**ΒΟΥΛΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ**

**ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΙΗ΄- ΣΥΝΟΔΟΣ Γ΄**

**ΔΙΑΡΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ**

**Π Ρ Α Κ Τ Ι Κ Ο**

**(Άρθρο 40 παρ. 1 Κ.τ.Β.)**

Στην Αθήνα, σήμερα, 9 Μαΐου 2022, ημέρα Δευτέρα και ώρα 14.15΄, συνεδρίασε, στην Αίθουσα της Γερουσίας του Μεγάρου της Βουλής, η Διαρκής Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων, υπό την Προεδρία του Προέδρου αυτής, κ. Βασίλειου Οικονόμου, με θέμα ημερήσιας διάταξης τη συνέχεια της επεξεργασίας και εξέτασης του σχεδίου νόμου του Υπουργείου Υγείας: «Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες διατάξεις». (4η συνεδρίαση – β΄ ανάγνωση).

Στη συνεδρίαση παρέστη ο Υπουργός Υγείας, κύριος Αθανάσιος Πλεύρης, καθώς και αρμόδιοι υπηρεσιακοί παράγοντες.

Ο Πρόεδρος της Επιτροπής, αφού διαπίστωσε την ύπαρξη απαρτίας, κήρυξε την έναρξη της συνεδρίασης και έκανε την α΄ ανάγνωση του καταλόγου των μελών της Επιτροπής.

 Παρόντες ήταν οι Βουλευτές κ. κ.: Ακτύπης Διονύσιος, Βαρτζόπουλος Δημήτριος, Βρούτσης Ιωάννης, Βρυζίδου Παρασκευή, Γιόγιακας Βασίλειος, Ευθυμίου Άννα, Ιατρίδη Τσαμπίκα (Μίκα), Καλογιάννης Σταύρος, Κεφαλά Μαρία – Αλεξάνδρα, Κόλλιας Κωνσταντίνος, Κρητικός Νεοκλής, Λεονταρίδης Θεόφιλος, Λιάκος Ευάγγελος, Λιούπης Αθανάσιος, Μαντάς Περικλής, Μαραβέγιας Κωνσταντίνος, Μαρκόπουλος Δημήτριος, Μαρτίνου Γεωργία, Μπίζιου Στεργιανή (Στέλλα), Μπλούχος Κωνσταντίνος, Οικονόμου Βασίλειος, Πνευματικός Σπυρίδων, Σαλμάς Μάριος, Σκόνδρα Ασημίνα, Στεφανάδης Χριστόδουλος, Τζηκαλάγιας Ζήσης, Τσιλιγγίρης Σπυρίδων (Σπύρος), Φωτήλας Ιάσονας, Χρυσομάλλης Μιλτιάδης (Μίλτος), Αβραμάκης Ελευθέριος, Αυγέρη Θεοδώρα (Δώρα), Βαρδάκης Σωκράτης, Βαρεμένος Γεώργιος, Γεροβασίλη Όλγα, Θραψανιώτης Εμμανουήλ, , Κασιμάτη Ειρήνη (Νίνα), Μεϊκόπουλος Αλέξανδρος, Μπαλάφας Ιωάννης, Μπάρκας Κωνσταντίνος, Ξανθός Ανδρέας, Ξενογιαννακοπούλου Μαρία – Ελίζα (Μαριλίζα), Σκουρλέτης Παναγιώτης (Πάνος), Τριανταφυλλίδης Αλέξανδρος (Αλέκος), Φωτίου Θεανώ, Μουλκιώτης Γεώργιος, Μπαράν Μπουρχάν, Πουλάς Ανδρέας, Φραγγίδης Γεώργιος, Κατσώτης Χρήστος, Λαμπρούλης Γεώργιος, Στολτίδης Λεωνίδας, Αθανασίου Μαρία, Ασημακοπούλου Σοφία-Χάιδω, Απατζίδη Μαρία και Γρηγοριάδης Κλέων.

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Κυρίες και κύριοι συνάδελφοι, ολοκληρώνουμε τη συζήτηση στην επιτροπή του νομοσχεδίου «Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες διατάξεις» με την τέταρτη συνεδρίαση που είναι η συζήτηση επί του συνόλου των άρθρων και επί της αρχής.

Τον λόγο έχει η κυρία Ευθυμίου.

**ΑΝΝΑ ΕΥΘΥΜΙΟΥ (Εισηγήτρια της Πλειοψηφίας):** Ευχαριστώ, κ. Πρόεδρε. Κύριε Υπουργέ, κυρίες και κύριοι συνάδελφοι, έγιναν οι επισημάνσεις των φορέων στην ακρόαση των φορέων και η κατ’ άρθρον συζήτηση του νομοσχεδίου. Ο Υπουργός θα αποφασίσει πώς θα κινηθεί επ’ αυτών.

Τώρα, στη β΄ ανάγνωση του νομοσχεδίου έχω τονίσει στη σύνοψη που θα κάνουμε ότι βασικό είναι να εξετάσουμε το παρόν νομοσχέδιο μέσα στον συγκεκριμένο χρόνο και στα υπάρχοντα πραγματικά δεδομένα και αν οι προς ψήφιση διατάξεις εξυπηρετούν τον πολίτη λειτουργούν επ’ ωφελεία του.

Εμείς λέμε ότι βάσει του χρόνου που έρχεται το νομοσχέδιο αυτό, πλέον στη φάση που είναι η πανδημία υπάρχει η δυνατότητα προτεραιοποίησης αυτού του νομοσχεδίου που μας επιτρέπει να το φέρουμε προς ψήφιση και αξιοποιούμε παράλληλα την εμπειρία της πανδημίας για να καλύψουμε όλα εκείνα τα κενά που αναδείχθηκαν και καταγράφηκαν μέσα και εξαιτίας της πανδημίας για το ΕΣΥ με κεντρικό βάρος στο παρόν νομοσχέδιο την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τον ΕΟΠΥΥ.

Η κάλυψη των κενών αυτών και των αδυναμιών να γίνει με όρους ρεαλιστικούς, λαμβάνοντας υπόψη την ζώσα πραγματικότητα, με στόχευση όμως και στο μέλλον για να μπορέσουν αυτά να έχουν αποτελέσματα μετρήσιμα κυρίως για τον πολίτη. Έτσι, λοιπόν, στον πρώτο πυλώνα του νομοσχεδίου θέλουμε και η στόχευση είναι ένας αναβαθμισμένος ΕΟΠΥΥ που θα είναι πράγματι γνήσιος ασφαλιστικός φορέας με επίκεντρο τον ασφαλισμένο, χωρίς να δίνεται προτεραιότητα σε αυτά που ενδιαφέρουν τους παρόχους, αλλά πάντοτε δίνεται προτεραιότητα σε αυτό που ενδιαφέρει τον ασφαλισμένο, με τη διασφάλιση της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών από τους συμβεβλημένους ιδιώτες παρόχους.

Έτσι, κρίθηκε επωφελές η προσθήκη κριτηρίων ποιότητας ως καθοριστικού παράγοντα για τη διαμόρφωση της πολιτικής αποζημιώσεων και για τη σύναψη και τη διατήρηση σε ισχύ συμβάσεων με τους παρόχους υγείας. Ο στόχος εδώ είναι να εξασφαλιστεί το καλύτερο δυνατό επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από πλευράς των συμβεβλημένων στον Οργανισμό παρόχων.

Ο Υπουργός είπε στην κατ’ άρθρο συζήτηση ότι άκουσε τις παρατηρήσεις και του πρώην Υπουργού, του Εισηγητή του ΣΥΡΙΖΑ του κ. Ξανθού και του κ. Φραγγίδη από την πλευρά του Κινήματος Αλλαγής και αφού τα κριτήρια δεν είναι ενδεικτικά θα μελετήσει και τις σχετικές αντίστοιχες προτάσεις τους.

Αυτό νομίζω στο οποίο αξίζει να μείνουμε ως σύνοψη, είναι ο πραγματικός έλεγχος των παρόχων υγείας, που γίνεται πλέον σε χρόνο «real time». Αυτό είναι σημαντικό, γιατί εκεί η όποια αποκόμιση χρημάτων επιστρέφει στους ασφαλισμένους, εξασφαλίζεται μια αναβαθμισμένη ποιότητα παροχών και έτσι αυτές μετακυλίονται σε καλύτερες και ποιοτικότερες υπηρεσίες στους ασφαλισμένους.

Ως προς την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, έχει καταδειχθεί από όλη την πανδημία – νομίζω ότι αυτό είναι αδιαμφισβήτητο – πόσο σημαντικός ο ρόλος της και στο πλαίσιο αυτό το πρόταγμα που έχει το νομοσχέδιο αυτό είναι η μεταρρύθμιση του προσωπικού γιατρού. Δεν καταργούμε με το νομοσχέδιο αυτό οποιαδήποτε προσπάθεια έχει υπάρξει στο παρελθόν για την πρωτοβάθμια υγεία. Αντίθετα, έρχεται συμπληρωματικά και βοηθητικά. Άρα ο στόχος είναι να υπάρχει προσωπικός γιατρός για όλους τους πολίτες, να υπάρχει η δυνατότητα ελεύθερης επιλογής και αυτός να είναι δωρεάν.

Τώρα, σε τι διαφέρει από το προηγούμενο καθεστώς του οικογενειακού γιατρού και γιατί πιστεύουμε ότι με βάση αυτές τις διαφορές έχει ρεαλιστικές πιθανότητες να πετύχει; Η πρώτη διαφορά είναι ότι μπαίνει το σύστημα «capitation», ανά άτομο, άρα μπαίνει το κίνητρο στους γιατρούς να εγγράψουν όσο περισσότερα άτομα μπορούν, μέχρι ενός πλαφόν φυσικά, βάσει των οποίων θα αντιστοιχούν και οικονομικές απολαβές. Άρα μπαίνουν οικονομικά κίνητρα, κάτι που δεν το είχε το προηγούμενο καθεστώς.

Η δεύτερη διαφορά, που εμείς ερχόμαστε εκεί να το αξιοποιήσουμε, είναι ένα μειονέκτημα που έχει η Ελλάδα, η χώρα μας, ότι έχει λίγους οικογενειακούς γιατρούς και πάρα πολλούς γιατρούς ειδικότητας. Αυτό είναι ένα δεδομένο. Ακούστηκε η κριτική στο συγκεκριμένο σημείο. Νομίζω, όμως, ότι με το δεδομένο αυτό αξιοποιούνται οι ειδικοί γιατροί για τους χρόνια πάσχοντες, γιατί ακριβώς εκεί και υπάρχει μεγαλύτερο δέσιμο και εμπιστοσύνη ασθενούς και γιατρού.

Αξιοποιείται, λοιπόν, αυτό μέχρι να αλλάξει ιδεολογία, η αντίληψη από την αρχή, από την ιατρική σχολή και όποιες βαθμίδες χρειάζονται, ώστε να πάμε και στους προσωπικούς οικογενειακούς γιατρούς και να μη χρειάζονται τόσες πολλές ειδικότητες. Μέχρι, λοιπόν, να αλλάξει αυτό, εντάσσονται στη δυνατότητα επιλογής και οι γιατροί ειδικοτήτων και μάλιστα και στο σύστημα παραπομπών, δηλαδή και αυτοί μπορούν να παραπέμπουν στα νοσοκομεία. Άρα, με βάση αυτά τα δύο στοιχεία, που για εμάς είναι βασικά, θεωρούμε ότι υπάρχουν ρεαλιστικές πιθανότητες αυτή η μεταρρύθμιση να πετύχει.

Σε ό,τι αφορά στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ειπώθηκαν και στην αρχική συζήτηση και στην κατά άρθρο. Ακούσαμε από τους φορείς και η κατεύθυνση είναι θετική, με τις όποιες σημειώσεις και επισημάνσεις. Θεωρώ ότι για το άρθρο 30, που γίνεται μια κριτική, δηλαδή η δυνατότητα συνεργασίας με ιδιωτικές δομές, εδώ και πάλι το αντιμετωπίζουμε από την πλευρά τού τι έχουμε σήμερα. Ποια είναι η πραγματικότητα; Είναι ότι ένα μεγάλο μέρος των πολιτών, ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού, πληρώνει στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στοιχειώδεις υπηρεσίες υγείας.

Εμείς αυτό προσπαθούμε να το να το αλλάξουμε και πώς το κάνουμε αυτό; Με τη δυνατότητα συνεργασίας με ιδιωτικές Δομές, που θα παρέχονται περισσότερες υπηρεσίες, πιο ποιοτικές και δωρεάν και επίσης φυσικά, είναι ανάγκη να υπάρχει μία ενιαία αντιμετώπιση των παρεχόμενων υπηρεσιών, ώστε να αξιολογούνται όλες με βάση και το παραγόμενο έργο.

 Φυσικά είναι σημαντικές και οι διατάξεις για τις παροχές της κατ’ οίκον νοσηλείας, γιατί είναι ανάγκη κάποιοι άνθρωποι, που δεν χρήζει να νοσηλευτούν, να παίρνουν υψηλές παροχές Υγείας και η πιο ποιοτική φροντίδα στο σπίτι τους. Θα σταθώ και στην σύσταση και λειτουργία Εθνικής Επιτροπής Στοματικής Υγείας, που είναι εξαιρετικά σημαντικό, πώς στοχοθετείται και η πρόληψη για τη στοματική υγεία παιδιών και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων.

Σε ό τι αφορά στα απογευματινά χειρουργεία και εδώ ενεργοποιείται το καθεστώς λειτουργίας των απογευματινών χειρουργείων και προσπαθεί να αναβαθμιστεί, γιατί ο στόχος είναι να προσφέρονται και άλλες επιλογές εντός του Δημόσιου Συστήματος Υγείας στους πολίτες. Δηλαδή, αυτοί οι ασθενείς που θα πήγαιναν σε μία ιδιωτική κλινική, να έχουν τη δυνατότητα με μια μικρότερη, αρκετά μικρότερη, επιβάρυνση να απευθυνθούν στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας και να πάρουν αναβαθμισμένες υπηρεσίες και γι’ αυτό, είπα ότι είναι κρίσιμο και ο Υπουργός το είπε να μπουν όλες εκείνες οι ασφαλιστικές δικλείδες για να λειτουργήσει αυτό το νέο που είχε επιχειρηθεί να εφαρμοστεί και με παλιότερους νόμους, αλλά τώρα με τις συνθήκες αυτές να εφαρμοστεί αυτό το καθεστώς- και σε ότι αφορά στην κάλυψη των κενών εμείς αυτό που έχουμε ως στόχευση, η Νέα Δημοκρατία και η Κυβέρνηση της Νέας Δημοκρατίας, είναι σε κάθε Περιφέρεια να υπάρχουν γιατροί και να μπορέσουν να εξυπηρετούν τους πολίτες. Αυτό προφανώς, μπορεί να γίνει με έναν βασικό στόχο, που είναι οι προσλήψεις, αλλά όπου δεν μπορούν να γίνουν προσλήψεις, γιατί μπορεί να μην υπάρξει ενδιαφέρον για τις προσλήψεις, τότε εμείς λέμε, ότι θα έρθουν ιδιώτες γιατροί που απασχολούνται με οποιαδήποτε σχέση εργασίας σε Μονάδες Υγείας που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ. Οι ίδιοι είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ, γιατί έχουν μια σχέση με το Δημόσιο Σύστημα, από το οποίο και αυτοί αποκομίζουν κάποιο όφελος, άρα θεωρούμε ότι πρέπει στο σημείο που υπάρχει ανάγκη, να το αξιοποιήσουμε ανταποδοτικά και να προσφέρουν και αυτοί τις υπηρεσίες τους. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις θα το κάνουν και οι συνταγογράφοι γιατροί, μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις αυτό, διότι είναι σημαντικό ο πρώτος στόχος, σε όλες τις Περιφέρειες, να υπάρχει κάποιος γιατρός και ιδίως στις άγονες περιοχές που γνωρίζουμε εκεί ότι υπάρχει μεγάλη δυσκολία.

Στο πλαίσιο αυτό και θα τονίσω καταλήγοντας και ότι συστήνεται μητρώο εγκαυματιων θυμάτων από κάθε αιτία εγκαύματος, που εκεί εντάσσονται και τα θύματα εγκληματικών ενεργειών και φυσικά ένα άρθρο με κοινωνικό πρόσημο, είναι η δυνατότητα αναγνώρισης ενώσεων, ή συλλόγων ασθενών, ως συνομιλητών της Πολιτείας σε θέματα παροχής υπηρεσιών Υγείας.

