνδυνος να επαναληφθεί η ιστορία. Άλλωστε, ο Αναπληρωτής Υπουργός Υγείας, ακολουθώντας πιστά την τακτική των προκατόχων του, ομιλεί περί «πολιτικών προσώπων» και μαζικών απομακρύνσεων. Ειδικότερα, η ηγεσία του Υπουργείου Υγείας έδωσε πριν από λίγες εβδομάδες εντολή στις Υγειονομικές Περιφέρειες να αξιολογήσουν τους Διοικητές των νοσοκομείων, χωρίς να υπάρξει καμία ενημέρωση για τα κριτήρια αξιολόγησης. Πολλοί νυν Διοικητές δηλώνουν αποφασισμένοι να στραφούν εναντίον των Υγειονομικών Περιφερειών με αγωγές και μηνύσεις. Στο μεταξύ, επειδή στο Μνημόνιο 3 (ν. 4336/2015, ΦΕΚ Α' 94/14-08-2015) υπάρχει ρητή απαίτηση για «τροποποίηση του ν. 4332/2015 για την κατάργηση μέρους του ν. 4052/2012 (αναδιοργάνωση και αναδιάρθρωση του τομέα της υγείας στο πλαίσιο του ΜΣ) για τον διορισμό ανώτατων διευθυντικών στελεχών στα νοσοκομεία» στο πλαίσιο της «αποπολιτικοποίησης της δημόσιας διοίκησης», η νέα ηγεσία του Υπουργείου Υγείας με απόφαση δημοσιευμένη στη διαύγεια (Α1β/Γ.Π.οικ.: 85701, 10/11/2015) προέβη σε τροποποίηση της σύνθεσης της Επιτροπής Αξιολόγησης των υποψηφίων Διοικητών και Αναπληρωτών Διοικητών των νοσοκομείων του ΕΣΥ όλης της χώρας. Έργο της Επιτροπής είναι η αξιολόγηση των νυν Διοικητών και Αναπληρωτών Διοικητών σε «συνέχεια των Εκθέσεων Αξιολόγησης των Διοικητών των οικείων Υγειονομικών Περιφερειών», σύμφωνα με την υπουργική απόφαση. Βεβαίως, και πάλι δεν γίνεται καμία αναφορά στα κριτήρια αξιολόγησης. Εξάλλου, με εύσχημο τρόπο το Υπουργείο Υγείας έδειξε την πρόθεσή του για απομάκρυνση όλων των Διοικητών με την κατάθεση της τροπολογίας (αρ. πρωτ. 37/23, 04/11/2015), σύμφωνα με την οποία μπορούν τα νοσοκομεία να λειτουργούν ακόμη και χωρίς Διοικητή, καθώς στην περίπτωση που ένα νοσοκομείο είναι ακέφαλο, τη θέση του Διοικητή μπορεί να λάβει ο Διευθυντής των Οικονομικών Υπηρεσιών μέχρι να διοριστεί νέα Διοίκηση.

Το Υπουργείο Υγείας συνεχίζει με τη γνωστή εμμονή

της επιλογής Διοικήτων με κομματικά κριτήρια και της αξιολόγησης των υπαρχόντων με άγνωστα κριτήρια. Αδιαφορεί, βέβαια, για το γεγονός ότι για να διορίσει «το δικά της παιδιά», η πολιτική ηγεσία του Υπουργείου επιβαρύνει οικονομικά το ελληνικό Δημόσιο εν γνώσει της, δεδομένου ότι την ίδια στιγμή πληρώνονται οι νέοι Διοικητές και αποζημιώνονται οι «απολυμένοι».

