

Η πρόταση του ΣΥΡΙΖΑ για την ΥΓΕΙΑ

Η Κατάσταση σήμερα

Η στρατηγική του νεοφιλελευθερισμού αποσκοπεί στην ελαχιστοποίηση του κοινωνικού κράτους και στη διαμόρφωση συνθηκών για επέκταση της δραστηριοποίησης του ιδιωτικού επιχειρηματικού τομέα στο χώρο των υπηρεσιών και της ασφάλισης υγείας.

Πριν την κρίση, η στρατηγική αυτή έπαιρνε σάρκα και οστά με την υποχρηματοδότηση, τη μη ολοκλήρωση του δημόσιου τομέα και επομένως τη βαθμιαία απαξίωση του. Κύριος μοχλός η απουσία δομών ΠΦΥ στα αστικά κέντρα και η καθολικότητα των παροχών και αποτυπώθηκε με το χαρακτηριστικό στατιστικό στοιχείο της αύξησης της ιδιωτικής δαπάνης υγείας που ξεπέρασε το 50% της συνολικής δαπάνης υγείας.

Στη διάρκεια της κρίσης, η στρατηγική αυτή υλοποιείται με πιο γρήγορα βήματα με δραματική περικοπή δαπανών, παραπέρα επιβάρυνση των ασφαλισμένων, σταδιακή διάλυση των δημόσιων δομών με παράλληλη διαφυγή δημόσιων πόρων προς τον κρατικοδίαιτο ιδιωτικό τομέα και προσπάθεια θεσμοθέτησης της μονιμοποίησης του κυρίαρχου ρόλου του ιδιωτικού τομέα στο χώρο της παροχής υπηρεσιών.

Η συνολικότερη κατάσταση φτωχοποίησης πλατιών κοινωνικών στρωμάτων λόγω της πολιτικής των μνημονίων και της ακραίας λιτότητας έχει οδηγήσει εκτός ασφαλιστικής κάλυψης εκατομμύρια ανθρώπους που αδυνατούν να έχουν πρόσβαση στο σύστημα υγείας.

Αλλά και για όσους έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης στο σύστημα, η διαπίστωση είναι ότι έρχονται αντιμέτωποι με τις διαχρονικές παθολογίες του που εκφράζονται με δύο κύρια χαρακτηριστικά:

α) Τη μη υπόστασή του ως ενιαίο σύστημα με κύριο έλλειμμα αυτό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)

β) Τα προβλήματα καθημερινής «διακυβέρνησης» που αφορούν στην επαφή των ληπτών υπηρεσιών με τις μονάδες και τους λειτουργούς του συστήματος όπως π.χ ανισοτιμία στην έγκαιρη και ποιοτική πρόσβαση, φαινόμενα συναλλαγής, πολλαπλές εξετάσεις, ταλαιπωρία, καθυστερήσεις, αντιδεοντολογικές συμπεριφορές και φυσικά ελλείψεις.

Αρχές, Θέσεις και Άξονες

- Ο ΣΥ.ΡΙΖ.Α. θεωρεί ότι η υγεία είναι ένα κοινωνικό αγαθό και ως εκ τούτου, σημαντικό και αναφαίρετο δικαίωμα όλων ανεξαιρέτως των ανθρώπων.
- Βασική αρχή που καθορίζει τη στρατηγική μας στόχευση είναι αυτή της καθολικής, ισότιμης, έγκαιρης και ποιοτικής πρόσβασης όλων των κατοίκων της χώρας στις υπηρεσίες υγείας.
- Στρατηγική μας στόχευση ο αναπροσανατολισμός του υγειονομικού συστήματος προς την ΠΦΥ που εδράζεται στην ολιστική προσέγγιση για την υγεία και στη θεώρηση της νόσου ως πολυπαραγοντικού προβλήματος.

- Προάσπιση της υγείας δε σημαίνει μόνο διεκδίκηση καλύτερων υπηρεσιών υγείας. Η παράμετρος της υγείας οφείλει να διαπερνά κάθε πολιτική που αφορά σε τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας.
- Είναι βασική μας αρχή η καθολικότητα στην παροχή υπηρεσιών. Η κυβέρνηση του ΣΥΡΙΖΑ θα διατηρήσει την τριμερή χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος και θα ενισχύσει, στο μέτρο του δυνατού, το σκέλος της κρατικής χρηματοδότησης, ενώ, παράλληλα, η επανεκκίνηση της οικονομίας θα αυξήσει τις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών. Με προϋπόθεση, αφενός, την προώθηση και εφαρμογή ενός δίκαιου φορολογικού συστήματος και, αφετέρου, την κατάκτηση του στόχου για ένα ολοκληρωμένο δημόσιο σύστημα υγείας, θα μπορούσε σε βάθος χρόνου να εξετάσουμε την επιλογή του στρατηγικού στόχου της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας αποκλειστικά από τον κρατικό προϋπολογισμό, υπερβαίνοντας και με αυτόν τον τρόπο τις όποιες αντιλήψεις και πρακτικές ανταποδοτικότητας.

Προτείνουμε δηλαδή την κατάργηση της τριμερούς χρηματοδότησης - που θεωρούμε ότι συμβάλλει στην εμπέδωση αντιλήψεων ανταποδοτικότητας - μετά από μια μεταβατική περίοδο, κατά την οποία θα γίνει πράξη η δέσμευσή μας για ένα δίκαιο φορολογικό σύστημα καθώς και για ένα ολοκληρωμένο δημόσιο σύστημα υγείας.

- **Απότοκο της αρχής της ισοτιμίας στην πρόσβαση αποτελεί η θέση για την προοπτική καθολικής κάλυψης από το δημόσιο τομέα.**

Η θέση μας αυτή έχει εκφραστεί κατά καιρούς με διατυπώσεις όπως «η επίτευξη του στόχου για ένα ολοκληρωμένο δημόσιο δίκτυο υπηρεσιών υγείας, που θα καλύπτει το σύνολο των επιστημονικά τεκμηριωμένων αναγκών του πληθυσμού, θα καταστήσει τον ιδιωτικό τομέα «περιττό», «ο χώρος των υπηρεσιών υγείας δεν μπορεί να αποτελεί πεδίο επιχειρηματικής δραστηριότητας», «η προοπτική μας είναι ο πλήρης διαχωρισμός δημόσιου και ιδιωτικού τομέα» ή «όλοι οι λειτουργοί του συστήματος στην ολοκληρωμένη του μορφή πρέπει να εργάζονται με σχέση πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης».

Η κυβέρνηση του ΣΥΡΙΖΑ θα ενισχύσει κατά προτεραιότητα το δημόσιο σύστημα υγείας. Φυσικά θα συνεχίσει να υπάρχει και να λειτουργεί – με κανόνες – και ο ιδιωτικός τομέας. Η κατάκτηση της ποσοτικής και ποιοτικής επάρκειας του δημόσιου τομέα και όχι η εφαρμογή διοικητικών μέτρων θα οδηγήσει σταδιακά στο στρατηγικό στόχο της «αποδέσμευσης» του δημόσιου τομέα από την ιδιωτική επιχειρηματική δραστηριότητα.

- **Για να μπορέσει ο δημόσιος τομέας να κερδίσει την εμπιστοσύνη των κατοίκων της χώρας θα πρέπει να αποβάλει τα χαρακτηριστικά εκείνα που του προσδίδουν μια εικόνα δυσλειτουργίας, αναξιοκρατίας και διαφθοράς.**

Το κύριο στοιχείο που θα καθορίσει την λειτουργία του δημόσιου τομέα υγείας με βάση τις αντιλήψεις και αρχές της Αριστεράς είναι η αντιστοίχησή του με τις εκάστοτε διαμορφούμενες κοινωνικές ανάγκες («κοινωνική αποτελεσματικότητα»). Η ορθολογική διαχείριση των πόρων αποτελεί συστατικό στοιχείο της λειτουργίας των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, υποτάσσεται όμως στην αρχή της ικανοποίησης των κοινωνικών αναγκών.

- **Οι στόχοι κάθε δημόσιας υγειονομικής μονάδας διαμορφώνονται με βάση τις τοπικές κοινωνικές ανάγκες, στα πλαίσια των συνολικότερων στόχων κάθε υγειονομικής περιφέρειας και της χώρας.**

Οι εργαζόμενοι όλων των κατηγοριών πρέπει να είναι κοινωνοί αυτών των στόχων και ενήμεροι για την πορεία υλοποίησής τους (να αισθάνεται ο καθένας ότι έχει το δικό του μερίδιο ευθύνης).

- **Εγκαθιδρύουμε θεσμούς που εμπεδώνουν συγκεκριμένο τρόπο λειτουργίας.**

Τη δημοκρατική λήψη των αποφάσεων για τις προτεραιότητες και το σχεδιασμό, την αλληλοτροφοδότηση με τους χρήστες των υπηρεσιών και την υπεύθυνη συμμετοχή. Θα έλεγε κανείς ότι αυτή η λειτουργία διαμορφώνει και το περιβάλλον για μια άλλη εργασιακή ηθική με αποτελεσματική μείωση φαινομένων διαφθοράς, συναλλαγής κλπ.

Συγκροτούμε:

A. Ολοκληρωμένο Ενιαίο Σύστημα Υγείας με κεντρικό άξονα και πυλώνα την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και λειτουργική διασύνδεση όλων των βαθμίδων του. Στο σύστημα εντάσσεται η οδοντιατρική φροντίδα υγείας και πρόληψη, καθώς και μονάδες αποκατάστασης.

B. Πλήρες δίκτυο Κέντρων Υγείας σε όλη την επικράτεια με βάση γεωγραφικά και πληθυσμιακά κριτήρια. Η δικτύωση παρέχει ολοκληρωμένες υπηρεσίες ΠΦΥ.

Υλοποίηση της πρότασης του ΣΥΡΙΖΑ

Άμεσα πρώτα βήματα

Η υλοποίηση της πρότασης δομείται πάνω σε μια συγκεκριμένη λογική. Η λογική αυτή συνίσταται στην ολοκληρωμένη δικτύωση υπηρεσιών σε μια συγκεκριμένη γεωγραφική/πληθυσμιακή μονάδα αναφοράς. Κάθε τέτοια «μονάδα» γίνεται «αυτάρκης» σε όλα τα επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης, Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια κλπ (με τις αυτονόητες πιθανές εξαιρέσεις, πχ μεταμοσχεύσεις, σπάνια γενετικά νοσήματα, αποκατάσταση).

Ως γεωγραφική/πληθυσμιακή μονάδα αναφοράς προτείνεται η αιρετή Περιφέρεια. Η ταύτιση διοικητικά, αιρετής και υγειονομικής περιφέρειας προτείνεται γιατί είναι μικρότερη «μονάδα» από τις υφιστάμενες Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ). Επομένως ο σχεδιασμός είναι πιο κοντά στις ανάγκες των τοπικών κοινωνιών. Ο γενικότερος σχεδιασμός (ανάπτυξη, υποδομές, συγκοινωνίες κλπ) έχει την ίδια βάση αναφοράς.

Για την Αττική, προφανώς δεν μπορεί να υπάρχει ταύτιση διοικητικής/υγειονομικής. Έχει προταθεί ένας καταρχήν διαχωρισμός σε 6 ενότητες (δυτική, βορειοδυτική, βόρεια, ανατολική, κεντρική, νότια) για τον σχεδιασμό 6 ολοκληρωμένων δικτύων υπηρεσιών υγείας.

Προσδιορίζουμε καταρχήν την «αυτάρκεια», σύμφωνα με διεθνείς προδιαγραφές. Αξιολογούμε την υπάρχουσα κατάσταση και σχεδιάζουμε τις αλλαγές. Αποδεχόμαστε καταρχήν ότι μια αποδεκτή αναλογία είναι οι 900 νοσοκομειακές κλίνες ανά 450.000 κατοίκους, ένα ΚΥ ανά 10.000 - 40.000 κατοίκους, ένας οικογενειακός-προσωπικός γιατρός ανά 2.000 – 2.500 κατοίκους, ένας παιδίατρος ανά 1400 παιδιά κλπ .