Καταλήγοντας λοιπόν θεωρώ, ότι στα δεδομένά που τέθηκαν, είναι ένα νομοσχέδιο που επιδιώκει να έχουν πρόσβαση σε γιατρό όλοι οι πολίτες της Ελληνικής Περιφέρειας, να υπάρχει ενδυνάμωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και να δίνονται μέσα στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας, περισσότερες και πιο αναβαθμισμένες πολίτικες επιλογές στους πολίτες σας.

Σας ευχαριστώ πολύ.

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Τον λόγο έχει ο κ. Ανδρέας Ξανθός.

**ΑΝΔΡΕΑΣ ΞΑΝΘΟΣ (Εισηγητής της Μειοψηφίας):** Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε.

Αγαπητοί συνάδελφοι, νομίζω ότι κλείνουμε τη συζήτηση, σήμερα στις Επιτροπές, αυτού του νομοσχεδίου και θα προσπαθήσω και εγώ, συνοψίζοντας την πολιτική μας τοποθέτηση, να πω ότι κατά την άποψή μας, το νομοσχέδιο αυτό συμπληρώνει, αργά αλλά μεθοδικά, ένα «παζλ» ιδιωτικοποίησης και υπονόμευσης του δημόσιου χαρακτήρα του Συστήματος Υγείας και ακριβώς επειδή αυτή είναι μια θεμελιώδης διαφορά μας, ακριβώς γι’ αυτόν τον λόγο το καταψηφίζουμε, παρότι υπάρχουν και κάποια άρθρα τα οποία είναι σε θετική κατεύθυνση και θα τα υπερψηφίσουμε στην κατ’ άρθρων συζήτηση.

 Έχουμε κάνει αναλυτική τοποθέτηση στις προηγούμενες Επιτροπές. Θεωρώ ότι, και στο κρίσιμο πεδίο των Δομών της Πρωτοβάθμιας φροντίδας- των Δομών του ΕΣΥ - αλλά και στο πεδίο του ΕΟΠΥΥ, οι αλλαγές που γίνονται έχουν αυτή την φιλοσοφία, ότι οι λύσεις στα προβλήματα είναι το άνοιγμα στην αγορά και η ιδιωτικοποίηση. Αυτή είναι μια στρατηγική η οποία στην πανδημία έχει ηττηθεί, κατά την άποψή μου, ολοκληρωτικά, όχι μόνο στη χώρα μας, σε όλο τον κόσμο. Το πρόταγμα το σύγχρονο, μετά από την εμπειρία αυτής της μεγάλης υγειονομικής κρίσης, είναι ότι χρειαζόμαστε ενδυνάμωση των δημόσιων Συστημάτων Υγείας και ριζική αναδιοργάνωσή τους, με έμφαση στην Πρωτοβάθμια φροντίδα, στην κοινοτική φροντίδα, σε Υπηρεσίες αποκεντρωμένες κοντά στον πολίτη, στην κατ' οίκων παρακολούθηση των χρονίως πασχόντων, σε παρεμβάσεις οι οποίες μειώνουν τις ανισότητες. Αυτό δεν αποτελεί στίγμα του νομοσχεδίου αυτού.

Τη βασική ιδέα με τον προσωπικό γιατρό, την έχουμε αναπτύξει. Είναι μια ένα μοντέλο, κατά την άποψή μας, χρεοκοπημένο. Είναι μια αλλοίωση στη φιλοσοφία του οικογενειακού γιατρού, ο οποίος είναι ένας γιατρός που έχει την ειδική γνώση να παρέχει ολιστική φροντίδα και κάλυψη των αναγκών υγείας των πολιτών και όχι απλή συνταγογράφηση και διαχείριση των προβλημάτων υγείας που έχουν, γι’ αυτό θεωρούμε ότι είναι λάθος η γενίκευση του Θεσμού του προσωπικού ιατρού και η συμπερίληψη όλων περίπου των ελευθεροεπαγγελματιών γιατρών ανεξάρτητα από ειδικότητα και αυτό είναι μια αντίφαση στη βασική επιταγή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και δημιουργεί μια κουλτούρα πελατειακής σχέσης, η οποία εξειδικεύεται μόνο στη διαχείριση της ασθένειας και όχι στην πρόληψη και στην προαγωγή της υγείας.

Το πρόβλημα είναι, ότι οι δημόσιες Δομές Υγείας έχουν υποστεί πολύ σημαντική υποχώρηση στην τακτική τους λειτουργία αυτή την περίοδο της πανδημίας και είναι, θα έλεγα, ίσως το πιο αποδιοργανωμένο κομμάτι του Συστήματος Υγείας και εκεί δεν υπάρχει καμία στρατηγική στήριξης και ενδυνάμωσης, ίσα ίσα στον Προϋπολογισμό του 2022 προβλέπονται μείον 124 εκατ. ευρώ για τις λειτουργικές δαπάνες των Δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας. Καταλαβαίνετε ότι, ούτως η άλλως η συζήτηση περί στήριξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και των Δομών της «είναι στον αέρα» με αυτούς τους προϋπολογισμούς.

 Επίσης, φαίνεται και από το νομοσχέδιο η τάση, οι κρίσιμες λειτουργίες των δημόσιων δομών, όπως είναι τα εργαστήρια, να υποβαθμιστούν, να απαξιωθούν να μην προβλέπεται ούτε καν η αναγκαία ιατρική στελέχωση και σιγά σιγά να εκχωρούνται στον ιδιωτικό τομέα. Αυτή νομίζω ότι είναι μια βασική αντίληψη που έχει η Κυβέρνηση και το νομοσχέδιο, δηλαδή, «Δεν επενδύω και δεν ενισχύω το δημόσιο σύστημα, αφήνω να διογκώνονται τα προβλήματα και οι ελλείψεις του και στη συνέχεια εμφανίζεται, ως μονόδρομος, η αγορά υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα, τον οποίο βεβαίως, διευκολύνω και δίνω επιπλέον κίνητρα στους γιατρούς για να συμβληθούν με το ΕΣΥ ή με τον ΕΟΠΥΥ». Νομίζω ότι αυτό είναι μια γραμμή, η οποία πραγματικά οδηγεί σε πλήρη συρρίκνωση τις δημόσιες Δομές Πρωτοβάθμιας φροντίδας. Σε λίγο καιρό δεν θα έχει κανένας γιατρός της χώρας κίνητρο να ενταχθεί στο δημόσιο Σύστημα Υγείας, αλλά θα προτιμά να παραμένει ως ιδιώτης γιατρός και κατά περίπτωση να συμβάλλεται ή να παρέχει έργο, ακόμα και εντός των δημόσιων δομών.

Το θέμα του ΕΟΠΥΥ το έχουμε επίσης αναλύσει. Θεωρώ, ότι και εκεί η αλλαγή που γίνεται στο μοντέλο διοίκησης και οργάνωσης αυτού του Φορέα, έχει ακριβώς νεοφιλελεύθερο πρόσημο.

Έχουμε αδιαφανή και χωρίς τον αναγκαίο δημοκρατικό και κοινωνικό έλεγχο, διοίκηση του συστήματος με κατάργηση της κοινωνικής εκπροσώπησης, με κατάργηση της εκπροσώπησης των εργαζομένων. Είναι μια αυταρχική και αντιδημοκρατική, θα έλεγα, εκτροπή αυτό το πράγμα, το οποίο νομοθετείτε σήμερα. Είναι μια γραμμή η οποία παραχωρεί το κρίσιμο ελεγκτικό έργο του φορέα του οργανισμού αυτού σε ιδιωτικές ελεγκτικές εταιρείες με την κατάργηση της ΥΠ.Ε.Δ.Υ.Φ.Κ.Α., γιατί βεβαίως πρέπει να υπάρχει real time έλεγχος, δεν το συζητάμε, το θέμα είναι ποιος θα τον κάνει αυτόν τον real time έλεγχο. Θα τον κάνουν απ΄ ό,τι φαίνεται, οι μεγάλες ιδιωτικές ελεγκτικές εταιρείες, οι οποίες θα είναι οι προνομιακοί πάροχοι αυτών των υπηρεσιών και η εμπειρία, δυστυχώς, από προηγούμενες περιόδους, την περίοδο ιδιαίτερα ΄13 -΄14 είναι ότι αυτό το έργο από αυτές τις συγκεκριμένες εταιρείες ήταν ιδιαίτερα προβληματικό και αρνητικό.

 Θεωρώ, επίσης, ότι δεν υπάρχει καμία προσδοκία να βελτιωθεί το επίπεδο της κάλυψης των αναγκών και των παρεχόμενων υπηρεσιών από την πλευρά του ΕΟΠΠΥ. Δεν είναι, επίσης, τυχαίο ότι οι λοιπές πλην φαρμάκου δαπάνες φέτος στον προϋπολογισμό του 2022 είναι κατά 245 εκατομμύρια ευρώ λιγότερες σε σχέση με το 2021.

 Αντιλαμβάνεστε, λοιπόν, ότι αυτό το νέο μοντέλο που ο Υπουργός λέει, ότι θα είναι πραγματικά ασφαλιστικός φορέας είναι ένα μοντέλο το οποίο έχει τη λογική της ιδιωτικής ασφαλιστικής εταιρείας, όπου με περιορισμένους πόρους και με ελάχιστα πακέτα παροχών θα καλύπτει κάποιες ανάγκες και στη συνέχεια, για να μπορεί ο ασφαλισμένος και ο πολίτης να έχει την αξιοπρεπή φροντίδα που δικαιούται, θα πρέπει να συνεισφέρει. Εκεί θα οδηγηθεί, δηλαδή με μαθηματική ακρίβεια, θα πρέπει να συνεισφέρει με επιπλέον επιβάρυνση, δική του προσωπική, με πληρωμές ιδιωτικές, με out of pocket πληρωμές, όπως λέμε θα πρέπει να συνεισφέρει στο να έχει την απαιτούμενη φροντίδα. Νομίζω, λοιπόν, ότι και αυτή η αλλαγή είναι σε αυτή την κατεύθυνση .

 Για τα απογευματινά χειρουργεία τα είπαμε νομίζω λεπτομερώς. H προτεραιότητα σήμερα είναι να αποκατασταθεί στοιχειωδώς η πολύ συρρικνωμένη τακτική χειρουργική δραστηριότητα στο σύστημα υγείας. Σήμερα ούτε οι μισές χειρουργικές αίθουσες είναι λειτουργικές και επειδή συμπιέστηκαν την περίοδο της πανδημίας, επειδή κάποιες από αυτές μετατράπηκαν σε προσομοίωση κλινών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας και κυρίως επειδή υπάρχει μια σοβαρή έλλειψη αναισθησιολόγων και λοιπού νοσηλευτικού προσωπικού χειρουργείου κ.λ.π..

Νομίζω λοιπόν, ότι πρώτη προτεραιότητα είναι να αναβαθμίσουμε και να στηρίξουμε την πρωινή λειτουργία και βεβαίως να υπάρξει η δυνατότητα στο πλαίσιο της ολοήμερη λειτουργία των νοσοκομείων να δοθούν κίνητρα στους γιατρούς και στο λοιπό προσωπικό, αλλά για να εξυπηρετήσουν και να καλύψουν ανάγκες και να περιορίσουν τη λίστα αναμονής η οποία είναι πολύ μεγάλη. Άρα, με μια λογική ενιαίας λίστας πρωινής και απογευματινής λειτουργίας και κυρίως -αυτή είναι η κρίσιμη δικλείδα ασφαλείας - χωρίς οικονομική επιβάρυνση του ασθενή, αλλά με κάλυψη από τον ΕΟΠΠΥ, ο οποίος ούτως ή άλλως αυτές τις ανάγκες εάν δεν αντιμετωπίζονται από το δημόσιο σύστημα υγείας τις καλύπτει στον ιδιωτικό τομέα. Βεβαίως, με 30% επιβάρυνση στο νοσήλιο του πολίτη και αυτό νομίζω, ότι δεν μπορούμε να το επιτρέψουμε να συμβεί μέσα στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας. Δεν μπορούν τα νοσοκομεία το απόγευμα να λειτουργούν με συνθήκες ιδιωτικού θεραπευτηρίου.

Στα λόγια όλοι λένε ότι πρέπει να στηρίξουμε το ΕΣΥ. Τι σημαίνει στην πράξη αυτό και ιδιαίτερα, τι σημαίνει στήριξη στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα. Πρώτον και κρίσιμο, το θέμα δεν είναι μόνο οι υποδομές, ούτε μόνο τα κτίρια, ούτε μόνο ο εξοπλισμός. Αυτό είναι το σχετικά εύκολο κομμάτι και όντως υπάρχουν χρηματοδοτικά εργαλεία και από την Ευρώπη, τα οποία μπορούν μέσα σε ένα βάθος χρόνου να αναβαθμίσουν αυτές οι υποδομές.

Το κρίσιμο θέμα είναι το ανθρώπινο δυναμικό και εκεί υπάρχει το μεγάλο και το δομικό έλλειμμα, υπάρχει μια κρίση στελέχωσης πολύ οξυμένη αυτή την περίοδο. Εάν δεν γίνει, λοιπόν, μια σοβαρή επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό του ΕΣΥ συνολικά και ειδικά της πρωτοβάθμιας φροντίδας, καταρχήν με ένα πλάνο μόνιμων προσλήψεων που θα καλύπτουν με μόνιμο και σταθερό τρόπο τις ανάγκες. Δεν είναι τυχαίο ότι συζητάμε για την πρωτοβάθμια φροντίδα και δεν υπάρχει ούτε καν ως εξαγγελία ένας σχεδιασμός πρόσληψης μόνιμων γιατρών στα κέντρα υγείας. Υπάρχει μια προκήρυξη για τις ΤΟΜΥ εδώ και δεκατέσσερις μήνες που έχει βαλτώσει, υπάρχουν εξαγγελίες για νοσηλευτές και λοιπό προσωπικό για τα νοσοκομεία, οι οποίες καθυστερούν και αυτές, επάνω από δύο χρόνια, να προχωρήσουν, για την πρωτοβάθμια φροντίδα ούτε καν σε επίπεδο εξαγγελίας δεν υπάρχει τέτοια πρόθεση. Άρα, είναι σαφές ότι η προτεραιότητα σήμερα είναι να στηριχθούν τα κέντρα υγείας και να ενισχυθούν τα κρίσιμα τμήματά τους, να στηριχθούν με γιατρούς των απαραίτητων ειδικοτήτων, όπως έχουν περιγραφεί και στο προηγούμενο πλαίσιο και που, δυστυχώς, γίνεται μια κατηγοριοποίηση σε αυτό το νομοσχέδιο των απαραίτητων και κρίσιμων ειδικοτήτων, που πρέπει οπωσδήποτε να υπάρχουν και άλλες που μόνο υπό προϋποθέσεις και κατά περίπτωση μπορούν να προβλέπονται. Συνεπώς, επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό με νέο πλαίσιο κινήτρων προσέλκυσης ειδικευμένων γιατρών στο ΕΣΥ. Εάν δεν υπάρξει αυτό, αν δεν βελτιωθούν οι μισθολογικές αποδοχές, αν δεν βελτιωθούν οι συνθήκες εργασίας, συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, επιστημονικής εξέλιξης στο σύστημα υγείας, αν δεν δοθεί ένα σήμα από την πολιτεία ότι πραγματικά πήρε υπόψη της τα διδάγματα της πανδημίας και θα στηρίξει έμπρακτα το ανθρώπινο δυναμικό του ΕΣΥ, το οποίο έδωσε αυτή την πολύ κρίσιμη και ψυχοφθόρα μάχη, τότε νομίζω ότι πραγματικά αρχίζει η πολιτεία με την ευθύνη της σημερινής κυβέρνησης, να στρώνει το έδαφος στην πλήρη αποδιοργάνωση του συστήματος υγείας και στην πλήρη διάλυσή του. Νομίζω ότι αυτό δεν μπορούμε να το επιτρέψουμε.