Βii) Το ανθρώπινο δυναμικό

Η υποστελέχωση έχει οδηγήσει τα δημόσια νοσοκομεία στα όρια της κατάρρευσης. Η εικόνα «εμφράγματος» στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) των εφημερευόντων νοσοκομείων είναι πλέον ο κανόνας. Οι ελλείψεις σε νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό επέφεραν αδυναμία λειτουργίας και κλείσιμο ακόμα και πολλών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και επέτειναν το πρόβλημα των εκτενων λιστών αναμονής. Το ίδιο απογοητευτική είναι η εικόνα και στα νησιά, όπου οι κενές θέσεις ιατρικού, νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού έχουν ξεπεράσει το 50% και, για να καλυφθούν οι ανάγκες, οι εργαζόμενοι υπερβαίνουν εαυτούς. Συγκεκριμένα, παρατηρούνται περιπτώσεις νησιών που απουσιάζουν σημαντικές ειδικότητες (π.χ. παιδίατρος στην Πάρο, Αμοργό, Κέα), Κέντρα Υγείας (Κ/Υ) ή Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΠΙ) που δε μπορούν να εξυπηρετήσουν 24ωρη εφημερία (π.χ. Κ/Υ Πάρου, Αντίπαρου, ΠΠΙ Ίου, Σίφνου, Κέας και Αμοργού), ΠΠΙ χωρίς κανένα ιατρό με 15νήμερες αποσπάσεις ενός αγροτικού ιατρού (π.χ. ΠΠΙ Σερύφου), Κ/Υ μεγάλων νησιών χωρίς προσωπικό για τη λειτουργία ακτινολογικού εργαστηρίου (π.χ. Κ/Υ Τήνου και Μυκόνου) ή χωρίς προσωπικό για τη λειτουργία μικροβιολογικού εργαστηρίου (π.χ. ΠΠΙ Αμοργού, Ίου) ή και μικρά νησιά χωρίς καν αγροτικό ιατρό (π.χ. Σίκινος, Ανάφη).

Οι τελευταίες προσλήψεις έγιναν το 2009, δηλαδή έξι χρόνια πριν. Πρόσφατα, βγήκαν δύο προκηρύξεις. Η 4Κ/2015 για 226 θέσεις και η 5Κ/2015 για 690, δηλαδή σύνολο 916 θέσεις. Ωστόσο, από το Υπουργείο δεν διευκρινίζεται πότε θα ολοκληρωθεί η διαδικασία και με ποια κριτήρια γίνεται η κατανομή; Ενδεικτικό της σύγχυσης του Υπουργείου είναι και το γεγονός ότι στον προϋπολογισμό του 2016 οι δαπάνες προσωπικού για τα νοσοκομεία παραμένουν αμετάβλητες στα 380 εκατ. ευρώ. Συνεπώς, πως θα χρηματοδοτηθούν οι προσλήψεις; Επίσης, από τις έως τώρα ενέργειες του Υπουργείου προκύπτει ότι δεν υπάρχει στην πραγματικότητα κανένας σχεδιασμός και κανένα χρονοδιάγραμμα; Τον Απρίλιο ο Πρωθυπουργός εξήγγειλε 4500 χιλιάδες προσλήψεις. Μετά ο κ. Ξανθός έκανε λόγο για 2440, ενώ τώρα προκηρύσσονται 916. Την ίδια στιγμή, με 12σέλιδη τροπολογία στο νομοσχέδιο για τις βοσκήσιμες γαίες το Υπουργείο, αντί οριστικών λύσεων, προβαίνει σε παράταση των υφιστάμενων συμβάσεων επικουρικών ιατρών. Οι επικουρικοί γιατροί είναι απολύτως απαραίτητοι στο ΕΣΥ που καταρρέει και προσφέρουν τα μέγιστα, ωστόσο έως πότε θα «αιματοδοτείται» το ΕΣΥ με παρατάσεις συμβάσεων; Γιατί το Υπουργείο ακολουθεί την ίδια πρακτική των απερχόμενων κυβερνήσεων την οποία καταδικάζει;

Γ. ΕΚΑΒ

Κοινό σημείο των επιστολών που αποστέλλουν τα τελευταία χρόνια στο Υπουργείο Υγείας τόσο η διοίκηση του Κέντρου όσο και το Σωματείο Εργαζομένων του Ε-