Το ολοκληρωμένο αυτό δίκτυο αποτελεί ένα ενιαίο σύστημα . Τα ΚΥ – με 24ωρη λειτουργία- είναι λειτουργικά διασυνδεδεμένα με τα νοσοκομεία. Συγκεκριμένα ΚΥ, με συγκεκριμένα νοσοκομεία.

Από πλευράς ιατρικής στελέχωσης στη φάση ολοκλήρωσης του συστήματος, στα ΚΥ υγείας είναι οργανικά ενταγμένοι γιατροί συγκεκριμένων ειδικοτήτων (γενικοί, παθολόγοι, ακτινολόγοι, βιοπαθολόγοι, παιδίατροι, οδοντίατροι, εργασίας). Οι γιατροί των υπόλοιπων ειδικοτήτων είναι ενταγμένοι οργανικά στα νοσοκομεία και παρέχουν υπηρεσίες στα ΚΥ κυκλικά, σαν επισκέπτες (γενικός κανόνας, με τις όποιες πιθανές εξαιρέσεις).

Η **διοικητική δομή** που προτείνεται, πέραν του Υπουργείου Υγείας και των διευθύνσεών του, έχει το σχήμα: Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας, Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας σαν θεσμοθετημένα συμβουλευτικά όργανα και Δ/νσεις Υγείας στις διοικητικές περιφέρειες που εποπτεύουν τη λειτουργία τοπικά των υγειονομικών μονάδων (υπόκεινται στο Υπουργείο) .

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)

Το σύστημα ΠΦΥ έχει τα παρακάτω κύρια χαρακτηριστικά:

1. Είναι προσανατολισμένο στην πρόληψη, την αγωγή και την προαγωγή της υγείας. Οι παρεμβάσεις σε τόπους κατοικίας και εργασίας αποτελούν οργανικό συστατικό της λειτουργίας του.
2. Είναι οργανωμένο στη βάση του Κέντρου Υγείας (ΚΥ) σε πόλεις και αγροτικές περιοχές. Τα ΚΥ διασυνδέονται λειτουργικά με τα νοσοκομεία.
3. Βασικός θεσμός της λειτουργίας της ΠΦΥ είναι ο οικογενειακός - προσωπικός γιατρός και η Ομάδα Υγείας .
4. Αναπτύσσει τοπικές πολιτικές και προγράμματα για ευαίσθητες ομάδες του πληθυσμού.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, οι βασικότερες υπηρεσίες που παρέχει η ΠΦΥ είναι:

- Η πρόληψη, η αγωγή και η προαγωγή της υγείας.
- Η διάγνωση και αποκατάσταση βλαβών που δεν απαιτούν νοσοκομειακή περίθαλψη.
- Η διενέργεια ιατρικών εξετάσεων και η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής.
- Η οδοντιατρική φροντίδα.
- Η ανοιχτή φροντίδα, η φροντίδα στο σπίτι, η φυσικοθεραπεία κλπ.
- Η ιατρική της εργασίας.
- Η 24ωρη εφημερία – διασύνδεση με ΕΚΑΒ.
- Η λειτουργική διασύνδεση με το νοσοκομείο αναφοράς.
- Η σχολική υγιεινή.
- Ο οικογενειακός προγραμματισμός
- Οι παρεμβάσεις που αφορούν τη δημόσια υγεία σε μια περιοχή (με διατομεακή συνεργασία).
- Η δυνατότητα για βραχύχρονη νοσηλεία.
- Η συνεργασία με ΚΑΠΗ – ΚΗΦΗ και κοινωνικά ιατρεία (όσο αυτά θα υφίστανται).

Οργάνωση της ΠΦΥ

Περιγραφή της δομής και λειτουργίας του Κέντρου Υγείας (ΚΥ)

Για κάθε πληθυσμιακό μέγεθος 10.000 – 40.000 κατοίκων δημιουργείται ένα ΚΥ.

Λόγω των γεωγραφικών ιδιαιτεροτήτων της χώρας (μικρά νησιά, απομακρυσμένα ορεινά χωριά κλπ) τα όρια αυτά μπορούν να τροποποιούνται.

Βασική σύλληψη της δομής αυτής είναι η δυνατότητα εύκολης πρόσβασης των κατοίκων στο σύστημα υγείας, με το ΚΥ να είναι το πρώτο σημείο επαφής, κοντά στον τόπο κατοικίας ή εργασίας.

Στην ολοκληρωμένη του μορφή, το δίκτυο ΠΦΥ θα καλύπτει όλο τον πληθυσμό της χώρας, με ενιαίο τρόπο. Η παροχή υπηρεσιών θα είναι προϊόν ενιαίου σχεδιασμού σε τοπική κλίμακα, με βάση τις πανελλαδικές γενικές κατευθύνσεις και αρχές λειτουργίας.

Στην πλήρη ανάπτυξή του κάθε ΚΥ θα έχει τις υποδομές και τη στελέχωση που θα του επιτρέπει να

παρέχει όλες τις υπηρεσίες για όλο τον πληθυσμό αναφοράς του. Η βασική στελέχωση ενός ΚΥ αποτελείται από τις εξής ιατρικές ειδικότητες: γενικής ιατρικής, παιδιατρικής, γενικής χειρουργικής, ειδικής παθολογίας, ακτινολογίας, βιοπαθολογίας. Αναλόγως των αναγκών μπορεί να περιλαμβάνονται και άλλες ειδικότητες. Στα ΚΥ των νησιών και των δυσπρόσιτων περιοχών πρέπει να περιλαμβάνονται και γυναικολόγοι, ορθοπαιδικοί και καρδιολόγοι. Επίσης στελεχώνεται με οδοντιάτρους, νοσηλευτικό προσωπικό, φυσικοθεραπευτές, μαιές, επισκέπτες υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους και τεχνικό προσωπικό.

Βασικός θεσμός του ΚΥ, η Ομάδα Υγείας και ο οικογενειακός - προσωπικός γιατρός. Η Ομάδα Υγείας δεν έχει προκαθορισμένη σύνθεση και εξαρτάται κάθε φορά από τις ανάγκες του προγράμματος που υλοποιεί.

Ο αριθμός των εργαζομένων που στελεχώνουν το ΚΥ από κάθε ειδικότητα προκύπτει από την αναλογία με τον πληθυσμό αναφοράς με βάση τα διεθνή πρότυπα από αναπτυγμένα συστήματα υγείας και από τις τοπικές ανάγκες με βάση το "χάρτη υγείας".

Ειδικότερα για τον οικογενειακό - προσωπικό γιατρό η αναλογία αυτή είναι 1 ανά 2.000 - 2.500 κατοίκους και για τον παιδίατρο 1 ανά 1.400 - 1.500 παιδιά. Ο οικογενειακός - προσωπικός γιατρός κατά κύριο λόγο κατέχει τίτλο ειδικότητας γενικής ιατρικής ή γενικής παθολογίας αν δεν επαρκούν οι γενικοί ιατροί. Οι αναλογίες νοσηλευτών/τριών και άλλων ιατρικών ειδικοτήτων υπολογίζονται στο σύνολο των δομών του ΕΣΥ (νοσοκομεία και ΚΥ). Η αναλογία για το νοσηλευτικό προσωπικό στα προηγμένα συστήματα είναι 1/200 κάτοικοι.

Είναι προφανής η αναγκαιότητα ανασχεδιασμού ποσοτικά και ποιοτικά των ιατρικών ειδικοτήτων, ιδιαίτερα αυτής της γενικής ιατρικής, καθώς και η συνολική αναβάθμιση της εκπαίδευσης του λοιπού υγειονομικού προσωπικού.

Η τακτική εξέταση από γιατρούς άλλων ειδικοτήτων γίνεται στους χώρους του ΚΥ. Οι γιατροί των ειδικοτήτων αυτών ανήκουν οργανικά στο λειτουργικά συνδεδεμένο με το ΚΥ νοσοκομείο. Επισκέπτονται το ΚΥ με κυκλική εναλλαγή. Τακτική εξέταση στο νοσοκομείο γίνεται μετά από παραπομπή ή κλείσιμο ραντεβού, εφόσον χρειάζεται περισσότερο εξειδικευμένη διερεύνηση και αντιμετώπιση.

Πρώτα μέτρα σε μια διαδικασία μετάβασης

Η γενική αρχή η οποία θα πρέπει να διέπει τα πρώτα μέτρα μιας αριστερής κυβέρνησης ή μιας κυβέρνησης εθνικής σωτηρίας, με δεδομένη την κατάσταση διάλυσης του συστήματος υγείας συνολικά, την έλλειψη πρόσβασης σήμερα σ' αυτό σχεδόν του μισού πληθυσμού και την αναπόφευκτη, τουλάχιστον κατ' αρχήν, στενότητα πόρων, θα πρέπει να είναι στην κατεύθυνση της μέγιστης δυνατής παροχής υπηρεσιών υγείας με τον αποδοτικότερο οικονομικά τρόπο.

Αυτό από μόνο του οδηγεί σε εξαρχής στροφή στην ΠΦΥ με δημόσιο χαρακτήρα. Είναι δηλαδή σαφές ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας θα είναι το πεδίο σημαντικών, ριζικών και τελικά θεσμικών αλλαγών, που με την σειρά τους θα επιτρέψουν την αναβάθμιση και των δύο επόμενων βαθμίδων.

Είναι καταρχάς προφανές και προαπαιτούμενο ότι η πρόσβαση στο σύνολο των δημόσιων δομών υγείας θα αποκατασταθεί για το **σύνολο του πληθυσμού** από την πρώτη μέρα και θα είναι **πλήρης, ισότιμη και δωρεάν**. Η σύνδεση της περίθαλψης με την ασφαλιστική κάλυψη, με δεδομένο το ποσοστό ανασφάλιστων, είναι απλά εκτός πραγματικότητας. Στην κατεύθυνση αυτή θα πρέπει να ληφθούν άμεσα μέτρα ώστε να εξυπηρετείται όσο το δυνατόν μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού από τις δημόσιες δομές, όπως π.χ. οι εξάμηνες συνταγές που εκτελούνται ανά μήνα.

Στα πρώτα στάδια τουλάχιστον, δεν θα υπάρχει καμία δυνατότητα "απεμπόλησης" πόρων. Συνεπώς, παρότι ο στρατηγικός στόχος είναι ένα σύστημα χρηματοδοτούμενο αποκλειστικά από το δημόσιο, οι εισφορές κλάδου υγείας εργοδοτών και εργαζομένων διατηρούνται και αναπροσαρμόζονται στην κατεύθυνση της δικαιότερης αναδιανομής.

Παρόλο που η ανάγκη για την υγεία είναι ανελαστικές, οι δαπάνες δεν είναι. Το καταναλωτικό καπιταλιστικό μοντέλο παροχής υπηρεσιών υγείας οδήγησε σε εκτεταμένη πλασματική - προκλητή ζήτηση

και στα γνωστά φαινόμενα των συναλλαγών, της ρεμούλας, της διαφθοράς, της υπερτιμολόγησης υλικών, φαρμάκων και υπηρεσιών, της διασπάθισης τελικά του δημόσιου χρήματος, συχνά μάλιστα σε βάρος της υγείας του ασθενούς. Ο δημόσιος τομέας υγείας, σε όλα τα επίπεδα (και με μεγάλη διαφορά στην ΠΦΥ), έχει αποδειχθεί ότι είναι οικονομικά πολύ αποδοτικότερος από την ιδιωτική επιχειρηματική δραστηριότητα που επιδιώκει τη μεγιστοποίηση του κέρδους.

Βάση για το νέο σύστημα ΠΦΥ θα αποτελέσουν οι δημόσιες μονάδες υγείας που υπάρχουν ήδη και υπολειτουργούν, δηλαδή οι μονάδες του ΕΟΠΥΥ/ΠΕΔΥ και τα κέντρα υγείας. Στην αρχική φάση της συγκρότησης των δομών ΠΦΥ, θα αξιοποιηθούν επίσης και άλλες δομές που ήδη λειτουργούν υποκαθιστώντας το έλλειμμα υπηρεσιών που θα έπρεπε να παρέχονται από το δημόσιο σύστημα υγείας, όπως δημοτικά ιατρεία, ΚΑΠΗ, κοινωνικά ιατρεία και φαρμακεία, με τελικό στόχο το δίκτυο παροχής εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών να αποκτήσει ενιαία μορφή ως πυλώνας του ΕΣΥ.