Το δεύτερο κρίσιμο θέμα, είναι το ζήτημα των νέων υπηρεσιών, οι οποίες πρέπει να παρέχονται. Πρέπει να αναπτυχθεί η κατ’ οίκον φροντίδα. Καμία συζήτηση δεν γίνεται για αυτό. Οι Κινητές Μονάδες Υγείας, οι ΤΟΜΥ, οι οποίες είχαν νομοθετήσει από εμάς για να είναι κινητές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας και να είναι, αν θέλετε, το προκεχωρημένο φυλάκιο των δημόσιων δομών, η αιχμή του δόρατος για την παρέμβαση σε πληθυσμούς που έχουν προβλήματα μετακίνησης και ευχερούς πρόσβασης στις δημόσιες δομές, να είναι μια διατομεακή προσέγγιση, η οποία να καλύπτει πολύ περισσότερες ανάγκες. Πρέπει να ενεργοποιηθούν, δεν υπάρχει καμία αναφορά στο νομοσχέδιο, να μην είναι απλώς μια υπηρεσία του ΕΟΔΥ, όπως έγινε στη διάρκεια της πανδημίας αλλά να αποτελέσουν ένα συμπληρωματικό και επικουρικό εργαλείο στα κέντρα υγείας για να αναβαθμίσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες στον πληθυσμό της χώρας με οριζόντιο τρόπο και ειδικά εκεί που υπάρχει πρόβλημα στη στελέχωσή τους.

Επίσης, στα κέντρα υγείας αστικού τύπου πρέπει να σταδιακά να ενισχυθεί η 24ωρη λειτουργία και εφημερία τους. Εμείς καταφέραμε την προηγούμενη περίοδο δύο μόνο κέντρα υγείας αστικού τύπου το Κέντρο Υγεία Αλεξάνδρας και το Κέντρο Υγείας Ευόσμου στη Θεσσαλονίκη, να το θέσουμε σε εικοσιτετράωρη λειτουργία. Υπήρχε και ένας σχεδιασμός για να πολλαπλασιαστεί αυτό και έτσι να υπάρχει ένα ουσιαστικό φίλτρο για τα ΤΕΠ των νοσοκομείων που εφημερεύουν. Όσο αυτό δεν γίνεται και όσο δεν ενισχύονται τα κέντρα υγείας με τις απαραίτητες ειδικότητες, με την απαραίτητη εργαστηριακή υποστήριξη, όσο δεν οργανώνεται η 24ωρη λειτουργία τους, νομίζω ότι τα νοσοκομεία στην ώρα της εφημερίας θα έχουν τη γνωστή συμφόρηση και τη γνωστή ταλαιπωρία και για τους εργαζόμενους στο σύστημα υγείας, αλλά και βεβαίως, πρωτίστως για τους ασθενείς.

Η διασύνδεση των δημόσιων δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας με τις δομές ψυχικής υγείας, με τις δομές αντιμετώπισης των εξαρτήσεων, με τις κοινωνικές υπηρεσίες των ΟΤΑ, της αυτοδιοίκησης, με τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι», με τις δομές κοινωνικής μέριμνας και φροντίδας και με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας της χώρας, οι οποίες και αυτές πρέπει να αναδιοργανωθούν και να αποκεντρωθούν. Δεν μπορεί, δηλαδή, η δημόσια υγεία να είναι μια υπόθεση ενός κεντρικού φορέα, όπως ο ΕΟΔΥ, χωρίς περιφερειακή οργάνωση σε διασύνδεση με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας των περιφερειών. Εάν δεν γίνει αυτή η διασύνδεση και η συνέργεια δράσεων στο επίπεδο της κοινότητας όλη αυτή η φιλοσοφία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μένει στον αέρα.

Αυτά είναι κρίσιμα πράγματα για τα οποία δεν υπάρχει καμία αντίστοιχη προσέγγιση από την Κυβέρνηση, ούτε φυσικά από το νομοσχέδιο. Όλο αυτό καταλήγει σε ένα νέο χάρτη υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ο οποίος πρέπει να γίνει λαμβάνοντας υπόψη τα νέα πληθυσμιακά, συγκοινωνιακά, νοσολογικά, επιδημιολογικά δεδομένα σε όλη τη χώρα. Αυτό είναι αντικείμενο μιας σοβαρής προετοιμασίας. Για σας δυστυχώς, για την Κυβέρνηση, νέος χάρτης υγείας είναι συνώνυμο με τη συρρίκνωση και τις περικοπές δομών και υπηρεσιών. Για μας ο νέος υγειονομικός χάρτης είναι συνώνυμο μιας μακροπρόθεσμης επένδυσης στο σύστημα υγείας για να μπορέσει να ανταποκριθεί στις νέες προκλήσεις και αυτές που έχουν σχέση με πανδημίες και με διασυνοριακές απειλές υγείας, αλλά και με αυτές που αφορούν στα σύγχρονα νοσήματα φθοράς, όπως λέμε την αύξηση του προσδόκιμου ζωής των ανθρώπων, την ιατρική φροντίδα και τις νέες ανάγκες οι οποίες έχουν έρθει στο προσκήνιο.

Νομίζω ότι - και κλείνω με αυτό κ. Πρόεδρε και ευχαριστώ για την ανοχή σας - μόνο έτσι πραγματικά μπορεί η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγεία να επιτελέσει τον κρίσιμο ρόλο της. Να είναι δηλαδή, το κλειδί της ισότιμης, καθολικής και ποιοτικής κυρίως φροντίδας υγείας για όλο τον πληθυσμό. Αυτή είναι η βασική ιδέα ενός νέου σχεδίου, αριστερού και προοδευτικού κατά την άποψή μας, για το σύστημα υγείας συνολικά και ιδιαίτερα για την πρωτοβάθμια φροντίδα. Αυτό δεν έχει καμία σχέση είναι σε πλήρη αντίθεση με τη φιλοσοφία του νομοσχεδίου, αλλά και με τη γραμμή της Κυβέρνησης. Γι’ αυτό και το καταψηφίζουμε.

Σας ευχαριστώ.

**ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΛΙΟΥΠΗΣ (Προεδρεύων της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε, κ. Ξανθέ.

Ο Ειδικός Αγορητής του ΠΑΣΟΚ Κινήματος Αλλαγής κ. Φραγγίδης έχει τον λόγο.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΦΡΑΓΓΙΔΗΣ (Ειδικός Αγορητής Κινήματος Αλλαγής):** Ευχαριστώ, κ. Πρόεδρε.

Νομίζω ότι μετά την πρώτη συζήτηση, τη συζήτηση με τους φορείς και τη συζήτηση κατ’ άρθρον μπορούμε να κάνουμε μία πολιτική συζήτηση πάνω στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας πριν από την αυριανή συνεδρίαση στην Ολομέλεια, όπου εκεί θα γίνουν όλα πιο συγκεκριμένα όπως πιστεύω, τουλάχιστον από μεριάς μας έγιναν και στις πρώτες δύο συνεδριάσεις.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στη χώρα μας έχει ανάγκη μεγάλη για επαναπροσδιορισμό, αναδιάρθρωση και ανασύσταση. Σε αυτό νομίζω ότι λίγο πολύ συμφωνούμε όλοι. Εξάλλου, η πανδημία ανέδειξε την απαξίωση και την εγκατάλειψη που έχει υποστεί τις ελλείψεις και τις αδυναμίες της τόσο σε οργανωτικό επίπεδο, όσο και στην εκπλήρωση των στόχων. Παράλληλα, φανέρωσε τη χαμηλή ετοιμότητά της στην περίπτωση των κρίσεων. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα απέτυχε στην αποστολή της όσον αφορά στην ενημέρωση του πολίτη, στην προαγωγή της υγείας και στην πρόληψη, στη συμβολή της στην αγραμματοσύνη των πολιτών γύρω από ζητήματα υγείας. Με ευθύνη της Κυβέρνησης είχε πλημμελή συμμετοχή, ενεργοποιήθηκε καθυστερημένα και σε μικρό βαθμό στην αντιμετώπιση της πανδημίας. Αυτό είχε σαν συνέπεια πολλά προβλήματα στους εμβολιασμούς και στην αντιμετώπιση των εκτός νοσοκομείων περιστατικών covid, αλλά και στη συμφόρηση των νοσοκομείων με συνέπειες στην ποιότητα φροντίδας και περίθαλψης των ασθενών covid και μειωμένη πρόσβαση στα non-covid περιστατικά.

Οι δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που διαθέτουμε είναι κατακερματισμένες και δεν εντάσσονται σε ένα συγκεκριμένο μοντέλο λειτουργίας, ενώ εμφανίζουν προβλήματα στην πρόσβαση, στην ολοκληρωμένη φροντίδα και στη διάρκεια της φροντίδας του ασθενούς. Η υφιστάμενη κατάσταση χαρακτηρίζεται από σοβαρή υποστελέχωση και δυστυχώς και στις αναφερόμενες προσλήψεις, που τόσο καιρό ακούμε, δεν υπάρχει τίποτε συγκεκριμένο για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Υπάρχει απουσία συντονισμού και διασύνδεσης των μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μεταξύ τους με τα νοσοκομεία αναφοράς και με την Τοπική Αυτοδιοίκηση. Σημαντικές είναι οι ελλείψεις σε υποδομές και υλικοτεχνικό εξοπλισμό και μεγάλες οι γεωγραφικές ανισότητες, δυστυχώς, στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών. Απόρροια της συγκεκριμένης κατάστασης είναι ένας υπέρμετρα ενισχυμένος ιδιωτικός τομέας υγείας και μια μεγάλη ιδιωτική δαπάνη για τον πολίτη. Προφανώς, γιατί το εθνικό σύστημα υγείας αδυνατεί να καλύψει όλες τις ανάγκες των πολιτών και να προσφέρει ένα υψηλό επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας. Πάνω και πέρα από όλα ο ασθενής αντιμετωπίζει μια χαοτική κατάσταση από όπου απουσιάζει η αποτελεσματική πρώτη επαφή με το εθνικό σύστημα υγείας. Αντίθετα, πλεονάζει το άγχος για την υγεία του και χρειάζεται να βάλει δυστυχώς βαθιά το χέρι στην τσέπη για να βρει λύσεις στα προβλήματά του.

 Είναι, λοιπόν, αναγκαία μια ικανή παρέμβαση στα κακώς κείμενα για την ενδυνάμωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών και της αποτελεσματικότητας στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Επιτυγχάνονται όλα αυτά με το συγκεκριμένο νομοσχέδιο; Δυστυχώς, όχι. Από όσο μας επιτρέπει το περιεχόμενό του να συμπεράνουμε ή όχι στον βαθμό που απαιτείται, ώστε να υπάρξει πραγματική αλλαγή για τον πολίτη.

Το νομοσχέδιο, κύριε Υπουργέ, δεν συνιστά καμία μεταρρύθμιση και καινοτομία, αν και προσπαθεί να πλασαριστεί έτσι. Πρόκειται περισσότερο για ένα επικοινωνιακό κείμενο, μια έκθεση ιδεών που περιγράφει τις ανάγκες των πολιτών και φιλοσοφεί πάνω στις προτεινόμενες λύσεις και στόχους χωρίς να παρουσιάζει μια συγκεκριμένη στρατηγική υλοποίησής τους. Επιπλέον, βρίθει εξουσιοδοτικών διατάξεων, χωρίς συγκεκριμένο χρονικό προσδιορισμό, παραπέμποντας στο αόριστο μέλλον και στη βούληση του κάθε υπουργού για την υλοποίηση όσων προβλέπονται. Καλούμαστε να ψηφίσουμε και να αποφασίσουμε επί σωρείας διατάξεων των οποίων το περιεχόμενο δεν το γνωρίζουμε με ακρίβεια. Τα πάντα παραπέμπονται σε υπουργικές αποφάσεις, σε ΚΥΑ, ακόμη και σε προεδρικά διατάγματα, όπως στην περίπτωση του άρθρου 33 για τον καθορισμό του πλαισίου οργάνωσης και λειτουργίας των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Να δούμε πότε θα δημιουργηθούν οι οργανισμοί των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Να σας θυμίσω ότι στα συρτάρια του Υπουργείου Υγείας υπάρχουν οργανισμοί και πλήρης σχεδιασμός από το 2014. Αυτό αποδεικνύει πόσο εύκολα και για πόσο μεγάλο χρονικό διάστημα παραπέμπονται οι ρυθμίσεις στις καλένδες. Τίποτα δεν μας εγγυάται ότι δεν θα συμβεί το ίδιο και τώρα. Νομοθετείτε για καταργήσεις και συγχωνεύσεις κλάδων και οργανικών θέσεων χωρίς σχέδιο και χωρίς προπαντός συναίνεση.

 Έχετε αλήθεια κάνει χαρτογράφηση των υγειονομικών αναγκών ανά γεωγραφική περιοχή και ανά μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας; Έχετε συνεργαστεί με τους επαγγελματίες υγείας και την τοπική Αυτοδιοίκηση για να έχετε εικόνα και συνεργασία για την κάλυψη αυτών των αναγκών; Πλειοδοτείτε όσο μπορείτε σε εντυπώσεις με διάφορα ωραία και εύηχα, όπως η κατ’ οίκον οδοντιατρική περίθαλψη σε μια χώρα που το 100% σχεδόν των οδοντιατρικών αναγκών το πληρώνουν από την τσέπη τους οι πολίτες. Γι’ αυτό και από τα 700 εκατομμύρια οι ιδιωτικές δαπάνες που ήταν για τους οδοντιάτρους το 2003, έχουμε φτάσει στο 1,8 δις το 2020.

 Λαμβάνοντας υπόψη τις σημερινές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και τις αρνητικές συνέπειες τους στην κοινωνική συνοχή και στην ψυχολογία βέβαια των πολιτών, είναι σαφές ότι κατά το σχεδιασμό λειτουργίας των μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, οφείλουμε να δώσουμε ιδιαίτερη σημασία και έμφαση στην ψυχική υγεία ενηλίκων και παιδιών με επικοινωνιακές λογικές, όπως η μετονομασία του οικογενειακού γιατρού σε προσωπικό γιατρό. Προσπαθείτε να μας πείσετε ότι θα επιτύχει ο θεσμός σαν να ήταν η ονομασία το πρόβλημα και όχι η ουσία. Σαν να μην έφταιγαν η ελλιπής χρηματοδότηση, η έλλειψη πολιτικής βούλησης πολλές φορές, οι διοικητικές και οργανωτικές παραλείψεις, η υποστελέχωση και ο ανεπαρκής υλικοτεχνικός εξοπλισμός.

Συνεπικουρούμενα όλα αυτά από την ασάφεια στην κατεύθυνση και το στόχο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη χώρα μας, την ανύπαρκτη ενημέρωση των πολιτών για το θεσμό και την έλλειψη υγειονομικής εγγραματοσύνης που επηρέασαν το βαθμό πρόσβασή τους στις δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Γιατρός για όλους τους πολίτες, χωρίς γιατρούς στα κέντρα υγείας και στα νοσοκομεία, δεν γίνεται. Σήμερα το 90% των πολιτών δεν έχει οικογενειακό γιατρό και το 60% των παιδιών δεν έχει συμβεβλημένο παιδίατρο.

 Βέβαια, στο νομοσχέδιο δεν αναφέρεται τίποτε για τις ΤΟΜΥ. Για τη βοήθεια κατοίκων δηλαδή. Ξεχάστηκε μάλλον αυτό. Δωρεάν Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δεν γίνεται με τους πολίτες να πληρώνουν από την τσέπη τους για όλα. Και δυστυχώς, αυτό συμβαίνει και με τα απογευματινά ιατρεία ή αυτό θα συμβαίνει, αν δεν βρεθεί μια άλλη εναλλακτική λύση που δεν θα επιτρέπει και τη συνδιαλλαγή του πολίτη με τους γιατρούς. Γιατί, μια τέτοια σχέση δεν ενδυναμώνει τη διαφάνεια και τα φαινόμενα χρηματισμού. Χωρίς πόρους, ανανέωση του εξοπλισμού και προσλήψεις δεν μπορεί να υπάρξει αναγέννηση σε καμία βαθμίδα του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Όλα τα άλλα που συζητάμε είναι κενό γράμμα. Ευχαριστώ πολύ.

**ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΛΙΟΥΠΗΣ (Προεδρεύων της Επιτροπής)**: Ευχαριστούμε τον κύριο Φραγγίδη.

Τον λόγο έχει ο κ. Λαμπρούλης.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΛΑΜΠΡΟΥΛΗΣ (Ειδικός Αγορητής του Κομμουνιστικού Κόμματος Ελλάδας)**: Κύριε Πρόεδρε, τελευταία συνεδρίαση σήμερα. Αύριο η συνεδρίαση στην Ολομέλεια. Εμείς από την πρώτη στιγμή, από την πρώτη συνεδρίαση της Επιτροπής τοποθετηθήκαμε αρνητικά στις διατάξεις του νομοσχεδίου και στο νομοσχέδιο φυσικά στο σύνολό του. Το απορρίπτουμε, διότι γίνεται ένα βήμα περαιτέρω στην επέκταση των αντιλαϊκών μεταρρυθμίσεων και στο χώρο της υγείας, που διαχρονικά οι κυβερνήσεις η μία μετά την άλλη προωθεί. Μεταρρυθμίσεις, αναδιαρθρώσεις ενταγμένες στην πολιτική εμπορευματοποίησης της υγείας και φυσικά σε βάρος των λαϊκών αναγκών για υπηρεσίες υγείας σύγχρονες, αξιοποιώντας όλες τις δυνατότητες της επιστήμης και της τεχνολογίας και φυσικά απολύτως δωρεάν.