ΚΑΒ είναι ότι «η λειτουργία του ΕΚΑΒ έχει ξεπεράσει τα όρια ασφαλείας για τη συνέχιση του έργου του». Τα κύρια προβλήματα είναι ο γηρασμένος στόλος ασθενοφόρων -τα περισσότερα οχήματα είναι κυκλοφορίας 2003 με 600 έως 800.000 χιλιόμετρα το καθένα- και το προσωπικό που δεν επαρκεί. Οι ανάγκες έχουν αυξηθεί, αφού τα τελευταία πέντε χρόνια έχουν συνταξιοδοτηθεί περισσότεροι από 120 διασώστες. Η ένταξη περίπου 600 οδηγών νοσοκομείων στο δυναμικό του ΕΚΑΒ, δεν έλυσε προβλήματα, καθώς σχεδόν το 40% αυτών βγήκε στη σύνταξη, ενώ παράλληλα, αυξήθηκαν οι αρμοδιότητες του Κέντρου που πλέον εκτός από την παροχή επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας καλείται να μεταφέρει σε κάποιες περιπτώσεις αίματα, γεύματα κλπ. Στις 27/11/2015 ο Αναπληρωτής Υπουργός Υγείας δεσμεύτηκε ενώπιον της Υποεπιτροπής Νησιωτικών και Ορεινών περιοχών της Ειδικής Μόνιμης επιτροπής Περιφερειών της Βουλής ότι «Πρώτη Ιανουαρίου 2016 ξεκινάει να εργάζονται στην υπηρεσία του ΕΚΑΒ οι 186 Διασώστες της τελευταίας προκήρυξης (7Κ/2014) και τον Φεβρουάριο του 2016 βγαίνει νέα προκήρυξη του Υπουργείου Υγείας που θα περιέχει 100 μόνιμους Διασώστες-Πληρώματα Ασθενοφόρου». Ωστόσο, η δυσπιστία έναντι του Υπουργείου είναι πλέον φανερή. Στην από 30/11/2015 ομόφωνη απόφαση του Δ.Σ. της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Προσωπικού ΕΚΑΒ (Π.Ο.Π.ΕΚΑΒ) αποφασίστηκε κλιμάκωση των κινητοποιήσεων, εάν δεν υπάρξει άμεση λύση στα εξής θέματα: 1) Προσλήψεις Προσωπικού, 2) Άμεση Ενίσχυση με διασώστες (Επικουρικό Προσωπικό) στις περιοχές που κατακλύζονται από πρόσφυγες, 3) Νέος Οργανισμός του ΕΚΑΒ, 4) Αξιολόγηση προσωπικού, όπως προβλέπετε και για τις υπόλοιπες υπηρεσίες εκτάκτου ανάγκης, 5) Προμήθεια – Αγορά Ασθενοφόρων, 6) Μισθολόγιο-Ασφαλιστικό, 7) Πληρωμή εκτός έδρας μετακινήσεων 2014 – 2015, υπερωρίες Δεκεμβρίου 2014, 8) Ασφάλεια και υγιεινή.

Δ. eHealth: όνειρο μακρινό ένα paperless σύστημα Δi) Ηλεκτρονική συνταγογράφηση (e-prescription)

Ο Ν. 3892/2010 (ΦΕΚ Α 189/4-11-2010) «Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων» προβλέπει την ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, υπό την εποπτεία της ΗΔΙΚΑ, από την έναρξη της χρήσης της ηλεκτρονικής πλατφόρμας αντιμετωπίζει τεχνικά, αλλά και πρακτικά προβλήματα. Τον πρώτο καιρό η πλατφόρμα αντιμετώπιζε πρόβλημα με την αντοχή του συστήματος, καθώς «έπεφτε» ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Πλέον, στις αρχές κάθε μήνα, το σύστημα παρουσιάζει δυσλειτουργίες λόγω του υψηλού φόρτου συνταγογραφήσεων. Αντίστοιχες διαμαρτυρίες έχουν εκφραστεί για καθυστερήσεις λόγω αναβαθμίσεων που κάνει η ΗΔΙΚΑ στο σύστημα σε ώρες αιχμής.