Άμεσα στελεχώνονται ανάλογα με τις ανάγκες οι υπάρχουσες μονάδες του ΕΟΠΥΥ/ ΠΕΔΥ και των κέντρων υγείας με ιατρικό και λοιπό υγειονομικό προσωπικό. Τα εργαστήρια που υπάρχουν επαναλειτουργούν στη μέγιστη δυναμικότητά τους. Μια αρκετά καλή εικόνα των αναγκών στην πρώτη φάση μπορεί να προέλθει από τα στατιστικά στοιχεία των μονάδων του ΕΟΠΥΥ και της ΗΔΙΚΑ.

Η σχέση εργασίας όλων των νεοπροσλαμβανομένων εργαζομένων θα είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης (Π.Α.Α.). Θα περιλαμβάνει αξιακό σύστημα εισδοχής και ανέλιξης των επιστημόνων και λοιπών εργαζομένων του, καθώς και έλεγχο του, όπως και της διοίκησης και των οικονομικών του με λαϊκό έλεγχο οργανωμένο σε τοπικό επίπεδο. Οι προηγούμενοι τύποι εργασιακών σχέσεων με “υβριδικό” χαρακτήρα δοκιμάστηκαν για χρόνια και απέτυχαν αφού εγγενώς και με πολλούς τρόπους υποσκάπτουν το δημόσιο φορέα.

Οι οποιοσδήποτε συμβάσεις με τον ιδιωτικό τομέα ξεκινούν από μηδενική βάση. Για τις εξετάσεις οι οποίες δεν είναι δυνατόν να καλύπτονται από τις δημόσιες δομές και για όσο διάστημα θα ισχύει αυτό, θα υπάρξουν συμβάσεις με ιδιωτικά εργαστήρια, με ορθολογική τιμολόγηση με βάση τη διεθνή και ελληνική εμπειρία και πλαφόν αριθμού εξετάσεων ανά εργαστήριο, που θα διασφαλίζει το μικρό εργαστήριο από την άλωση της αγοράς από το μεγάλο ολιγοπωλιακό κεφάλαιο.

Όσον αφορά στις συμβάσεις με τους ιδιώτες κλινικούς γιατρούς, θα πρέπει, ανάλογα, να υπάρχουν, στο βαθμό που είναι απαραίτητες για την κάλυψη των αναγκών που δεν καλύπτονται ακόμα από τις δημόσιες δομές, στη λογική μιας μορφής συλλογικής σύμβασης με όρους που θα συμφέρει το κοινωνικό σύνολο.

Υπάρχει επίσης άμεση ανάγκη ανάπτυξης και ενίσχυσης του ΕΚΑΒ με απαιτούμενες προσλήψεις ιδιαίτερα για τους διασώστες από τη δεξαμενή των αποφοίτων του ΙΕΚ διασωστών και ανανέωσης του στόλου των οχημάτων του.

Η αυτονόητη ηλεκτρονική διασύνδεση και έλεγχος ολόκληρου του συστήματος θα τεθεί σε εφαρμογή, ξεκινώντας από το ήδη υπάρχον σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και επεκτείνοντας το. Εισάγεται η Κάρτα Υγείας την οποία αποκτούν όλοι ανεξάρτητα ασφαλιστικής κάλυψης, αρκεί να είναι εγγεγραμμένοι ή να εγγραφούν στο σύστημα. Η χρήση της είναι καθολική για όλους τους κατοίκους της χώρας. Παρέχει το δικαίωμα πρόσβασης σε όλες τις υπηρεσίες και συμπεριλαμβάνει και το συνολικό ιατρικό ιστορικό του κατόχου.

Παράλληλα δρομολογείται το ταχύτερο, η σύνταξη ενός συνολικού «χάρτη υγείας» που θα καθορίσει τις ανάγκες ανάπτυξης του συστήματος και θα ορθολογικοποιήσει την κατανομή των πόρων.

Η διαθεσιμότητα στελέχωσης του νέου θεσμού

Αυτή η υπαρκτή αμφισβήτηση θα πρέπει να αντιμετωπισθεί με τους εξής όρους:

α) ένα εξαιρετικά πλούσιο αριθμητικά και καλά εκπαιδευμένο επιστημονικό δυναμικό υγείας είναι αυτή την στιγμή μπροστά στην είσοδο του στην παραγωγή. Είναι προσωπικό για το οποίο η χώρα έχει δαπανήσει σημαντικότερους πόρους και το σπαταλά κυριολεκτικά στα τέσσερα σημεία του ορίζοντα.

β) ένα σημαντικό τμήμα έμπειρου επιστημονικού δυναμικού έχει εξωθηθεί λόγω της κρίσης, σε υποαμειβόμενες και ελάχιστα σχετικές με τις επιστημονικές του ανησυχίες επαγγελματικές δραστηριότητες και είναι λογικό η αναμόρφωση και η εκλογίκευση του όλου συστήματος να εμπνεύσει.

γ) η εσωτερική δυναμική του όλου εγχειρήματος σε συνδυασμό με τον συνολικό βηματισμό της κοινωνίας, στις δεδομένες συνθήκες (μιλάμε για την ανάληψη της διακυβέρνησης από την αριστερά), βάσιμα θα πούμε ότι μπορεί να οδηγήσει σε πολλαπλασιαστική επίδραση.

Οι οικονομικοί πόροι και η σημασία τους

Οι διαθέσιμοι για την υγεία πόροι πρέπει και να αυξηθούν και να ανακατανομηθούν και να εξοικονομηθούν. Η αύξηση και η ανακατανομή είναι αναμφίβολα δεμένες με την συνολική οικονομική πολιτική που μια κυβέρνηση της αριστεράς επαγγέλλεται και δεν θα αναλυθούν οι πηγές τους και η διαδικασία τους παραπέρα εδώ. Κρίσιμη όμως σημασία για την εξοικονόμηση έχει ο δημόσιος χαρακτήρας των δομών και των υπηρεσιών υγείας και η συνακόλουθη μείωση κατ' αρχήν με στόχο την κατάργηση της αγοράς στο χώρο της υγείας. Υπάρχουν πάμπολλα παραδείγματα (πχ. ατομικές συμβάσεις ΕΟΠΥΥ) από όπου συνάγεται πως ή πρόσληψη ενός γιατρού σε μόνιμη θέση έχει το μισό περίπου κόστος από την σύναψη σύμβασης (υποαμειβόμενης μάλιστα) και πολλαπλασιαστικό βέβαια κοινωνικό αποτέλεσμα. Η «έξοδος» από τα νεοφιλελεύθερα ιδεολογήματα είναι ιδιαίτερα «οικονομική» λύση.

Ενδεχόμενα προβλήματα και αντιμετώπισή τους

Κανείς δεν μπορεί να σχεδιάσει το μέλλον με κάθε λεπτομέρεια, η ζωή πάντα θα διατηρεί το απρόβλεπτο. Από την άλλη αυτή η χώρα έχει μια πολύ ιδιαίτερη γεωγραφική διάταξη που επιβάλλει και ιδιαίτερη κατανομή υγειονομικών σχηματισμών. Είναι πράγματι γεγονός ότι για μια φάση μπορεί να προκύψουν αξεπέραστες ανάγκες που να οδηγήσουν σε επιλογές αξιοποίησης και του ιδιωτικού τομέα υγείας. Δύσκολες ειδικότητες, δυσπρόσιτες περιοχές, περιοχές όπου δεν υπάρχουν ακόμα επαρκείς δημόσιες δομές, εξειδικευμένες ή ακριβές εξετάσεις, οδοντιατρική φροντίδα, θα χρειασθεί να ενταχθούν σε μια μορφή συλλογικής σύμβασης με όρους που θα συμφέρουν το κοινωνικό σύνολο και για χρόνο που θα είναι απολύτως αναγκαίο, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως.

Ο πλήρης διαχωρισμός δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας με την παράλληλη συνολική ενδυνάμωση του δημόσιου είναι η νέα πολιτική. Σε κάθε περίπτωση το συμφέρον της κοινωνίας θα γίνει το απολύτως πρωτεύον.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Προτείνεται σε κάθε πληθυσμιακή/γεωγραφική μονάδα αναφοράς (εκτός από τα ΚΥ και τις άλλες εξωνοσοκομειακές δομές) να υπάρχει **ένα μεγάλο γενικό νοσοκομείο** (500 - 800 κλίνες), που κατά κανόνα φιλοξενεί και πανεπιστημιακές κλινικές (σε περιφέρειες που υπάρχουν και ιατρικές σχολές) . Το νοσοκομείο αυτό έχει όλες τις ιατρικές ειδικότητες και μπορεί να παρέχει εξειδικευμένες υπηρεσίες.

Στην έδρα κάθε περιφερειακής ενότητας (τέως νομός) υπάρχει **ένα μικρότερο γενικό νοσοκομείο** (με 300 - 400 κλίνες) με όλες τις βασικές ειδικότητες που μπορούν να καλύψουν τις υγειονομικές ανάγκες (και ΜΕΘ) με εξαίρεση κάποιες εξειδικευμένες υπηρεσίες. Δεν είμαστε αντίθετοι στην ανάπτυξη κάποιων εξειδικευμένων υπηρεσιών στα μικρότερα νοσοκομεία, εφόσον αυτό είναι κοινωνικά αναγκαίο και μπορεί να υποστηριχθεί από την υπόλοιπη υποδομή (πχ έγκαιμα, πλαστική χειρουργική κλπ).

Ως προς τον **τίτλο**, προτείνεται να είναι «περιφερειακό γενικό» και απλά «γενικό» αντίστοιχα (αποφεύγουμε την διάκριση «δευτεροβάθμια» και «τριτοβάθμια»).

Για τα ειδικά νοσοκομεία: Εκείνο το οποίο προτείνεται καταρχήν είναι να μην υιοθετήσουμε την δημιουργία νέων ξεχωριστών ειδικών νοσοκομείων. Για αυτά που υπάρχουν δεν γίνεται κάποια πρόταση – προφανώς δεν προτιθέμεθα να τα καταργήσουμε. Για τα στρατιωτικά νοσοκομεία, προτείνεται καταρχήν η ένταξή τους στο πρόγραμμα εφημερίας. Τα αμιγώς Πανεπιστημιακά νοσοκομεία (Αρεταίειο, Αιγινήτειο) θα πρέπει να ενταχθούν λειτουργικά πλήρως στο σύστημα της νοσοκομειακής περίθαλψης.

Κάθε γενικό νοσοκομείο έχει όλες τις ιατρικές ειδικότητες, πλην αυτών που θεωρούνται “τριτοβάθμιες” (θωρακοχειρουργική, νευροχειρουργική, αιματολογία, επεμβατική ακτινολογία/αγγειογραφία) και διαθέτει κλίνες ΜΕΘ και ΜΕΘ παιδών καθώς και αξονικό τομογράφο. Μαγνητικός τομογράφος θα υπάρχει μόνο στα περιφερειακά γενικά νοσοκομεία, με παράλληλη δυνατότητα λειτουργίας και αποκεντρωμένων μονάδων (έτσι ώστε να υπάρχουν 2 - 3 τομογράφοι σε κάθε περιφέρεια).

Θεσμική καθιέρωση της ημερήσιας νοσηλείας. Αύξηση των κλινών ΜΕΘ και λειτουργία όσων υπάρχουν και είναι κλειστές λόγω έλλειψης προσωπικού. Εξάλειψη του απαράδεκτου φαινομένου να υπάρχουν διασωληνωμένοι ασθενείς εκτός ΜΕΘ.

Σε κάθε νοσοκομείο ο ελάχιστος αριθμός ειδικευμένων γιατρών είναι 5 για τα κλινικά τμήματα και τα ακτινολογικά, και 4 για τα λοιπά εργαστηριακά τμήματα. Δυνατότητα ύπαρξης και τμημάτων χωρίς έκπτωση κλινών (πχ. ενδοκρινολογικά) με δύο γιατρούς τουλάχιστον ανά τμήμα. Μονοπρόσωπα τμήματα δεν προβλέπονται.

Η σχέση εργασίας για όλο το προσωπικό των νοσοκομείων είναι αυτή της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

Στα περιφερειακά γενικά νοσοκομεία που φιλοξενούνται Πανεπιστημιακές κλινικές, οι κλινικές αυτές πρέπει να λειτουργούν με αμιγώς πανεπιστημιακό προσωπικό. Διαφορετικά θα πρέπει να αναπτύσσονται και κλινικές του ΕΣΥ.

Η φύλαξη, η καθαριότητα, η σίτιση, η υποστήριξη των πληροφοριακών συστημάτων, η υπηρεσία των ραντεβού, πρέπει όλα να περιέλθουν, σταδιακά, στην ευθύνη της διοίκησης των νοσοκομείων και να ασκούνται από εξειδικευμένο προσωπικό που θα προσληφθεί γι’ αυτό το σκοπό.

Σε νομούς που υπάρχει και δεύτερο νοσοκομείο και εφόσον λόγω γεωγραφικών ιδιαιτεροτήτων η πρόσβαση στο νοσοκομείο της πρωτεύουσας του νομού είναι δύσκολη, το νοσοκομείο αυτό παραμένει σε λειτουργία με τις βασικές ειδικότητες (εσωτ. παθολογία, χειρουργική, γυναικολογία, παιδιατρική, αναισθησιολογία, ακτινολογία, βιοπαθολογία).

Η λειτουργία αυτόνομων Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.)

Τα Τ.Ε.Π. θα λειτουργούν σε όλα τα νοσοκομεία σε καθημερινό πρωινό ωράριο και μετά τη λήξη αυτού θα συνεχίζεται η λειτουργία τους μόνο στα εφημερεύοντα νοσοκομεία. Θα αποτελούν δε αυτά την πύλη εισόδου επειγόντων περιστατικών στα νοσοκομεία, περιστατικών που θα διακομίζονται με το ΕΚΑΒ ή θα παραπέμπονται από το εφημερεύον ΚΥ (τα ιατρεία επειγόντων των ΚΥ λειτουργούν σε 24ωρη βάση).

Από την στιγμή που σε όλα τα νοσοκομεία έχουν συγκροτηθεί και λειτουργούν αυτόνομα ΤΕΠ και ταυτόχρονα έχει τεθεί σε εφαρμογή η εφημερία των αστικών ΚΥ, ο προγραμματισμός της εφημερίας σε κάθε νομό που υπάρχουν περισσότερα από ένα νοσοκομεία ή στις περιφέρειες Αττικής και Θεσσαλονίκης θα επαναπροσδιοριστεί.

Αξίζει να εξετασθεί η δημιουργία τραυματολογικών κέντρων κοντά στις εθνικές οδούς. Επίσης, για τα νησιά του Αιγαίου θα υπάρξει αναβάθμιση όλων των μικρών νοσοκομείων για να καλύπτουν βασικές ανάγκες.

Τακτική πέραν του ωραρίου λειτουργία

Είμαστε υπέρ της εκτός ωραρίου λειτουργίας των νοσοκομείων για τακτικά περιστατικά για να αποφεύγονται οι μεγάλες αναμονές. Πρέπει ταυτόχρονα να αποφευχθεί η μετατροπή των νοσοκομείων σε «πρωτοβάθμια πολυϊατρεία».

Η τακτική απογευματινή λειτουργία θα πρέπει να αφορά σε δραστηριότητες που είναι κυρίως δευτεροβάθμιες και έχουν μεγάλη αναμονή: εξειδικευμένα ιατρεία, εξειδικευμένες παρακλινικές εξετάσεις, «ψυχρά» χειρουργεία. Και αυτό μπορεί να επεκτείνεται και σε λειτουργίες που καθυστερούν και αφορούν σε νοσηλευόμενους ασθενείς. Αφορά δηλ. κυρίως τη λειτουργία απεικονιστικών τμημάτων, χειρουργείων, επεμβατικών πράξεων και πιθανόν ορισμένων εργαστηρίων (πχ κυτταρολογικών - παθολογοανατομικών). Επίσης δεν προτείνεται για γενική εφαρμογή, αλλά κυρίως για Περιφερειακά “τριτοβάθμια” νοσοκομεία ή νοσοκομεία άνω ενός αριθμού κλινών, π.χ. 350 και εφ’ όσον υπάρχει ανάγκη.

Δεν υπάρχει διαφορετικός τρόπος πληρωμής του ασφαλιστικού φορέα (όσο αυτός παραμένει χρηματοδότης) για την πρωινή και για την απογευματινή παροχή υπηρεσίας – το ταμείο δεν επιβαρύνεται επιπλέον επειδή ο ασφαλισμένος του εξυπηρετήθηκε απόγευμα. Η επιπλέον αμοιβή του γιατρού είναι από το κονδύλι των εφημεριών που επιβαρύνει αποκλειστικά τον κρατικό προϋπολογισμό. Το ίδιο και η αμοιβή του νοσηλευτικού προσωπικού. Η υλοποίηση της δέσμευσης αυτής δεν θα πρέπει να προσκρούει στην εργατική νομοθεσία για τις ώρες εργασίας.

Συνοψίζοντας, ως προς την νοσοκομειακή περίθαλψη, δεν προτείνεται κάποιος ριζικός αναπροσανατολισμός στην δικτύωση και τη χωροθέτηση των νοσοκομείων, αλλά κάποιες επιμέρους τοπικές παρεμβάσεις καθώς και λειτουργικές αλλαγές (κυρίως η λειτουργία αυτόνομων ΤΕΠ και η εκτός ωραρίου τακτική λειτουργία, σε συνδυασμό με την αποκατάσταση των ελλείψεων). Η σημαντικότερη αλλαγή στην νοσοκομειακή περίθαλψη θα προκύψει σαν αποτέλεσμα της ολοκληρωμένης λειτουργίας της ΠΦΥ και της εξωνοσοκομειακής φροντίδας γενικότερα.

Ταυτόχρονα, με την εισαγωγή θεσμών δημοκρατικής λήψης των αποφάσεων και των συλλογικών στοχοθετήσεων (όπως η συνέλευση του τμήματος, η τακτική συνέλευση όλων των εργαζομένων που συζητούν τα πεπραγμένα της διοίκησης, η θεσμοθετημένη παρέμβαση των τοπικών κοινωνιών κλπ), καθώς και με την διαφάνεια στον έλεγχο των δαπανών, τις προμήθειες κλπ, θα επιδιωχθεί μια συνολική υπέρβαση του τρόπου λειτουργίας των δημόσιων υγειονομικών μονάδων, με κύριο κριτήριο την ανταπόκριση στον κοινωνικό τους ρόλο.

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Ψυχιατρική περίθαλψη ενηλίκων

Κεντρικό μας στόχο αποτελεί η **αλλαγή του Ψυχιατρικού Παραδείγματος** στη χώρα μας με επίκεντρο τις ανάγκες των ψυχικά πασχόντων ως υποκειμένων, σε ένα ενιαίο **τομεοποιημένο, κοινοτικά προσανατολισμένο δημόσιο σύστημα Ψυχικής Υγείας**, με βάση μια **ολιστική βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση** (με ορθολογική χρήση των βιολογικών θεραπειών, με θεσμοθετημένες ψυχοθεραπευτικές και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις κλπ.).

Απέναντι στην σημερινή πραγματικότητα εμείς θέτουμε ως ύψιστη προτεραιότητα την υπεράσπιση όχι μόνο των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και των οικογενειών τους αλλά και την διαμόρφωση των ανάλογων συνθηκών ώστε απέναντι στον αποκλεισμό, τον φόβο και τη ντροπή που δημιουργούν η φτώχεια και η ανεργία να αντιτάξουμε την αντίσταση και την αλληλεγγύη ως αξίες προστατευτικές για τον ψυχισμό όλων μας.

Στη βάση αυτή η υπεράσπιση των υφιστάμενων Δημόσιων Δομών Ψυχικής Υγείας είναι για μας αδιαπραγμάτευτη ανάγκη και θα αγωνιστούμε ώστε:

- Να μην συρρικνωθούν οι δομές αποκατάστασης.
- Να μην κλείσουν κρεβάτια στα μεγάλα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία χωρίς την δημιουργία εναλλακτικών δομών.
- Να λειτουργήσουν αποτελεσματικά τα ψυχιατρικά τμήματα στα Γενικά Νοσοκομεία χωρίς το δυσβάστακτο βάρος των ράντζων και να αναπτυχθούν σε τμήματα ψυχιατρικής με ολιστική θεραπευτική προσέγγιση άμεσα συνδεδεμένα με ένα δίκτυο καλά συντονισμένων εναλλακτικών δομών και τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.) εντός τού Τομέα, ώστε να εξασφαλισθεί η θεραπευτική συνέχεια.

Βασική μας εκτίμηση αποτελεί ότι η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση παρά τα όποια αποτελέσματά της ιδιαίτερα στη δημιουργία δομών αποκατάστασης, υπήρξε μονόπλευρα προσανατολισμένη, ανεπαρκής και αποτέλεσμα από τα «πάνω» ενεργειών. Επιπλέον κατά κύριο λόγο η χρηματοδότηση κατευθύνθηκε σε ΜΚΟ με σημαντικές παρενέργειες, ιδιαίτερα στο θέμα των εργασιακών σχέσεων και στις αμοιβές των εργαζομένων στις ΜΚΟ.

Όλες αυτές οι δομές πρέπει τελικά να ενταχθούν, μετά από αξιολόγηση και έλεγχο, σε ένα δημόσιο κοινωνικό σύστημα ψυχιατρικών υπηρεσιών με τις ανάλογες ρυθμίσεις και μέχρι τότε να συγκροτηθεί ένα πλαίσιο ενεργειών που θα ελέγξει ουσιαστικά την λειτουργία τους.

Σήμερα απέναντι στη προσπάθεια της κυβέρνησης να «προσαρμόσει» στον μνημονιακό κορσέ την «ψυχιατρική μεταρρύθμιση» και να εμφανιστεί ότι την ολοκληρώνει (ιδιαίτερα μετά το σύμφωνο Λυκουρέντζου - Andor) χρειάζεται ισχυρό κίνημα διεκδίκησης ενός συστήματος Ψυχιατρικής Υγείας:

1. Που θα εξασφαλίζει το δικαίωμα της καθολικής πρόσβασης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
2. Θα προωθεί και θα στηρίζει την ολιστική προσέγγιση στα προβλήματα ψυχικής υγείας.
3. Που θα εξασφαλίζει τη συνέχεια της φροντίδας σε ένα ουσιαστικά τομεοποιημένο, δημοκρατικά και συμμετοχικά οργανωμένο και ελεγχόμενο σύστημα ψυχικής υγείας, σε όλη τη χώρα, δημόσιο και κοινωνικό.
4. Που θα έχει ως κεντρικό στοιχείο στην οικοδόμηση των δομών Ψυχικής Υγείας το Κέντρο Ψυχικής Υγείας, που μπορεί να στηρίζει αποφασιστικά τον κοινοτικό προσανατολισμό, την πρόληψη και την έγκαιρη παρέμβαση.
5. Που θα περιλαμβάνει με τις ανάλογες παρεμβάσεις και τον ιδιωτικό τομέα της Ψυχικής Υγείας που κατέχει ένα μεγάλο και αυξανόμενο τμήμα των ψυχιατρικών κλινών χωρίς κανένα ουσιαστικό κρατικό έλεγχο και με τεράστια κόστη για τα ασφαλιστικά ταμεία.

Ο μετασηματισμός των ειδικών ψυχιατρικών νοσοκομείων χρειάζεται: **α.** ανάπτυξη κατάλληλων εξωνοσοκομειακών κοινοτικών δικτύων που παρέχουν δημόσια και δωρεάν φροντίδα, **β.** δημιουργία νέων κλινών στα Γενικά Νοσοκομεία, **γ.** μακρόχρονη και εξατομικευμένη δουλειά με τους χρόνιους νοσηλεύόμενους ασθενείς, εναπομείναντα χρόνια περιστατικά και σεβασμό των θεραπευτικών ομάδων, **δ.** αντιμετώπιση των προβλημάτων της ψυχιατρικής εφημερίας (ιδιαίτερα στην Αττική), με ισότιμη συμμετοχή όλων των μονάδων και των Πανεπιστημιακών.