 Έτσι, λοιπόν, με εργαλεία τον ΕΟΠΥΥ, την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, αντίστοιχα τις ρυθμίσεις που προβλέπουν τη λειτουργία των ιδιωτικών απογευματινών χειρουργείων με πληρωμή από τους ασθενείς, είναι βασικοί άξονες που αναδεικνύουν τα κριτήρια με τα οποία εμείς εναντιωνόμαστε στο νομοσχέδιο.

Σε ό,τι αφορά στον ΕΟΠΥΥ, ο εκσυγχρονισμός του αφορά στη λειτουργία του ως ιδιωτικού ασφαλιστικού οργανισμού, ως αγοραστή υπηρεσιών, βέβαια, με βασικό χρηματοδότη, όμως, τις εισφορές των ασφαλισμένων, οι οποίες, ειρήσθω εν παρόδω, έχουν αυξηθεί κατά 219 εκατ. ευρώ. Αντίστοιχα, η παρεχόμενη υγειονομική περίθαλψη θα περιορίζεται ολοένα και περισσότερο λόγω της συνεχούς μειούμενης κρατικής χρηματοδότησης. Το 2022 έχουμε μείωση κατά 69 εκατ. ευρώ στον ΕΟΠΥΥ. Αντίστοιχα, τα ποιοτικά κριτήρια, που εισάγονται και μέσα από το νομοσχέδιο, για την αξιολόγηση και τιμολόγηση των ιατρικών πράξεων και των διαγνωστικών εξετάσεων, η επιτροπή διαπραγμάτευσης τιμών και ο πραγματικός χρόνος του ελέγχου, real time, από ιδιωτικές εταιρείες, αποτελούν εργαλεία για την περικοπή της υγειονομικής κάλυψης από τον ΕΟΠΥΥ και τη συγκέντρωση μεγαλύτερου μέρους της αγοράς υγείας στους επιχειρηματικούς ομίλους.

Παράλληλα, οι εξαγγελίες για εφαρμογή και του clawback και στα δημόσια νοσοκομεία εντάσσονται στον σχεδιασμό για λειτουργία δημόσιων και ιδιωτικών μονάδων υγείας με τους ίδιους όρους, με βάση, όμως, τους νόμους της αγοράς.

Αντίστοιχα, στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας η οποία συνεχίζει να αποτελεί ένα «σκορποχώρι» υποστελεχωμένων δομών, η εισαγωγή του θεσμού του προσωπικού γιατρού και όχι του οικογενειακού γιατρού, συνδέεται με την περικοπή της ασφαλιστικής κάλυψης για υγειονομική περίθαλψη, ολοκληρώνοντας, εξάλλου, το σχετικό νόμο του 2017 της κυβέρνησης του ΣΥ.ΡΙΖ.Α. Έτσι, λοιπόν, αντί για επείγουσες προσλήψεις και μονιμοποίηση των συμβασιούχων, προβλέπεται η ενίσχυση των δημόσιων δομών υγείας από ιδιώτες παρόχους, ιδιώτες γιατρούς και ιδιώτες γιατρούς σε έκτακτες ανάγκες.

Τρίτο σημείο, υλοποιείται ο νόμος του 2001 του ΠΑ.ΣΟ.Κ. που διατηρήθηκε, φυσικά, από όλες τις κυβερνήσεις, για τη διενέργεια, δηλαδή, των ιδιωτικών απογευματινών χειρουργείων με επιβάρυνση των ασθενών, είτε με άμεσες πληρωμές, είτε μέσω των ασφαλιστικών εισφορών τους. Εξάλλου, ήδη εδώ και πάρα πολλά χρόνια, στα δημόσια νοσοκομεία λειτουργούν τα απογευματινά ιατρεία που προβλέπονται από τον νόμο του 2001 με πληρωμές των ασθενών, είτε άμεσα, είτε με κάλυψη μέρους από τις ασφαλιστικές εισφορές και αυτά συμβαίνουν ή προωθούνται, εάν θέλετε, την ίδια ώρα, την ίδια περίοδο που εκατοντάδες χειρουργικές αίθουσες μένουν αναξιοποίητες λόγω έλλειψης προσωπικού.

Συνεπώς, αυτό που αποδεικνύεται, κατά τη γνώμη μας, για άλλη μία φορά, είναι ότι οι σχεδιασμοί για επέκταση της επιχειρηματικής δράσης στην υγεία και η λειτουργία των δημόσιων δομών, των δημόσιων νοσοκομείων με ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια, με ό,τι φυσικά αυτό συνεπάγεται για τους ασθενείς αλλά και για τους εργαζόμενους σ’ αυτές τις δομές, δεν οφείλονται στην όποια νεοφιλελεύθερη ιδεοληψία της κυβέρνησης της Νέας Δημοκρατίας. Αποτελεί συνέχεια με συνέπεια, όπως είπε και ο Υπουργός στην Επιτροπή προχθές ότι το κράτος έχει συνέχεια, όπως και ο ΣΥ.ΡΙΖ.Α. και το ΠΑ.ΣΟ.Κ., ΚΙΝ.ΑΛ. πλέον αυτό αποδέχονται, ότι το κράτος έχει συνέχεια και μάλιστα υπήρξε και μία διεκδίκηση πατρότητας του νόμου του 2001 για τα απογευματινά ιατρεία, δηλαδή για την επέκταση της εμπορευματοποίησης της λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων.

Η κυβέρνηση της Νέας Δημοκρατίας αξιοποιεί τις προηγούμενες νομοθετικές πρωτοβουλίες των κυβερνήσεων, είτε του ΣΥΡΙΖΑ δήθεν για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, την ΑΕΜΥ Α.Ε. που αφορά τα νοσοκομεία, αντίστοιχα τα DRGs, όπως αξιοποιεί και μια σειρά από νομοθετικές πρωτοβουλίες των κυβερνήσεων του ΠΑΣΟΚ.

Μαζί, λοιπόν, υλοποιούν σταδιακά, διαδεχόμενες η μία την άλλη οι κυβερνήσεις, με συνδυασμένους και κατανεμημένους ρόλους ακριβώς τη στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σύμφωνα με την οποία η υγεία και η ασφάλιση φυσικά είναι ατομική ευθύνη. Η υγειονομική περίθαλψη είναι εμπόρευμα, καθώς και η υγεία είναι εμπόρευμα και πρέπει να υπόκεινται στους νόμους της αγοράς και φυσικά οι παροχές υγείας στις λαϊκές οικογένειες χρειάζεται να μειωθούν γιατί αυξάνουν το περίφημο μη μισθολογικό κόστος και αυτό εμποδίζει την κερδοφορία των επιχειρηματικών ομίλων.

Αξιοποιούνται παράλληλα οι απαράδεκτες λίστες αναμονής για χειρουργικές επεμβάσεις, που οφείλονται κυρίως στις κλειστές χειρουργικές αίθουσες λόγω των ελλείψεων σε προσωπικό, αλλά και στη μετατροπή των δημόσιων νοσοκομείων σε μιας νόσου. Έτσι επιχειρείται ο εξωραϊσμός της επέκτασης της επιχειρηματικής δράσης στην υγεία με βασικό κριτήριο το κέρδος. Αυτό προπαγανδίζεται, αν θέλετε, διαφημίζεται ως δήθεν ωφέλιμο για τις λαϊκές οικογένειες.

Αντίστοιχα στις γενικότερες πολιτικές που χαράσσονται αυτό το διάστημα και από την κυβέρνηση της Νέας Δημοκρατίας, σε συνέχεια φυσικά των προηγούμενων κυβερνήσεων, οι συμπράξεις με τον ιδιωτικό τομέα προχωρούν η μετατροπή των νοσοκομείων σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου και η λειτουργία με ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια, η οποία θα οδηγήσει σε ακόμα μεγαλύτερη υποβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών, αύξηση της οικονομικής επιβάρυνσης των ασθενών και φυσικά στην επέκταση των ελαστικών εργασιακών σχέσεων των υγειονομικών με παράλληλη αύξηση της εντατικοποίησης της εργασίας τους.

Μόνοι κερδισμένοι από όλη αυτή την ιστορία θα είναι οι επιχειρηματικοί όμιλοι που ανυπομονούν, τρίβουν τα χέρια τους, να επεκτείνουν τη δράση τους στους τομείς της υγείας και της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας και φυσικά στο σύνολο του τομέα της ασφάλισης για να αυξήσουν τα κέρδη τους.

Συνεπώς, ο λαός μας δεν έχει να περιμένει τίποτα θετικό και από αυτό το νομοσχέδιο. Θα πρέπει τόσο οι εργαζόμενοι υγειονομικοί όσο και οι εργαζόμενοι αυτοαπασχολούμενοι, οι αγρότες, που πληρώνουν το μάρμαρο αυτών των πολιτικών και στην υγεία, να οργανώσουν, να εντείνουν, την πάλη τους, τις διεκδικήσεις τους για ένα ενιαίο καθολικό και δωρεάν κρατικό σύστημα υγείας σε όλες τις βαθμίδες, για προσλήψεις μόνιμου προσωπικού όλων των βαθμίδων, όλων των ειδικοτήτων, όλου εν γένει του αναγκαίου ιατρικού νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού που απαιτείται για τη λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, των νοσοκομείων και αντίστοιχα την κατάργηση κάθε επιχειρηματικής δράσης στην υγεία, στην πρόνοια, στην κοινωνική ασφάλιση, η οποία ιδιωτική επιχειρηματική δράση είναι η αιτία που ο λαός μας βρίσκεται σε αυτή τη θέση που βρίσκεται σήμερα, στο πλαίσιο φυσικά αυτού του άδικου και εκμεταλλευτικού συστήματος που όλοι σας εξάλλου στηρίζετε και ως κυβερνήσεις και ως κόμματα, τα οποία φλερτάρουν με τα κόμματα εξουσίας για συγκυβερνήσεις και πάει λέγοντας.

Συνεπώς, κύριε Πρόεδρε, για ακόμη μία φορά εμείς καταψηφίζουμε το νομοσχέδιο.

**ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΛΙΟΥΠΗΣ (Προεδρεύων της Επιτροπής):** Σας ευχαριστούμε, κύριε Λαμπρούλη.

Η κυρία Μαρία Αθανασίου, Ειδική Αγορήτρια της Ελληνικής Λύσης, έχει τον λόγο.

**ΜΑΡΙΑ ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ (Ειδική Αγορήτρια της Ελληνικής Λύσης):** Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε, κυρίες και κύριοι συνάδελφοι, αν και η πανδημία επέδειξε με δραματικό τρόπο την τεράστια ανάγκη για ένα στιβαρό, ανθεκτικό, πλήρως στελεχωμένο δημόσιο σύστημα υγείας, την ανάγκη απόδοσης κινήτρων των 18 χιλιάδων Ελλήνων ιατρών, που εγκατέλειψαν τη χώρα στη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, την ανάγκη επαναφοράς της θέσης τους των υγειονομικών σε αναστολή.

 Με το παρόν νομοσχέδιο η Κυβέρνηση προχωρά στην περαιτέρω συρρίκνωση του ΕΣΥ. Από τα νοσοκομεία με τις συμπράξεις με τον ιδιωτικό τομέα μέχρι την πρωτοβάθμια υγεία, όπου παρόλο που δεν έχετε εξασφαλίσει τον απαιτούμενο αριθμό εξειδικευμένων γιατρών, που δύναται να ορίζονται ως οικογενειακοί ή προσωπικοί - όπως τους ονοματίζετε - ευελπιστείτε να περιορίσουν την πρόσβαση των πολιτών - αν είναι σοβαρής αιτίας - στα δημόσια νοσοκομεία. Όμως, χωρίς σχεδιασμό και οργάνωση στην παραμικρή λεπτομέρεια, που δεν φαίνεται να έχει πραγματοποιηθεί από την πλευρά σας οι μεταρρυθμίσεις που επιχειρείτε, θα πέσουν για μια ακόμα φορά στο κενό και δεν θα βρείτε ούτε την υποστήριξη των ιδιωτών στην οποία προωθείτε.

Η εμπορευματοποίηση της υγείας που επιχειρείτε με το παρόν νομοθέτημα θα κάνει την κρίση το 2012 με τα εκατομμύρια ανασφάλιστους εκτός περίθαλψης, να φαίνεται τελικά ως μια παροδική δυσκολία.

Το νομοσχέδιο που συζητούμε κηρύσσει την επέλαση στις δημόσιες δομές, στις υποδομές και στην τσέπη των πολιτών, διευκολύνει τη δραστηριοποίηση των ιδιωτών στον χώρο της υγείας, συνομιλεί με συμφέροντα, μετακυλίει το κόστος για απαραίτητες ιατρικές πράξεις στους πολίτες, δεδομένου ότι αφήνει χωρίς έλεγχο τους γιατρούς.

Από την είσοδο της χώρας μας στα μνημόνια και την εφαρμογή αλλεπάλληλων πακέτων μέτρων δημοσιονομικής λιτότητας το δημόσιο σύστημα υγείας βρίσκεται σε μία διαρκή κρίση με βασικά χαρακτηριστικά τις ολοένα αυξανόμενες ιδιωτικές δαπάνες, τις υψηλότατες φαρμακευτικές δαπάνες, τις έντονες υγειονομικές ανισότητες, τις ακάλυπτες ανάγκες υγείας, την ανισοκατανομή πόρων και ανθρώπινου δυναμικού, που έχει γεωγραφικά χαρακτηριστικά, καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό των γιατρών στις δημόσιες δομές επιλέγει τα μεγάλα αστικά κέντρα. Αυτό λειτουργεί ως αντικίνητρο αφού αποτέλεσμα της προτίμησης αυτής είναι να μένει αστελέχωτη η παραμεθόριος, να μην καλύπτονται ποτέ επαρκώς τα κενά στην περιφέρεια και να επιδεινώνεται η δυνατότητα πρόσβασης των πολιτών αυτών των περιοχών σε υπηρεσίες υγείας.

Επί των άρθρων. Άρθρο 26, από τη διατύπωση αυτού του άρθρου προκύπτει, ότι δεν προβλέπονται βασικές ειδικότητες γιατρών. Είναι εν προκειμένω λάθος το ότι δεν συμπεριλαμβάνεται και η ειδικότητα οδοντιάτρου στην ομάδα υγείας. Η στοματική υγεία του πληθυσμού δεν μπορεί να είναι χαμηλής προτεραιότητας για τον πληθυσμό. Απαραιτήτως θα πρέπει να προστεθεί και η ειδικότητα του καρδιολόγου. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα τόσο στη χώρα μας, όσο και διεθνώς αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου. Ο συνδυασμός των ειδικοτήτων του γενικού γιατρού, του παθολόγου, του καρδιολόγου, του παιδιάτρου επιβάλλεται να αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο του κάθε σύγχρονη πρωτοβάθμιου συστήματος υγείας.

Τέλος, ο χαρακτηρισμός περιοχών της χώρας μας σε άγονες ή μη ηχεί παράξενα και κυρίως δεν διαβλέπουμε, ότι ο σχεδιασμός σας θα τις καταστήσει άμεσα γόνιμες και θα αντιμετωπίσει δραστικά το φαινόμενο της έλλειψης ενδιαφέροντος για την κάλυψη των θέσεων από τους υγειονομικούς.

Άρθρο 27, δημιουργείται πλάγια οδός κάλυψης των κενών του ΕΣΥ, νοσοκομεία και κέντρα υγείας σε οργανικές θέσεις από τον ιδιωτικό τομέα, οι οποίες παρά τις συστάσεις των φορέων παραμένουν κενές εδώ και χρόνια, δεν προκηρύσσονται για να καλυφθούν από μόνιμο προσωπικό και καταφεύγετε στους ιδιώτες εκβιάζοντας τους, όπως φαίνεται στο άρθρο 47, να καλύπτουν τα κενά όπως-όπως. Μας έχετε μάθει εσείς οι κυβερνώντες στο βλέποντας και κάνοντας.