Δii) Ηλεκτρονικές Προμήθειες (e-procurement)

Σε μεγάλο βαθμό τα συσσωρευμένα χρέη του παρελθόντος των νοσοκομείων οφείλονταν στις προμήθειες. Ήταν συχνό φαινόμενο οι προμήθειες ιατρικών ειδών να γίνονται με απευθείας αναθέσεις, υπό μορφή κατακερματισμένων παραγγελιών, δίχως να λαμβάνονται υπόψη δυνατός οικονομίες κλίμακας και χωρίς την προηγούμενη προκήρυξη και διενέργεια διαγωνισμών. Επίσης, παρατηρούνταν υψηλό κόστος προμηθειών για κατηγορίες υλικών, παρά τη λειτουργία Παρατηρητηρίου Τιμών, αλλά και για υπηρεσίες όπως η συντήρηση ηλεκτρομηχα-

νολογικού εξοπλισμού. Το σύστημα προμηθειών (Ν.3918/2011, ΦΕΚ Α' 31/02-03-2011), με τη διενέργεια κεντρικών διαγωνισμών και τη σύναψη συμφωνιών-πλαίσιο, υπό την αιγίδα της Συντονιστικής Επιτροπής Προμηθειών Υγείας και της Επιτροπής Προδιαγραφών, επέφερε βελτιώσεις. Ωστόσο, υπάρχουν ακόμα πολλά προβλήματα. Το σύστημα δεν είναι αποτελεσματικό και αποδοτικό, οικονομικά εξορθολογισμένο, με προτυποποιημένες και διαφανείς διαδικασίες, ώστε να προσφέρει πολλαπλά οφέλη για το Δημόσιο και τους χρήστες των υπηρεσιών Υγείας. Πρόσφατα ο Αναπληρωτής Υπουργός Υγείας, παραδεχόμενος τις «τρύπες» του συστήματος, εξήγγειλε το σχεδιασμό ενός νέου Συστήματος Προμηθειών Υγείας.

ΔΙΙΙ) Ηλεκτρονική Κάρτα Ασθενούς (electronic health record)

Η ηλεκτρονική κάρτα ασθενούς έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματικό μέτρο στις χώρες που έχει εφαρμοστεί μέχρι σήμερα (πχ. Γερμανία, Αγγλία, Ολλανδία). Κατ' ουσίαν, πρόκειται για τα στοιχεία των ασφαλισμένων του ΕΟΠΥΥ, που μπαίνουν σε μια ηλεκτρονική πλατφόρμα, προκειμένου να ελέγχονται φάρμακα, εξετάσεις και άλλες παροχές. Σε εθνικό επίπεδο, εκτιμάται ότι ο φάκελος θα διευκολύνει τις συναλλαγές με το δημόσιο σύστημα υγείας, αλλά και τους συμβεβλημένους φορείς με τον ΕΟΠΥΥ, ενώ θα συγκρατήσει τη δαπάνη του τομέα της Υγείας, αφού δε θα είναι πιθανές οι σπατάλες λόγω της καταγραφής όλων των δεδομένων. Το έργο ξεκίνησε την 01/07/2008 με χρονικό ορίζοντα υλοποίησης στις 31/07/2014. Βεβαίως, για την εφαρμογή του ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς θα πρέπει να ολοκληρωθεί η ηλεκτρονική διασύνδεση όλων των μονάδων υγείας. Ωστόσο, το πρόβλημα έγκειται στο γεγονός ότι σήμερα ο ΕΟΠΥΥ δε μπορεί να «επικοινωνήσει» ηλεκτρονικά με τα δημόσια νοσοκομεία, καθώς τα περισσότερα στερούνται σύγχρονης τεχνολογικής υποδομής. Σε σημαντικό πρόβλημα εξελίσσεται η συμβατότητα και η διαλειτουργικότητα των επιμέρους προσπαθειών ανάπτυξης εργαλείων ψηφιακής τεχνολογίας στη διοίκηση και στην ιατρική υπηρεσία. Καθώς εξελίσσονται παράλληλα με χαμηλού βαθμού συντονισμό, ήδη εμφανίζουν ασυμβατότητες και ανακολουθίες, κυρίως όμως είναι σχεδόν σίγουρο πως δεν θα μπορέσουν να ολοκληρωθούν σε μια ενιαία πλατφόρμα λειτουργίας τόσο σε επίπεδο νοσοκομείου όσο και σε επίπεδο ΕΟΠΥΥ. Υπονομεύεται με αυτό τον τρόπο η μετάβαση στην ψηφιακή εποχή, έστω και καθυστερημένα, για την οποία η κυβέρνηση είχε δεσμευτεί προεκλογικά.

Ε. Ψυχική Υγεία

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση έχει δύο σκέλη: την απο-ιδρυματοποίηση (το κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρικών ασύλων που παραμένουν ανοιχτά) και την τομεοποίηση (την παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες ανάλογα με τον γεωγραφικό τομέα τους). Για να ολοκληρωθεί η μεταρρύθμιση πρέπει (i) να ανοίξουν κλινικές σε κρατικά νοσοκομεία, σε κάθε μία από τις υγειονομικές περιφέρειες της χώρας, και (ii) να προχωρήσει η ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα τοπικά κέντρα υγείας. Στην Ελλάδα, δυστυχώς, έως το 1984 δεν υπήρχε συγκροτημένη πολιτική. Το σχέδιο «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» - διανύουμε την τρίτη φάση του Προγράμματος (2011-2020) - εστιάζει στη δημιουργία ενός δικτύου εναλλακτικών εξωνοσοκομειακών δομών ψυχιατρικής φροντίδας, επαγγελματικής κατάρτισης και αποκατάστασης με σταδιακή

από-ιδρυματοποίηση και επανένταξη των ψυχικά ασθενών στη κοινότητα. Αξίζει να σημειωθεί ότι και το Μνημόνιο Συνεργασίας μεταξύ Andor-Λυκουρέντζου (2013) προβλέπει ότι έως τις 31/12/2015 θα πρέπει να έχουν κλείσει τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία. Η ΠΦΥ είναι ο κατάλληλος τομέας για την πρόληψη και διαχείριση της ψυχικής νόσου. Η υπάρχουσα κατάσταση όμως δεν είναι ιδανική: απουσιάζουν οι δομές, τα στελέχη, οι στρατηγικοί στόχοι. Είναι ελάχιστα τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, ολιγάριθμες οι Κινητές Μονάδες, ανύπαρκτο το Δίκτυο Κοινοτικών Υπηρεσιών, υπό σχεδιασμό ακόμη η τομεοποίηση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Στην πράξη η Ψυχική Υγεία ασκείται από τους ψυχιατρικούς τομείς των Γενικών Νοσοκομείων και τα εξωτερικά ιατρεία των ψυχιατρείων.

Το θλιβερό συμβάν που έλαβε χώρα στο ΨΝΑ «Δαφνί» στις 25/09/2015 με 34χρονο τρόφιμο, που κατάφερε να αποδράσει και βρέθηκε λίγο αργότερα νεκρός στο δάσος Χαϊδαρίου, επιβεβαίωσε το μέγεθος των προβλημάτων στο χώρο της ψυχικής υγείας. Ακολούθησε η πυρκαγιά, που ξέσπασε στο ίδιο ίδρυμα, στη διάρκεια της οποίας τρεις νοσηλευόμενοι έχασαν τη ζωή τους, ενώ τέσσερις μήνες πριν ένας 42χρονος ασθενής, διέφυγε της προσοχής των νοσηλευτών, και χτύπησε μέχρι θανάτου έναν 63χρονο τρόφιμο. Παρά τα θλιβερά συμβάντα, το Υπουργείο αδυνατεί να παρουσιάσει ένα αξιόπιστο σχέδιο για ριζική μεταρρύθμιση στο χώρο της ψυχικής υγείας, παρά τη ρητή εξαγγελία της από την ηγεσία του Υπουργείου κατά την ανάγνωση των προγραμματικών δηλώσεων της κυβέρνησης. Είναι εμφανές ότι τα προβλήματα δεν έχουν να κάνουν μόνο με την έλλειψη κονδυλίων, αλλά κυρίως με την παντελή απουσία σχεδιασμού.

Επειδή οι στρεβλώσεις στο χώρο της Υγείας προϋπήρχαν των Μνημονίων και το σχέδιο ενάντια στην πολιτική της ακραϊφούς λιτότητας δεν είναι η υπεράσπιση ενός σπάταλου, ανεξέλεγκτου, διεφθαρμένου και αναποτελεσματικού Συστήματος Υγείας.

Επειδή η προώθηση των αναγκών διαρθρωτικών αλλαγών εμφανίζει στασιμότητα και παλινωδίες, οι οποίες είναι προφανέστερες εκεί όπου οι διαχειριστικές αδυναμίες συμβαδίζουν με τις ισχυρές αντιδράσεις που εκφράζονται από ομάδες συμφερόντων.

Επειδή η ανάληψη θέσεων ευθύνης στον κρατικό μηχανισμό πρέπει να γίνεται με ανοικτές, διαφανείς διαδικασίες επιλογής, γιατί η κομματοκρατία γεννά διαφθορά και επιτείνει το χάος του ήδη βαρύντα πληγωμένου Ε-ΣΥ.

Επειδή η κυβέρνηση ΣΥΡΙΖΑ-ΑΝ.ΕΛ. στηλίτευε την πολιτική στο χώρο της υγείας των κυβερνήσεων ΠΑΣΟΚ-ΝΔ, παρόλα αυτά τα δείγματα γραφής που έχει δώσει μέχρι σήμερα θυμίζουν όλο και περισσότερο τους προκατόχους της (κομματικοί διορισμοί στις Υ.ΠΕ και τα Νοσοκομεία, απλή διαχείριση και καμία ουσιαστική πρόοδος στο πεδίο των αναγκών μεταρρυθμίσεων).

Επειδή το ΠΟΤΑΜΙ έχει καταθέσει δέσμη προτάσεων για αναδιοργάνωση του ΕΣΥ με βασικούς άξονες την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα, τους μετρήσιμους στόχους και τη διαφάνεια, με αξιοκρατική διοίκηση, με δημοκρατικό προγραμματισμό των υπηρεσιών υγείας στη βάση ενός Υγειονομικού Χάρτη πραγματικών αναγκών, με διαφανή λειτουργία του συστήματος προμηθειών, με στροφή στην πρόληψη, με ενισχυμένα ΤΕΠ, με απόλυτη μηχανοργάνωση, με διασφάλιση των προϋποθέσεων ολοκλήρωσης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης,

Επερωτώνται οι κ.κ. Υπουργοί

- 1) Ποιο είναι το σχέδιο της κυβέρνησης για τη χωροθέτηση των μονάδων της ΠΦΥ στα αστικά κέντρα και την περιφέρεια; Ποια μέτρα θα λάβει, προκειμένου να λειτουργήσουν στο σύνολο τους οι Μονάδες ΠΦΥ του πρώην ΕΟΠΥΥ και νυν ΠΕΔΥ με γιατρούς όλων των ειδικοτήτων και την απαραίτητη εργαστηριακή υποδομή; Υπάρχει συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα δράσεων; Πότε θα εκδοθούν οι Υπουργικές Αποφάσεις που προβλέπονται στις παρ. 7 και 8 του άρθρου 5 του Ν.4238/2014 (ΦΕΚ 38, τ. Α'/17-02-2014), προκειμένου να εφαρμοστεί στην πράξη ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού;
- 2) Θα υλοποιηθεί η πρωθυπουργική εξαγγελία για 4.500 προσλήψεις στο χώρο της υγείας; Υπάρχει ακριβές χρονοδιάγραμμα και ποιο είναι αυτό; Πως θα χρηματοδοτηθούν, δεδομένου ότι στον προϋπολογισμό του 2016 οι δαπάνες προσωπικού για τα νοσοκομεία παραμένουν αμετάβλητες στα 380 εκατ. ευρώ; Πότε θα ολοκληρωθεί η πρόσληψη των 916 δυνάμει των δύο προκηρύξεων (4Κ και 5Κ/2015);
- 3) Πόσοι Διοικητές και Αναπληρωτές Διοικητές Νοσοκομείων έχουν παραιτηθεί μέχρι στιγμής μετά την έγγραφη εντολή του τέως, αλλά και του νυν Υπουργού Υγείας; Με ποια κριτήρια θα γίνει η αξιολόγηση των υφιστάμενων Διοικήσεων από την Επιτροπή αξιολόγησης που συστήθηκε προσφάτως (10/11/2015); Θα ανακοινωθούν τα αποτελέσματά της; Ολοκληρώθηκαν οι Εκθέσεις Αξιολόγησης των νυν Διοικητών και Αναπληρωτών Διοικητών από τους Διοικητές των οικείων Υγειονομικών Περιφερειών; Εάν ναι, γιατί δεν γνωστοποιήθηκαν τα αποτελέσματα;
- 4) Πως αντιμετωπίζετε το ενδεχόμενο να στραφούν δικαστικά οι απομακρυνόμενοι Διοικητές και να διεκδικήσουν παχυλές αποζημιώσεις, όπως έχει συμβεί και στο παρελθόν; Ποιο είναι το συνολικό ποσό που έχει εκταμιευτεί από το Υπουργείο Υγείας σε εκτέλεση δικαστικών αποφάσεων για απομάκρυνση Διοικητών και Αναπληρωτών Διοικητών από το 2004 έως σήμερα; Σκοπεύετε να φέρετε προς ψήφιση στη Βουλή νέο νόμο με διαφανείς,

αξιοκρατικές διαδικασίες που να διασφαλίζει την πρόσληψη ικανών Διοικητών και να μη διαιωνίζει τις παλιές κομματικές πρακτικές;

5) Στην ΚΥΑ «Ρυθμίσεις για τη διασφάλιση της πρόσβασης των ανασφάλιστων στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας» προβλέπεται η «καθολική, ισότιμη και δωρεάν» νοσοκομειακή περίθαλψη ασφαλισμένων και ανασφάλιστων. Πως διασφαλίζεται η πρόσβαση και περίθαλψη, όταν τα νοσοκομεία είναι ήδη υποχρηματοδοτούμενα, υποστελεχωμένα, χωρίς επαρκή τεχνολογικό εξοπλισμό, υλικά και φάρμακα;

6) Ποια μέτρα θα λάβει η κυβέρνηση, για να αντιμετωπίσει τα προβλήματα λειτουργίας του ΕΚΑΒ λόγω της έλλειψης προσωπικού, ασθενοφόρων και απαραίτητου υλικοτεχνικού εξοπλισμού;

7) Ποια είναι τα μεγάλα προγράμματα που τρέχουν στον τομέα της ηλεκτρονικής υγείας; Έχουν αξιολογηθεί τα δεδομένα που προέκυψαν από την εφαρμογή τους; Για εφαρμογές, όπως το ΕΣΥnet και ο Υγειονομικός Χάρτης, υπάρχει συστηματική και συνεπής καταγραφή των απαραίτητων δεδομένων; Πόσα νοσοκομεία και πόσες μονάδες υγείας έχουν σύστημα ιατρονοσηλευτικού φακέλου ασθενούς;

8) Έχει αξιολογηθεί η πορεία που έχει διαγράψει έως τώρα η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση; Σε ποιο στάδιο βρίσκεται η διαδικασία κλεισίματος των τεσσάρων ψυχιατρείων; Πόσες μονάδες έχουν σχεδιαστεί και υλοποιηθεί, προκειμένου να υπάρξει μια συγκροτημένη στρατηγική αποασυλοποίησης; Θα υπάρξει αλλαγή στο χρονοδιάγραμμα του μνημονίου συνεργασίας Λυκουρέντζου-Andor για την Ψυχική Υγεία; Πόσοι είναι οι χρόνιοι ασθενείς των οποίων εκκρεμεί η μετακίνηση σε δομές αποασυλοποίησης; Πως θα αντιμετωπιστεί η υποστελέχωση των μονάδων στις οποίες θα μετακινηθούν οι χρόνιοι ασθενείς; Έχει εκπονηθεί συγκεκριμένο σχέδιο κατανομής υπηρεσιών ανά τομέα ψυχικής υγείας, ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες του πληθυσμού ανά την επικράτεια;

(Αριθμ. Βιβλ. Επικ. 8, Επερ.12, ημερ. καταθ. 9-12-2015)

Αθήνα, 15 Ιανουαρίου 2016

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΒΟΥΛΗΣ

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΒΟΥΤΣΗΣ