

Σχέδιο νόμου για την ΠΦΥ: Η ολοκλήρωση της ιδιωτικοποίησης και εμπορευματοποίησης της περίθαλψης

Θεόδωρος Ζδούκος
Επιμελητής Β' ΕΣΥ
Γενικός Ιατρός

Το σχέδιο νόμου «Για την οργάνωση και λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», που το Υπουργείο Υγείας ανέβασε στα τέλη του Γενάρη 2008 στην ιστοσελίδα του καλώντας σε «ανοικτή διαβούλευση», αποτελεί την πιο ακραία νεοφιλελεύθερη εκδοχή νομοσχεδίου περί την Υγεία που είδε το φως της δημοσιότητας τα τελευταία δέκα χρόνια και ωχριά μπροστά του ακόμα και αυτό του προηγούμενου Υπουργού της Ν.Δ., Νικήτα Κακλαμάνη, που έμεινε βέβαια στα χαρτιά αλλά έρχεται τώρα να υλοποιηθεί επί το αντιδραστικότερο.

Με αυτό το σχέδιο νόμου **εφαρμόζεται η σύμπραξη δημόσιου και ιδιωτικού (ΣΔΙΤ) στην πρωτοβάθμια περίθαλψη** καθώς ενιαιοποιούνται και εξισώνονται οικονομικά, επιστημονικά, οργανωτικά και ηθικά όλοι οι φορείς που παρέχουν πρωτοβάθμια περίθαλψη είτε ανήκουν στο ΕΣΥ, είτε στα ασφαλιστικά ταμεία, είτε σε ιδιώτες. **Η λέξη δωρεάν όπως και η λέξη ανασφάλιστος δεν υπάρχει πουθενά στο κείμενο των 15 σελίδων** και στο άρθρο 7 και 8 γίνεται απολύτως σαφές ότι οποιαδήποτε πράξη, ακόμα και η συνταγογραφία, κοστολογείται και πληρώνεται από τον ασφαλισμένο ακόμα και στους δημόσιους φορείς που εντάσσονται στο λεγόμενο Εθνικό Δίκτυο ΠΦΥ, ενώ μέχρι τώρα η πρόσβαση στα ΚΥ και τα ΠΙ του ΕΣΥ ήταν εντελώς δωρεάν για όλους και τα έξοδα καλύπτονταν από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Ο ασφαλισμένος πληρώνει μέσω μιας **πιστωτικής κάρτας (!)** που κάθε χρόνο ο ασφαλιστικός του οργανισμός την πιστώνει με κάποιο συγκεκριμένο ποσό (ανάλογα με την ηλικία, το φύλο του και τον στατιστικό μέσο όρο των εξόδων της προηγούμενης χρονιάς), που αν το εξαντλήσει ο

ασφαλισμένος πρέπει να ζητήσει καινούργια πίστωση, αιτιολογημένα όμως και αφού εξηγήσει πού κατανάλωσε την αρχική πίστωση! **Έτσι η υγεία μετατρέπεται σε απλό καταναλωτικό μέγεθος και μάλιστα ατομικά καταναλισκόμενο.** Και έτσι αυτός που δεν έχει πιθανόν πραγματική ανάγκη θα καλείται να καταναλώσει σε δήθεν προληπτικές εξετάσεις και φάρμακα το πιστωτικό του όριο (αφού μάλιστα όπως προβλέπεται δεν θα μπορεί να το μεταφέρει στην επόμενη χρονιά), ενώ αυτός που πραγματικά θα έχει σοβαρή ανάγκη και αυξημένα προβλήματα θα είναι αναγκασμένος να τρέχει για αιτήσεις επιπλέον χρηματοδότησης, χωρίς καμιά εγγύηση ότι θα εγκριθούν, οπότε τελικά θα πληρώνει από την τσέπη του. Ως μηχανισμός συγκράτησης του κόστους εισάγονται τα προληπτικά διαγνωστικά και θεραπευτικά πρωτόκολλα που θα καθορίζονται από το ΚΕΣΥ (Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας) και εντός των οποίων θα είναι υποχρεωμένοι να κινηθούν όλοι οι δημόσιοι και ιδιωτικοί φορείς που θα παρέχουν πρωτοβάθμια περίθαλψη. Εισάγεται δηλαδή μια άκρως μηχανιστική, αντεπιστημονική και χυδαία οικονομίστικη αντίληψη, που θα στραγγαλίζει την εξατομικευμένη πραγματική ανάγκη του πάσχοντος, αφήνοντάς την αναπάντητη, ενώ από την άλλη θα πριμοδοτεί τα ιδιωτικά τσεκαπάδικα με συγκεκριμένα διαγνωστικά και «προληπτικά» πακέτα (Η evidence based medicine στην υπηρεσία του νεοφιλελευθερισμού).

Τα ασφαλιστικά ταμεία θα δουν συντομότερα τον κλάδο περίθαλψης να καταρρέει, εκτός και αν μειώσουν δραματικά τις παροχές (αν ελαχιστοποιήσουν δηλαδή το πιστωθέν αρχικό ποσό στην ηλεκτρονική και πιστωτική κάρτα ή πάσουν να εγκρίνουν τις αιτήσεις για νέα πίστωση ή και τα δύο). Και

επειδή οι εμπνευστές του νομοσχεδίου προβλέπουν τη δυσκολία των ασφαλιστικών ταμείων να αντεπεξέλθουν στα νέα βάρη, τα προτρέπουν να συμβληθούν με εμπορικές τράπεζες (!) για να αποπληρώνουν άμεσα τις οφειλές τους προς τους «προμηθευτές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας».

Το σχέδιο προβλέπει την αρχική πιλοτική του εφαρμογή στον ΟΠΑΔ (ασφαλιστικό οργανισμό των δημοσίων υπαλλήλων) για πέντε χρόνια και μετά την υπαγωγή και των άλλων ταμείων. Ξεκινούν βέβαια από τον ΟΠΑΔ γιατί είναι ο ασφαλιστικός οργανισμός που έχει ήδη τις περισσότερες συμβάσεις με ιδιώτες στο επίπεδο της εξω-νοσοκομειακής περίθαλψης.

Εξωφρενικά είναι και τα όσα προβλέπονται για τον οικογενειακό γιατρό, τον ρόλο του οποίου σε ένα τέτοιο αγοραίο εμπορευματικό τοπίο μπορεί φυσικά να παίξει ακόμα και ο οφθαλμίατρος (!) κατά τον λατρευτό μας Υπουργό κ. Αβραμόπουλο, αφού άλλωστε αυτός δεν θα κάνει τίποτε άλλο πέρα από τον μάνατζερ που θα κατευθύνει τον ασφαλισμένο στην ενιαία αγορά πρωτοβάθ-

μιων ιατρικών υπηρεσιών, δίνοντάς του τα σχετικά παραπεμπτικά. Εγκαταλείπεται δηλαδή ακόμα και στα χαρτιά κάθε αναφορά στον γενικό οικογενειακό γιατρό ως τον επαγγελματία υγείας με συγκεκριμένο πληθυσμό ευθύνης, του οποίου φροντίζει την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση (στα πλαίσια πάντα μιας ομάδας υγείας με τους νοσηλευτές, τους επισκέπτες υγείας, τους φυσιοθεραπευτές κ.λπ.) και πάμε στον ατομικό γιατρό μάνατζερ που διεκπεραιώνει γραφειοκρατικά και οικονομοτεχνικά τον ασθενή στα πλαίσια του πιστωτικού του ορίου. Ενώ, αντί για ηλεκτρονική κάρτα υγείας που θα καταγράφει το ιστορικό του ασθενούς και τους παράγοντες κινδύνου που τον χαρακτηρίζουν και η οποία θα του επιτρέπει την καλύτερη και πιο ενημερωμένη (άρα και πιο ασφαλή) πρόσβαση σε κάθε γιατρό και υπηρεσία του συστήματος υγείας, περνάμε στην «ηλεκτρονική κάρτα πληρωμών» όπου το μόνο που ενδιαφέρει ως πληροφορία είναι η ανταπόκριση ή όχι στο προαποφασισμένο από το ταμείο χρηματικό όριο κόστους.