Από την άλλη πλευρά παραμένουν οι αναστολές εργασίας των ανεμβολίαστων υγειονομικών μας, παρόλο που δεν υπάρχει υγειονομικό όφελος μετά την άρση των περιοριστικών μέτρων για όλους, συνεχίζετε να στερείτε χιλιάδες υγειονομικούς από το εθνικό σύστημα υγείας την ίδια στιγμή κατά την οποία έχουν καταργηθεί πιστοποιητικά εμβολιασμού και νόσησης.

 Ως προς τον προσωπικό γιατρό και τις ειδικότητες που αναλαμβάνουν. Θα ήθελα να επισημάνω, ότι διεθνώς η γενική ιατρική θεωρείται μια ειδικότητα που αποτελεί βασικό πυλώνα της πρωτοβάθμιας και δημόσιας υγείας. Στην Ελλάδα όμως όπου - αν και επιχειρήθηκε στο παρελθόν - ουδέποτε εφαρμόστηκε ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, αγνοείται η συμβολή της εν λόγω ειδικότητας με αποτέλεσμα να μην υπάρχουν αρκετοί γιατροί γενικής ιατρικής. Εξ ου και δημιουργείται η ανάγκη στο παρόν νομοσχέδιο να προχωρά στον ορισμό των ιατρών άλλων ειδικοτήτων ως προσωπικούς γιατρούς και μάλιστα όχι μόνο παθολόγων και λοιπών συναφών με την παθολογία ειδικοτήτων, αλλά και εξειδικευμένων ειδικοτήτων -το λεγόμενο ειδικό- όπως χαρακτηρίζονται στη βάση τη σύνδεσή τους με παρακολούθηση ασθενών που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες.

Αυτό μοιάζει σαν μια βολική λύση, ελλείψει των απαιτούμενων κατάλληλων γιατρών.

Θα έπρεπε, λοιπόν, να έχετε προβλέψει στο σχεδιασμό σας τη θέσπιση κινήτρων, ώστε οι πτυχιούχοι ιατρικής να επιλέγουν και την ειδικότητα γενικής ιατρικής, ώστε να λειτουργούν πραγματικά ως ανάχωμα στην περιττή πρόσβαση των πολιτών στα νοσοκομεία.

Επιπλέον, αν τελικά δεν προκύψει ικανοποιητικός αριθμός ιατρών που θα θελήσει να συμμετάσχει, όπως συνέβη και το 2002, τι μέτρα θα λάβετε, κύριε Υπουργέ;

Ακολούθως, όσον αφορά στη δυνατότητα επιλογής προσωπικού γιατρού και από άλλη περιοχή και να τον συμβουλεύεται ο ασθενής, με τα μέσα της σύγχρονης τεχνολογίας.

Τι ακριβώς προτείνετε;

Να εδραιώσετε την εξ αποστάσεως εφαρμογή της ιατρικής ακόμα και στα μεγάλα αστικά κέντρα;

Οι αποστάσεις είναι τέτοιες που, αν δεν υπάρχει αντιστοιχία γιατρών με την τοπική κοινωνία, θα προκύψουν δυσλειτουργίες. Τουλάχιστον για τα αστικά κέντρα θα έπρεπε να περιοριστεί μόνο στην περιοχή κατοικίας του ασθενή. Άλλωστε, δεν είναι τυχαίο που επιτυχημένα παραδείγματα εφαρμογής του θεσμού του προσωπικού γιατρού, παραδείγματος χάρη στο Ηνωμένο Βασίλειο και στην Ιταλία, αξιοποιείται το μοντέλο του πλησιέστερου στον ασθενή γιατρού, με τη συμμετοχή ή συνεργασία του δήμου, όπως ήδη σας έχει προτείνει η Ελληνική Λύση.

Άρθρο 28, το σύστημα παραπομπών από τον προσωπικό γιατρό ορθώς δεν ισχύει για τα έκτακτα και επείγοντα περιστατικά, αφού σε καμία περίπτωση δε μπορεί να φιλτράρεται από την πρωτοβάθμια υγεία. Επιμένουμε όμως ότι η καταπολέμηση της κοσμοσυρροής στα τμήματα μη επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων ανακόπτεται μόνο με την εμπλοκή των απολύτως κατάλληλων ειδικοτήτων, που είναι γνωστές, των συχνότερων παθολογικών νοσημάτων του γενικού πληθυσμού, όπως προαναφέραμε.

Στη συνέχεια, στο άρθρο 31, θα ήθελα να εκφράσω τις επιφυλάξεις μου ως προς την επιτυχή εφαρμογή του θεσμού που εισάγετε. Αφορούν στους μηχανισμούς που τη διασφαλίζουν και εξηγούμαι.

Έχουν προβλεφθεί οι δικλείδες ασφαλείας για την απρόσκοπτη εφαρμογή του θεσμού του προσωπικού ιατρού που εισάγετε;

Αναφέρομαι, βεβαίως, στον έλεγχο των πεπραγμένων του κάθε γιατρού και την αξιολόγησή του. Το πόσες φορές χρειάστηκε να παραπέμψει στα νοσοκομεία και γιατί, τι είδους εξετάσεις ζητήθηκαν να πραγματοποιηθούν σε σχέση με τα περιστατικά, σε περίπτωση θανάτων ποιος είναι ο αριθμός και που οφείλονται.

Πού θα λογοδοτούν οι γιατροί;

Η λίστα των ασθενών όντως εξαντλείται. Ειδικά, όσον αφορά στους ειδικούς γιατρούς, ορίζεται ότι δωρεάν είναι οι επισκέψεις για τους πρώτους διακόσιους ασθενείς. Ωστόσο, δεν έχει έως τώρα προβλεφθεί ελεγκτικός μηχανισμός - πλατφόρμα που θα ελέγχει αν οι ειδικοί γιατροί έχουν όντως ξεπεράσει τον αριθμό αυτό.

Παραθέτω και σχετικό άρθρο της εφημερίδας «Έθνος», κύριε Υπουργέ.

Ισχύει κάτι τέτοιο και γιατί;

Εάν, ναι, εύλογα, λοιπόν, κάθε ειδικός γιατρός θα αμείβεται από τον πρώτο κιόλας ασθενή ως ιδιώτης, με το τίμημα που ο ίδιος θα ορίζει, εφόσον δεν ελέγχεται.

Ομοίως σε ό,τι αφορά στη συνταγογράφηση φαρμάκων ή παραπεμπτικών για εξετάσεις. Οι ασφαλισμένοι που είναι στις πρώτες 200 επισκέψεις δεν πληρώνουν. Εάν, όμως, έχει ξεπεραστεί το όριο το όριο των 200 επισκέψεων, τότε το ασφαλισμένος πρέπει να καταβάλει 10 ευρώ για συνταγογράφηση στον ειδικό γιατρό του ΕΟΠΥΥ.

Πού θα φαίνεται ότι δεν πρόκειται για τον πρώτο ασθενή αλλά για τον 201ο;

Όσο κι αν τα 10 ευρώ θεωρούνται αμελητέο ποσό, είναι θέμα τάξεως όμως να διασφαλίζεται η εφαρμογή των όρων της σύμβασης από τους εμπλεκόμενους.

Κύριοι, αν δεν υπάρχει αυστηρός έλεγχος δε μπορούν να αποτραπούν φαινόμενα ασυδοσίας και επιπλέον θα καλύπτονται και πιθανές επιστημονικές ανεπάρκειες. Οι ελεγκτικοί μηχανισμοί θα έπρεπε να είχαν, ευθύς εξ αρχής, οριστεί στις βασικές αρχές σχεδιασμού του παρόντος νομοθετήματος, όπως και το καθηκοντολόγιο των γιατρών και όχι να ορίζονται με υπουργικές αποφάσεις.

Τέτοιοι χειρισμοί υποθάλπουν άλλες αδιαφανείς σκοπιμότητες, που παρεκκλίνουν και απομακρύνονται από τον προβλεπόμενο στόχο.

Άρθρο 33. Το αντικείμενο της διάταξης είναι πολύ σοβαρό, αφού αφορά σε σύσταση και κατάργηση υφιστάμενων θέσεων ακόμη και δομών. Παρ’ όλα αυτά, εμμένετε στην προσφιλή σας τακτική να ορίζετε να ρυθμίζονται αυτά τα τόσο σημαντικά ζητήματα από μόνο μία υπουργική απόφαση, είτε κοινή είτε όχι.

Ακολούθως, το άρθρο 32, γιατί εξαιρέθηκε τελικά, αν και είχε περιληφθεί στη διαβούλευση και δεν εκφράστηκε διαφωνία, η ειδικότητα των οπτικών – οπτομετρών;

Η άσκηση του επαγγέλματος του οπτικού - οπτομέτρη δε θίγει και δεν εναντιώνεται αλλά συμπληρώνει συναφή και συνεπικουρικά επαγγέλματα, καθορίζοντας τα σαφή και διακριτά όρια της επιστήμης καθενός από αυτά.

Επιπλέον, εξαιρείτε και τους πανεπιστημιακής εκπαίδευσης φυσικοθεραπευτές από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, που θα μπορούσαν να συμβάλλουν επιπλέον στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης, της μειωμένης του κατά κεφαλήν κόστους, θα μπορούσαν να στηρίξουν άτομα που χρήζουν αποκατάστασης και να συμβάλλουν στην ταχύτερη ανάρρωση ή βελτίωση των πασχόντων. Θα αποτελούσε, δε, η ένταξή τους μεγάλη οικονομική ελάφρυνση για τις οικογένειες με άτομα με κινητικά θέματα.

Τέτοιες παρεμβάσεις, κύριοι Υπουργοί, θα ήταν δηλωτικές ενός κοινωνικού κράτους, ευαισθητοποιημένου κράτους που σέβεται όλους ανεξαιρέτως και δεν περιθάλπει, που ενδιαφέρεται για την ποιότητα ζωής των πασχόντων, που στοχεύει στην ευεξία των πολιτών για να έχουν καλή υγεία. Αν όντως ενδιαφέρεστε να λειτουργεί επαρκώς ένα Κέντρο Υγείας και μάλιστα περιφερειακό χρειάζεται να προβλέψετε ότι απαιτούνται όλες οι ειδικότητες με πλήρη κατάρτιση ανεξαιρέτως χωρίς να παραλείπεται, ούτε να υποτιμάται τις ανάγκες του εντόπιου πληθυσμού, αλλά και την ψυχολογική υποστήριξη που λαμβάνουν από εσάς, γνωρίζοντας ότι το τοπικό Κέντρο Υγείας είναι σε θέση να τους παρέχει αξιοπρεπώς υπηρεσίες υψηλής ποιότητας, οι οποίες δεν θα υστερούν σε τίποτα.

Σας ευχαριστώ.

Στο σημείο αυτό γίνεται η β΄ ανάγνωση του καταλόγου των μελών της Επιτροπής.

 Παρόντες ήταν οι Βουλευτές κ. κ.: Ακτύπης Διονύσιος, Βαρτζόπουλος Δημήτριος, Βρούτσης Ιωάννης, Βρυζίδου Παρασκευή, Γιόγιακας Βασίλειος, Ευθυμίου Άννα, Ιατρίδη Τσαμπίκα (Μίκα), Καλογιάννης Σταύρος, Κεφαλά Μαρία – Αλεξάνδρα, Κόλλιας Κωνσταντίνος, Κρητικός Νεοκλής, Λεονταρίδης Θεόφιλος, Λιάκος Ευάγγελος, Λιούπης Αθανάσιος, Μαντάς Περικλής, Μαραβέγιας Κωνσταντίνος, Μαρκόπουλος Δημήτριος, Μαρτίνου Γεωργία, Μπίζιου Στεργιανή (Στέλλα), Μπλούχος Κωνσταντίνος, Οικονόμου Βασίλειος, Πνευματικός Σπυρίδων, Σαλμάς Μάριος, Σκόνδρα Ασημίνα, Στεφανάδης Χριστόδουλος, Τζηκαλάγιας Ζήσης, Τσιλιγγίρης Σπυρίδων (Σπύρος), Φωτήλας Ιάσονας, Χρυσομάλλης Μιλτιάδης (Μίλτος), Αβραμάκης Ελευθέριος, Αυγέρη Θεοδώρα (Δώρα), Βαρδάκης Σωκράτης, Βαρεμένος Γεώργιος, Γεροβασίλη Όλγα, Θραψανιώτης Εμμανουήλ, , Κασιμάτη Ειρήνη (Νίνα), Μεϊκόπουλος Αλέξανδρος, Μπαλάφας Ιωάννης, Μπάρκας Κωνσταντίνος, Ξανθός Ανδρέας, Ξενογιαννακοπούλου Μαρία – Ελίζα (Μαριλίζα), Σκουρλέτης Παναγιώτης (Πάνος), Τριανταφυλλίδης Αλέξανδρος (Αλέκος), Φωτίου Θεανώ, Μουλκιώτης Γεώργιος, Μπαράν Μπουρχάν, Πουλάς Ανδρέας, Φραγγίδης Γεώργιος, Κατσώτης Χρήστος, Λαμπρούλης Γεώργιος, Στολτίδης Λεωνίδας, Αθανασίου Μαρία, Ασημακοπούλου Σοφία-Χάιδω, Απατζίδη Μαρία και Γρηγοριάδης Κλέων.

**ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΛΙΟΥΠΗΣ (Προεδρεύων της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε κύρια Αθανασίου. Το έγγραφο που αναφέρατε, αν θέλετε, να καταθέσω στο Προεδρείο.

Τον λόγο έχει η κυρία Απατζίδη.

**ΜΑΡΙΑ ΑΠΑΤΖΙΔΗ (Ειδική Αγορήτρια του ΜέΡΑ25):** Σας ευχαριστώ πολύ κύριε Πρόεδρε. Κύριε Υπουργέ, κυρίες και κύριοι συνάδελφοι, εμείς ως ΜέΡΑ25 δεν είναι δυνατό να προτείνουμε ενισχύσεις σε ένα νομοσχέδιο ή διορθώσεις, το οποίο το απορρίπτουμε ως βασική παραδοχή. Γι’ αυτό το λόγο θα προσπαθήσω κατ’ αρχήν να απαντήσω ειδικότερα σε ζητήματα που αφορούν και θίγονται τα άρθρα 26 ως 37 που αποτελούν θεωρούμε την καρδιά του νομοσχεδίου. Στη συνέχεια θα αναπτύξω και τις δικές μας αντιπροτάσεις.

Καταρχήν, ως προς την προσωπική σχέση γιατρού και ασθενούς, η έμφαση στο προσωπικό γιατρό που δηλώνεται ζητάει να υποστηρίξει την προσωπική σχέση έναν προς έναν, σε αντίθεση με την απρόσωπη σχέση γιατρού και ασθενούς. Η αναφορά δεν είναι ποτέ σε πάθηση, αλλά στον συγκεκριμένο ασθενή με την πάθηση. Κάτι τέτοιο όμως παρά τη θεωρητική πρόθεση στο παρόν νομοσχέδιο δεν αποτέλεσε καθόλου το κυβερνητικό πεπραγμένο κατά την πανδημία. Μια ειλικρινής τέτοια πρόθεση θα όφειλε να συνδυαστεί με την αναγνώριση του τραγικού και συνεχιζόμενου λάθους που γίνεται στη στρατηγική αντιμετώπισης της πανδημίας. Η αποτυχία έγινε καταφανής στον εμβολιαστικό διχασμό και στην τελική κρίσιμη υστέρηση του εμβολιαστικού προγράμματος που οδήγησε σε πάνω από 29 χιλιάδες νεκρούς με την covid 19 στη χώρα μας. Με πάνω από τους μισούς θανάτους όμως έχουν προκύψει από τον Σεπτέμβριο του 2021, δηλαδή το χρόνο κατά τον οποίο η επιχείρηση εμβολιασμού είχε υποτίθεται ολοκληρωθεί. Εδώ λοιπόν αντί για τη σωστή δωρεάν δημόσια παρεχόμενη συμβουλευτική των πολιτών με σκοπό την ενημέρωση για τους ιατρικούς κινδύνους, προτιμήθηκε η μαζική επικοινωνιακή εμβολιαστική εκστρατεία μέσα από όργανα απαξιωμένα στη συνείδηση σημαντικού ποσοστού του κόσμου, ενώ παράλληλα επιχειρήθηκε και η τραγικά εγκληματική υποκατάσταση της έλλειψης εξατομικευμένης ιατρικής και ιατρικής παιδείας από την ιατρική αστυνόμευση, αλλά και η κοινωνική περιθωριοποίηση και τον ρατσισμό νέου τύπου.