Στα παραπάνω πλαίσια πιστεύουμε ότι χρειάζεται επαναδιαπραγμάτευση συνολικά του συμφώνου Λυκουρέντζου - Andor, όπως και συνολικός επανασχεδιασμός του δεκαετούς προγράμματος για την ΨΥ στις νέες συνθήκες, με αξιοποίηση των κοινοτικών κονδυλίων στο δημόσιο - κοινωνικό σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης και όχι στις ΜΚΟ.

Ψυχιατρική περίθαλψη παιδιών και εφήβων

Η ανάπτυξη Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων θα πρέπει να αποτελέσει προτεραιότητα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για τη χώρα μας.

Το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας για το παιδί, τον έφηβο και την οικογένεια, για να είναι κατάλληλο και αποτελεσματικό, θα πρέπει να καλύπτει τις ανάγκες της πρωτογενούς πρόληψης και της προαγωγής της ψυχικής υγείας, τις ανάγκες διάγνωσης και θεραπείας, δηλαδή της δευτερογενούς πρόληψης, καθώς και της τριτογενούς πρόληψης, που αφορά στις διαδικασίες πρόληψης ή περιορισμού των επιπτώσεων των προβλημάτων ψυχικής υγείας στην κοινωνική λειτουργικότητα του παιδιού και εφήβου.

Γενικές Αρχές του σχεδιασμού των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Παιδιών – Εφήβων (Υ.Ψ.Υ.Π.Ε)

1. Με την παρούσα διοικητική οργάνωση του Υπουργείου Υγείας προτείνεται η λειτουργία δικτύου Υ.Ψ.Υ.Π.Ε ανά Υγειονομική Περιφέρεια. Σε κάθε Υγειονομική περιφέρεια (Υ.Πε) αναπτύσσονται επί μέρους Τομείς Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (Το.Ψ.Υ.Π.Ε) .
2. Στόχος και αποστολή κάθε δικτύου Υ.Ψ.Υ.Π.Ε/ ανά Υ.Πε είναι να εξυπηρετείται όλο το φάσμα των αναγκών ψυχικής υγείας του παιδικού/εφηβικού πληθυσμού και των οικογενειών τους, της περιοχής ευθύνης του, κοντά στον τόπο κατοικίας τους, σύμφωνα με τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής (άρθρο 1 του Νόμου 2716/99).
3. Το Δίκτυο Υ.Ψ.Υ.Π.Ε / Υ.Πε., πρέπει να διαθέτει όλους τους αναγκαίους πόρους. Ως πόροι του δικτύου Υ.Ψ.Υ.Π.Ε / Υ.Πε., νοούνται όλες οι δομές και οι ανθρωπίνι πόροι του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα που μπορεί να καλύψουν ανάγκες ψυχικής υγείας των παιδιών/εφήβων της κάθε περιοχής ευθύνης.
4. Η Διοίκηση - Συντονισμός του «Δικτύου Υ.Ψ.Υ.Π.Ε / Υ.Πε» ανατίθεται σε ένα όργανο το οποίο αποτελείται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας της περιοχής. Οι επαγγελματίες αυτοί μπορεί να μετέχουν και σε Το.Ψ.Υ.Π.Ε ενώ προτείνεται και η συμμετοχή εκπροσώπων των χρηστών των υπηρεσιών.
5. Συνεργασίες Δικτύου Υ.Ψ.Υ.Π.Ε με:
 - α) το αντίστοιχο δίκτυο των Υπηρεσιών Πρόνοιας.
 - β) το δίκτυο των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας για ενήλικες της ίδιας περιφέρειας,
 - γ) τις υπηρεσίες του Υπουργείου Δικαιοσύνης της ίδιας περιφέρειας.
 - δ) τις Υπηρεσίες του Υπουργείου Παιδείας που αφορούν σε ζητήματα που αποτελούν «σημεία τομής» με την Ψυχική Υγεία.

Ανάγκες για Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (γενικό μέρος)

1. Κοινωνικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας Παιδιού & Εφήβου

Αποτελεί άμεση προτεραιότητα η πλήρη στελέχωση τουλάχιστον ενός Κοινωνικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας Παιδιού και Εφήβου ανά Το.Ψ.Υ.Π.Ε.

2. Παιδοψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων Παιδιών και Ψυχιατρικά Τμήματα Εφήβων Γενικών Νοσοκομείων.

Η αποτίμηση και η οικονομοτεχνική υποστήριξη ενός παιδοψυχιατρικού τμήματος γενικού νοσοκομείου δεν πρέπει να υπολογίζεται μόνο με βάση τον αριθμό των κρεβατιών, αλλά και με την εξαιρετική σημασία που έχουν όλες οι παραπάνω παιδοψυχιατρικές λειτουργίες σ' ένα Γενικό Νοσοκομείο.

3. Άλλες Υπηρεσίες του Δικτύου των δομών

Πλην των Παιδοψυχιατρικών Τμημάτων και των Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων - Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας Παιδιού Εφήβου, θεωρούμε πολύτιμη τη δημιουργία και των υπόλοιπων αναγκαίων δομών Ψ.Υ.Π.Ε. σε κάθε γεωγραφικό διαμέρισμα: Κέντρων Ημέρας, Ξενώνων και Οικοτροφείων για Εφήβους, προστατευμένων διαμερισμάτων, κέντρων υποδοχής στην κρίση, Κινητών Μονάδων για περιοχές της χώρας με δύσκολη πρόσβαση σε πόρους, και των άλλων Μονάδων Ψ.Υ.Π.Ε., όπως προβλέπονται από τον 2716/99.

4. Στελέχωση των Υπηρεσιών

Η επαρκής στελέχωση των Ψ.Υ.Π.Ε με παιδοψυχιάτρους και πλήρη διεπιστημονική ομάδα αποτελεί προϋπόθεση για τη λειτουργία τους.

5. Αντιστοίχιση δομών Παιδιών και Εφήβων με τις δομές των Ενηλίκων

Θεωρούμε απαραίτητη την αντιστοίχιση - διασύνδεση με τις αντίστοιχες Τομεακές Υπηρεσίες Ενηλίκων, με στόχο την συνολική κάλυψη της ψυχικής υγείας του πληθυσμού (παιδιών & ενηλίκων).

Προτάσεις απόλυτης προτεραιότητας

- Στελέχωση των ήδη υπαρχουσών υπηρεσιών Ψ.Υ.Π.Ε από επαρκείς - αριθμητικά και ως προς τη σύνθεση – διεπιστημονικές ομάδες (παιδοψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, ειδικούς παιδαγωγούς, εργοθεραπευτές, ανάλογα με τις υπάρχουσες ανάγκες). Δεν νοείται υπηρεσία Ψ.Υ.Π.Ε μόνο με ένα παιδοψυχίατρο ή και άλλο ειδικό, όπως αυτό γίνεται σε ΚΨΥ ενηλίκων.
- Επιτάχυνση της ολοκλήρωσης των υπό δημιουργία υπηρεσιών.
- Στις ορεινές και νησιωτικές περιοχές, να συνεχιστεί και να ενισχυθεί η λειτουργία των ήδη υπαρχουσών κινητών μονάδων και να επεκταθούν, όπου δεν υπάρχουν.
- Έμφαση στην πρωτογενή πρόληψη (τοπική αυτοδιοίκηση, σχολεία, άλλοι φορείς της κοινότητας) ώστε να μειωθεί το κόστος φροντίδας παιδιών και εφήβων σε επίπεδο δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης και θεραπευτικής αντιμετώπισης.
- Η λειτουργία Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας - Ξενώνων για εφήβους με διαταραχές διαγωγής – παραβατικότητα – χρήση ουσιών κλπ. Επίσης Κέντρο Ημέρας για παιδιά που προέρχονται από οικογένειες με σοβαρά κοινωνικά προβλήματα.

Ειδικότερα για τον αυτισμό και τις διαταραχές αυτιστικού φάσματος: ο αυτισμός (διάχυτη διαταραχή της ανάπτυξης ή διαταραχή αυτιστικού φάσματος), σύμφωνα με τις κρατούσες ορολογίες, είναι μια εκ γενετής και δια βίου σοβαρή αναπτυξιακή διαταραχή που επηρεάζει τους τομείς της επικοινωνίας και της κοινωνικής αλληλεπίδρασης.

Άμεσες παρεμβάσεις για τον αυτισμό:

1. Εθνικό Κέντρο Αναφοράς για τον Αυτισμό
2. Πρώιμη Παρέμβαση (Βρέφη - νήπια προσχολικής ηλικίας)
 - α) Πρώιμη παρέμβαση στα πλαίσια Κέντρου Ημέρας
 - β) Πρώιμη παρέμβαση στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
3. Θεραπευτικές ανάγκες και εργασία μετά το τέλος της υποχρεωτικής εκπαίδευσης
 - α) Κέντρα ημέρας για εφήβους και νέους ενήλικες

β) Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί

4. Αυτόνομη διαβίωση - κατ' οίκον φροντίδα

5. Συνεργασία με Υπουργείο Παιδείας με στόχο την εκπαίδευση δασκάλων και στελεχών των ΚΕΔΥ για την ενσωμάτωση παιδιών και εφήβων με αυτισμό στα σχολεία.

ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ

Η εξάρτηση από ουσίες βιώνεται από τον καθένα με έναν ιδιαίτερο τρόπο, που συνδέεται με την προσωπική του ιστορία. Είναι όμως, κοινωνικό φαινόμενο και όχι «ατομική επιλογή». Δεν αντιμετωπίζεται σε δικαστήριο, σε ιατρείο, σε φυλακή. Δεν είναι ξεκομμένο «πρόβλημα» των εξαρτημένων και των οικογενειών τους. Δεν είναι «χώρος παρέμβασης» του ενός ή του άλλου «ειδικού», φορέα, Υπουργείου. Είναι μια διαδικασία διαβρωτική για ολόκληρη την κοινωνία, ιδιαίτερα σε φάση οικονομικής, κοινωνικής, πολιτιστικής κρίσης και παρακμής.

Για τον ΣΥΡΙΖΑ, η Υγεία είναι κοινωνική αξία και δημόσιο αγαθό. Δεν είναι εμπόρευμα. Η κυβέρνηση του ΣΥΡΙΖΑ θα παρέχει όλες τις υπηρεσίες αντιμετώπισης της εξάρτησης δωρεάν σε όλους όσοι τη ζητούν και την έχουν ανάγκη, ανεξαρτήτως εισοδήματος, φύλου, εθνικότητας ή θρησκειότητας. Στο πρόγραμμά μας δεν χωρούν ιδιωτικές εταιρείες, περιλαμβανομένων εκείνων που εμφανίζονται με τον μανδύα των ΜΚΟ – ασχέτως αν παίρνουν χρήματα από τους ωφελούμενους ή από τον κρατικό κορβανά. Αυτές με οδηγό το οικονομικό όφελος υλοποιούν προγράμματα πρόχειρα, χωρίς συνέχεια, πολλές φορές άσχετα με τα κεντρικά προβλήματα και πάντα αμφίβολης ποιότητας. Τα βήματά μας για την εξασφάλιση του αποκλειστικά δημόσιου και δωρεάν χαρακτήρα υπηρεσιών αντιμετώπισης της εξάρτησης περνούν και από την αλλαγή του ν. 4139/2013 («Νόμος Περί Εξαρτησιογόνων Ουσιών»), με έμφαση στα άρθρα 50, 58, 59, 60.

Στο πλαίσιο αυτό, κεντρικός άξονας των 100 πρώτων ημερών στην αντιμετώπιση της εξάρτησης είναι το τρίπτυχο Προσβασιμότητα – Ευελιξία - Πολυφωνία.

Πρόληψη της Εξάρτησης

- Δημιουργούμε αποκλειστικά δημόσιο πυλώνα Πρόληψης με πάγια τακτική χρηματοδότηση σύμφωνα με την Πρόταση Νόμου, που κατέθεσε ο ΣΥΡΙΖΑ στις 20/12/2010 και την επικαιροποίησή της με κατάθεση τροπολογίας στη διαδικασία ψήφισης του νόμου «Περί Εξαρτησιογόνων Ουσιών και Άλλες Διατάξεις» (ν. 4193/2013). Τα υπάρχοντα Κέντρα Πρόληψης των Εξαρτήσεων γίνονται Τοπικά Παραρτήματα δεκατριών ΝΠΔΔ - ενός ανά Διοικητική Περιφέρεια - υπαγόμενα στο Υπουργείο Υγείας και με την ενεργή συμμετοχή των τοπικών κοινωνιών σε αυτά. Με τον τρόπο αυτό καλύπτουμε Δήμους, οι οποίοι σήμερα δεν καλύπτονται ουσιαστικά από Κέντρα Πρόληψης.
- Ενισχύουμε λειτουργικά τα Κέντρα Πρόληψης περιοχών όπου υπάρχει υστέρηση σε σχέση με τον εξυπηρετούμενο πληθυσμό, με πρόσληψη του αναγκαίου προσωπικού.
- Ιδρύουμε Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων στην Περιφέρεια Πειραιά, που έχει περίπου μισό εκατομμύριο κατοίκους και κανένα Κέντρο Πρόληψης.
- Ενδυναμώνουμε και κινητοποιούμε τον πληθυσμό, εξασφαλίζοντας την ελεύθερη πρόσβαση των Κέντρων Πρόληψης στο εκπαιδευτικό σύστημα, στον στρατό, σε χώρους άθλησης και ψυχαγωγίας της νεολαίας.
- Σε συνεργασία των Κέντρων Πρόληψης με εξειδικευμένους ερευνητές του ΕΚΤΕΠΝ και των Τομέων Έρευνας του 18 ΑΝΩ, του ΚΕΘΕΑ, του ΟΚΑΝΑ, θα διεξαχθούν έρευνες με στόχο βαθύτερες κοινωνικές παρεμβάσεις: αναβάθμισης περιοχών με μέτρα εργασίας, διαχείρισης δημόσιων χώρων και ελεύθερου χρόνου.

- Σε συνεργασία των Κέντρων Πρόληψης με τις δομές Απεξάρτησης και Κοινωνικής Ένταξης αναπτύσσουμε ενημερωτικές παρεμβάσεις/καμπάνιες στην κοινότητα, για την αντιμετώπιση του στιγματισμού και του αποκλεισμού.
- Προχωράμε σε επιστημονική και κοινωνική ανασυγκρότηση της Πρόληψης: Ξεκινάμε άμεσα την επανασχεδίαση/επικαιροποίηση όλων των προγραμμάτων Πρόληψης για τους νέους, σε συνεργασία των εργαζομένων στα Κέντρα Πρόληψης με τους Συλλόγους Εκπαιδευτικών, Γονέων και Μαθητών.

Θεραπεία

- Τα δημόσια προγράμματα υποκατάστασης στην κοινότητα επεκτείνονται και αρχίζει η ενίσχυση του επιπέδου παρεχομένων υπηρεσιών τους. Δημιουργούμε νέες μονάδες, προσλαμβάνουμε προσωπικό στις ήδη υπάρχουσες μονάδες, ώστε μακροπρόθεσμα να αναπτύξουν την πλήρη δυναμικότητα τους και να απορροφηθεί η λίστα αναμονής.
- Δημιουργούμε κλινικές αποτοξίνωσης για όλες τις εξαρτησιογόνες ουσίες στα μεγάλα δημόσια νοσοκομεία.
- Δημιουργούμε ολοκληρωμένες δομές θεραπείας για τους εξαρτημένους από το αλκοόλ, κυρίως στην περιφέρεια.

Κέντρα φιλοξενίας εξαρτημένων

- Κάνουμε τα πρώτα βήματα κάλυψης της άμεσης ανάγκης για την προσέγγιση, τη φροντίδα και τη θεραπεία των εξαρτημένων που βρίσκονται αυτή τη στιγμή στο δρόμο. Δημιουργούμε δομές που μπορούν να υποδεχτούν και να υποστηρίξουν χρήστες ουσιών εξασφαλίζοντας κυρίως διατροφή, στέγαση, υγειονομικές εξετάσεις και φροντίδα, σωματική αποτοξίνωση με ή χωρίς υποκατάστατα και ψυχολογική υποστήριξη. Τα Κέντρα Φιλοξενίας διασυνδέονται με όλες τις υπηρεσίες αντιμετώπισης της εξάρτησης, με φορείς κοινωνικής πρόνοιας, με δομές κοινωνικής αλληλεγγύης, με τα νοσοκομεία και την τοπική αυτοδιοίκηση.

Φυλακές

- Ο ΣΥΡΙΖΑ έχει ολοκληρωμένη τοποθέτηση για τον τρόπο αντιμετώπισης των κρατουμένων εξαρτημένων ανθρώπων, η οποία περιλαμβάνεται στην εισήγηση αναφορικά με τον νόμο 4139/2013. Είναι σαφές ότι η άποψη του ΣΥΡΙΖΑ είναι ότι η θέση των χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών δεν είναι στις φυλακές αλλά σε ειδικά προγράμματα υποστήριξής τους. Επιπλέον, είναι ξεκάθαρο στην επιστημονική κοινότητα ότι δεν είναι δυνατή η ολοκληρωμένη θεραπευτική παρέμβαση εντός των σωφρονιστικών καταστημάτων. Η ίδια η φύση της φυλακής και του καταναγκαστικού εγκλεισμού, με ό,τι αυτό συνεπάγεται, αφαιρούν το απαραίτητο προστατευτικό πλαίσιο για τη θεραπευτική παρέμβαση και, σε μεγάλο βαθμό, την ακυρώνουν. Με την ψήφιση του 4139/2013, αν μη τι άλλο δίνεται η δυνατότητα στα δικαστήρια να υποστηρίξουν την προσπάθεια των εξαρτημένων να έχουν μια ολοκληρωμένη θεραπευτική υποστήριξη εκτός καταστημάτων. Ωστόσο, η ατολμία στην δικαστική πρακτική και η αναπαραγωγή στερεοτυπικών αντιλήψεων για τον χρήστη-εγκληματία-αλλοδαπό κλπ. εμποδίζουν την εφαρμογή των διατάξεων της υπό όρους απόλυσης στην πλειονότητα των περιπτώσεων.
- Ανοίγουμε την ενημέρωση-εκπαίδευση των δικαστών από ειδικούς επιστήμονες των δομών Πρόληψης, Θεραπείας και Κοινωνικής Επανένταξης, με στόχο την εφαρμογή των ευνοϊκών διατάξεων καθώς και την διευκόλυνση της υποστήριξης των κρατουμένων που θέλουν να παρακολουθήσουν πρόγραμμα εντός των καταστημάτων. Μακροπρόθεσμα, ο στόχος είναι η δημιουργία ειδικών δικαστηρίων για την αντιμετώπιση των χρηστών παραβατών (drug courts).

Κοινωνική επανένταξη

- Οι μνημονιακές πολιτικές έχουν ουσιαστικά αδρανοποιήσει τις παρεμβάσεις επανένταξης. Όλα τα θεραπευτικά προγράμματα θα συνδέονται συστηματικά και με τις υπάρχουσες δομές κοινωνικής επανένταξης. Δημιουργούμε καινούριες τέτοιες δομές όπου χρειάζονται. Θεσμοθετούμε νέα ξεκάθαρα πρωτόκολλα συνεργασίας με τα Υπουργεία Εργασίας και Παιδείας, ειδικά συμβόλαια των δομών επανένταξης με επιχειρήσεις και μονάδες παραγωγής, έτσι ώστε να μην αποκλείονται οι εξαρτημένοι που είναι σε δομές θεραπείας από τα προγράμματα του ΟΑΕΔ και να τους δίνεται η δυνατότητα εκπαίδευσης και κατάρτισης.
- Παροτρύνουμε τη δημιουργία κοινωνικών συνεταιρισμών ως ένα βήμα προς την αυτονομία των θεραπευομένων, οι οποίοι θα ορίζουν οι ίδιοι το περιεχόμενο και το αντικείμενο της εργασίας τους π.χ. φάρμες, τυπογραφείο, συλλογικές κουζίνες, κ.ά.

ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

Η συμβολή της Δημόσιας Υγείας στον περιορισμό της θνητότητας, στη βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης και του επιπέδου υγείας έχει άμεση σχέση με:

- 1] προγράμματα μαζικού εμβολιασμού παιδιών και ενηλίκων
- 2] την οδική ασφάλεια, [βελτίωση οδικού δικτύου, κυκλοφοριακή αγωγή]
- 3] την υγιεινή και ασφάλεια στους τόπους δουλειάς
- 4] τον έλεγχο λοιμωδών νοσημάτων
- 5] τη μείωση θανάτων από καρδιαγγειακά νοσήματα
- 6] τον έλεγχο τροφίμων, υδάτων και μόλυνσης περιβάλλοντος
- 7] τον μαζικό προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο
- 8] την προληπτική οδοντιατρική περίθαλψη
- 9] την προσχολική και σχολική υγιεινή
- 10] την παρακολούθηση εγκύων, οικογενειακό προγραμματισμό
- 11] την διεξαγωγή επιδημιολογικών ερευνών

Η οικονομική κρίση και η επιβολή του Μνημονίου υποχρέωσε τη χώρα μας σε μεγάλες περικοπές των δαπανών στην υγεία. Σήμερα το ποσοστό των ανασφάλιστων πολιτών ξεπερνά το 30%, οι δε ασφαλισμένοι πολίτες που το εισόδημά τους συρρικνώθηκε δραματικά είναι υποχρεωμένοι να πληρώνουν είσοδο στα νοσοκομεία, να αγοράζουν με δικά τους χρήματα σύριγγες, γάζες κλπ.

Στη χώρα μας οι “υποχρεωτικοί” εμβολιασμοί των παιδιών διενεργούνται κυρίως στα ιδιωτικά ιατρεία των παιδιάτρων μέσω της ασφαλιστικής κάλυψης των γονέων. Η έλλειψη εμβολίων, η έλλειψη δημόσιων εμβολιαστικών κέντρων, το κλείσιμο των ιατρείων του ΕΟΠΥΥ σε συνδυασμό με το υψηλό ποσοστό ανασφάλιστων γονέων και της δραστηκής μείωσης του εισοδήματος προβλέπουμε ότι θα οδηγήσει σε αύξηση της νοσηρότητας και της θνητότητας. Το ίδιο παρατηρείται και στους ενήλικες.

Οι δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία πλήττουν σε μεγαλύτερο βαθμό τα χαμηλότερα οικονομικά στρώματα. Πρόσφατη έρευνα της Ευρωπαϊκής Ένωσης έδειξε ότι αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνδέεται με αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79%. Αύξηση της ανεργίας συνδέεται με αύξηση κατάχρησης αλκοόλ, καπνού, τοξικών ουσιών και καρδιαγγειακών θανάτων ιδίως σε άνδρες νεαρής ηλικίας. Ένας άλλος δείκτης που θα επιβαρυνθεί είναι ο δείκτης “αποτρεπτής θνησιμότητας” και αφορά θανάτους από νοσήματα που στη δεδομένη χρονική στιγμή θα μπορούσαν να ήταν ιάσιμα πχ ισχαιμική καρδιοπάθεια.

Οι περικοπές των δαπανών στην δημόσια υγεία από το 2010 είχε ως αποτέλεσμα την επανεμφάνιση επιδημιών από νοσήματα που είχαν εκριζωθεί από τη χώρα μας ή δεν είχαν παρατηρηθεί κρούσματα για δεκαετίες, όπως η ελονοσία και ο ιός Δυτ. Νείλου με θανατηφόρα περιστατικά, νοσηλεία σε εντατικές μονάδες και ανυπολόγιστες ζημιές στην αιμοδοσία.

Επίσης καταγράφηκε αύξηση κρουσμάτων AIDS κυρίως μεταξύ χρηστών ενδοφλέβιων ουσιών καθώς και αύξηση των ανθεκτικών μικροβίων στα αντιβιοτικά, γεγονός που ανησύχησε και τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας της Ευρώπης.

Οργάνωση υπηρεσιών δημόσιας υγείας

Η οργάνωση των υπηρεσιών Δημόσιας υγείας πρέπει να είναι σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο και σε συνεργασία με τις υπόλοιπες δομές υγείας κυρίως με τη ΠΦΥ.

Σε εθνικό επίπεδο λαμβάνονται οι αποφάσεις για το σχεδιασμό, το συντονισμό, την οργάνωση των γενικών κατευθύνσεων δημόσιας υγείας .

Σε περιφερειακό επίπεδο γίνεται ο σχεδιασμός, η οργάνωση, των συμμετεχόντων υπηρεσιών.

Σε τοπικό επίπεδο γίνεται η υλοποίηση των προγραμμάτων αλλά και ο σχεδιασμός και υλοποίηση σε τοπικό επίπεδο.

Κύριοι άξονες του συστήματος θα είναι η παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού, η εκτίμηση και ο προσδιορισμός των αναγκών υγείας του πληθυσμού, η τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων, η εφαρμογή πολλαπλών στρατηγικών και η προώθηση της διατομεακής συνεργασίας, η συμμετοχή του κοινού και το σύστημα αξιολόγησης δράσεων.

Απαραιτήτως θα πρέπει να σχεδιαστεί πλαίσιο οργάνωσης της υγειονομικής ασφάλειας και σύστημα λήψης αποφάσεων και διαχείρισης υγειονομικών κινδύνων με κεντρικές και περιφερειακές υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας .

Άμεσα: η τοπική αυτοδιοίκηση με το ΚΕΕΛΠΝΟ και τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας του υπουργείου υγείας να λάβουν έγκαιρα τα κατάλληλα μέτρα εξάλειψης των επιδημιών ελονοσίας και του ιού του Δυτ. Νείλου.

ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΟ

Η πολιτική στο φάρμακο πρέπει να διέπεται από τη θέση μας ότι η υγεία και το φάρμακο είναι κοινωνικά αγαθά. Η πολιτική αυτή θα στοχεύει στην απρόσκοπτη πρόσβαση στο ποιοτικά ελεγμένο ικανό και αναγκαίο φάρμακο για την υγεία όλων των κατοίκων της χώρας μας.

Η προμνημονιακή κατασπατάληση πόρων για το φάρμακο, αποτέλεσμα της πλήρους υποταγής των κυβερνήσεων στις επιταγές των μονοπωλίων και όχι μόνο, που εμπλέκονται στην παραγωγή και την εμπορία του φαρμάκου, ακολουθήθηκε από την καταστροφική πολιτική των μνημονίων όπου πάλι εξασφαλίζεται το κέρδος των μονοπωλίων.

Το γνωστό μότο «σπατάλη – λιτότητα» συνεχίζεται με κύρια χαρακτηριστικά τις ελλείψεις, τις συνεχείς αυξήσεις στη συμμετοχή και τον αποκλεισμό από τα στοιχειώδη φάρμακα σε μεγάλες κατηγορίες ασθενών.

Η πολιτική μας θα κινηθεί σε τρεις άξονες:

A) Ποιοτικός έλεγχος

B) Παραγωγή και εξασφάλιση επάρκειας

Γ) Έλεγχος του κόστους

Οι άξονες αυτοί θα οδηγούν στις βασικές μας θέσεις για την υγεία και το φάρμακο. **Μεγάλης σημασίας στρατηγική μας επιλογή αποτελεί η επανίδρυση της Εθνικής φαρμακοβιομηχανίας με στόχο την παραγωγή ποιοτικού φαρμάκου και τη λειτουργία εξισορροπητικού μηχανισμού στον ανταγωνισμό και την τιμολογιακή πολιτική.**

A. Παρεμβάσεις στον άξονα ποιοτικός έλεγχος

1) Η επανίδρυση, η ριζική αναδιάρθρωση, η ανασύσταση και η εξυγίανση της λειτουργίας του ΕΟΦ, με στόχο τον έλεγχο στην παραγωγή, διακίνηση και εμπορία του φαρμάκου.

Άνοιγμα ιστοσελίδας από τον ΕΟΦ, στην οποία θα δημοσιοποιούνται τα αποτελέσματα κάθε μελέτης βιοϊσοδυναμίας. Τέλος, είναι απαραίτητο για την κυβέρνηση της Αριστεράς να επανεξετάσει την επαναφορά των διατάξεων του Ν.1316/83 για το Γενικό Συμβούλιο του ΕΟΦ (κοινωνικός έλεγχος).

2) Στις αρμοδιότητες του ΕΟΦ και σε ότι αφορά στο φάρμακο θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται:

α) Η αδειοδότηση και έγκριση κυκλοφορίας κάθε φαρμάκου ή σκευάσματος συνταγογραφούμενου ή μη.

β) Ο έλεγχος της χρησιμοποιούμενης ονοματολογίας με βάση τα διεθνή δεδομένα.

γ) Ο έλεγχος της ακρίβειας της αναφερόμενης σύνθεσης και των τεχνικών χαρακτηριστικών παρασκευής του φαρμάκου.

δ) Ο έλεγχος της ακρίβειας των οδηγιών χρήσης, της ορθής αναφοράς των ενδείξεων, των αντενδείξεων, των δοσολογιών, των ανεπιθύμητων ενεργειών, αλληλεπιδράσεων ,κ.λ.π.

ε) Η επιθεώρηση της λειτουργίας της παραγωγής και της εγχώριας φαρμακοβιομηχανίας.

στ) Η επιθεώρηση της λειτουργίας της διακίνησης και της αποθήκευσης του φαρμάκου.

ζ) Η διενέργεια ελέγχων βιοϊσοδυναμίας πρωτοτύπων - γενοσήμων.

η) Η δημιουργία των λιστών φαρμάκων σε κατηγορίες που έχουν σχέση με τις ανάγκες, τα είδη, τον εξορθολογισμό της κίνησης του φαρμάκου και των δαπανών του.

3) Επιπλέον του φαρμάκου, στις αρμοδιότητες του ΕΟΦ θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται ο έλεγχος: α) στοιχείων ιατρικής τεχνολογίας με εφαρμογή στη διάγνωση και στη θεραπεία (π.χ. συνθετικά μοσχεύματα, προθέσεις, βηματοδότες, καθετήρες επεμβατικού monitoring κ.λ.π.) β) εγκρίσεις εφαρμογής φαρμάκων σε πειραματισμό γ) φάρμακα κτηνιατρικής δ) χημικοί παράγοντες με βιολογικές επιδράσεις π.χ. λιπάσματα ή συντηρητικά τροφίμων κ.λ.π. ε) καλλυντικά κ.λ.π.

4) Η αξιοποίηση των υπαρχόντων εργαστηρίων μέτρησης στάθμης φαρμάκων των νοσοκομείων με στόχο τη διενέργεια διασταυρούμενων ελέγχων βιοϊσοδυναμίας - βιοδιαθεσιμότητας, παράλληλα με τους αντίστοιχους ελέγχους του ΕΟΦ ο οποίος θα υποχρεώνεται σε συγκεκριμένο αριθμό - ανακοινώσιμων στον τύπο - ελέγχων ανά εξάμηνο.

5) Η δημιουργία πρόσθετης ανεξάρτητης επιστημονικής υπηρεσίας ελέγχου του φαρμάκου [ΕΝΙΑΙΟ ΚΕΝΤΡΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΥ] με τομείς:

α) καταγραφής - επεξεργασίας δεδομένων συνταγογράφησης - εφαρμογής φαρμάκου σε πανελλήνιο επίπεδο, με βάση τους προβαλλόμενους δείκτες νοσηρότητας, όπως αυτοί προκύπτουν από την αιτιολόγηση της συνταγογράφησης.

β) Καταγραφή όλων των χρόνιων νοσημάτων με ταυτόχρονη χορήγηση ηλεκτρονικής κάρτας ασθενούς, με στόχο:

- την εκτίμηση του κόστους ανά κατηγορία νοσήματος ανά έτος.
- την εξάλειψη φαινομένων, όπου φάρμακα για χρόνιες παθήσεις άλλους μήνες να έχουν αυξημένες πωλήσεις και άλλους μειωμένες.
- την πλήρη καταγραφή των φαρμάκων, που λαμβάνει κάθε ασθενής.

Η επιστημονική και επιδημιολογική αξία δεδομένων που θα συνέλεγε η συγκεκριμένη κάρτα θα μπορούσε από μόνη της να αποκαταστήσει κύρος και αξιοπιστία για λογαριασμό της χώρας στα διεθνή fora

γ) διενέργειας διασταυρωμένων ελέγχων σε βιοδιαθεσιμότητα - βιοϊσοδυναμία, καθώς είναι γνωστό πως οι φαρμακοβιομηχανίες συχνά επιδιώκουν τη χειραγώγηση των υπηρεσιών ελέγχου.

δ) συστηματικής καταγραφής των ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων και ανακοίνωσης των αποτελεσμάτων μετά την απαραίτητη τεκμηρίωση.

6) Η ανάθεση έργου στο πανεπιστήμιο με στόχο προσανατολισμένη έρευνα στην ανίχνευση της παθογένειας του συστήματος ανάπτυξης και ελέγχου του φαρμάκου και διεύρυνση των παραγωγικών δυνατοτήτων της φαρμακοβιομηχανίας.

7) Προϋπόθεση κυκλοφορίας του οποιουδήποτε γενοσήμου ο τεκμηριωμένος με έλεγχο βιοϊσοδυναμίας ποιοτικός έλεγχος του φαρμάκου.

8) Σοβαρή επένδυση στον ΙΦΕΤ. (δημιουργία εργαστηρίων με επικεφαλείς ερευνητές).

9) Η εντόπιση φαρμακοβιομηχανίας με περισσότερες ανακλήσεις από 2 σε ετήσια βάση να οδηγεί σε υποχρεωτική εξαίρεση από τη συνταγογράφηση για 6 μήνες τουλάχιστον.

10) Όλες οι φαρμακευτικές κι άλλες συναφείς εταιρείες καθώς και αντιπροσωπείες που δραστηριοποιούνται στη χώρα μας (πολυεθνικές η εγχώριες) θα πρέπει να τηρούν απαρεγκλίτως τα GMPs - Good Manufacturing Practices, τα διεθνή ISO και ν' απασχολούν επαρκή αριθμό εργαζομένων σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα.

B. Παρεμβάσεις στον άξονα Παραγωγή και εξασφάλιση επάρκειας

1) Παραγωγή ποιοτικού γενοσήμου από την εγχώρια βιομηχανία.

2) Η ανάπτυξη της εγχώριας παραγωγής και η αύξηση της χρήσης ποιοτικών γενοσήμων φαρμάκων θα αποτελέσει μέλημα του ΣΥΡΙΖΑ.

- Θα στηρίξει την παραγωγή ποιοτικών γενοσήμων φαρμάκων από την εγχώρια φαρμακοβιομηχανία, που είναι σε πρώτη φάση αναγκαία για τη διασφάλιση τόσο των φαρμάκων, όσο και των εργασιακών θέσεων του σημαντικού αυτού για την οικονομία κλάδου.
- Θα αναβαθμίσει το ΙΦΕΤ σε όλες του τις διαστάσεις, ιδιαίτερα όμως, όσο αφορά στη διάσταση της επάρκειας, την αναβάθμιση της παραγωγικής του ικανότητας για συγκεκριμένα και αναντικατάστατα φάρμακα, αλλά και της ικανότητας του να καλύψει (σαν φαρμακαποθήκη) τις ανάγκες της ελληνικής αγοράς σε φάρμακα, που η πολιτεία κρίνει ότι πρέπει να εισάγει.
- Θα εξασφαλίσει την εφαρμογή μιας διάφανης και ξεκάθαρης πολιτικής έναντι των εταιρειών εκείνων που παράγουν και διαθέτουν στην φαρμακευτική αγορά φάρμακα μοναδικά και απαραίτητα, που η εγχώρια Φαρμακοβιομηχανία ή το ΙΦΕΤ δεν μπορούν να καλύψουν.

Γ. Παρεμβάσεις στον άξονα Έλεγχος του κόστους

α) Η κεντρική φαρμακαποθήκη για τη διάθεση φαρμάκων στα νοσοκομεία, θα επιτύχει:

1. Συνεργασία με φαρμακοποιούς νοσοκομείων
2. Αποτελεσματικότερη διαπραγμάτευση τιμής.
3. Έλεγχο και περιορισμό της διαφθοράς από τους εμπλεκόμενους.
4. Ευχερέστερη διαχείριση της επάρκειας.

β) Η πολυφαρμακία αποτελεί ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της παθογένειας και της στρεβλής ανάπτυξης του συστήματος υγείας στη χώρα μας. Στην καταπολέμησή της θα συμβάλουν τα παρακάτω μέτρα:

1. Περιορισμός της ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης και της πολυφαρμακίας που είναι προϋποθέσεις για τον περιορισμό της σπατάλης. Είναι εξαιρετικά περιορισμένης αποτελεσματικότητας η γενική μείωση των τιμών των φαρμάκων και εμπεριέχει σαν μέτρο τον κίνδυνο εξαφάνισης φαρμάκων από την αγορά.
2. Αξιοποίηση του 16% της τιμής του φαρμάκου για την προώθησή του από τον ΕΟΦ και το υπουργείο υγείας για ενημέρωση των παρόχων στο χώρο της υγείας με κανόνες και προϋποθέσεις που θα βάζει η πολιτεία.
3. Η συστηματική πληροφόρηση (καμπάνιες) του πληθυσμού για τους περιορισμούς της αποτελεσματικότητας των φαρμάκων.
4. Απαγορεύεται οποιαδήποτε διαφήμιση των φαρμάκων. Η επιστημονική ενημέρωση του Ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού γίνεται μέσω του ΕΟΦ ή με την έγκριση του ΕΟΦ και κάτω από ελεγχόμενους κανόνες. Στο διαδίκτυο απαγορεύεται η διαφήμιση και η διακίνηση φαρμάκων. Οι ιστοσελίδες φαρμακείων πρέπει να έχουν ενημερωτικό χαρακτήρα και η διακίνηση εμπορευμάτων πέραν των φαρμάκων, που έχουν σχέση με την υγεία, υπόκειται σε κανόνες δεοντολογίας και αποφυγής αθέμιτου ανταγωνισμού.

Σε κάθε περίπτωση τέτοιου είδους ιστοσελίδες θα πρέπει να έχουν την πιστοποίηση του ΕΟΦ και των Επιστημονικών τους φορέων.

5. Η αφαίρεση από τη συνταγογράφηση φαρμάκων αμφισβητούμενης δράσης.

6. Ο περιορισμός του επιπέδου συνταγογράφησης των αντιμικροβιακών που εφαρμόζονται σε πρωτοβάθμιο επίπεδο είτε στον ιδιωτικό είτε στο δημόσιο τομέα π.χ. έως 2ης γενιάς κεφαλοσπορίνες ή 2ης γενιάς μακρολίδια ή 1ης γενιάς κινολόνες κ.λ.π. Τέτοιοι περιορισμοί αίρονται σε επίπεδο τόσο δημόσιας όσο και ιδιωτικής δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης, με την προϋπόθεση λειτουργίας επιτροπής λοιμώξεων και φυσικά την πιστή εφαρμογή συμβατών θεραπευτικών πρωτοκόλλων. (Guidelines)

7. Οι αυστηρές κυρώσεις σε φαρμακεία που πωλούν συνταγογραφούμενα φάρμακα χωρίς συνταγή

8. Η ευρεία εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με τη δραστική ουσία αποσυνδεδεμένη από την επιλογή του φθηνότερου φαρμάκου. Θα εξαιρούνται αυτής της μορφής συνταγογράφησης τα φάρμακα ειδικών θεραπειών, καθώς και οι περιπτώσεις των ήδη ρυθμισμένων χρονίως πασχόντων ασθενών με τα οποία έχουν ήδη ρυθμιστεί, με παράλληλα συστήματα: α) ελέγχου συνταγογράφησης, β) καταγραφής δεδομένων φαρμακοθεραπείας γ) συγκρίσεων με δείκτες νοσηρότητας.

9. Η συνταγογράφηση με βάση τον προβλεπόμενο χρόνο θεραπείας, ανεξάρτητα από τη συσκευασία.

10. Η εφαρμογή κατευθυντηρίων οδηγιών (Guidelines) σύμφωνα με τα διεθνή θεραπευτικά (consensus) δεδομένα, κατά νόσημα.

11. Ενιαίο μηχανογραφικό σύστημα σε όλα τα νοσοκομεία και τα φαρμακεία για τη χορήγηση φαρμάκων διασυνδεδεμένο με το μηχανογραφικό σύστημα των ασφαλιστικών ταμείων και του ΕΝΙΑΙΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΥ, το οποίο πρέπει να αναπτυχθεί πλήρως, προκειμένου να γίνεται καταγραφή και επεξεργασία της συνταγογράφησης, παράλληλα με πλήρη έλεγχο της μέσω του συστήματος barcode.

γ) Την τιμολογιακή πολιτική την ασκεί η κυβέρνηση μέσω της συγκρότησης ανεξάρτητης ειδικής αρχής στην οποία συμμετέχει και ο ΕΟΦ.

δ) Νομοθετική ρύθμιση για αυστηρούς περιορισμούς στις διαφορές ονομαστικής τιμής μεταξύ τεκμηριωμένα βιοϊσοδύναμων φαρμάκων

ε) Προσδιορισμός των τιμών των φαρμάκων βάσει των τριών χαμηλότερων τιμών της ευρωπαϊκής αγοράς.

στ) Για τα πολύ ακριβά φάρμακα προτείνεται η δημιουργία επιτροπών σε κάθε υγειονομική περιφέρεια για την έγκριση της χορήγησης πολύ ακριβών φαρμάκων. Κριτήριο αν η συνταγογράφηση του φαρμάκου έχει γίνει με βάση το θεραπευτικό αλγόριθμο που έχει υιοθετήσει ο επιστημονικός θεσμός της συγκεκριμένης ειδικότητας.

ζ) Μετά τη 10ετή προστασία κάθε πρωτοτύπου φαρμάκου, η τιμή του να διαμορφώνεται μέχρι το επίπεδο των μέσων τιμών αντιστοίχων γενοσήμων της κατηγορίας του στην ευρωπαϊκή αγορά.

Δ. Τρόπος Προμηθειών Φαρμάκου Στο ΕΣΥ

- Η εμμονή σε διαγωνισμούς με μόνο κριτήριο τη χαμηλότερη τιμή οδηγεί στη διάλυση της εγχώριας παραγωγής και σε απώλεια θέσεων εργασίας. Και αυτό γιατί η λογική της χαμηλότερης τιμής, εξισώνει τις ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες με επενδύσεις, θέσεις εργασίας, προστιθέμενη αξία με τους μεγαλοεξαγωγείς από χώρες χαμηλού κόστους που προσφέροντας εξευτελιστικές τιμές επιδιώκουν την κατάργηση του ανταγωνισμού.
- Προτείνεται οι διαγωνισμοί να διεξάγονται ανά Υγειονομικές Περιφέρειες με κλειστές διαγωνιστικές διαδικασίες ανάδειξης προμηθευτών και διαπραγμάτευση τιμών με κριτήριο τη συμφερότερη προσφορά, λαμβάνοντας υπόψη την προστιθέμενη αξία της εγχώριας παραγωγής. Επίσης, για λόγους διασφάλισης – επάρκειας του εφοδιασμού και προστασίας της δημόσιας υγείας, προτείνεται η επιλογή τριών προμηθευτών ανά είδος με τα δύο υποχρεωτικά να παράγονται στην Ελλάδα.

Ε. Ενιαία τιμή στα φάρμακα – κατάργηση της ασφαλιστικής τιμής

Η μέση τιμή συμμετοχής των ασθενών έχει υπερβεί το 27% περίπου, από 18% που ήταν μέχρι τον Οκτώβριο του 2013 και 14% πριν από τα μνημόνια.

Επειδή δεν είναι δυνατόν να εξαγγείλουμε μηδενική συμμετοχή, παρά μόνο σε ειδικές κατηγορίες ασθενών, μπορούμε να υποσχεθούμε μείωση των ποσοστών συμμετοχής στα προ μνημονίων επίπεδα.

ΣΤ. Φάρμακο και Φαρμακείο

Το φαρμακείο έχει παράλληλη και άμεση σχέση με την πολιτική που θα ακολουθηθεί στο φάρμακο. Έχουμε δε δεχθεί ότι το φάρμακο είναι κοινωνικό αγαθό και όχι εμπορεύσιμο προϊόν με ανταλλακτική μόνον αξία. Άρα, η σύνδεση του φαρμάκου και των σημείων διάθεσης αυτού με τους κανόνες της αγοράς δεν είναι θεμιτή. Αυτή την άποψη έρχεται να την επιβεβαιώσει και η πρόταση της μελέτης του παρατηρητηρίου του Π.Ο.Υ., που διεξήχθη το 2012 στην ευρωπαϊκή ένωση, η οποία αναφέρει τα εξής:

«καθώς τα φαρμακεία αποτελούν οργανικό κομμάτι των συστημάτων υγείας, η αγορά των φαρμακείων δεν αποτελεί μια τυπική αγορά και δεν πρέπει να αφήνεται να ρυθμιστεί από τους κανόνες της αγοράς».

Ο ρόλος του φαρμακοποιού και του φαρμακείου είναι μέρος του συστήματος υγείας και υπόκειται σε κανόνες δημοσίου συμφέροντος τους οποίους ορίζει η πολιτεία. Ως ατομική επιχείρηση, ταυτίζεται αποκλειστικά με τον ιδιόκτητη, αδειούχο, επιστήμονα φαρμακοποιό. Το φαρμακείο πρέπει να εξασφαλίζει το ρόλο του μέσα από ένα δίκαιο και σύγχρονο νομοθετικό πλαίσιο, που θα σέβεται την αξία του φαρμακοποιού και την τόσο ειδική προσφορά του.

Σήμερα το φαρμακείο απαξιώνεται, όπως απαξιώνεται και καταλύεται κάθε δομή της δημόσιας υγείας. Αυτό σε σχέση και με το πρόσχημα του περιορισμού των δαπανών για το φάρμακο, οδηγεί το κράτος να παρεμβαίνει βίαια στη λειτουργία του φαρμακείου ως θεσμού. Και εδώ χρειάζεται να παρέμβουμε δημοκρατικά και όχι με νόμους πραξικοπηματικής έμπνευσης.

Με δεδομένη την οικονομική κατάρρευση των φαρμακείων και την αδυναμία τους να χρηματοδοτήσουν περαιτέρω τη φαρμακευτική περίθαλψη, θα πρέπει να διατηρηθεί ο ρόλος των φαρμακείων των νοσοκομείων και των φαρμακείων του ΕΟΠΥΥ. Μόνο έτσι θα είναι διασφαλισμένη και απρόσκοπτη η πρόσβαση των βαριά νοσούντων στα φάρμακα υψηλού κόστους, για την εξασφάλιση της συνέχειας της θεραπευτικής τους αγωγής.

Τα μη υποχρεωτικώς συνταγογραφούμενα φάρμακα (Μ.Υ.ΣΥ.ΦΑ), όπως και τα συμπληρώματα διατροφής θα πρέπει να χορηγούνται αυστηρά και αποκλειστικά από τα φαρμακεία. Θα πρέπει δε να απαγορευτεί ρητά κάθε μορφή διαφήμισης καθώς και η διακίνησή τους από ηλεκτρονικά καταστήματα (e-shop). Κάθε παρέκκλιση της διάθεσης των μη υποχρεωτικώς συνταγογραφούμενων φαρμάκων και των συμπληρωμάτων διατροφής από τα φαρμακεία αποτελεί κίνδυνο για τη δημόσια υγεία.

Η απελευθέρωση της φαρμακευτικής αγοράς με το πρόσχημα της μείωσης των τιμών, όπου επιχειρήθηκε, δεν επέφερε τελικά, καμία μείωσή τους. Αντίθετα οδήγησε σε αύξηση των κρουσμάτων δηλητηριάσεων και θανάτων.

Η πολιτεία πρέπει να διαφυλάξει το μέλλον του ελληνικού φαρμακείου (ατομικού ή συστεγασμένου ή και με προοπτική συνενώσεων σε ισότιμη βάση συμμετοχής) διατηρώντας τους εθνικούς περιορισμούς που υπάρχουν στο ιδιοκτησιακό καθεστώς του φαρμακείου.

- Σε μεταγενέστερη φάση οφείλουμε να εξετάσουμε τις μεγάλης σημασίας στρατηγικές επιλογές για επανίδρυση εθνικής φαρμακοβιομηχανία, καθώς και κρατικής φαρμακαποθήκης.