Δεύτερον, χρειάζεται υγεία από υγιείς υγειονομικούς. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνει προφανώς και τους εργαζομένους της. Ένας μη υγιής εργαζόμενος υγείας κρατικός ή ιδιωτικός δεν μπορεί να προσφέρει υγεία σε άλλους. Η θεμελίωση του συστήματος δεν αφορά έτσι στην απόδοση του εργαζομένου υγείας, αλλά την ίδια την υγεία, άρα και τη δημιουργικότητά του. Η υγεία παρέχεται από ανθρώπους σε ανθρώπους και είναι αδύνατον να σπάσει αυτό σε μαθηματικά και παραμέτρους. Η σύγχρονη ιατρική πράξη αφορά ομάδες έργου και όχι τον στείρο ανταγωνισμό ατομικών καριερών τύπου «ο θάνατός σου, η ζωή μου», ούτε και την άλλο μετάθεση ευθυνών και καθηκόντων. Η αξιολόγηση δηλαδή των στελεχών οφείλει να θέσει ως βασικό κριτήριο ακριβώς την επιτυχία σε αυτόν τον τομέα, κάτι που επίσης απουσιάζει παντελώς στην φιλοσοφία αυτού του νομοσχεδίου.

Οι πρακτικές της εντατικοποίησης, της διερεύνησης και του του ωραρίου, χωρίς αμοιβή, τον εκβιασμό της στεγνής αξιολόγησης, της συμπίεσης των αμοιβών στα όρια της φτώχειας και συνολικά της προλεταριοποίησης των εργαζόμενων δεν έχουν καμία θέση νομίζω στον χώρο της υγείας. Είναι όμως κλασικές και δήθεν αναγνωρισμένες πρακτικές με τις οποίες ο ιδιωτικός τομέας μειώνει μόνο φαινομενικά το κόστος του και αυξάνει υποτίθεται την απόδοσή του. Οι πρακτικές αυτές ζητείται τώρα να εισαχθούν και στη δημόσια υγεία ως επιτυχημένη πολιτική και ως δήθεν προτερήματα. Μάλιστα, ειδικά για ιδιωτικούς οικονομικούς τομείς που επιδοτούνται πρακτικά στο σύνολό τους από το κράτος, όπως η υγεία.

Λείπουν ακόμη και οι ασφαλιστικές προβλέψεις της ίδιας της καπιταλιστικής θεωρίας, με αποτέλεσμα τον αυταρχισμό, την αναξιοκρατία, τον νεποτισμό, την αδιαφάνεια. Εδώ δηλαδή, αυτή η ιδιωτική φιλοσοφία πρακτικά ενσωματώνεται και με τις προβληματικές πτυχές του αυταρχικού κράτους. Τελικά, η υγεία καταλήγει να είναι ψευδο - δημόσιο. Χρειάζεται μεγάλη προσοχή στο ότι τα παραπάνω δεν μπορούν να λυθούν με την απλή επικέντρωση στο επιχειρησιακό άξονα, δημόσιο έναντι του ιδιωτικού. Ο επιχειρησιακά δημόσιος χαρακτήρας της δημόσιας υγείας είναι μια απαραίτητη, αλλά όχι ικανή προϋπόθεση για την υγεία. Η απλή και επιφανειακή επικέντρωση μόνο σε μια επιχειρησιακά δημόσια υγεία, επίσης δεν λύνει κανένα από τα παραπάνω προβλήματα. Μάλλον παραπλανά περισσότερο τους ενασχολούμενους με τις πολιτικές υγείας και ταυτόχρονα, δυσφημεί την δημόσια κοινωνιο - κεντρική πρακτική στα μάτια των ασθενών. Απαιτούνται όσα εξέθεσα, ώστε να μιλάμε για την επιδίωξη μιας πραγματικά δημόσιας υγείας. Οι προϋποθέσεις ενός νέου μοντέλου υγείας, διασφαλιζόμενης από ανθρώπους και παρεχόμενες από ανθρώπους, να καλύπτονται αν η υγεία παρέχεται ως δημόσια. Δηλαδή, δημόσια και επιχειρησιακά με την οργάνωση, τη στελέχωση και τις συνθήκες εργασίας, αλλά πάνω απ’ όλα και ευρύτερα πολιτικά, με τον έλεγχο και επιλογή του οράματος υγείας για όλες και όλους, δωρεάν από την κοινωνία προς την κοινωνία, χωρίς αλλαγή μοντέλου υγείας, το πρόβλημα θα παραμένει ανεπίλυτο. Είτε θα έχουμε χαμηλού επιπέδου υγεία που στην πράξη δεν θα υπάρχει, είτε θα έχουμε ποιοτική υγεία μόνο για κάποιους λίγους και εκλεκτούς. Σε αυτή την δεύτερη περίπτωση, η υγεία απλώς μετατρέπεται σε μηχανισμό ιατρικής διαλογής του πληθυσμού, κοινώς σε εργαλείο κοινωνικής μηχανικής.

Θα προσπαθήσω τώρα να καταδείξω τι θα αποτελούσε μια σωστή προσέγγιση. Στα ίδια ζητήματα που θίγονται οι γενικές και ειδικές ομάδες διαχείρισης πρωτοβάθμιων περιστατικών, χρειάζεται να τεθούν σε έμφαση σε δύο άξονες ισοτιμίας. Ο πρώτος άξονας είναι μεταξύ οργανικής και ψυχικής υγείας και ο δεύτερος άξονας είναι μεταξύ θεραπείας, ενημέρωσης και πρόληψης στο επίπεδο της κοινότητας. Το βασικό κύτταρο μιας σωστής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, θα αποτελεί οπωσδήποτε η ομάδα υγείας. Αυτή η ομάδα υγείας θα αποτελείται από οικογενειακούς γιατρούς, δηλαδή γενικούς ιατρούς ή παθολόγους και έναν παιδίατρο, που έχουν έναν συντονιστή και υποβοηθούνται από τουλάχιστον μία νοσηλεύτρια, νοσηλευτή επισκέπτη ή επισκέπτρια υγείας, ένα φυσικοθεραπευτή ή φυσικοθεραπεύτρια. Χρειάζεται δηλαδή, να καθοριστεί ένας ορισμένος αριθμός πολιτών ανά γιατρό με στελέχωση επαρκή, ώστε να καλύπτεται η διημέρευση και η παροχή φροντίδας στο σπίτι, όταν κρίνεται αυτή αναγκαία. Η ομάδα υγείας δύναται να πλαισιώνεται απευθείας από άλλες ειδικότητες, ανάλογα με τις ανάγκες κάθε φορά, αλλά και ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει η εκάστοτε περιοχή. Χρειάζεται δηλαδή, να έχουμε κατά νου, ότι ένας ορισμένος αριθμός ομάδων υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να αναλογεί με μια μονάδα αναφοράς. Πολλές τέτοιες ομάδες υγείας μαζί με τις αντίστοιχες μονάδες αναφοράς αποτελούν ένα δίκτυο, το οποίο μπορεί να συντονίζεται και να επιτελεί όλες τις ενέργειες που απαιτούνται για τη σωστή μεταχείριση, σε κάθε περίπτωση ασθενούς. Η ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης χρειάζεται να θέσει την έμφαση στην περίθαλψη της χρόνιας νόσου όχι από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, αλλά μέσα από την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για ολοκληρωμένη πρόληψη και φροντίδα στην κοινότητα, με την ανάπτυξη ανάλογου κυττάρου ψυχικής υγείας.

Τώρα ορισμένες παρατηρήσεις επί της ψυχικής υγείας. Οφείλουμε να έχουμε κέντρα πρόληψης της ψύχωσης. Το κέντρο έγκαιρης παρέμβασης στην ψύχωση, θα λειτουργεί εντός μονάδων αναφοράς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η ολοκληρωμένη δέσμη υπηρεσιών που θα προσφέρει η ομάδα υγείας δεν θα περιλαμβάνει μόνο συμπτωματική αντιμετώπιση, θα συμπεριλαμβάνει επίσης πρόληψη αγωγή υγείας, παραγωγή υγείας, προσυμπτωματικού έλεγχο, πρόληψη ψυχικής νόσου, κατ’ οίκον φροντίδα υγείας και κατ’ οίκον νοσηλεία, αποκατάσταση, δράσεις στα σχολεία, δράσεις στο χώρο της εργασίας και υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Κάθε πολίτης δηλαδή, θα έχει δικαίωμα για ελεύθερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και φροντίδας, που προσφέρονται από τις υπηρεσίες οικογενειακής ιατρικής. Θα υπάρχει ελεύθερη επιλογή γιατρού η οποία θα γίνει εφικτή σταδιακά. Θα υπάρχει απευθείας πρόσβαση στον ειδικό, εφόσον ο ασθενής έχει ήδη διαγνωσμένη χρόνια νόσο. Η όλη διαδικασία όπως την περιέγραψα, πρέπει να είναι δωρεάν.

Τα αγροτικά ιατρεία, τα κέντρα υγείας, τα ΤΟΜΥ, οι τυχόν υπάρχουσες Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Οργανισμών, Ταμείων, ΟΤΑ και άλλων κατά την ανάπτυξη των ομάδων υγείας ενοποιούνται και απορροφούνται στο Ενιαίο Δίκτυο Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Οι γιατροί θα εργάζονται στο δημόσιο τομέα, θα πληρώνονται από το δημόσιο, ενώ για την κλήση και εκτός ωραρίου θα υπάρχει έξτρα αμοιβή. Επίσης, θα αμείβεται και η εφημερία ετοιμότητας. εάν υπάρχει έλλειψη ειδικών το σύστημα προσωρινά μπορεί να προσλάβει ανειδίκευτους ιατρούς με εμπειρία πέντε ετών στο επάγγελμα ή ενός έτους σε νοσοκομείο. Χρειάζεται προαιρετική αναβάθμιση του ρόλου των φαρμακοποιών με διαδικασία πιστοποίησης τους ως συμβούλων υγείας, αλλά και ένα πανελλαδικό δίκτυο τηλεϊατρικής που θα υπάγεται στο ΕΣΥ.

Με αυτό το δίκτυο δύναται να συμβάλλεται ως πάροχος ή λήπτης υπηρεσιών κάθε γιατρός, κατόπιν βέβαια πρόσθετης εξειδίκευσης στη χρήση και τα όρια της τηλεϊατρικής. Η πρωτοβάθμια υγεία χρειάζεται να αναδιαταχθεί ειδικά στις δυσπρόσιτες περιοχές. Αυτές είναι οι προτάσεις που έχουμε να κάνουμε εμείς επί του νομοσχεδίου.

Κυρίες και κύριοι συνάδελφοι, με την κατάθεση του παρόντος νομοσχεδίου τουλάχιστον αναγνωρίζετε έμπρακτα και αυτό μπορώ να το ομολογήσω και εγώ και ο τομέας υγείας του ΜέΡΑ25 τη δυσλειτουργία της δημόσιας υγείας σήμερα. Όμως, το συγκεκριμένο νομοσχέδιο σηματοδοτεί την απώλεια της ευκαιρίας για ριζοσπαστική αλλαγή του μοντέλου στη χώρα μας, όπως αυτή που εξέθεσα. Εμείς, θεωρούμε ότι η κρίση της πανδημίας χρειάζεται να ιδωθεί ως μια ευκαιρία για να φτιάξουμε μια σωστή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας πάνω στις αρχές όμως που παρουσίασα. Σας ευχαριστώ πολύ.

**ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΛΙΟΥΠΗΣ (Προεδρεύων της Επιτροπής):** Τον λόγο έχει η κυρία Ασημακοπούλου.

**ΣΟΦΙΑ - ΧΑΪΔΩ ΑΣΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΥ:** Ευχαριστώ, κ. Πρόεδρε. Κύριε Υπουργέ, κυρίες και κύριοι συνάδελφοι, το σύστημα υγείας της χώρας νοσεί βαριά χτυπημένο από τις διαρκείς κρίσεις. Το χαρακτηρίζουν οι υγειονομικές ανισότητες, τα κοινά, τα δομικά προβλήματα, οι άθλιες σε πολλές περιπτώσεις εγκαταστάσεις, οι αποκλεισμοί, τα συμφέροντα και όλα αυτά το αποδυναμώνουν συνεχώς.

Παρά τις ηρωικές προσπάθειες του ελλιπούς ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία τα προβλήματα είναι πολλά και ακανθώδη. Αυτό είναι αποτέλεσμα τόσο των πολιτικών λιτότητας, όσο και της πανδημίας του κορονοϊού, η οποία έφερε στο προσκήνιο μείζονα προβλήματα του χώρου της υγείας, όπως οι ελλείψεις σε ειδικές μονάδες ΜΕΘ και σε εξειδικευμένο προσωπικό και αντί να λυθεί στοχευμένα και μεθοδικά αυτή η νοσηρή πραγματικότητα, επιλέγεται ως επικρατέστερη ή μάλλον εύκολη λύση, την είσοδο των ιδιωτών στον χώρο της υγείας.

Μία λύση που βολεύει, εντός πολλών εισαγωγικών και γενικώς και ειδικώς. Διότι, έτσι δεν αναβαθμίζεται, όπως υποστηρίζετε, αλλά αντιθέτως υποβαθμίζετε τη λειτουργία των δημόσιων μονάδων. Σύμφωνα με στοιχεία που παρουσίασε ο Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος και τα οποία θα καταθέσουμε στα πρακτικά, η δημόσια χρηματοδότηση για τις δαπάνες υγείας τη δεκαετία 2009 - 2019 από 6,4% του ΑΕΠ το 2009 μειώθηκε στο 4,7%το 2018 και το 2019.

Αν ληφθεί υπόψη ότι μειώθηκε και το ΑΕΠ, τότε προφανώς η μείωση είναι μεγαλύτερη. Αντίθετα, η δημόσια χρηματοδότηση για τις δαπάνες υγείας 23 κρατών - μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρέμεινε μέσα στη δεκαετία σταθερή στο 8% του ΑΕΠ, ενώ το αντίθετο ποσοστό στις νότιες χώρες μειώθηκε από 6,9 σε 6,4% του ΑΕΠ το 2019.

Όσον αφορά στην κατά κεφαλήν δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, δηλαδή, τα χρήματα που δίνει η χώρα μας για κάθε ασθενή σε φάρμακο, στην Ελλάδα αυτή διαμορφώθηκε στα 237 ευρώ το 2019, όταν ο μέσος όρος στη νότια Ευρώπη ανήλθε στα 323 ευρώ και στη δυτική Ευρώπη στα 444 ευρώ.

Σύμφωνα με τα ίδια στοιχεία, η μείωση της δαπάνης του ΕΟΠΥΥ για τα φάρμακα των ασφαλισμένων του την περίοδο 2012-2020, κατά περίπου 31%, είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση του claw-back και του rebate κατά 379% και της συμμετοχής των ασθενών κατά 54%. Πέραν, όμως, της συμμετοχής των ασθενών, οι ιδιωτικές δαπάνες προέρχονται και από άμεσες πληρωμές φαρμάκων από την τσέπη των ασθενών.

Την ίδια ώρα, οι δαπάνες για την πρόληψη στην Ελλάδα σύμφωνα με την περσινή σχετική έρευνα της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας, που επίσης θα καταθέσουμε στα πρακτικά, είναι πενιχρές. Με απλά λόγια, η πρόληψη είναι άγνωστη λέξη για εσάς και επιλέγετε να ασκείται πολιτική ασθενείας. Ο όρος «προληπτική ιατρική» περιλαμβάνει κάθε ενέργεια ή υπηρεσία που έχει στόχο να μειώσει τη συχνότητα και σοβαρότητα ασθενειών και τραυματισμών, όπως και τις επιπτώσεις ή επιπλοκές αυτών. Κάθε Έλληνας ξοδεύει κατά μέσο όρο μόλις 17 ευρώ το χρόνο για υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής, ποσό που αντιστοιχεί σε μόλις ένα 1,3% του συνόλου των δαπανών υγείας. Η Eurostat κατατάσσει την Ελλάδα στις τελευταίες θέσεις της Ευρώπης σε δαπάνες πρόληψης. Μόνο η ρουμάνια και η Σλοβακία ξοδεύουν κατά κεφαλήν λιγότερα.

Φέρνετε, λοιπόν, αυτό το νομοσχέδιο το οποίο πρακτικά θα οδηγήσει στον περιορισμό της πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, θέτοντάς τους, στην ουσία, έναν κόφτη και, ταυτόχρονα, οδηγείτε το σύστημα υγείας σε περαιτέρω ιδιωτικοποίηση. Για άλλη μία φορά, παρέχετε σε υπουργούς υπερεξουσιοδοτήσεις, μεταξύ άλλων, να αποφασίζουν για πολύ σημαντικά ζητήματα, όπως εάν το κόστος της επέμβασης των απογευματινών χειρουργείων θα καλύπτεται εν όλω ή εν μέρει από τον ΕΟΠΥΥ. Ξεκινά και επισήμως το ΕΣΥ, δηλαδή, να λαμβάνει μια ιδιωτική χροιά και, φυσικά, με άλλα λόγια, θα αναγκάσει τους πολίτες, όσους μπορούν δηλαδή, προκειμένου να αποφύγουν τις αναμονές των πρωινών χειρουργείων, να βάλουν το χέρι στην τσέπη ακόμη μία φορά, διευρύνοντας βέβαια, ταυτόχρονα, τις υγειονομικές ανισότητες, αλλά και τις ακάλυπτες υγειονομικές ανάγκες για όσους συμπολίτες μας δεν μπορέσουν να ανταποκριθούν οικονομικά.

Το κύριο ερώτημα είναι το εξής. Θα υπάρξουν ισχυρές δικλείδες ασφαλείας, ώστε να μην υποβαθμιστούν τα πρωινά χειρουργεία στο ΕΣΥ ή θα είναι απλώς επιφανειακές για τα μάτια του κόσμου, που θα κάμπτονται εύκολα στο βωμό του κέρδους; Πρέπει κάποια στιγμή να αντιληφθείτε ότι στόχος δεν πρέπει να είναι το ιδιωτικό κέρδος, αλλά η προάσπιση της δημόσιας υγείας. Εμείς, στην Ελληνική Λύση, σας το λέμε χωρίς περιστροφές. Δεν θα επιτρέψουμε να πειραματιστείτε άλλο με την υγεία των Ελλήνων πολιτών. Σας ευχαριστώ.

**ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΛΙΟΥΠΗΣ (Προεδρεύων της Επιτροπής)**: Τον λόγο έχει ο κ. Μαραβέγιας.

**ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΜΑΡΑΒΕΓΙΑΣ**: Ευχαριστώ πολύ, κύριε Πρόεδρε. Κυρίες και κύριοι συνάδελφοι, σε αυτές τις τρεις, και τελειώνει και η τέταρτη συνεδρίαση, ακούσαμε και τη γνώμη των κομμάτων της Αντιπολίτευσης, ακούστηκαν την Παρασκευή, και τους ακούσαμε όλοι με προσοχή, και τους φορείς και είμαι βέβαιος, κύριε Υπουργέ, ότι θα αξιοποιήσετε και στο μέλλον πολλές από τις προτάσεις που ακούστηκαν επί ζητημάτων, κυρίως πρακτικών.

Εγώ θα ήθελα να κάνω μία τυπική παρατήρηση, η οποία αφορά στο άρθρο 25, δηλαδή, τις δαπάνες για την εξόφληση υποχρεώσεων του ΕΟΠΥΥ. Με αυτό το άρθρο τακτοποιούνται νομικά δαπάνες του ΕΟΠΥΥ για αγορά υπηρεσιών από κάποιους ιδιώτες, που, όμως, δεν αναφέρονται, και αφορούν υποχρεώσεις του Οργανισμού από το 2018 και εντεύθεν. Είμαι βέβαιος πως το έχετε υπόψη σας αλλά το αναφέρω για λόγους πληρότητας, ότι θα χρειαζόταν τουλάχιστον μια λίστα των ονομάτων και αυτές τις δραστηριότητες των αναδόχων που εξέδωσαν αυτά, είτε μιλάμε για 6 τιμολόγια, είτε για 5 τιμολόγια και μία απόδειξη παροχής υπηρεσιών συνολικού ύψους 860.000 ευρώ. Είναι προφανές ότι πρόκειται για υπηρεσίες που έλαβε όντως ο ΕΟΠΥΥ και ως διάδοχος του ΙΚΑ και οι οποίες θα πρέπει να αποζημιωθούν, ακόμη και αν ήταν εξωσυμβατικές. Όμως, καθαρά για το τυπικό του πράγματος, ίσως θα πρέπει να ενημερωθεί και η Επιτροπή μας για το περιεχόμενο των τιμολογίων για την προέλευση αυτών των υπηρεσιών.

Είμαι βέβαιος ότι αυτά τα στοιχεία θα υπάρχουν διαθέσιμα για να τα έχετε από τη Διοίκηση του ΕΟΠΥΥ, αλλά πηγαίνοντας και πέρα από τα τυπικά, κύριε Πρόεδρε, που ακούστηκαν και σε κάποια ουσιαστικά πράγματα για το νομοσχέδιο και μάλιστα από τα Κόμματα της Αντιπολίτευσης, θα ήθελα να σταθώ σε αυτά για να καταλάβουν και οι πολίτες τη διαφορά ανάμεσα στον τρόπο που νομοθετούμε εμείς σήμερα και πώς νομοθετούσε ο ΣΥ.ΡΙΖ.Α. όταν βρισκόταν στην εξουσία.

Ξεκινώ με την παρατήρηση του κ. Ξανθού για τον προσωπικό γιατρό που προβλέπεται μέσα στο παρόν νομοσχέδιο. Ο Εισηγητής της Αξιωματικής Αντιπολίτευσης, που έχει θητεύσει και στο Υπουργείο Υγείας θεωρεί, ότι πρόκειται για μια άχρηστη επανάληψη νομοθετικής πρόβλεψης που είχε γίνει από τον ίδιο με τον ν.4486/2017, για τον λεγόμενο «οικογενειακό γιατρό». Ταυτόχρονα όμως μας ανέφερε, ότι οι νέες διατάξεις που φέρνει ο κ. Πλεύρης, υποβαθμίζουν το περιεχόμενο του νόμου του ΣΥ.ΡΙΖ.Α.. Είναι προφανές, ότι δεν μπορεί να ισχύουν και τα δύο - ή το ένα ή το άλλο - είτε επανάληψη λοιπόν προηγούμενων διατάξεων είτε η σημερινή νομοθετική πρωτοβουλία συνιστά αλλοίωση του ισχύοντος νομοθετικού πλαισίου και πρέπει λοιπόν να ξεκαθαρίσουμε τι ακριβώς εννοούμε εδώ, για να μην συγχέουμε τις τυπικές με τις ουσιαστικές αλλαγές.

Θυμάμαι ένα πρόσφατο παρόμοιο περιστατικό με τον ΣΥ.ΡΙΖ.Α., ο οποίος κατήγγειλε, διά των δύο πρώην Υπουργών, τον κ. Ξανθό και τον κ. Πολάκη, ότι το Υπουργείο Υγείας «δήθεν αλλοίωσε» την ισχύουσα διάταξη για τις κρίσεις των γιατρών του ΕΣΥ, με την τροποποίηση παλαιότερου νόμου του ΠΑΣΟΚ, ενώ στην πραγματικότητα επρόκειτο για απλή προσθήκη της αναγνώρισης προϋπηρεσίας γιατρών εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης, σε χώρες όπως είναι πλέον και η Μεγάλη Βρετανία και όλοι αντιλαμβανόμαστε την προφανή ανάγκη αυτής της αλλαγής, εκτός από τον ΣΥ.ΡΙΖ.Α., ο οποίος κατήγγειλε τον Υπουργό Υγείας για λαθροχειρία και θυμίζω ακριβώς τι έγραφε η διάταξη του νόμου του ΠΑΣΟΚ, ότι οι γιατροί που προσλαμβάνονται για πρώτη φορά σε θέση επιμελητών διορίζονται με πενταετή θητεία και στο τέλος της πενταετίας η θέση επαναπροκηρύσσεται και εφόσον επιλεγεί ο ίδιος γιατρός, διορίζεται ως μόνιμος. Οι ιατροί που επιλέγονται δύο φορές για κατάληψη θέσης στο ΕΣΥ, μονιμοποιούνται αυτοδίκαια στο βαθμό που κατέχουν, μετά τη συμπλήρωση προϋπηρεσίας πέντε ετών. Αυτά έλεγε η παλιά διάταξη, όπως τα ίδια ακριβώς λέει και η καινούργια και καταθέτω το πλήρες κείμενο για τα πρακτικά, για να καταδείξω ότι υπάρχει ένα σοβαρό ζήτημα συναντίληψης με τον ΣΥ.ΡΙΖ.Α., ιδιαίτερα όταν ένας πρώην Υπουργός Υγείας, που οφείλει να γνωρίζει το βασικό νομοθετικό πλαίσιο, έρχεται και καταγγέλλει δήθεν «νομοθετικές λαθροχειρίες» είτε ανακύκλωση της υφιστάμενης νομοθεσίας. Και εν πάση περιπτώσει, αν ο κ. Ξανθός κατηγορεί τον κ. Πλεύρη για νομοθετικές επαναλήψεις, νομίζω ότι θα έπρεπε να ξεκινήσει κάνοντας την αυτοκριτική του, γιατί το 2017 δήθεν «νομοθετούσε ως καινοτομία» τον οικογενειακό γιατρό, ενώ αυτός ο θεσμός προϋπήρχε από το 2014, καθώς είχε έρθει από την τότε Κυβέρνηση της Νέας Δημοκρατίας.

Καλό είναι λοιπόν, να μένουμε στα σημαντικά πράγματα και να μην εξαντλούμαστε σε άσκοπη κριτική για τα αυτονόητα όπως είναι αυτονόητη η ανάγκη ύπαρξης του οικογενειακού γιατρού. Πρέπει να υπάρχει ο θεσμός και πρέπει να ενισχυθεί και προφανώς συμφωνώ, ότι ο ΣΥ.ΡΙΖ.Α. επιχείρησε το 2017- και είμαι αρκετά καλοπροαίρετος- να στηρίξει τον θεσμό που είχε φέρει η Νέα Δημοκρατία, το θέμα όμως είναι, τι αποτέλεσμα είχαν φέρει οι αλλαγές του ΣΥ.ΡΙΖ.Α. το 2017 και εκεί πρέπει να εστιάσουμε την προσοχή, στο αποτέλεσμα και όχι για το ποιος το νομοθέτησε πρώτη ή τελευταία φορά. Και το αποτέλεσμα, κύριε Ξανθέ, που με ακούτε, ήταν αρκετά κακό και όχι γιατί η τότε Αξιωματική Αντιπολίτευση, όπως ισχυριστήκατε, χτυπούσε με την κριτική της το νομοσχέδιο, αλλά γιατί σύσσωμη η επιστημονική κοινότητα των γιατρών Γενικής Ιατρικής γύρισε την πλάτη στις ΤΟΜΥ και θεωρώ, ότι ήταν ένα νομοσχέδιο κι ένας νόμος μετέπειτα, που είχε πολλά σαθρά σημεία στη βάση του.

Όλα αυτά σε μια χώρα με την ολοένα αυξανόμενες ιδιωτικές φαρμακευτικές δαπάνες, τις έντονες υγειονομικές ανισότητες, τη μετατροπή των μονάδων σε μία νόσου αφήνοντας ακάλυπτες ανάγκες υγείας με την ανισοκατανομή πόρων και ανθρώπινου δυναμικού.

Ο νομός Λασιθίου, δυστυχώς, δεν αποτελεί εξαίρεση από αυτόν τον κανόνα. Η δημόσια δαπάνη για την υγεία μειώθηκε από το 6,6 2010 στα 4,7 του ΑΕΠ το 2019 και εξακολουθεί να μειώνεται. Το μόνιμο προσωπικό του ΕΣΥ μειώθηκε επίσης, σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Εσωτερικών που διαψεύδουν τα περί του αντιθέτου. Το σύνολο του τακτικού προσωπικού των φορέων υγείας μειώθηκε από 77.631 το Φεβρουάριο του 2020 σε 74.450 το Φεβρουάριο το 2022, μειώθηκε δηλαδή κατά 3.181 άτομα. Ταυτόχρονα, κατά τη διάρκεια της κρίσης 18.000 γιατροί έχουν εγκαταλείψει τη χώρα και εργάζονται στο εξωτερικό.

Θα μου επιτρέψετε, κ. Πρόεδρε, με την ανοχή σας μια αναφορά στο άρθρο 45, που αφορά στη σύσταση και λειτουργία της Εθνικής Επιτροπής Στοματικής Υγείας. Μια πρόταση της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας και αποτελεί θετικό βήμα για υιοθέτηση της από το Υπουργείο. Να επισημάνω ότι σαν Κυβέρνηση με τη συνεργασία της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας προωθήσαμε χρονίζοντα οδοντιατρικά προβλήματα όπως τη διαρκή επιμόρφωση οδοντιάτρων, αλλά και την ισότιμη συμμετοχή τους στα όργανα λήψης αποφάσεων, θεσμοθετήσαμε τη δωρεάν παροχή οδοντιατρικής φροντίδας σε παιδιά σχολικής ηλικίας που δυστυχώς δεν ολοκληρώθηκε. Διαβάζω για να επισημάνω τη διαχρονική αδιαφορία για την πρόληψη από τον πρόλογο εργασίας ομάδας επιστημόνων «στοματική υγεία και πρόληψη» του επικεφαλής της ομάδας, του αείμνηστου καθηγητή Φώτη Μήτση τον Οκτώβριο του 1986: «Στον εθνικό προγραμματισμό για την υγεία η πρόληψη και η αγωγή υγείας κατέχουν πρωτεύουσα θέση. Στο χώρο της οδοντιατρικής είναι κραυγαλέα η έλλειψη προστασίας του παιδιού με προληπτικές οδοντιατρικές διαδικασίες τη στιγμή που τα επιτεύγματα σε άλλες χώρες είναι εντυπωσιακά. Είναι επιτακτική η ανάγκη πληροφόρησης και ευαισθητοποίησης του λαού για την ατομική στοματική υγεία. Αποτελεί βασική επιταγή στροφής της φιλοσοφίας στην οδοντιατρική από τη θεραπεία στην πρόληψη μέσα στα πλαίσια για τη διάρθρωση της κοινωνικής οδοντιατρικής». Αυτή την κραυγαλέα έλλειψη προσπάθησε να καλύψει ο ΣΥΡΙΖΑ στην διάρκεια της διακυβέρνησης του. Όποια και όσα βήματα έχουν γίνει προς αυτή την κατεύθυνση έχουν γίνει αποκλειστικά με πρωτοβουλία της οδοντιατρικής οικογένειας, όπως η καμπάνια στα πλαίσια της παγκόσμιας ημέρας στοματικής υγείας με την απουσία του κράτους να είναι εκκωφαντική. Αποτελεί δε πρόκληση η δέσμευση 40 εκατομμυρίων για πρόληψη εφάπαξ από το Ταμείο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας στο πλαίσιο του προγράμματος Απόστολος Δοξιάδης αντί για τη μόνιμη δωρεάν παροχή οδοντιατρικής φροντίδας στα παιδιά της σχολικής ηλικίας όπως είχε προβλεφθεί.

Ευχαριστώ πολύ.

**ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΛΙΟΥΠΗΣ (Προεδρεύων της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε, κ. Θραψανιώτη.

Κύριε Ξανθέ, ζητήσατε να δευτερολογήσετε;

**ΑΝΔΡΕΑΣ ΞΑΝΘΟΣ (Εισηγητής Μειοψηφίας):** Όχι κ. Πρόεδρε, το ξέρω ότι δεν προβλέπεται.

Απλώς θα ήθελα πριν λάβει το λόγο ο κ. Υπουργός να κάνω μία συμπληρωματική επισήμανση.

Μπορώ;

**ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΛΙΟΥΠΗΣ (Προεδρεύων της Επιτροπής):** Μπορείτε.

**ΑΝΔΡΕΑΣ ΞΑΝΘΟΣ (Εισηγητής της Μειοψηφίας):** Θα ήθελα να πω το εξής: έχουν έρθει - μάλλον καθυστερημένα- κάποιες τοποθετήσεις δύο ομοσπονδιών, δύο συλλόγων που εκπροσωπούν επαγγελματίες υγείας των οδοντοτεχνιτών και των οπτικών των οπτομετρών, οι οποίοι κάνουν κριτική στα άρθρα 38 και 39 και ισχυρίζονται ότι υπήρξε αλλαγή από την αρχική διατύπωση που υπήρχε στο σχέδιο που είχε βγει για δημόσια διαβούλευση με την τελική version, η οποία κατατέθηκε στο νομοσχέδιο και υπήρχαν διατυπώσεις που δεν είχαν συμφωνηθεί. Επειδή δεν κλήθηκαν στην ακρόαση φορέων θα έλεγα και θα παρακαλούσα τον κ. Υπουργό να αποσύρει αυτά τα δύο άρθρα, να τα διαβουλευτεί με τους αρμόδιους συλλόγους, που είναι πια Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, έχουν νομική υπόσταση και κατοχύρωση και να μας τα φέρει σε ένα επόμενο νομοσχέδιο. Νομίζω, ότι δεν υπάρχει λόγος τώρα να νομοθετηθεί κάτι το οποίο να δημιουργήσει προβλήματα στην πορεία και να χρειαστεί τροποποίηση. Αυτά και ευχαριστώ.

**ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΛΙΟΥΠΗΣ (Προεδρεύων της Επιτροπής):** Και εμείς ευχαριστούμε.

Κύριε Υπουργέ, έχετε τον λόγο.

**ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΠΛΕΥΡΗΣ (Υπουργός Υγείας):** Ολοκληρώθηκε η διαδικασία και της τέταρτης πλέον συνεδρίασης μας. Ενός νομοσχεδίου το οποίο, αν θυμόσαστε, ενώ είχαμε πει ότι θα έρθει ενδεχομένως και πριν από το Πάσχα, συνεννοηθήκαμε προκειμένου να υπάρχει μεγαλύτερη διαβούλευση με τους φορείς να έρθει μετά το Πάσχα, γίνεται η διαδικασία των Επιτροπών και είναι ώριμο να έρθει στην Ολομέλεια. Θα είμαι πολύ σύντομος. Θέλω να αναφερθώ πρώτα απ’ όλα σε κάποιους πυλώνες, γιατί επί της αρχής υπάρχουν θέματα στα οποία συμφωνούμε και ενδεχομένως διαφωνούμε ως προς τον τρόπο υλοποίησής τους.

Θεωρώ ότι στο κομμάτι του προσωπικού ιατρού λίγο πολύ υπάρχει μία συμφωνία. Στο σύνολο όλοι αντιλαμβανόμαστε την αναγκαιότητα που πρέπει να υπάρξει και προσπαθήσαμε, εκτιμώντας και τα χαρακτηριστικά της χώρας που έχουμε, με τους ειδικούς ιατρούς να πάμε σε ρυθμίσεις οι οποίες θα είναι και ωφέλιμες για τον πολίτη και θα τις αγκαλιάσει και η επιστημονική κοινότητα των ιατρών. Στην πραγματικότητα αυτό δεν είναι επίπεδο κριτικής, αλλά είναι και επίπεδο πραγματικότητας. Το 2017, μόλις έγινε η αλλαγή του σκέλους του οικογενειακού γιατρού, από τους 1.900 περίπου οικογενειακούς γιατρούς που ήταν εγγεγραμμένοι στον ΕΟΠΥΥ οι μισοί επέλεξαν να φύγουν από το σύστημα. Άρα, είναι σημαντικό οι όποιες αλλαγές γίνουν, να γίνουν με τρόπο που να αισθάνεται η επιστημονική κοινότητα ότι ακούμε τις θέσεις τους και δεν δημιουργούμε έναν ανταγωνισμό μεταξύ ειδικών και προσωπικών ιατρών.

 Στο κομμάτι που έχει να κάνει με κριτήρια real time και ποιότητας, πάλι επί της αρχής υπάρχει μια συμφωνία, υπάρχουν κάποιες αναφορές οι οποίες έχουν γίνει και θα τις δούμε και στην Ολομέλεια. Προφανώς, υπάρχει μια κεντρική διαφωνία που έχουμε, ότι εμείς πιστεύουμε σε συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. Το πιστεύουμε σε μια γενικότερη αντίληψη, σε μια αντίληψη ότι μπορείς να παίρνεις υπηρεσίες από τους ιδιώτες στο βαθμό που αυτές οι υπηρεσίες δεν πληρώνονται από τον πολίτη. Οφείλω να σας πω ότι αυτή τη στιγμή το μοντέλο που υπάρχει με τον ΕΟΠΥΥ, όπως λειτουργεί αυτή τη στιγμή, στην πραγματικότητα πληρώνει πολλά χρήματα ο πολίτης. Πληρώνει πολλά χρήματα, γιατί έχει συμμετοχή. Όπως γνωρίζετε στις συμμετοχές υπάρχουν και παράπλευρα έσοδα τα οποία γίνονται, το γνωρίζουμε αυτό ότι γίνεται και προσπαθούμε να τα αντιμετωπίσουμε. Πληρώνονται οι ιατρικές πράξεις που είναι εκτός του ΕΟΠΥΥ. Η ομαλή και σωστή λειτουργία σε ένα πλαίσιο θεσμικό δημόσιου και ιδιωτικού τομέα θα έχει όφελος στον πολίτη, διότι πολλά από αυτά τα οποία πληρώνει σήμερα ο πολίτης στους ιδιώτες θα πληρώνονται από το κράτος με διαφανείς διαδικασίες.

Στο κομμάτι που έχει να κάνει με τα θέματα των γενικότερων διατάξεων που έχουν τύχει και αποδοχής, αναφέρθηκαν μερικές από αυτές. Για παράδειγμα, όπως είναι το μητρώο για τα εγκαύματα. Είναι πάρα πολύ σημαντικό αυτό το οποίο έχουμε κάνει για τις δασικές πυρκαγιές να το επεκτείνουμε και σε όλο το πλαίσιο. Μάλιστα, αν δείτε, η αρχική διατύπωση ήταν διατύπωση που πήγαινε μόνο στις περιπτώσεις εγκληματικών ενεργειών και με παρεμβάσεις που έγιναν και πολύ σωστά έγιναν, πάμε συνολικά και στα οικιακά ατυχήματα. Υπάρχουν οι διαδικασίες που είναι για κατ’ οίκον περίθαλψη για την οδοντιατρική κάλυψη. Θέλω να πω εξ αρχής ότι σε κάποια θέματα τα οποία υπήρχαν προβληματισμοί, θα τα δείτε και αύριο, θα είναι η πρώτη σειρά των νομοτεχνικών βελτιώσεων.

Έρχομαι συγκεκριμένα, πρώτα από όλα στο άρθρο 4, όπου υπήρξε μια κριτική και από τον κ. Ξανθό για την κοινωνική δράση και την προσφορά σε τοπικές κοινωνίες ως κριτήριο, αλλά υπήρξε και μια πρόταση και από τον κ. Φραγγίδη. Αφαιρείται αυτό το κριτήριο. Θα ήθελα να σας πω τους λόγους γιατί μπήκε, γιατί μίλησα στο ενδιάμεσο με τον ΕΟΠΥΥ. Η πρόταση του ΕΟΠΥΥ ήταν στην εξής κατεύθυνση, αλλά κατά την εκτίμησή μου καλύπτεται και δεν χρειάζεται να μπει, να μπορέσουμε να δούμε τις περιπτώσεις όπου υπάρχουν κάποιες μικρές περιοχές που δεν μπορούν να υποστηρίξουν οι εκεί τοπικοί φορείς ιδιωτικοί ποιοτικά κριτήρια και είναι απαραίτητες για τις τοπικές κοινωνίες, γιατί μπορεί να είναι λίγα και συγκεκριμένα. Είναι προφανέστατο ότι δεν χρειάζεται να μπει ως ξεχωριστό κριτήριο. Ήδη στα κριτήρια που αναπτύσσονται θα ληφθεί μέριμνα και αυτή είναι η κατεύθυνση στον ΕΟΠΥΥ όταν έχουμε περιπτώσεις που μιλάμε για παρόχους που είναι σε νησιωτικές, ορεινές περιοχές και δεν μπορούμε να έχουμε τις ίδιες απαιτήσεις που έχουμε με άλλα αστικά κέντρα. Εδώ, λοιπόν, προστίθεται το κριτήριο του βαθμού της ικανοποίησης του ασθενούς, που πραγματικά είναι ένας σημαντικός δείκτης που μπορεί να δείξει, ενώ παράλληλα ενδέχεται και στις νομοτεχνικές βελτιώσεις να προστεθεί και το κριτήριο βαθμός συμμόρφωσης με περικοπές που γίνονται.

 Θα πρέπει κάποια στιγμή, ως ποιοτικός δείκτης, να βλέπουμε τι περικοπές κάνει ο ΕΟΠΥΥ στους ελέγχους για τους παρόχους και αντιστοίχως την επόμενη χρονιά να αποζημιώνονται, γιατί προφανώς ένας πάροχος που έχει πολλές περικοπές, αυτομάτως να μας δημιουργεί ένα στοιχείο αξιοπιστίας. Ήδη από την Εισηγήτρια μας έχει γίνει η παρατήρηση και για το Διοικητικό Συμβούλιο του ΕΟΠΥΥ, το οποίο θα δούμε στην πορεία αν και εφόσον αλλάξει κάτι προς αυτό. Αλλά, στο άρθρο 51 έχει γίνει αναφορά από την Εισηγήτρια για την ΕΣΑΜΕΑ και την Ένωση Ασθενών αλλά έχει κατατεθεί τροπολογία και από τον συνάδελφό μας κύριο Νικήτα Κακλαμάνη και αν δεν κάνω λάθος αναφέρθηκε και από άλλους Εισηγητές, Ειδικούς Αγορητές, ήταν και αίτημα και της Ένωσης Ασθενών, θα γίνει ρητή μνεία στους συνομιλητές της πολιτείας ως ενδεικτική αναφορά και η ΕΣΑΜΕΑ και η Ένωση Ασθενών, καθώς προφανέστατα η ΕΣΑΜΕΑ είναι ένα τριτοβάθμιο μάλιστα όργανο Συνομοσπονδίας. Η Ένωση Ασθενών αριθμεί πολλά μέλη, ώστε να φαίνεται με ένα ξεχωριστό τρόπο ότι αναφερόμαστε σε αυτές και προφανώς η δυνατότητα μπορεί να επεκταθεί και σε άλλες κατηγορίες.

Παράλληλα, θα προσπαθήσουμε να δούμε και σε κάποια άλλα επιμέρους θέματα, επιμέρους παρατηρήσεις που έχουν γίνει. Λόγου χάρη, θα δείτε στους οδοντιάτρους - γιατί αναφέρθηκε από την Ειδική Αγορήτρια - ότι έχει γίνει αναφορά και είναι πια στις ειδικότητες με το κατατεθέν νομοσχέδιο που προβλέπονται απευθείας στα κέντρα υγείας. Υπάρχουν και κάποιες παρατηρήσεις από τους Οδοντιατρικούς Συλλόγους σε άλλα άρθρα, τα οποία επεξεργαζόμαστε. Τα έχει θέσει η κυρία Ευθυμίου αναφορικώς με την παρουσία στα όργανα ως προς τους ελέγχους που γίνονται. Είναι κάποια επιμέρους θέματα.

Θα ήθελα να αναφερθώ και σε αυτά που είπε ως τροπολογία ο κύριος Μαραβέγιας. Έχει αναφερθεί σε δύο σημεία που είναι σημαντικά. Το ένα που είναι με αυτοτελή λειτουργία μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε κλινικές. Είναι κάτι το οποίο θα το επεξεργαστούμε σε αλλαγές που θα γίνουν στη δευτεροβάθμια. Ήδη έχει σταλεί. Αλλά αυτό το οποίο λέτε τώρα με τη δυνατότητα σε συγκεκριμένες περιοχές να υπάρχει μια κάλυψη και να μπορεί να γίνει με τα πλαίσια της τηλεϊατρικής, οπωσδήποτε θα ήταν επιθυμητό να κατατεθεί μια τροπολογία και σας λέω ότι αν υπάρχουν τεχνικά ζητήματα που δεν θα μπορέσει να γίνει δεκτό - αν και πιστεύω ότι μπορεί να ξεπεράσουν και να μπουν - είναι κάτι το οποίο θα επεξεργαστούν και οι υπηρεσίες, αλλά να έχει κατατεθεί τροπολογία, προκειμένου να το δούμε γιατί είναι στην κατεύθυνση άλλωστε όλης της φιλοσοφίας και της τηλεφωνικής που αναπτύσσεται και αναπτύσσεται και ως αυτοτελές πρόγραμμα και από το Ταμείο Ανάκαμψης.

Η τροπολογία που σας έχω αναφερθεί για το φάρμακο είναι τροπολογία, η οποία θα κατατεθεί και θα συζητηθεί αύριο. Συνεπώς, αύριο είμαστε στην Ολομέλεια, οπότε θα δούμε και τις τελικές διατυπώσεις.

**ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΛΙΟΥΠΗΣ (Προεδρεύων της Επιτροπής)**: Ευχαριστούμε, κύριε Υπουργέ. Κυρίες και κύριοι συνάδελφοι, ολοκληρώθηκε και η β΄ ανάγνωση του νομοσχεδίου. Εισερχόμαστε στην ψήφιση των άρθρων.

Όπως προκύπτει από τις τοποθετήσεις των Εισηγητών και Ειδικών Αγορητών, τα άρθρα 1 έως 54, γίνονται δεκτά κατά πλειοψηφία, ως έχουν. Τέλος, γίνεται δεκτό κατά πλειοψηφία και το ακροτελεύτιο άρθρο και ερωτάται η Επιτροπή αν γίνεται δεκτό το σχέδιο νόμου στο σύνολό του.

**ΠΟΛΛΟΙ ΒΟΥΛΕΥΤΕΣ**: Δεκτό, δεκτό.

**ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΛΙΟΥΠΗΣ (Προεδρεύων της Επιτροπής)**: Δεκτό, κατά πλειοψηφία. Συνεπώς, το σχέδιο νόμου του Υπουργείου Υγείας «Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες διατάξεις», γίνεται δεκτό επί της αρχής, επί των άρθρων και στο σύνολό του, κατά πλειοψηφία.

Στο σημείο αυτό γίνεται η γ΄ ανάγνωση του καταλόγου των μελών της Επιτροπής.

 Παρόντες ήταν οι Βουλευτές κ. κ.: Ακτύπης Διονύσιος, Βαρτζόπουλος Δημήτριος, Βρούτσης Ιωάννης, Βρυζίδου Παρασκευή, Γιόγιακας Βασίλειος, Ευθυμίου Άννα, Ιατρίδη Τσαμπίκα (Μίκα), Καλογιάννης Σταύρος, Κεφαλά Μαρία – Αλεξάνδρα, Κόλλιας Κωνσταντίνος, Κρητικός Νεοκλής, Λεονταρίδης Θεόφιλος, Λιάκος Ευάγγελος, Λιούπης Αθανάσιος, Μαντάς Περικλής, Μαραβέγιας Κωνσταντίνος, Μαρκόπουλος Δημήτριος, Μαρτίνου Γεωργία, Μπίζιου Στεργιανή (Στέλλα), Μπλούχος Κωνσταντίνος, Οικονόμου Βασίλειος, Πνευματικός Σπυρίδων, Σαλμάς Μάριος, Σκόνδρα Ασημίνα, Στεφανάδης Χριστόδουλος, Τζηκαλάγιας Ζήσης, Τσιλιγγίρης Σπυρίδων (Σπύρος), Φωτήλας Ιάσονας, Χρυσομάλλης Μιλτιάδης (Μίλτος), Αβραμάκης Ελευθέριος, Αυγέρη Θεοδώρα (Δώρα), Βαρδάκης Σωκράτης, Βαρεμένος Γεώργιος, Γεροβασίλη Όλγα, Θραψανιώτης Εμμανουήλ, , Κασιμάτη Ειρήνη (Νίνα), Μεϊκόπουλος Αλέξανδρος, Μπαλάφας Ιωάννης, Μπάρκας Κωνσταντίνος, Ξανθός Ανδρέας, Ξενογιαννακοπούλου Μαρία – Ελίζα (Μαριλίζα), Σκουρλέτης Παναγιώτης (Πάνος), Τριανταφυλλίδης Αλέξανδρος (Αλέκος), Φωτίου Θεανώ, Μουλκιώτης Γεώργιος, Μπαράν Μπουρχάν, Πουλάς Ανδρέας, Φραγγίδης Γεώργιος, Κατσώτης Χρήστος, Λαμπρούλης Γεώργιος, Στολτίδης Λεωνίδας, Αθανασίου Μαρία, Ασημακοπούλου Σοφία-Χάιδω, Απατζίδη Μαρία και Γρηγοριάδης Κλέων.

Τέλος και περί ώρα 16:05΄ λύθηκε η συνεδρίαση.

**Ο ΠΡΟΕΔΡΕΥΩΝ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ**

**ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΛΙΟΥΠΗΣ**