**ΒΟΥΛΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ**

**ΠΕΡΙΟΔΟΣ Κ΄- ΣΥΝΟΔΟΣ Β΄**

**ΔΙΑΡΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ**

**Π Ρ Α Κ Τ Ι Κ Ο**

**(Άρθρο 36 παρ. 5 Κ.τ.Β.)**

Στην Αθήνα, σήμερα, 1 Νοεμβρίου 2024, ημέρα Παρασκευή και ώρα 10.10΄, στην Αίθουσα «Προέδρου Αθανασίου Κωνστ. Τσαλδάρη» (223)του Μεγάρου της Βουλής, συνήλθε η Διαρκής Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων, υπό την Προεδρία του Προέδρου αυτής, κυρίου Γεωργίου Στύλιου, με θέμα ημερήσιας διάταξης την επεξεργασία και εξέταση του σχεδίου νόμου του Υπουργείου Υγείας «Αναμόρφωση του θεσμού του   Προσωπικού Ιατρού - Σύσταση Πανεπιστημιακών Κέντρων Υγείας και άλλες διατάξεις του Υπουργείου Υγείας».

Στη συνεδρίαση παρέστησαν η Αναπληρώτρια Υπουργός Υγείας, κυρία Ειρήνη Αγαπηδάκη, ο Υφυπουργός Υγείας, κ. Δημήτριος Βαρτζόπουλος, 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, Βλαχάκος Νικόλαος, Βρεττάκος Γεώργιος, Γιόγιακας Βασίλειος, Γκολιδάκης Διαμαντής, Ευθυμίου Άννα, Ιατρίδη Τσαμπίκα (Μίκα), Καλλιάνος Ιωάννης, Καραμπατσώλη Κωνσταντίνα, Καρασμάνης Γεώργιος, Κεφάλα Μαρία – Αλεξάνδρα, Κρητικός Νεοκλής, Λιάκος Ευάγγελος, Μαντάς Περικλής, Μιχαηλίδου Δόμνα - Μαρία, Μονογυιού Αικατερίνη, Μπαραλιάκος Ξενοφών (Φώντας), Παπαθανάσης Αθανάσιος, Παπάς Θεοφάνης (Φάνης), Παπασωτηρίου Σταύρος, Πλεύρης Αθανάσιος, Ρουσόπουλος Θεόδωρος (Θόδωρος), Σενετάκης Μάξιμος, Σκόνδρα Ασημίνα, Σούκουλη - Βιλιάλη Μαρία - Ελένη (Μαριλένα), Σταμάτης Γεώργιος, Στύλιος Γεώργιος, Συρεγγέλα Μαρία, Τσιλιγγίρης Σπυρίδων (Σπύρος), Χατζηιωαννίδου Μαρία - Νεφέλη, Χρυσομάλλης Μιλτιάδης (Μίλτος), Γαβρήλος Γεώργιος, Θρασκιά Ουρανία (Ράνια), Καλαματιανός Διονύσιος - Χαράλαμπος, Κοντοτόλη Μαρίνα, Νοτοπούλου Αικατερίνη (Κατερίνα), Παναγιωτόπουλος Ανδρέας, Παππάς Πέτρος, Πολάκης Παύλος, Λιακούλη Ευαγγελία, Μουλκιώτης Γεώργιος, Πουλάς Ανδρέας, Σταρακά Χριστίνα, Τσίμαρης Ιωάννης, Κομνηνάκα Μαρία, Συντυχάκης Εμμανουήλ, Λαμπρούλης Γεώργιος, Στολτίδης Λεωνίδας, Αθανασίου Μαρία, Γραμμένος Βασίλειος, Φερχάτ Οζγκιούρ, Φωτίου Θεανώ, Οικονομόπουλος Αναστάσιος, Παπαδόπουλος Νικόλαος, Κεφαλά Γεωργία (Τζώρτζια), Μπιμπίλας Σπυρίδων, Δημητριάδης Πέτρος, Χαλκιάς Αθανάσιος, Λινού Αθηνά και Φλώρος Κωνσταντίνος.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Κυρίες και κύριοι συνάδελφοι, καλημέρα σε όλους. Αρχίζει η συνεδρίαση της Διαρκούς Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων, με θέμα ημερήσιας διάταξης την επεξεργασία και εξέταση του σχεδίου νόμου του Υπουργείου Υγείας «Αναμόρφωση του θεσμού του   Προσωπικού Ιατρού - Σύσταση Πανεπιστημιακών Κέντρων Υγείας και άλλες διατάξεις του Υπουργείου Υγείας». Στη συνεδρίαση παρίσταται η Αναπληρώτρια Υπουργός, κυρία Ειρήνη Αγαπηδάκη.

Ως προς τον προγραμματισμό των επόμενων συνεδριάσεων, η πρότασή μου είναι να συνεχίσουμε την επεξεργασία και εξέταση του σχεδίου νόμου τη Δευτέρα 4 Νοεμβρίου, στις 14:00΄ το μεσημέρι, με τη δεύτερη συνεδρίαση, την ακρόαση δηλαδή των εξωκοινοβουλευτικών προσώπων, και στις 17:00΄ το απόγευμα, την ίδια μέρα, με την τρίτη συνεδρίαση, για τη συζήτηση επί των άρθρων. Η επεξεργασία του νομοσχεδίου θα ολοκληρωθεί την Τετάρτη 6 Νοεμβρίου 2024 και ώρα 16:00΄ το απόγευμα, με τη β΄ ανάγνωση του νομοσχεδίου. Όλες οι συνεδριάσεις θα πραγματοποιηθούν στην Αίθουσα του Προέδρου Αθανασίου Τσαλδάρη - 223, στην αίθουσα που είμαστε τώρα.

Στο σημείο αυτό θα ήθελα οι Εισηγητές και Ειδικοί Αγορητές να προτείνουν τους φορείς που θα κληθούν στην επόμενη συνεδρίασή μας. Οι προτάσεις για τους φορείς παρακαλώ να κατατεθούν και γραπτώς στη Γραμματεία της Επιτροπής, ώστε να καταρτιστεί ο σχετικός κατάλογος των φορέων, τον οποίο θα σας ανακοινώσω στη συνέχεια.

Το λόγο έχει η Εισηγήτρια της Πλειοψηφίας, η κυρία Κεφάλα, για να προτείνει τους φορείς που θα κληθούν στην επόμενη συνεδρίαση.

**ΜΑΡΙΑ - ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΚΕΦΑΛΑ (Εισηγήτρια της Πλειοψηφίας):** Καλημέρα και καλό μήνα.

Εμείς προτείνουμε την Πανελλήνια Ομοσπονδία Ελευθεροεπαγγελματιών Παιδιάτρων, την Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, Ε.Σ.Α.μεΑ., τους Προέδρους των Ιατρικών Σχολών της χώρας, την Ελληνική Ακαδημία Γενικής και Οικογενειακής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, την Εταιρεία Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής Ελλάδος Ιπποκράτης, την Ελληνική Εταιρεία Έρευνας και Εκπαίδευσης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και το Ελληνικό Κολλέγιο Γενικής Ιατρικής. Θα τα καταθέσουμε και γραπτά.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε.

Τον λόγο έχει ο Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. του ΠΑΣΟΚ - ΚΙΝΗΜΑ ΑΛΛΑΓΗΣ, ο κ. Τσίμαρης, για να προτείνει τους φορείς.

**ΙΩΑΝΝΗΣ ΤΣΙΜΑΡΗΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΠΑΣΟΚ-ΚΙΝΗΜΑ ΑΛΛΑΓΗΣ»):** Εμείς προτείνουμε την Ελληνική Εταιρεία Εσωτερικής Παθολογίας, την Ελληνική Παιδιατρική Εταιρεία, την Ελληνική Εταιρεία Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής, την Ελληνική Εταιρεία Ψηφιακής Ιατρικής, την Ομοσπονδία Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδος, τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, την Ένωση Στρατιωτικών Γιατρών, το Σύνδεσμο Εργαστηριακών Γιατρών, την Ένωση Ασθενών Ελλάδος, την Πανελλήνια Ομοσπονδία Συλλόγων Επιστημονικού Υγειονομικού Προσωπικού Δημοσίου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και την ΠΟΕΔΗΝ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Τον λόγο έχει ο Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. του Κ.Κ.Ε., ο κ. Γιώργος Λαμπρούλης, για να προτείνει τους φορείς.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΛΑΜΠΡΟΥΛΗΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΚΟΜΜΟΥΝΙΣΤΙΚΟ ΚΟΜΜΑ ΕΛΛΑΔΑΣ»):** Κύριε Πρόεδρε, εμείς προτείνουμε την Ομοσπονδία Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδος, ΟΕΝΓΕ και τηνΠανελλήνια Ομοσπονδία Αποστράτων Στρατιωτικών, ΠΟΜΑΣ, που εκπροσωπούν τους απόστρατους στρατιωτικούς και των τριών Σωμάτων. Θα τα στείλουμε και ηλεκτρονικά στην Επιτροπή.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Το είπα και πριν, ότι όλες τις προτάσεις που ανακοινώσατε για φορείς θα μας τις στείλετε και ηλεκτρονικά στο e-mail της Διεύθυνσης Επιτροπών.

Τον λόγο έχει η Ειδική Αγορήτρια της Κ.Ο. «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΛΥΣΗ - ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΒΕΛΟΠΟΥΛΟΣ», κυρία Μαρία Αθανασίου, για να μας προτείνει τους φορείς.

 **ΜΑΡΙΑ ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ (Ειδική Αγορήτρια της Κ.Ο. «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΛΥΣΗ - ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΒΕΛΟΠΟΥΛΟΣ»):** Κύριε Πρόεδρε, ήδη έχω καλυφθεί. Θα σας τα φέρουμε και γραπτώς. Ευχαριστώ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Τον λόγο έχει ο Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΝΕΑ ΑΡΙΣΤΕΡΑ», κύριος Οζγκιούρ Φερχάτ.

**ΟΖΓΚΙΟΥΡ ΦΕΡΧΑΤ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΝΕΑ ΑΡΙΣΤΕΡΑ»):** Κύριε Πρόεδρε, έχουμε καταθέσει ήδη ηλεκτρονικά τους φορείς. Είναι η Ομοσπονδία Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδας, ΟΕΝΓΕ, η Ένωση Ιατρών Νοσοκομείων Αθηνών – Πειραιώς, ΕΙΝΑΠ, η Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων Δημοσίων Νοσοκομείων, ΠΟΕΔΗΝ, η Ομοσπονδία ΠΟΣΕΥΠ - ΠΦΥ, η Ένωση Ασθενών Ελλάδος, ο Πανελλήνιος Σύλλογος Πασχόντων από Μεσογειακή Αναιμία και Δρεπανοκυτταρική Νόσο, η Ελληνική Ομοσπονδία Θαλασσαιμίας και το Σωματείο Εργαζομένων Κέντρων Πρόληψης και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Φροντίδας Υγείας. Ευχαριστώ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Τον λόγο έχει ο Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΚΟ ΠΑΤΡΙΩΤΙΚΟ ΚΙΝΗΜΑ ‘’ΝΙΚΗ’’», ο κ. Νικόλαος Παπαδόπουλος.

**ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΚΟ ΠΑΤΡΙΩΤΙΚΟ ΚΙΝΗΜΑ ‘’ΝΙΚΗ’’»):** Τα καταθέσαμε και γραπτώς. Είναι η Ένωση Νοσοκομειακών Ιατρών Θεσσαλονίκης, η Ελληνική Ακαδημία Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η Εταιρεία Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής Ελλάδος - «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ», η Ελληνική Εταιρεία Έρευνας και Εκπαίδευσης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και το Ελληνικό Κολλέγιο Γενικής Ιατρικής. Ευχαριστώ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Τον λόγο έχει ο Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΠΛΕΥΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ - ΖΩΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ», ο κ. Σπυρίδων Μπιμπίλας, μέσω Webex.

**ΣΠΥΡΙΔΩΝ ΜΠΙΜΠΙΛΑΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΠΛΕΥΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ – ΖΩΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ»):** Καλημέρα σας και καλό μήνα. Προτείνουμε την Ελληνική Εταιρεία Εσωτερικής Παθολογίας, την Πανελλήνια Ομοσπονδία Παιδιάτρων, την Ελληνική Εταιρεία Ψηφιακής Ιατρικής, την Ελληνική Ακαδημία Οικογενειακής Φροντίδας και Υγείας, την Ένωση Νοσοκομειακών Ιατρών Θεσσαλονίκης, την ΠΟΕΔΗΝ, την ΠΟΜΑΣ και την Ένωση Νοσοκομειακών Γιατρών.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε. Συνεχίζουμε. Τον λόγο έχει ο Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΣΠΑΡΤΙΑΤΕΣ», κ. Πέτρος Δημητριάδης.

**ΠΕΤΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΣΠΑΡΤΙΑΤΕΣ»):** Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε. Έχουμε καλυφθεί. Θα τα στείλουμε και γραπτώς στην Επιτροπή. Εμείς καλούμε την ΠΟΕΔΗΝ, την ΠΟΜΑΣ, τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, την Ένωση Νοσοκομειακών Ιατρών Θεσσαλονίκης και την Ένωση Στρατιωτικών Ιατρών. Ευχαριστώ πάρα πολύ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Τον λόγο έχει ο Εισηγητής της Μειοψηφίας, κ. Ανδρέας Παναγιωτόπουλος, για να μας αναγνώσει τον κατάλογο των προτεινόμενων φορέων.

**ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΣ (Εισηγητής της Μειοψηφίας):** Δεν χρειάζεται. Τους ξέρουμε. Μην τρώμε χρόνο. Καλό μήνα.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Τον λόγο έχει η Εισηγήτρια της Πλειοψηφίας, κυρία Μαρία - Αλεξάνδρα Κεφάλα.

**ΜΑΡΙΑ - ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΚΕΦΑΛΑ (Εισηγήτρια της Πλειοψηφίας):** Ευχαριστώ. Κυρία Υπουργέ, κ. Υφυπουργέ, κυρίες και κύριοι συνάδελφοι καλούμαστε να επεξεργαστούμε στην Επιτροπή μας ένα νομοσχέδιο του Υπουργείου Υγείας, το οποίο αγγίζει την καθημερινότητα του πολίτη, με ξεκάθαρο σκοπό και στόχο τη βελτίωση των Υπηρεσιών Υγείας στη χώρα μέσα από τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, με ιδιαίτερη έμφαση στην πρόληψη, την υγειονομική φροντίδα για όλους και τη μείωση των ανισοτήτων.

Συζητάμε ένα νομοσχέδιο που ακουμπά τον πυρήνα της προωθούμενης πολιτικής της Κυβέρνησης στον τομέα της Υγείας, προτάσσοντας την πρόληψη μέσα από την ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Μέσα από τις διατάξεις του, τις οποίες θα έχουμε την ευκαιρία να αναπτύξουμε, να συζητήσουμε και να αναλύσουμε εκτενώς κατά τη διάρκεια των συνεδριάσεών μας, γίνεται απολύτως σαφές ότι το τοπίο της υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα σταδιακά αλλάζει και αλλάζει προς το καλύτερο.

Τα βασικά του σημεία είναι η διεύρυνση των κατηγοριών των ιατρών που παρέχουν αυτές τις υπηρεσίες, δηλαδή των προσωπικών γιατρών, η δυνατότητα εγγραφής του ανήλικου πληθυσμού ηλικίας 0 έως 16 ετών σε προσωπικό παιδίατρο, η ίδρυση 8 Πανεπιστημιακών Κέντρων Υγείας και η χορήγηση ειδικού κινήτρου προσέλκυσης ιατρών που θα επιλέξουν να εκπαιδευτούν στις ειδικότητες της γενικής οικογενειακής ιατρικής και της εσωτερικής παθολογίας το έτος 2025.

Μπαίνοντας στην ουσία του νομοσχεδίου και ακολουθώντας την αρχιτεκτονική του, αυτό χωρίζεται σε πέντε μέρη. Το πρώτο αφορά στην αναμόρφωση του θεσμού του προσωπικού γιατρού. Επιδίωξη μας - και φαντάζομαι κοινή όλων των πολιτικών δυνάμεων του τόπου είναι η συνεχής βελτίωση του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και δημόσιας υγείας. Πώς θα το πετύχουμε, όμως, αυτό; Μέσω της αναμόρφωσης και της αναβάθμισης του θεσμού του προσωπικού γιατρού.

Επιδιώκουμε να καταστεί ο θεσμός αυτός ως πυλώνας ενός οργανωμένου συστήματος προληπτικής ιατρικής. Χρειάζεται η σημερινή παρέμβαση; Ναι. Η απάντηση είναι ξεκάθαρη. Χρειάζεται, γιατί οφείλουμε να διασφαλίσουμε επαρκή αναλογία προσωπικών ιατρών προς τους λήπτες υπηρεσιών υγείας. Θέλουμε και πρέπει να καλύψουμε το σύνολο του πληθυσμού λαμβάνοντας υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά όλων των περιοχών της χώρας.

Κάθε πολίτης να μπορεί να εγγραφεί και να έχει τη δυνατότητα να λάβει δωρεάν τις υπηρεσίες πρόληψης και υποστήριξης που προβλέπονται στο ρόλο του προσωπικού γιατρού. Ο προσωπικός γιατρός δεν είναι αυτός που απλά και μόνο συνταγογραφεί. Είναι αυτός που παρέχει τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αυτές μπορούν να παρέχονται εντός των δημοσίων μονάδων παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, των ιδιωτικών ιατρείων και κατοίκων, με ιδιαίτερη έμφαση στην εφαρμογή δράσεων πρόληψης, καθώς και στην υποστήριξη, τον προσανατολισμό και την υπεύθυνη καθοδήγηση των ασθενών και των ληπτών υπηρεσιών υγείας μέσα στο Σύστημα Υγείας.

Ας δούμε κατά κύριο λόγο τι περιλαμβάνουν αυτές οι υπηρεσίες. Περιλαμβάνουν τη διαχείριση των, πλέον, συχνών χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων στην κοινότητα, καθώς και το συντονισμό και τη διασύνδεση των ασθενών κατά περίπτωση με άλλους ειδικούς γιατρούς, με τα νοσοκομεία αναφοράς, με την εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικού προσυμπτωματικού ελέγχου και εμβολιασμού, την υποστήριξη, τον προσανατολισμό και την υπεύθυνη καθοδήγηση των ασθενών μέσα στο Σύστημα Υγείας και την επιμέλεια της συνεχούς ενημέρωσης του ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου υγείας για κάθε πολίτη.

Αναφορικά με τις κατηγορίες των προσωπικών γιατρών σημειώνουμε τα εξής. Για τον ενήλικου πληθυσμού και για τους ανηλίκους που έχουν συμπληρώσει το 16ο έτος της ηλικίας τους, ορίζονται ως προσωπικοί γιατροί οι έχοντες τις ειδικότητες ή πρόκειται να αποκτήσουν τις ειδικότητες της γενικής οικογενειακής ιατρικής και της εσωτερικής παθολογίας και παιδίατροι για τα παιδιά που δεν έχουν συμπληρώσει το 16ο έτος της ηλικίας τους.

Διευρύνοντας τις κατηγορίες των ιατρών που συμμετέχουν στο θεσμό, προσπαθούμε να εξασφαλίσουμε επαρκή αναλογία ιατρών προς λήπτες υπηρεσιών υγείας. Για πρώτη φορά προβλέπεται, δίνεται η δυνατότητα του λήπτη υπηρεσιών υγείας να επιλέξει ελεύθερα ως προσωπικό του γιατρό τον ιδιωτικό του, αυτόν που γνωρίζει χρόνια, αυτόν που εμπιστεύεται, αυτόν που τον παρακολουθεί συστηματικά, χωρίς ωστόσο ο γιατρός αυτός να αποκτά σχέση με το Δημόσιο ή με τον ΕΟΠΥΥ.

Να επισημάνουμε σχετικά με τα παιδιά, ότι η εγγραφή του ανήλικου πληθυσμού που δεν έχουν συμπληρώσει το 16ο έτος της ηλικίας τους σε προσωπικό γιατρό είναι προαιρετική και όχι υποχρεωτική. Ο κάθε προσωπικός γιατρός μπορεί να έχει μέχρι 2.000 εγγεγραμμένους λήπτες υπηρεσιών υγείας. Ο αριθμός αυτός καθορίζεται για τους πολίτες άνω των 16 ετών. Ειδικά για τους παιδιάτρους, που αναφέρονται σε ανήλικους κάτω των 16 ετών, ο αριθμός αυτός αντιστοιχεί σε 1.500 άτομα ανά προσωπικό γιατρό.

 Μετονομάζεται η υπηρεσία υπαίθρου, το γνωστό «αγροτικό» δηλαδή, σε «υπηρεσία προσωπικού γιατρού». Οι «υπόχρεοι, μη υπόχρεοι και επί θητεία ιατροί υπαίθρου» μετονομάζονται σε «υπόχρεους, μη υπόχρεους και επί θητεία προσωπικούς γιατρούς», ώστε να εξασφαλίσουμε την υπηρεσία αυτή και στα πιο απομακρυσμένα χωριά και νησιά. Παράλληλα, επανακαθορίζονται τόσο οι ιατροί που οφείλουν να παρέχουν υπηρεσία ως «υπόχρεοι προσωπικοί γιατροί», όσο και εκείνοι που απαλλάσσονται από αυτήν, καθώς και το περιεχόμενο της υποχρεωτικής εκπαιδευτικής πρακτικής άσκησης των «υπόχρεων προσωπικών γιατρών», όπως και τα καθήκοντά τους μετά το πέρας αυτής.

Ένα χρόνιο ζήτημα με την υπηρεσία υπαίθρου ήταν η κάλυψη των κενών θέσεων. Για πρώτη φορά εισάγουμε ένα αποτελεσματικό, ανοιχτό πια, σύστημα κάλυψης των επίμαχων θέσεων, ώστε να διασφαλίσουμε τη δυνατότητα διαρκούς και άμεσης κάλυψης των κενών καθ’ όλη τη διάρκεια του έτους.

Η αναγνωρισμένη ανάγκη διεύρυνσης της υφισταμένης δεξαμενής ιατρών στις ειδικότητες της γενικής και οικογενειακής ιατρικής και της εσωτερικής παθολογίας, μας οδηγεί και στη θέσπιση κινήτρων, για να κατευθύνουμε περισσότερους γιατρούς να εκπαιδευτούν πάνω σε αυτές τις ειδικότητες. Η προσέγγιση αυτή είναι αναγκαία, για αυτό και δίνουμε οικονομικά κίνητρα στους νέους γιατρούς. Για πρώτη φορά δίνονται εφάπαξ 40.000 ευρώ μεικτές απολαβές σε όσους γιατρούς επιλέξουν κατά το 2025 να υποβάλουν αίτηση για εκπαίδευση σε αυτές τις ειδικότητες. Είναι ένα ισχυρό κίνητρο που ευελπιστούμε να βρει τη δέουσα ανταπόκριση. Ως οφείλουμε, θέτουμε και τις προϋποθέσεις, τις απαραίτητες ασφαλιστικές δικλείδες, για την επίτευξη του σκοπού της χορήγησης του συγκεκριμένου κινήτρου. Προϋποθέσεις που θα τις δούμε αναλυτικά στην επί των άρθρων συζήτηση του νομοσχεδίου.

 Κλείνοντας αυτό το μέρος του νομοσχεδίου, θα ήθελα να σημειώσω τα εξής. Για όλο τον πληθυσμό από 16 ετών και πάνω η εγγραφή σε προσωπικό γιατρό είναι υποχρεωτική. Εξαιρουμένων των εν ενεργεία στελεχών των Ενόπλων Δυνάμεων, του Λιμενικού Σώματος-Ελληνικής Ακτοφυλακής και των προστατευόμενων μελών των οικογενειών τους. Όσοι υπόχρεοι δεν επιλέξουν προσωπικό γιατρό μέχρι και την 1η Ιουνίου του 2025, θα οριστεί αυτόματα προσωπικός γιατρός από το σύστημα. Ο καθένας μας έχει το δικαίωμα εγγραφής μόνο σε ένα προσωπικό γιατρό και μπορούμε να μετεγγραφούμε σε άλλον αιτιολογημένα ως και δύο φορές το χρόνο.

Η αύξηση της αποτελεσματικότητας των δράσεων υγείας σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας περνά και μέσα από την καθιέρωση ενός αποτελεσματικού συστήματος αξιολόγησης των προσωπικών γιατρών. Καθιερώνουμε, λοιπόν, ένα ενιαίο σύστημα ετήσιας αξιολόγησης αυτών, βασιζόμενο σε ποιοτικούς και ποσοτικούς δείκτες απόδοσης. Θα στηρίζεται σε πληροφορίες που θα συλλέγονται ηλεκτρονικά και θα αφορούν ενδεικτικά στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας των εγγεγραμμένων ληπτών των υπηρεσιών τους. Αυτό θα έχει να κάνει και με την καταγραφή δεδομένων και παροχή συμβουλών προς τον πολίτη λήπτη των υπηρεσιών και τη συμμετοχή του τελευταίου σε δράσεις πρόληψης, στη διαχείριση των χρονίων νοσημάτων των ασθενών τους.

 Περνάμε στο δεύτερο μέρος του νομοσχεδίου, που με τις διατάξεις του μετατρέπουμε οκτώ κέντρα υγείας σε πανεπιστημιακά, τα οποία και διασυνδέουμε με τα τμήματα ιατρικής ανωτάτων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων. Και αυτή η ρύθμιση αποβλέπει στην ουσιαστική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Για πρώτη φορά θα υπάρχει άμεση διασύνδεση αυτών των δημόσιων δομών με την ιατρική επιστημονική κοινότητα των πανεπιστημίων. Θα αξιοποιηθούν όλα τα σύγχρονα ψηφιακά εργαλεία τηλεϊατρικής και θα διασφαλιστεί η διαρκής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας.

Τα πανεπιστημιακά κέντρα υγείας, εκτός από την αντίστοιχη με τα υπόλοιπα κέντρα υγείας παροχή υπηρεσιών, θα επικεντρωθούν και στην επιστημονική έρευνα για την αξιολόγηση, τον σχεδιασμό και την εφαρμογή ολοκληρωμένων και ενιαίων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, υποστηρίζοντας και τις λοιπές δημόσιες δομές υγείας. Οι σταθμοί τηλεϊατρικής που θα εγκατασταθούν και θα λειτουργούν, αφενός με τις πρωτοβάθμιες δομές και αφετέρου με τα νοσοκομεία αναφοράς, θα δημιουργήσουν ένα ψηφιακό περιβάλλον διάχυσης της επιστημονικής γνώσης μεταξύ όλων των εμπλεκομένων. Μπαίνουν οι βάσεις έτσι ώστε μακροπρόθεσμα η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, όσο εξειδικευμένες και πολυεπίπεδες και αν είναι, να είναι προσβάσιμες από όλους, είτε ζουν στα αστικά κέντρα, είτε σε απομακρυσμένες περιοχές.

Κυρίες και κύριοι συνάδελφοι, η Κυβέρνησή μας υλοποιεί ένα οργανωμένο και καλά σχεδιασμένο πρόγραμμα για την αναβάθμιση της ποιότητας υγείας όλου του πληθυσμού, όλων ανεξαιρέτως των πολιτών. Μετατοπίζουμε το επίκεντρο της υγειονομικής φροντίδας στην πρόληψη και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα από τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Η έννοια της πρόληψης αποτελεί βασικό πυλώνα στην προσέγγισή μας. Δεν υποτιμούμε σε καμία περίπτωση την αξία και τον ρόλο των νοσοκομείων σε αυτό που ονομάζουμε «περίθαλψη», αλλά η υγεία δεν περιορίζεται μόνο στα νοσοκομεία.

Αναδεικνύουμε σε πρωταγωνιστή και τονίζουμε τη μεγάλη αξία που έχει η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στις ζωές μας. Για πρώτη φορά στη χώρα μας υλοποιούμε ένα οργανωμένο σύστημα πρόληψης με δωρεάν προληπτικές εξετάσεις για τον καρκίνο του μαστού, του τραχήλου της μήτρας, του παχέος εντέρου, ενώ ξεκινά άμεσα και το πρόγραμμα πρόληψης για τα καρδιαγγειακά νοσήματα που αφορά 5,5 εκατομμύρια πολίτες ηλικίας 30 έως 70 ετών. Οι προληπτικές εξετάσεις είναι μια νέα υπηρεσία του συστήματος υγείας που ήρθε για να μείνει.

Με τις διατάξεις του Γ΄ μέρους του νομοσχεδίου υλοποιούνται μια σειρά από αναγκαίες παρεμβάσεις που ενισχύουν αυτή την προσέγγιση, επιδιώκοντας την αύξηση της αποτελεσματικότητας των δράσεων, αφενός του Εθνικού Προγράμματος «Σπύρος Δοξιάδης», και αφετέρου των δράσεων υγείας σε επίπεδο πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Τροποποιείται και αναδιαμορφώνεται το Εθνικό Πρόγραμμα μείωσης της επιβλαβούς κατανάλωσης του αλκοόλ, με αλλαγή του φυσικού του αντικειμένου, το οποίο θα επικεντρωθεί σε δράσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης αναφορικά με το αλκοόλ, λαμβάνοντας υπόψη και τη συνέργεια με τις λοιπές δράσεις του Εθνικού Προγράμματος Πρόληψης «Σπύρος Δοξιάδης».

Επιπλέον, επιδιώκεται η ενίσχυση της αποτελεσματικής και αποδοτικής λειτουργίας του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας, ώστε να μπορεί να διαχειρίζεται επείγουσες και απρόβλεπτες απειλητικές για τη δημόσια υγεία καταστάσεις. Ενδυναμώνεται η διοίκησή του τόσο με την απόδοση και έμφαση σε προσόντα γνώσεων και εμπειρίας του Διευθύνοντος Συμβούλου, όσο και με την παροχή δυνατότητας μεταβίβασης αρμοδιοτήτων και δικαιώματος υπογραφής του Προέδρου και του Διευθύνοντος Συμβούλου του Διοικητικού Συμβουλίου του ΕΟΔΥ, καθώς και μεταβίβασης αρμοδιοτήτων του Διοικητικού Συμβουλίου προς διοικητικά στελέχη για την ταχύτερη και αποτελεσματικότερη διεκπεραίωση των υποθέσεων του Οργανισμού.

Στέκομαι σε μια σημαντική παρέμβαση που διευκολύνει την ανέγερση κτιρίων δευτεροβάθμιας φροντίδας στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων και τριτοβάθμιας φροντίδας στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Παπανικολάου». Ειδικότερα, όσον αφορά τα Ιωάννινα, σε έκταση επιφάνειας 172.013 τετραγωνικών μέτρων, ιδιοκτησίας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, με ειδική ρύθμιση των όρων δόμησης, επιτρέπεται η ανέγερση νοσοκομείου ή πτέρυγας νοσοκομείου έως έξι ορόφους, γεγονός που θα επιτρέπει την ταχύτερη ολοκλήρωση της κτιριακής αναβάθμισης του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου της πόλης μου. Είναι μια υπαρκτή ανάγκη, μια προσδοκία όλων ημών των Ηπειρωτών, η οποία θα έχει θετικό αντίκτυπο τόσο για την πόλη των Ιωαννίνων, όσο και για την ευρύτερη περιοχή της Ηπείρου και όχι μόνο. Σήμερα, λαμβάνει σάρκα και οστά από την Κυβέρνηση της Νέας Δημοκρατίας και του Κυριάκου Μητσοτάκη.

Αντίστοιχα, καθορίζονται οι όροι και περιορισμοί δόμησης για την ανέγερση κτιρίων τριτοβάθμιας φροντίδας στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Παπανικολάου», απαραίτητοι για την εύρυθμη και αποτελεσματική λειτουργία του, κατά παρέκκλιση των ισχυουσών διατάξεων περί όρων και περιορισμών δόμησης, προκειμένου να καλυφθούν οι ιδιαίτερες ανάγκες υποδομής του.

Κυρίες και κύριοι συνάδελφοι, το «προνοείν και προλαμβάνειν κρείττον εστί του θεραπεύειν». Από τον Ιπποκράτη μέχρι και σήμερα η πρόληψη παραμένει ένας καθοριστικός παράγοντας για τις ζωές των ανθρώπων, πρωτίστως στα ζητήματα υγείας. Το Υπουργείο Υγείας, αναγνωρίζοντας την αξία αυτή έχει αναπτύξει μια σειρά από οργανωμένα εθνικά πληθυσμιακά προγράμματα, που στοχεύουν στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας. Το Εθνικό Πρόγραμμα Προσυμπτωματικού Ελέγχου για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού «Φώφη Γεννηματά», το «Σπύρος Δοξιάδης», το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την παιδική παχυσαρκία, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την πρόληψη του καπνίσματος, ψηφιακή υγεία και πρόληψη, πρόληψη και διαχείριση χρόνιων νοσημάτων, το Εθνικό Πρόγραμμα μείωσης της επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλ.

Είναι όλα αυτά δράσεις, οι οποίες συνδυαστικά με την αναβάθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τον προσωπικό ως γιατρό πρόληψης, αποτελούν μια δέσμη μέτρων kai ενεργειών που συμβάλλουν στην ουσιαστική ενίσχυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, με έναν σαφή και ξεκάθαρο στόχο, να αποφύγουμε τη νόσο και όχι απλά το νοσοκομείο. Επενδύουμε στην πρόληψη. Βελτιώνουμε την υγεία των πολιτών. Αλλάζουμε την εδραιωμένη αντίληψη ότι η υψηλής ποιότητας υγειονομική φροντίδα παρέχεται μόνο στο νοσοκομείο. Βάζουμε την πρόληψη στη ζωή μας και τον προσωπικό γιατρό ως σημείο αναφοράς της προσωπικής μας υγείας. Ενημέρωση, πρόληψη, προσυμπτωματικός έλεγχος, αξιοποίηση της τεχνολογίας, ανθρώπινο δυναμικό και σύμμαχος η οργανωμένη Πολιτεία είναι όλα αυτά μαζί το μίγμα για την ποιοτική αναβάθμιση και βελτίωση της υγείας μας και κατ’ επέκταση της ζωής μας. Καλώ όλα τα κόμματα να ψηφίσουν τις προτεινόμενες διατάξεις. Σας ευχαριστώ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε πολύ την Εισηγήτρια της Πλειοψηφίας.

Το λόγο τώρα έχει ο Εισηγητής της Μειοψηφίας, ο κ. Ανδρέας Παναγιωτόπουλος.

**ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΣ (Εισηγητής της Μειοψηφίας):** Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε. Κύριοι Υπουργοί, κύριε Πρόεδρε, έρχομαι από τον Ευαγγελισμό τώρα, όπου επισκέφτηκα τους Πυροσβέστες τους τραυματισμένους τους εποχικούς από τις δυνάμεις καταστολής, που κατ’ εντολή, βέβαια, τους ήρωες του χτες, τους κάναμε θύματα του σήμερα. Βέβαια, εκεί είδα τα ΤΕΠ του Ευαγγελισμού, τα καινούργια ΤΕΠ, τα οποία είναι τίγκα στα ράντζα, στα κρεβάτια, στα καρότσια και ούτω καθεξής. Έχουν από τα χτες, λέει, εκεί και δεν ξέρουν πότε θα φύγουν από εκεί για να τακτοποιηθούν. Αυτή είναι η εικόνα του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Σήμερα, όμως, ζούμε μια κοινωνική κρίση, εξαιτίας των πολιτικών που εφαρμόζονται, η οποία μεταφέρεται και στο πολιτικό επίπεδο και το βλέπουμε αυτό πραγματούμενο. Εν μέσω, λοιπόν, των διαδηλώσεων και των απεργιών, εν μέσω των εποχικών πυροσβεστών, που είναι αυτή τη στιγμή στο Σύνταγμα και διαδηλώνουν, εμείς επεξεργαζόμαστε ένα άλλο σχέδιο νόμου του Υπουργείου Υγείας, σχετικά με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Να πούμε ότι είναι το δεύτερο από το 2022, όταν ψηφίσατε το ν. 4931 και αποδεικνύεται ότι αυτή η νομοθέτηση απέτυχε ουσιαστικά στο να ανατάξει την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και, βεβαίως, επιβεβαιώνεται με το παρόν σχέδιο νόμου.

Αλλά πετύχατε κάτι και προφανώς αυτός ήταν ο βασικός σκοπός σας, να μην συνεχίσετε τη μεταρρύθμιση του οικογενειακού γιατρού και των τοπικών μονάδων υγείας, η οποία ξεκίνησε το 2017 επί ΣΥΡΙΖΑ, με στενή συνεργασία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, αλλά και την ίδια την καθοδήγηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, δύο θεσμοί που στήριξαν και στηρίζουν τόσο το θεσμό του οικογενειακού γιατρού, όσο και αυτών των ΤΟΜΥ, δηλαδή, των διεπιστημονικών ομάδων υγείας, οι οποίες καλούνται να κάνουν πολλά περισσότερα από απλή συνταγογράφηση.

Αντί για οικογενειακό γιατρό, εσείς επιμένετε στον αναχρονιστικό, αποτυχημένο και ιδεολογικά στιγματισμένο από την παράταξή σας προσωπικό γιατρό, γιατί αυτό έχει να κάνει, βέβαια, με την ατομική ευθύνη, την ατομική υγεία. Διότι αυτές είναι οι νεοφιλελεύθερες δοξασίες σας, με τις οποίες εμφορείστε περί δήθεν αυτονομίας και δήθεν ελευθερίας του ατόμου και, βεβαίως, περί υγείας ως εμπορικού αγαθού που εκτίθεται σε όρους της αγοράς, της προσφοράς και της ζήτησης και πάνω από όλα της κερδοφορίας.

Εδώ να πούμε ότι, ναι μεν επικαλείστε την οικογένεια ή ως μονάδα κοινωνική, αλλά από εκεί και πέρα δεν κάνετε τίποτα. Απεναντίας, απομονώνετε το άτομο και για αυτό ακριβώς βάζετε και αυτόν τον όρο του προσωπικού γιατρού. Μετά πώς θα εξηγήσουμε τη βία των ανηλίκων ή πώς θα μπούμε μέσα στην κοινωνική αυτή μονάδα, για να μπορέσουμε να αναπτύξουμε άλλες σχέσεις της οικογένειας και να διαμορφώσουμε τις συνθήκες εκείνες, να φτιάξουμε προσωπικότητες καλύτερες, πιο ολοκληρωμένες, πιο δημοκρατικές, πιο αλληλέγγυες, που ο ένας να κρατάει το χέρι του άλλου και όχι «δίνει κλωτσά» στον άλλον.

Εσείς, επιμένετε, όμως, προσηλωμένοι σε ένα αντι-ΣΥΡΙΖΑ μέτωπο και δεν τα βλέπετε καθόλου αυτά. Διαβάζοντας πρόσφατα στο Βήμα ένα άρθρο του Καρακούση, αρνείστε να δεχθείτε ότι επί ΣΥΡΙΖΑ έγινε κάτι θετικό, μέσα στη δημοσιονομική λιτότητα, μέσα στις ασφυκτικές αυτές οικονομικές συνθήκες, ότι για πρώτη φορά φτιάχτηκαν δημόσιες δομές υγείας. «Λουτσές στραβές», μέσα σε αυτό το κλίμα έγιναν, όμως και έρχεστε σήμερα, δεν λέτε, θα τις συνεχίσουμε, θα τις εξαφανίσουμε, θα κάνουμε κάτι άλλο;

Αντί για διεπιστημονικές ομάδες, που συνεργάζονται και συνεπικουρούνται και το κυριότερο βγαίνουν και μπαίνουν στην κοινότητα με συντονισμένες δράσεις και βάση σχεδιασμένων προγραμμάτων, πάντα με γνώμονα τις ανάγκες υγείας, της γειτονιάς, της περιοχής, της ενορίας, του συλλόγου, έτσι όπως είναι διαρθρωμένη η κοινωνία μας στις οικογένειες, εσείς εξακολουθείτε να οραματίζεστε έναν προσωπικό γιατρό καθηλωμένο στο ιατρείο του, να γράφει φάρμακα και να περιμένει τους ασθενείς του, αποκλεισμένος στη δομή, αποκομμένος από την κοινότητα, αποκομμένος από τους ανθρώπους της κοινωνίας.

Σας το λέμε τώρα που είναι νωρίς, αν και δεν έχουμε αυταπάτες, κυρία Υπουργέ, ότι θα αλλάξετε τη νεοδεξιά συνταγή σας. Το solo practice έχει τελειώσει παγκοσμίως σαν λύση και μέθοδος άσκησης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, κάτι που αξιωματικά σημαίνει πρόληψη της νόσου και ενεργητική προαγωγή της υγείας των ανθρώπων.

Βέβαια, θυμάμαι από τις πρώτες σας παρεμβάσεις ως Υπουργού σε τούτη την Κυβέρνηση να λέτε ότι έρχεται ένα μεγαλόπνοο σχέδιο μεταρρύθμισης της πρωτοβάθμιας. Αυτό εδώ είναι; Εδώ σε αυτό το νομοθέτημα εξαντλείτε το μεγαλεπήβολο αυτό σχέδιο αναβάθμισης της πρωτοβάθμιας; Διότι εδώ έχουμε αποτυχία νομοθετικών παρεμβάσεων στο πεδίο της πρωτοβάθμιας. Το λέτε και εσείς, το λέει και η αιτιολογική έκθεση που συνοδεύει το παρόν σχέδιο νόμου. Ομολογείτε, παρά τους νόμους σας, παρά τις προθεσμίες, τους αποκλεισμούς και κυρίως παρά τις απειλές περί κυρώσεων, την έμμεση καταστολή που βρίσκεται στον πυρήνα της δεξιάς ιδεολογίας σας.

Μέχρι σήμερα έχει εγγραφεί σε οικογενειακό γιατρό – εγώ έτσι επιμένω να τον αποκαλώ, διότι εμείς δεν πιστεύουμε ούτε αναγνωρίζουμε τον παρωχημένο και ιδεοληπτικό όρο «προσωπικός γιατρός» – μόλις το 55% του πληθυσμού. Με λίγα λόγια, ένας στους δύο ανθρώπους που κατοικούν στην Ελλάδα δεν έχει πειστεί, δεν έχει ενημερωθεί σωστά και δεν έχει εγγραφεί στον οικογενειακό γιατρό του, αλλά και από αυτούς που ενεγράφησαν πολλοί ή το παράτησαν ή έφυγαν. Διότι, όταν μόνο για φάρμακα, όχι για να εξεταστεί και να του δώσει οδηγίες, κλείνουν ένα ραντεβού ύστερα από μήνες πολλούς, τι θα έκανε δηλαδή αυτός ο άνθρωπος μέσα σε αυτή την οικονομική και κοινωνική κρίση που ζούμε;

Αυτό παρά την οδυνηρή εμπειρία της πανδημίας, η οποία υποτίθεται ότι μας ευαισθητοποίησε όλους και όλες στο ζήτημα της υγείας μας, της επιβεβλημένης ανάγκης για ετοιμότητα, για προετοιμασία και επιχειρησιακό σχεδιασμό στην αντιμετώπιση κρίσεων, που θα προέλθουν από επιδημίες και πανδημίες μεταδιδόμενων νόσων, κάτι στο οποίο η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο και το είδαμε αυτό πραγματούμενο εν μέσω της πανδημίας. Διότι, αν ήταν ένας που μπορούσε να σε πείσει για το επιστημονικά ορθό το να εμβολιαστεί ή να κάνει κάτι άλλο επιστημονικά, ήταν ο οικογενειακός γιατρός. Δεν ήταν ο χωροφύλακας, που πήγατε εσείς με ποινές και με πρόστιμα να το επιβάλλετε και για αυτό αποτύχαμε και σε πάρα πολλές περιπτώσεις ως Κράτος και ως κοινωνία και ως επιχείρηση, την οποία εσείς κάνατε.

Εκτός αν θεωρείτε ως σχέδιο για τη δημόσια πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ως πρωταρχικό συνθετικό μέρος του ΕΣΥ, την περαιτέρω ιδιωτικοποίησή της. Διότι και με αυτό το σχέδιο νόμου αυτό επιχειρείτε, να μεταφέρετε και άλλα κόστη και άλλες επιβαρύνσεις στον ασθενή. Εσείς μας λέτε, ότι δίνετε κίνητρα στους γιατρούς, κίνητρα να εγγράψουν περισσότερους πολίτες, αλλά και κίνητρα να αυξήσουν τις αποδοχές τους. Τελικά αυτά που εσείς λογίζετε ως κίνητρα, είναι νέες οικονομικές επιβαρύνσεις για τους πολίτες, οι οποίοι θα καλούνται να βάζουν όλο και πιο βαθιά το χέρι στην τσέπη τους αν θέλουν να καλύπτουν τις ανάγκες υγείας τους.

Αλήθεια, γνωρίζετε σε τι κατάσταση βρίσκεται ο μέσος Έλληνας και η μέση Ελληνίδα; Γνωρίζετε ότι ο πληθωρισμός και η ακρίβεια, δύο φαινόμενα που περιέργως εμφανίστηκαν στην Ελλάδα λίγους μόνο μήνες αφότου ήρθατε, δυστυχώς, στην εξουσία, κατατρώγουν το εισόδημα και μειώνουν καθημερινά την αγοραστική δύναμη των ανθρώπων; Αλλά εσείς είχατε μιλήσει για συμβολικές αυξήσεις, όταν εισαγάγατε την άνοιξη τα νέα χαράτσια στα παραπεμπτικά για τις εξετάσεις των πολιτών. Είναι ποτέ δυνατόν να συναισθάνεστε την καθημερινή αγωνία της κοινωνίας και των ανθρώπων για μια αξιοπρεπή διαβίωση;

Θέλετε να μετατρέψετε την υπηρεσία υπαίθρου, το λεγόμενο αγροτικό των γιατρών, σε υπηρεσία προσωπικού γιατρού και μας λέτε ότι ένας μήνας εκπαίδευσης, σε νοσοκομείο μάλιστα, είναι αρκετός ώστε ένας τελειόφοιτος της ιατρικής να είναι σε θέση να εκτελέσει καθήκοντα προσωπικού ιατρού.

Παραδέχεστε στην αιτιολογική έκθεση του νομοσχεδίου ότι οι γενικοί - οικογενειακοί γιατροί και οι παθολόγοι δεν επαρκούν, ώστε να καλύψουν όλο τον πληθυσμό της χώρας και δίνετε και τα συντριπτικά στοιχεία του ΟΟΣΑ. Ειλικρινά, αυτό είναι το μεγάλο μεταρρυθμιστικό σχέδιο που εμπνευστήκατε; Να βαφτίσετε τον αγροτικό γιατρό σε υπηρεσία προσωπικού γιατρού;

Δηλαδή, για 12 μήνες αυτός ο άνθρωπος θα έχει έναν εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης και μετά θα έρχεται ο νέος τελειόφοιτος, όπου έχει μια 12μηνη θητεία. Ένα μήνα είναι η εκπαίδευση, 1 μήνα η άδειά του και έμειναν 10 μήνες απλώς για να εγγράψει, και να τους παραδώσει σε ποιόν, και να ξεκινήσει αυτός να κάνει τι; Και όλος αυτός ο κόπος απλώς να ανακυκλώνεται. Αλλά, αυτά τα κάνετε μάλλον για να καλύψετε κάποιους στόχους, για να έχετε να λέτε, όπως λέτε τώρα για τον κατώτατο μισθό. Έχετε αρχίσει εδώ και 10 μέρες και διαφημίζετε τον κατώτατο μισθό για το τι θα γίνει το 2028. Επικοινωνία, προς τα έξω εμφάνιση. Το λέμε κάθε μέρα «ο κατώτατος μισθός το 2028», θα το πιστέψουν οι περισσότεροι. Τι θα κάνουν; Κάπως θα το εμπεδώσουν ότι πάμε καλά, ότι θα περάσουν καλά, τη Δευτέρα Παρουσία, όμως.

Αντιλαμβάνεστε, λοιπόν, ότι έτσι δεν μπορούμε να πάμε μπροστά. Η σχέση του ανθρώπου με τον οικογενειακό γιατρό, δεν ξέρω πως την αντιλαμβάνεστε εσείς. Τυχαία; Αποσπασματικά; Διακοπτόμενα; Προφανώς, δεν έχετε ιδέα τι σημαίνει οικογενειακός γιατρός και οικογενειακή ιατρική και αδιαφορείτε για τους πυλώνες της οικογενειακής ιατρικής, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια της φροντίδας.

 Μετά, λέτε ότι θα δώσετε ένα εφάπαξ χρηματικό μπόνους 40.000 μεικτά, σε όσους επιλέγουν ως ειδικότητα την εσωτερική παθολογία, τη γενική και οικογενειακή ιατρική. Μάλιστα. Λέτε, δε, ότι όσοι ειδικευόμενοι αλλάξουν ειδικότητα επιλογής και στραφούν προς αυτές τις ειδικότητες, θα το λάβουν. Αυτοί και όλοι αυτοί που, παρά τις αντίξοες συνθήκες και τις μικρές δυνατότητες πλουτισμού, έχουν ήδη ειδικευτεί και εργάζονται ως γενικοί οικογενειακοί γιατροί και παθολόγοι στο ΕΣΥ, αυτοί τι θα γίνουν; Αυτοί, προφανώς, δεν θα λάβουν τίποτα. Μάλλον θα λάβουν το πικρό ποτήρι της αδικίας και της αδιαφορίας σας. Θα δημιουργήσετε, λοιπόν, γενικούς οικογενειακούς και παθολόγους δύο ταχυτήτων. Είναι η γνωστή σας τακτική και το αγαπημένο σας σπορ του «διαίρει και βασίλευε».

Θέλετε να αναπτύξετε οκτώ πανεπιστημιακά κέντρα υγείας, οκτώ από τα ήδη υπάρχοντα υπολειτουργούντα και πλήρως απαξιωμένα από την Κυβέρνηση και το Υπουργείο Υγείας. Δηλαδή, μας λέτε ότι είναι καλή ιδέα να μετονομάσετε 8 κέντρα υγείας σε πανεπιστημιακά και να τα επιφορτίσετε με επιπλέον καθήκοντα, δίχως πρόβλεψη για προσλήψεις και παραπάνω χρηματοδότηση. Δεν θα πάει καλά ούτε αυτό και δεν μου αρέσει να είμαι μάντης κακών, αλλά ο βασικός λόγος που μια δομή πρωτοβάθμιας καθίσταται ακαδημαϊκή, δεν μπορεί να είναι άλλος από την ανάγκη διαρκούς εκπαίδευσης και επανεκπαίδευσης του ανθρώπινου δυναμικού της πρωτοβάθμιας, ώστε να είναι σε θέση να ανταπεξέρχεται στις ραγδαία αυξανόμενες και περιπλεκόμενες ανάγκες υγείας της κοινότητας. Αυτά είχαμε προβλέψει στο άρθρο 24 του ν.4486/2017, περί ίδρυσης ακαδημαϊκών μονάδων πρωτοβάθμιας. Το έχετε υπόψη σας ή έπεσε και αυτό θύμα της ακραίας αποστροφής σας για οτιδήποτε φέρει την υπογραφή ΣΥΡΙΖΑ;

Θα επεκταθώ, στην επί των άρθρων συζήτηση, περισσότερο. Θα αναφερθώ, βέβαια, και στην περίπτωση του Ν.Ι.Μ.Τ.Σ. που βάλατε, όμως εδώ δεν θέλω να τονίσω πολλά, διότι τα βάζετε ένα, ένα και ουσιαστικά αρχίζετε να «βάζετε χέρι» στα πάντα, που να οδεύουν όλα προς την ιδιωτικοποίηση. Όλα τα μετακυλίετε στους ιδιώτες. Οι μεν ιδιώτες επιχειρηματίες υγείας καρπώνονται αυτή τη μονοδρόμηση, οι δε ιδιώτες λήπτες υπηρεσιών υγείας πληρώνουν από την τσέπη τους.

Αν είχατε σχέδιο για την πρωτοβάθμια, θα ανακαλύπτατε ότι με την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας θα αποσυμφορούνταν τα νοσοκομεία, τα Τ.Ε.Π. των οποίων υποφέρουν υπό το βάρος εκατομμυρίων περιστατικών, που θα διαχειρίζονται οι Δομές της Π.Φ.Υ.*.* Θα βλέπατε να μειώνεται ραγδαία η υπερσυνταγογράφηση, τα κόστη να μειώνονται και το σύστημα να λειτουργεί ομαλότερα και αποτελεσματικότερα. Αλλά μιλάμε για το ΕΣΥ και εσείς απαξιώνετε ένα δημόσιο σύστημα υγείας. Έχετε αλλεργία σε κάθε τι δημόσιο, μη ιδιωτικό. Έτσι και με το παρόν σχέδιο νόμου, πρόχειρα, αναποτελεσματικά, «τσαπατσούλικα» θα έλεγα, διατείνεστε ότι θέλετε να αναβαθμίσετε την πρωτοβάθμια με ένα γονατογράφημα. Αλλά, ξέρετε ότι αυτό δεν πρόκειται να γίνει, όχι έτσι.

Ξέρετε, επίσης, ότι τελικά οι άνθρωποι βλέποντας την πρωτοβάθμια να αδυνατεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες τους, θα αναγκάζονται να επιλέγουν ελεύθερα τους ιδιώτες. Αυτός είναι ο στόχος σας, διότι και σχέδιο έχετε και μεγάλο ζήλο επιδεικνύετε στην υλοποίηση αυτού του σχεδίου. Είναι το στοίχημα του κυρίου Μητσοτάκη και δικό σας για μια υγεία εμπορευματοποιημένη, μια υγεία που, από καθολικό δικαίωμα για όλους και όλες, μετατρέπεται σε προνόμιο για όσους το αντέχουν.

Είμαστε αντίθετοι σε αυτό το σχέδιο νόμου. Είμαστε κατ’ αρχήν αντίθετοι στο εισαγόμενο νομοσχέδιο, τα άρθρα, βέβαια, θα τα κουβεντιάσουμε στη συνέχεια. Και εδώ θα ήθελα να πω και τη δικιά μου εμπειρία ως υπηρέτης, ουσιαστικά και διάκονος, θα έλεγα, της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Φανταστείτε, ότι στην πρώην κοινωνική ασφάλιση, τα πρώην ιατρεία του ΙΚΑ, εμείς στην Πάτρα είχαμε 220 γιατρούς όλων των ειδικοτήτων. Το Κέντρο Υγείας το σημερινό το δικό μας είχε μαγνήτη, είχε υπέρηχο, είχε οστική πυκνότητα, είχε μαστογράφο και έκανα ερώτηση πέρυσι, αν θυμάστε, για τον ψηφιακό μαστογράφο και μου είπατε, «οσονούπω τελειώνει ο διαγωνισμός και μπαίνει». Ακόμα δεν έχει μπει.

Να αναφέρω ότι οι δομές αυτές απαξιώνονται και αποψιλώνονται καθημερινά. Είχαμε οδοντοπροσθετικό με τεράστια δουλειά, γιατί ήταν τεράστια η ζήτηση και όσο η κρίση μεγαλώνει οι απαιτήσεις αυξάνονται, το οποίο ουσιαστικά ατονεί πλήρως και ψιλοκαταργείται. Είχαμε το Παιδοψυχιατρικό, μια ωραία μονάδα, βάλαμε και παιδοψυχίατρο μόνιμο και τα λοιπά. Τα πήρατε για να πάνε να λειτουργήσουν στα νοσοκομεία. Κλείνει και αυτό. Είχαμε Μονάδα Μητέρας-Παιδιού με μια εξαιρετική δράση, με μαίες, με επισκέπτριες Υγείας. Τους πήρατε όλους αυτούς τους κάνετε διοικητικούς για να στελεχωθούν οι Υπηρεσίες. Ερωτώ, ποια είναι η αναβάθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σήμερα, ποιο είναι το συμπέρασμα που βγάλαμε από την κρίση της πανδημίας που περάσαμε και κάθε επιδημίας, που, δυστυχώς, έρχονται και να μην έρθουν ποτέ, βέβαια, το ευχόμεθα; Είναι ερωτήματα αδήριτα, στα οποία πρέπει να απαντήσετε. Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Εμείς ευχαριστούμε.

Το λόγο έχει ο Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΠΑΣΟΚ-ΚΙΝΗΜΑ ΑΛΛΑΓΗΣ», ο κ. Τσίμαρης.

**ΙΩΑΝΝΗΣ ΤΣΙΜΑΡΗΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΠΑΣΟΚ-ΚΙΝΗΜΑ ΑΛΛΑΓΗΣ»):** Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε. Θέλω να καταδικάσω, με τον πλέον εμφατικό τρόπο, την απρόκλητη παρέμβαση των ΜΑΤ έναντι των εποχικών πυροσβεστών, οι οποίοι διαδήλωναν για τα δίκαια αιτήματά τους και αποτελεί πρακτική της Κυβέρνησης, να συμπεριφέρεται με αυτόν τον τρόπο, κατασταλτικά, σε ομάδες εργαζομένων που διεκδικούν αιτήματα τα οποία είναι προφανή και δίκαια.

Κύριε Πρόεδρε, κύριε Υπουργέ, κυρίες και κύριοι συνάδελφοι, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας τις τελευταίες δεκαετίες θυμίζει το γεφύρι της Άρτας. Εξ ιδρύσεως του ΕΣΥ, ένας από τους βασικούς πυλώνες ήταν η πλήρης ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Από τότε έχουν περάσει 40 χρόνια και, δυστυχώς, για ακόμα μια φορά, επιχειρείται να ανασυγκροτηθεί εκ νέου. Να υπενθυμίσουμε, ότι έχουν γίνει συστηματικές προσπάθειες για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, που όμως χαρακτηρίζονται από διαχρονική υστέρηση και ελλιπή πολιτική βούληση. Βλέπετε, η προσπάθεια του κ. Ξανθού με τα ΤΟΜΥ, του κ. Γεωργιάδη το 2014, επί ημερών σας στη Νέα Δημοκρατία δύο φορές και φαίνεται, ότι επειδή η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν βασίζεται στην ακριβή τεχνολογία και τις νέες πτέρυγες των νοσοκομείων, μάλλον δεν «πουλάει» και για αυτό δεν έχετε πάρει την πολιτική απόφαση να την ρυθμίσετε και να την ανασυγκροτήσετε σωστά.

Η απουσία προσωπικού γιατρού, η έλλειψη συντονισμού δραστηριοτήτων, η ανυπαρξία μηχανισμών ελέγχου και διαχείρισης, η έλλειψη διασύνδεσης της εξωνοσοκομειακής με τη νοσοκομειακή περίθαλψη, εξακολουθούν να συνθέτουν σήμερα την εικόνα του συστήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη χώρα μας. Εμείς ως ΠΑΣΟΚ-ΚΙΝΑΛ, πιστεύουμε, ότι η ανάγκη για την άμεση αναβάθμιση του συστήματος πρέπει να εστιαστεί στη δημιουργία δικτύων φροντίδας που θα παρέχουν μια ολοκληρωμένη δέσμη υπηρεσιών και θα διασυνδέονται με τη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Είναι ενδιαφέρον, ότι η λέξη «δίκτυο» δεν χρησιμοποιείται ούτε μια φορά στο νομοσχέδιο.

Μια παρατήρηση και ταυτόχρονα ευκαιρία είναι να πούμε ότι για το θέμα της Πρωτοβάθμιας Υγείας και με τον τρόπο που πρέπει να αντιμετωπιστεί, όπως προτείνουμε εμείς, είναι λίγο πολύ, με πολύ μικρές αποκλίσεις, σύμφωνη και η συντριπτική πλειοψηφία των ειδικών επιστημόνων στην πολιτική Υγείας. Άρα αυτός είναι ο δρόμος που πρέπει να ακολουθήσουμε και η τακτική προς όφελος των πολιτών-ασθενών.

Εν προκειμένω, πρόκειται για ένα ελλιπές αποσπασματικό νομοσχέδιο του Υπουργείου Υγείας, με διάφορες διατάξεις χωρίς όραμα ενός ολοκληρωμένου νομοσχεδίου οργάνωσης και ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Με αυτό το νομοσχέδιο «βλέπουμε το δέντρο και χάνουμε το δάσος». Ο προσωπικός γιατρός αποτελεί έναν κρίκο μόνο της αλυσίδας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ο μόνος στόχος του νομοσχεδίου είναι η μεγαλύτερη ποσοστιαία κάλυψη του πληθυσμού με οποιονδήποτε τρόπο και δεν αποσκοπεί στο τι πρέπει να γίνει για να ολοκληρωθεί ένα σύστημα πρωτοβάθμιας που θα εξυπηρετεί τον Έλληνα πολίτη, έτσι ώστε να του παρασχεθούν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, έχοντας απρόσκοπτη πρόσβαση.

Βασικά ζητήματα που μένουν αναπάντητα στο νομοσχέδιο είναι π.χ. ο προσυμπτωματικός έλεγχος και η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Δεν υπάρχει στις παρουσιάσεις της Κυβέρνησης μια λεπτομερή έκθεση των αποτελεσμάτων από τις δράσεις που έχουμε κάνει, όπως π.χ. στις μαστογραφίες. Γνωρίζουμε ένα-δύο νούμερα, χωρίς όμως να ξέρουμε ειδικά χαρακτηριστικά, χωρίς να ξέρουμε ποιες είναι οι ομάδες πληθυσμού που πήγαν, ποιες είναι οι ηλικιακές κατανομές, γιατί υπάρχει τόσο μεγάλο φορτίο «θετικών» ευρημάτων και το τι έχει γίνει με αυτά τα περιστατικά. Δεν το ζητάμε μόνο εμείς, το ζητάει και η επιστημονική κοινότητα.

Το νομοσχέδιο δεν λαμβάνει υπόψη μια διαδεδομένη κατάσταση και κουλτούρα που επικρατεί στο σύστημα υγείας στη χώρα μας. Δηλαδή ότι οι πολίτες τείνουν να πηγαίνουν απευθείας σε ειδικούς ή στη νοσοκομειακή φροντίδα. Οι βαθιά ριζωμένες πεποιθήσεις και προτιμήσεις δεν αντιμετωπίζονται με τέτοιου είδους νομοσχέδια, αλλά με κίνητρα και μεταρρυθμίσεις που στοχεύουν στην αλλαγή συμπεριφοράς. Θα έπρεπε και χρειαζόμαστε έναν απολογισμό της υπάρχουσας κατάστασης. Πόσοι είναι σήμερα οι συμβεβλημένοι γενικοί γιατροί και παθολόγοι; Πόσοι είναι στα αστικά, πόσοι στα ημιαστικά κέντρα στην περιφέρεια, στα νησιά; Πόσοι και που χρειάζονται επιπλέον;

Τόσο καιρό ακούμε ότι έχει εγγραφεί στον προσωπικό γιατρό το 57% του πληθυσμού, παρόλες τις απειλές για κυρώσεις. Ποια είναι τα χαρακτηριστικά αυτών που γράφτηκαν; Πόσο χρησιμοποιούν τον προσωπικό γιατρό και πόσο άλλες υπηρεσίες; Δίνουν και άλλα χρήματα κατά την επίσκεψη; Τι έχει επιτευχθεί από τους στόχους που θέσαμε αρχικά όταν δημιουργήσαμε τον προσωπικό γιατρό; Πώς διασφαλίζουμε τη σωστή και λεπτομερή ενημέρωση του ηλεκτρονικού φακέλου όταν αυτός καθιερωθεί.

Στην τελική μορφή του νομοσχεδίου κυριαρχούν η προχειρότητα, τα λάθη και οι ασάφειες. Χαρακτηριστικό δείγμα, εκτός ότι συμπεριλαμβάνετε τους ειδικευόμενους γιατρούς της γενικής ιατρικής κατά την εκπαίδευσή τους, είναι ότι επιχειρείτε να επιστρατευτούν οι αγροτικοί γιατροί όλης της χώρας, προκειμένου να αναλάβουν ρόλο προσωπικού γιατρού. Είναι ένα σκεπτικό που ξεφεύγει πολύ από το πρότυπο μιας ιδανικής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καθώς οι αγροτικοί γιατροί είναι ανειδίκευτοι γιατροί, που παραμένουν σε μια περιοχή περίπου 12 μήνες και μετά αποχωρούν για να συνεχίσουν την ειδικότητα τους. Είναι άλλο η εκπαίδευση και άλλο η κλινική πρακτική. Πού εφαρμόζεται κάτι τέτοιο παγκοσμίως, ειδικευόμενοι να ασκούν έργο ειδικευμένου;

Μειώνετε τα προσόντα και ύστερα από 41 χρόνια ύπαρξης του ΕΣΥ επιστρέφετε στην προ ΕΣΥ εποχή, όπου οι αγροτικοί γιατροί ήταν οι μόνοι γιατροί στην περιφέρεια. Θυμίζει τους «ξυπόλητους γιατρούς» της Κίνας του Μάο, με μια διαφορά βέβαια τώρα, ότι φέρατε τους αγροτικούς στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη, με όποιο κίνδυνο υπάρχει, ώστε να μείνουν χωρίς αγροτικούς ιατρούς άγονες περιοχές και νησιά.

Αντί να δημιουργούμε τις συνθήκες για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, δημιουργούμε σοβιετικού τύπου διατάξεις. Κάπως έτσι εμπεδώνεται στη συνείδηση των γιατρών η εντύπωση ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι μια κατώτερη μορφή φροντίδας, αυτό που λέμε στα αγγλικά «tick the box» για τους αποφοίτους, που είναι για τους νέους που τελειώνουν. Πώς λέμε έκανα το στρατιωτικό μου. Παλιά λέγαμε έκανα το αγροτικό μου. Τώρα θα λέμε θα κάνουμε και λίγο τον προσωπικό γιατρό και θα συνεχίσω την ειδικότητα. Τι εκπαίδευση θα περάσουν μετά τις σπουδές και πριν μπουν στο σύστημα του προσωπικού γιατρού; Προφανώς σχεδόν τίποτα, αν κρίνω από το άρθρο 8 παράγραφος 4.

Με αυτό τον τρόπο που νομοθετείτε προκύπτει ένα επικίνδυνο ερώτημα. Είτε ο προσωπικός γιατρός πρέπει να είναι ειδικά εκπαιδευμένος, άρα η επιλογή σας να χρησιμοποιήσετε ανειδίκευτους γιατρούς είναι ακατάλληλο και επικίνδυνο, είτε οι απόφοιτοι είναι επαρκείς να ασκήσουν τα καθήκοντα προσωπικού γιατρού, άρα κακώς επενδύουμε και ξοδεύουμε πόρους και χρόνο για περαιτέρω εκπαίδευση. Οπότε γιατί να μην καταργήσουμε και την ειδικότητα;

Τα παραπάνω που εφαρμόζετε αντιβαίνουν όλα τα πρωτόκολλα με συνέπειες για την ποιότητα στη φροντίδα υγείας και η απάντηση σε αυτήν την παρωδία είναι η απόσυρση αυτών των παραγράφων. Βέβαια, επιπλέον, αντιλαμβάνεστε τι κίνητρα δημιουργούνται με το θέμα των μη συμβεβλημένων γιατρών. Δημιουργούνται ασθενείς πολλαπλών ταχυτήτων και γιατροί που έχουν δεσμεύσει εισόδημα μέσω του ΕΟΠΥΥ, μπορούν να βλέπουν και ιδιωτικούς ασθενείς και παράλληλα να προτεραιοποιούν με τα δικά τους κριτήρια ποιο και τι θα δούνε. Φυσικά, πάει περίπατο η δωρεάν πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, γιατί απλά δεν θέλετε να δώσετε οικονομικά κίνητρα αυξημένα στους γιατρούς, όπως θα μας πουν και οι φορείς τη Δευτέρα, ώστε να συμπεριληφθούν και να συμμετέχουν περισσότεροι γιατροί στο θεσμό.

Με τον τρόπο που νομοθετείτε, υπάρχει κίνδυνος να μεταβούν πολλοί γιατροί που έχουν σύμβαση από τον ΕΟΠΥΥ, γιατί θα τους αναγκάζετε – και είναι ένας λόγος που δεν μπήκαν πολλοί – να εφημερεύουν στα ΤΕΠ δευτεροβάθμιων νοσοκομείων για να καλύψουν εφημεριακές ανάγκες που δεν ήταν η προτεραιότητά τους -- για άλλο λόγο πήγαν στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας – και έτσι, να μεταβούν όλοι σε καθεστώς μη σύμβασης και να έχουμε εκροές γιατρών από συμβεβλημένους σε αμιγώς ιδιωτικό έργο και φυσικά να αυξηθούν οι δαπάνες των ασθενών.

Διαφαίνονται από το νομοσχέδιο, παρόλο το χρόνο που είχατε για να καταθέσετε ένα ολοκληρωμένο στρατηγικό σχέδιο για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ότι το κύριο μέλημά σας είναι η κάλυψη συμβατικών σας υποχρεώσεων απέναντι στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Σε ένα ολοκληρωμένο μοντέλο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας δεν αρκεί η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων. Παράλληλα, χρειάζεται μια μεταρρύθμιση για τη διαχείριση και την πρόληψη των παραγόντων κινδύνου, την ουσιαστική διασύνδεση, λαμβάνοντας υπόψη και άλλες μορφές φροντίδας υγείας, όπως την κοινωνική συνδρομή, το «social care» ή την ψυχική υγεία.

Ο κανόνας που πρέπει να ακολουθείται είναι «ο ασθενής στο επίκεντρο». Άρα, σεβασμός στις προτιμήσεις και τις ανάγκες των ασθενών, προτιμήσεις όχι μόνο σε ποιον προσωπικό γιατρό θα εγγραφώ, αλλά το γεγονός ότι η ζήτηση για ιατρική φροντίδα διαχρονικά εκφράζεται σε ειδικευμένους γιατρούς. Δεν μπορούμε να το παραβλέψουμε αυτό καθώς θα εκφραστεί ούτως ή άλλως. Σκοπός, λοιπόν, είναι να εξορθολογήσουμε το περιβάλλον που θα εφαρμοστεί η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Οι ανάγκες είναι πολλές, διαφορετικές και ολοένα πιο σύνθετες λόγω πολυνοσηρότητας. Όσο και να πιστεύει κανείς τον προσωπικό γιατρό, είναι απλουστευτικό ότι ένας άνθρωπος μπορεί να διαχειριστεί επαρκώς σύνθετους ασθενείς.

Θα πρέπει να υπάρχει συνέχεια στη φροντίδα υγείας και σύνδεση με την κοινωνική φροντίδα. Δεν είναι μόνο η φροντίδα υγείας, αλλά και ευρύτερα θέματα που πρέπει να λάβουμε υπόψη. Ίσως το πιο σημαντικό είναι η πλήρης σύνδεση μεταξύ φροντίδας υγείας και κοινωνικής φροντίδας, συνθήκη που γίνεται όλο και πιο επιτακτική λόγω γήρανσης του πληθυσμού και του μεγάλου επιπολασμού χρόνιων και εκφυλιστικών νοσημάτων. Φυσικά, είναι η ενημέρωση και κοινή λήψη αποφάσεων και η ενεργή συμμετοχή των ασθενών. Η εφαρμογή του προσωπικού γιατρού, με τη νομοθετική προσέγγιση που επιχειρείται, έχει μια απλουστευτική προσέγγιση, στην οποία κυριαρχεί ο μηχανισμός κυρίως της συνταγογράφησης. Αυτός φαίνεται να είναι ο κύριος στόχος σας.

Θα έπρεπε να προβλεφθεί η απόδοση κινήτρων για συλλογικές δράσεις, με συνδυασμό ειδικοτήτων στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Αυτό θα οδηγήσει σε σύγχρονες μορφές για τη διαχείριση της χρόνιας νοσηρότητας και της πολυνοσηρότητας. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας οφείλει να επανασχεδιαστεί με τις υπάρχουσες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, με επίκεντρο τον άνθρωπο. Θα ακούσουμε και τους αρμόδιους φορείς στη σχετική συνεδρίαση και θα τοποθετηθούμε επί των άρθρων αναλυτικά στην 3η συνεδρίαση, για να αναδείξουμε και τα θετικά άρθρα που υπάρχουν προς τη σωστή κατεύθυνση και είναι αρκετά, κυρία Υπουργέ.

Θα πρέπει να ακούσετε εμάς, αλλά και τους φορείς και να αφουγκραστείτε τους ειδικούς και να καταθέσετε διορθωτικές ρυθμίσεις, για να μπορέσουμε να σας στηρίξουμε. Αποσύρετε τις ρυθμίσεις για τον αγροτικό γιατρό και για τους ειδικευόμενους. Εμείς επιφυλασσόμαστε προς το παρόν και περιμένουμε να ακούσουμε τους φορείς και να δούμε τις διορθωτικές κινήσεις που θα κάνετε στο νομοσχέδιο. Ευχαριστώ πολύ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής)**: Ευχαριστούμε πολύ τον κύριο Τσίμαρη.

Τον λόγο έχει ο κ. Λαμπρούλης.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΛΑΜΠΡΟΥΛΗΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. του Κ.Κ.Ε.):** Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε. Θα ξεκινήσω με τη χθεσινή άγρια επίθεση της Κυβέρνησης και των ΜΑΤ κατά των εποχικών πυροσβεστών, που μόνο ντροπή και αίσχος προκαλεί. Γεγονός που καταγγέλλουμε. Καταγγέλλουμε το χθεσινό «όργιο» καταστολής και τρομοκρατίας που δέχθηκαν οι εποχικοί πυροσβέστες, οι, κατά τα άλλα, οι ήρωες όπως τους αποκαλούσατε τη θερινή περίοδο, που διεκδικούν το δικαίωμά τους στην εργασία ενάντια στην πολιτική της Κυβέρνησης, που τους διώχνει στην ανεργία, τους απολύει, αφού τους θεωρεί περιττούς. Είναι αυτοί που πάλευαν το καλοκαίρι με τις πυρκαγιές κάτω από αντίξοες συνθήκες.

Μάλιστα, αυτά τα χθεσινά συμβαίνουν την ίδια μέρα αν θέλετε που η Κυβέρνηση ανακοίνωσε την παράταση της αντιπυρικής περιόδου. Απέναντι ακριβώς στα δίκαια και αυτονόητα αιτήματα των εποχικών πυροσβεστών για μονιμοποίηση η Κυβέρνηση επιστράτευσε την άγρια καταστολή με τα ΜΑΤ και τα χημικά. Το απερίγραπτο αίσχος συνεχίστηκε, καθώς ξυλοκόπησαν και πολίτες, αλλά κυρίως συνέλαβαν δημοσιογράφο του Ριζοσπάστη που κάλυπτε αυτές τις αθλιότητες. Κλείνοντας, μαζί με την αλληλεγγύη μας και τη συμπαράσταση στον αγώνα για τα δίκαια αιτήματα των εποχικών πυροσβεστών, καλούμε την κυβέρνηση να προχωρήσει άμεσα στην ικανοποίηση αυτού του δίκαιου αιτήματός τους για μονιμοποίηση όλων των εποχικών πυροσβεστών.

Σε ό,τι αφορά το νομοσχέδιο, πρόκειται για μια ακόμα επιμέρους εξειδίκευση μέτρων που προέβλεπε ο προηγούμενος νόμος που ψήφισε η ίδια η Κυβέρνηση πριν από δύο χρόνια για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Είχε στο επίκεντρο την καθιέρωση του προσωπικού γιατρού, η αναμόρφωση του θεσμού του προσωπικού ιατρού, όπως είναι ο τίτλος του νέου νομοσχεδίου, έχει ως περιεχόμενο την ένταξη στον θεσμό των ανειδίκευτων πτυχιούχων των ιατρικών σχολών ή αυτών που θέλουν να αποκτήσουν τον τίτλο κάποιας ειδικότητας. Με αυτή τη στόχευση η Κυβέρνηση «βαφτίζει» τις παλιές θέσεις της υπηρεσίας υπαίθρου σε θέσεις προσωπικού γιατρού, όπου αυτοί οι γιατροί, με μια ταχύρρυθμη εκπαίδευση για ένα μήνα, θα αναλαμβάνουν να επιτελούν αυτό τον ρόλο.

Αυτό το μέτρο αντιστοιχεί σε υπηρεσίες του επιπέδου «ό,τι να ‘ναι και από όπου να ‘ναι», αρκεί το κόστος να είναι εντός των αντιλαϊκών δημοσιονομικών στόχων. Αφορά σε ρυθμίσεις που έχουν ως δεδομένο την σχεδόν ανύπαρκτη και υπό διάλυση δημόσια πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με τις τεράστιες ελλείψεις σε γιατρούς, νοσηλευτές και άλλους υγειονομικούς. Την παντελή έλλειψη βασικών ειδικοτήτων σε αρκετές περιοχές της χώρας και σχεδόν ανύπαρκτο τεχνολογικό εξοπλισμό, κατάσταση που οδηγεί σε αδυναμία παροχής ακόμη και στοιχειωδών υπηρεσιών στις λαϊκές οικογένειες – όλοι το ξέρουμε αυτό – που φυσικά δεν αντιμετωπίζεται με την αναγκαία ανάπτυξη υποδομών, μαζικές προσλήψεις υγειονομικών για τη στελέχωση αυτών των υποδομών, με τον αναγκαίο, αντίστοιχα, εξοπλισμό τους, ώστε να υπάρχει πλήρης κάλυψη όλες τις ώρες της ημέρας και όλο το χρόνο σε υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης.

Αντίθετα, ρυθμίζετε τον θεσμό του προσωπικού γιατρού με τον οποίο πρέπει να συνδεθούν όλοι, ψάχνοντας, στην ουσία, από ένα συνονθύλευμα που έχει δημιουργηθεί διαχρονικά με ευθύνη όλων των κυβερνήσεων, σημείων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, Κέντρα Υγείας, ΤΟΜΥ, ιδιώτες και πάει λέγοντας, υπονομεύοντας, στην ουσία, τον ενιαίο και επιτελικό χαρακτήρα που πρέπει να έχει το σύστημα υγείας και με περιορισμό στις στοιχειώδεις, ελάχιστες και ανεπαρκείς υπηρεσίες, που είναι πλήρως αναντίστοιχες με τις λαϊκές ανάγκες, αλλά, κυρίως, με τις σημερινές δυνατότητες ικανοποίησης αυτών των αναγκών στον τομέα της υγείας και όχι μόνο ή πιο συγκεκριμένα στον τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και, κυρίως, της πρόληψης.

Έτσι, με βάση τον αριθμό και τη σύνθεση των Κέντρων Υγείας, των ΤΟΜΥ, αλλά και της αξιοποίησης των ιδιωτών, μόνο σαν αστείο ακούγεται ο ισχυρισμός της Κυβέρνησης ότι θα παρέχονται υπηρεσίες πρόληψης, προαγωγής της υγείας στην οικογένεια, στα σχολεία, στους χώρους δουλειάς, στους χρονίως πάσχοντες, την προγραμματισμένη φροντίδα ενηλίκων και παιδιών, την κατ’ οίκον νοσηλεία, την εκτίμηση ψυχικών νόσων, αντιμετώπιση οξέων προβλημάτων υγείας, καταγραφή επιδημιολογικών στοιχείων και άλλα πολλά.

Το λέμε αυτό, διότι ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού θα λειτουργήσει υπέρ της υγείας του λαού μόνο όταν θα αποτελέσει τον βασικό πυρήνα του αναπτυγμένου, στελεχωμένου και εξοπλισμένου κρατικού συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, που θα έχει ως κριτήριο, όμως, την έγκαιρη, ασφαλή και αποτελεσματική αντιμετώπιση των λαϊκών αναγκών στην υγεία, απολύτως δωρεάν σε όλα τα επίπεδα του κρατικού συστήματος υγείας. Από τη στιγμή που συνδέεται με όρους περιορισμού του κόστους των ασθενών, χάνεται το αναγκαίο και χρήσιμο περιεχόμενο που έχει.

Σε αυτές τις συνθήκες, βέβαια, προκαλεί ορισμένα ερωτηματικά για την πρακτική, για παράδειγμα, συμβουλή των επτά πανεπιστημιακών κέντρων υγείας που προβλέπει το νομοσχέδιο, στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας του λαού. Πώς μπορούν, λοιπόν, οι μελέτες, οι έρευνες και η όποια εκπαίδευση, που προβλέπεται με τη δημιουργία αυτών των πανεπιστημιακών κέντρων υγείας, να έχουν πεδίο εφαρμογής σε ένα σχεδόν ανύπαρκτο, οργανωμένο και ανεπτυγμένο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας;

Δεύτερον, στο νομοσχέδιο προβλέπεται οικονομικό κίνητρο για την επιλογή της ειδικότητας της παθολογίας και της γενικής ιατρικής. Γνωστές είναι οι ανακοινώσεις καιρό τώρα, που πατούν επάνω, όπως αναφέρεται, στις ελλείψεις γιατρών αυτών των ειδικοτήτων. Εδώ αξίζει να θυμίσουμε ότι διαχρονικά το σύνολο των αστικών κομμάτων, ιατρικοί σύλλογοι, όπως και διάφοροι μελετητές του είδους αυτού, ανάλογα με την περίοδο, προωθούσαν εναλλάξ την αντίληψη, από τη μια μεριά, του πληθωρισμού των γιατρών, από την άλλη, την έλλειψη των γιατρών.

Στην πρώτη περίπτωση του πληθωρισμού, έλεγαν, των γιατρών, όταν σχεδιαζόταν η αποψίλωση των δημόσιων μονάδων υγείας από γιατρούς για να μειωθεί το λειτουργικό κόστος των μονάδων αυτών, των δημόσιων μονάδων υγείας, είχαμε και το φαινόμενο του Ιατρικού Συλλόγου Αθήνας, να θυμίσουμε εδώ, όπου ως «ντίλερ» διοργάνωνε συναντήσεις των γιατρών με πρεσβείες για τις λεπτομέρειες της μετανάστευσή και στη δεύτερη περίπτωση, για να δικαιολογηθεί το πάγωμα των προσλήψεων, διότι δεν υπάρχουν γιατροί. Τα στοιχεία, όμως – μπορούμε να ακούσουμε ενδεχομένως και τα πιο φρέσκα στοιχεία από την Κυβέρνηση, από το Υπουργείο – δεν επιβεβαιώνουν γενικά την έλλειψη παθολόγων και γενικών γιατρών, αλλά την έλλειψη τους σε αριθμό από τις δημόσιες μονάδες υγείας.

Αυτό συμβαίνει, διότι ένα μεγάλο μέρος των γιατρών είναι στον ιδιωτικό τομέα, στις μεγάλες επιχειρηματικές μονάδες της υγείας και ένα άλλο ταυτόχρονα ή και κυρίως αυτοτελώς, αποτελεί την κατηγορία των αυτοαπασχολούμενων γιατρών. Το βασικό, λοιπόν, πρόβλημα δεν είναι γενικά η έλλειψη των γιατρών, αλλά η άναρχη κατανομή τους ανάμεσα στις δημόσιες μονάδες υγείας, στις ιδιωτικές επιχειρήσεις της υγείας και στην αυτοαπασχόληση. Φαινόμενο που αναπαράγεται και επιδεινώνεται, ακριβώς στο έδαφος της εμπορευματοποίησης των εργασιών στην υγεία και φυσικά της επιχειρηματικής δράσης.

Ακριβώς αποδεικνύεται και στο ζήτημα αυτό, πως στο έδαφος της καπιταλιστικής οικονομίας και ανάπτυξης δε μπορεί να υπάρξει κεντρικός σχεδιασμός της εκπαίδευσης, αλλά και της κατανομής του υγειονομικού προσωπικού, γιατί ο σκοπός της ανάπτυξης δεν είναι η ικανοποίηση των λαϊκών αναγκών. Προφανώς, αυτό απαιτεί και αυτό προτάσσουμε, πέρα από τις διεκδικήσεις για τη βελτίωση των συνθηκών, όχι μόνο εργασίας, αλλά υποδομών, των τεράστιων ελλείψεων κτλ. που μαστίζει το δημόσιο σύστημα υγείας.

Για να λυθεί οριστικά αυτό απαιτεί άλλη οργάνωση της κοινωνίας και της οικονομίας. Απαιτεί σοσιαλισμό, απαιτεί αποκλειστικά κρατικό σύστημα υγείας, όπου το λαϊκό κράτος θα μπορεί να εξασφαλίζει όλα τα δικαιώματα και ανάγκες των εργαζομένων υγειονομικών και του λαού, αφού αυτοί θα τις καθορίζουν, θα τις υλοποιούν και θα τις ελέγχουν. Άλλωστε, αυτά όλα εφαρμόστηκαν και δοκιμάστηκαν στην πρώτη απόπειρα οικοδόμησης του σοσιαλισμού και έλυσαν λαϊκά προβλήματα που ο καπιταλισμός, πάνω από ένα αιώνα, ακόμα δε μπορεί να τα λύσει και ψάχνεται.

Αυτή είναι η προοπτική που πρέπει να ενώσει και τις λαϊκές δυνάμεις, τη λαϊκή πάλη, απορρίπτοντας την πολιτική του ελαχίστου και του αναχρονισμού της Κυβέρνησης και των άλλων αστικών κομμάτων, των μίζερων μέτρων του τύπου «από το ολότελα καλή και η Παναγιώταινα». Εμείς, κύριε Πρόεδρε, επί της αρχής το καταψηφίζουμε. Φυσικά, θα έχουμε τη δυνατότητα και στις επόμενες συνεδριάσεις να τοποθετηθούμε, αλλά και στην Ολομέλεια. Ευχαριστώ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Διακόπτουμε την συνεδρίαση μας λόγω της ονομαστικής ψηφοφορίας στην Ολομέλεια.

*(Διακοπή)*

*(Μετά τη διακοπή)*

Στο σημείο αυτό έγινε η β΄ ανάγνωση του καταλόγου των μελών της Επιτροπής. Παρόντες ήταν οι Βουλευτές κ.κ. Ακτύπης Διονύσιος, Βλαχάκος Νικόλαος, Βρεττάκος Γεώργιος, Γιόγιακας Βασίλειος, Γκολιδάκης Διαμαντής, Ευθυμίου Άννα, Ιατρίδη Τσαμπίκα (Μίκα), Καλλιάνος Ιωάννης, Καραμπατσώλη Κωνσταντίνα, Καρασμάνης Γεώργιος, Κεφάλα Μαρία – Αλεξάνδρα, Κρητικός Νεοκλής, Λιάκος Ευάγγελος, Μαντάς Περικλής, Μιχαηλίδου Δόμνα - Μαρία, Μονογυιού Αικατερίνη, Μπαραλιάκος Ξενοφών (Φώντας), Παπαθανάσης Αθανάσιος, Παπάς Θεοφάνης (Φάνης), Παπασωτηρίου Σταύρος, Πλεύρης Αθανάσιος, Ρουσόπουλος Θεόδωρος (Θόδωρος), Σενετάκης Μάξιμος, Σκόνδρα Ασημίνα, Σούκουλη - Βιλιάλη Μαρία - Ελένη (Μαριλένα), Σταμάτης Γεώργιος, Στύλιος Γεώργιος, Συρεγγέλα Μαρία, Τσιλιγγίρης Σπυρίδων (Σπύρος), Χατζηιωαννίδου Μαρία - Νεφέλη, Χρυσομάλλης Μιλτιάδης (Μίλτος), Γαβρήλος Γεώργιος, Θρασκιά Ουρανία (Ράνια), Καλαματιανός Διονύσιος - Χαράλαμπος, Κοντοτόλη Μαρίνα, Νοτοπούλου Αικατερίνη (Κατερίνα), Παναγιωτόπουλος Ανδρέας, Παππάς Πέτρος, Πολάκης Παύλος, Λιακούλη Ευαγγελία, Μουλκιώτης Γεώργιος, Πουλάς Ανδρέας, Σταρακά Χριστίνα, Τσίμαρης Ιωάννης, Κομνηνάκα Μαρία, Συντυχάκης Εμμανουήλ, Λαμπρούλης Γεώργιος, Στολτίδης Λεωνίδας, Αθανασίου Μαρία, Γραμμένος Βασίλειος, Φερχάτ Οζγκιούρ, Φωτίου Θεανώ, Οικονομόπουλος Αναστάσιος, Παπαδόπουλος Νικόλαος, Κεφαλά Γεωργία (Τζώρτζια), Μπιμπίλας Σπυρίδων, Δημητριάδης Πέτρος, Χαλκιάς Αθανάσιος, Λινού Αθηνά και Φλώρος Κωνσταντίνος.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Κυρίες και κύριοι συνάδελφοι, συνεχίζεται η διακοπείσα συνεδρίαση της Επιτροπής μας, μετά τη διακοπή για να συμμετάσχουμε στην ονομαστική ψηφοφορία στην Ολομέλεια.

Το λόγο έχει η Ειδική Αγορήτρια της Κοινοβουλευτικής «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΛΥΣΗ - ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΒΕΛΟΠΟΥΛΟΣ», κυρία Μαρία Αθανασίου. Κυρία Αθανασίου, έχετε τον λόγο για 15 λεπτά.

**ΜΑΡΙΑ ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ (Ειδική Αγορήτρια της Κ.Ο. «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΛΥΣΗ - ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΒΕΛΟΠΟΥΛΟΣ»):** Κύριε Πρόεδρε, κα εμείς, ως «Ελληνική Λύση», εκφράζουμε την αντίθεσή μας για τα γεγονότα με την εμπλοκή των ΜΑΤ για τους εποχικούς πυροσβέστες. Θα συνεχίσω επίσης, με μια δημοσίευση των μέσων μαζικής ενημέρωσης, που θα σας διαβάσω ακριβώς τι λέει και θα το καταθέσω στα πρακτικά. «Με καπέλο 200 εκατ. τα self tests για τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Υπερτιμολογημένα τα δωρεάν self tests σε σχέση με την ίδια εξέταση που γίνεται στα παραδοσιακά μικροβιολογικά εργαστήρια». Τώρα, για το «δωρεάν» θα τοποθετηθώ ότι δεν είναι τίποτα δωρεάν, γιατί έστω και να μην τα πληρώνει άμεσα ο πολίτης, τα πληρώνει έμμεσα και αυτά τα λεφτά θα μπορούσαν να πάνε σε άλλες υπηρεσίες, κοινωνικές υπέρ του πολίτη.

Όσο αφορά τώρα στο αν αυτά τα ακριβοπληρωμένα tests, αν είναι και αν βοηθάνε την πρόληψη, συγχωρέστε με, αλλά είμαι πολύ αντίθετη και είμαι αντίθετη γιατί αυτά στηρίζονται σε ίχνη αίματος, τα όποια ίχνη αίματος από το έντερο ξέρουμε ότι το πιο απλό μπορεί να είναι εκεί από τις αιμορροΐδες και από τις φλεγμονές και από άλλες παθήσεις. Θέλω να πω ότι έχουμε λοιπόν πολλά ψευδή θετικά και είναι το λιγότερο ότι κάποιος αγωνιά. Το χειρότερο είναι να μην εντοπίζονται τα θετικά και να καθησυχάζεται ο πολίτης ότι όλα πάνε καλά και χάνουμε χρόνο. Τι θα μπορούσε να γίνει για την πρόληψη; Να έχουμε περισσότερες προσλήψεις σε γαστρεντεροντολόγους και να γίνεται η κολονοσκόπηση, όπως πρέπει, και για τα άτομα που έχουν κληρονομικότητα ή για το άτομα που έχουμε εντοπίσει ότι μπορεί να οδεύουν προς τον καρκίνο.

Τώρα, πηγαίνοντας προς το νομοσχέδιο. Ο σκοπός του υπό επεξεργασία νομοσχεδίου ορίζεται η βελτίωση του Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και Δημόσιας Υγείας. Η κυβέρνηση φιλοδοξεί με αυτό το νομοσχέδιο να προωθήσει την αναμόρφωση του θεσμού του προσωπικού ιατρού μέσω της δήθεν αναβάθμισης του θεσμού αυτού ως κύριο στοιχείο ενός οργανωμένου συστήματος προληπτικής ιατρικής.

Παράλληλα και η Κυβέρνηση, ανεπιτυχώς, ισχυρίζεται ότι εγγυάται τη διασφάλιση επαρκούς αναλογίας προσωπικών γιατρών, λαμβάνοντας υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά όλων των περιοχών της χώρας.

Πριν περάσω όμως στα άρθρα, θα ήθελα να ρωτήσω γιατί εξαιρούνται οι γενικοί χειρουργοί από την ευνοϊκή διάταξη του άρθρου 6, παράγραφος 1, στο υπό διαβούλευση νομοσχέδιο, από τη στιγμή που δεν έχουν προκηρυχθεί οι θέσεις όσων γενικών χειρουργών λήγει η υπαλληλική τους σχέση στις 31/12/2024, ενώ η ευνοϊκή διάταξη ίσχυσε και ισχύει έως το 2026 για τους γιατρούς των οποίων η υπαλληλική σχέση έληξε το 2023. Φυσικά, αυτό θα ήταν προς όφελος μόνο των ασθενών, αφού μιλάμε για τους ασθενείς και για την πρόληψη και γενικά.

 Στο άρθρο 2, παρότι, το αντικείμενο του παρόντος είναι ο επανακαθορισμός και η διεύρυνση των κατηγοριών των προσωπικών γιατρών, η παροχή κινήτρων για την εκπαίδευση περισσότερων γιατρών στις ειδικότητες της γενικής οικογενειακής ιατρικής και της εσωτερικής παθολογίας και η καθιέρωση ενός αποτελεσματικού συστήματος αξιολόγησης των προσωπικών γιατρών, στη βάση δεικτών απόδοσης, ωστόσο, ήδη από την αιτιολογική έκθεση, βγάζουμε το συμπέρασμα ότι, σύμφωνα με τα δεδομένα του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, στην Ελλάδα μόνο το 6% του συνόλου των γιατρών είναι ειδικευμένοι στις ειδικότητες της γενικής οικογενειακής ιατρικής ή εσωτερικής παθολογίας, ένα μικρό ποσοστό δηλαδή. Και όμως, αυτές είναι οι ειδικότητες οι οποίες συγκροτούν το θεσμό του προσωπικού γιατρού όσον αφορά στον ενήλικο πληθυσμό.

 Σε αντίθεση, ο μέσος όρος των ευρωπαϊκών χωρών, που είναι 20%, σημαντικό μειονέκτημα του θεσμού είναι ότι οι περισσότεροι γιατροί που έχουν τις ειδικότητες της γενικής οικογενειακής ιατρικής και της εσωτερικής παθολογίας δεν επιθυμούν να ενταχθούν στο θεσμό του προσωπικού γιατρού, διότι τα οικονομικά κίνητρα είναι χαμηλότερα σε σχέση με τις εναλλακτικές που τους παρέχονται στον ιδιωτικό τομέα. Η συνέπεια είναι ότι ο θεσμός του προσωπικού γιατρού μένει χωρίς εφαρμογή σε ποσοστό περίπου 55% του συνόλου του πληθυσμού που δικαιούνται πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.

Προφανώς, η Κυβέρνηση δεν είχε λάβει υπόψη της αυτά τα τόσο θεμελιώδη ζητήματα, όταν έφερε προς ψήφιση το εν λόγω νομοσχέδιο. Είναι μια σαφής απόδειξη της αποτυχίας του θεσμού του προσωπικού γιατρού στην Ελλάδα. Σήμερα στο θεσμό του προσωπικού γιατρού συμμετέχει ποσοστό 45% περίπου των πολιτών σύμφωνα με στοιχεία. Ένας λόγος είναι και η αυξημένη συμμετοχή των πολιτών στο κόστος εξετάσεων και φαρμάκων. Συνήθως, εγγράφονται σε διαθέσιμο προσωπικό γιατρό μιας δημόσιας δομής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ο οποίος, ωστόσο, σχεδόν πάντα είναι πολύ μακριά από τον τόπο κατοικίας. Αν, λοιπόν, οι πολίτες συνεχίσουν να πληρώνουν από την τσέπη τους για όλες σχεδόν τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, δεν μπορεί να υπάρξει προσωπική σχέση γιατρού με ασθενή και έτσι δεν μπορεί να ολοκληρώσει αυτό ο θεσμός. Ας θυμηθούμε, ότι υπήρξαν τα ΤΟΜΥ τα οποία θα μπορούσαν να προσφέρουν εξαιρετική φροντίδα σε πρωτοβάθμια βάση, αλλά, δυστυχώς, δεν ενισχύθηκαν και χάθηκε μια εξαιρετική ευκαιρία.

 Η Κυβέρνηση, λοιπόν, με το παρόν νομοσχέδιο για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, αποσκοπεί, μεν, στο να αυξήσει τον αριθμό των προσωπικών γιατρών, εισάγοντας στο σύστημα της πρωτοβάθμιας υγείας, παθολόγους, νοσοκομειακούς δηλαδή γιατρούς χωρίς δεξιότητες, πρωτοβάθμιους αγροτικούς γιατρούς, δηλαδή μη εκπαιδευμένους γιατρούς, πενταετείς ειδικευμένους γενικής οικογενειακής ιατρικής οι οποίοι είναι χωρίς δικαίωμα υπογραφής και χωρίς δυνατότητα χρόνου ραντεβού για προσωπικούς ασθενείς.

 Προφανής στόχος της Κυβέρνησης, είναι να εκπληρωθούν οι υποχρεώσεις προς την Ευρωπαϊκή Ένωση και όχι να βελτιωθεί το επίπεδο των υπηρεσιών. Κανένα οικονομικό κίνητρο δεν θα ωθήσει νέους απόφοιτους ιατρικής να επιλέξουν τη γενική οικογενειακή ιατρική, αφού η πραγματικότητα είναι ότι οι γενικοί οικογενειακοί γιατροί του ΕΣΥ αμείβονται πενιχρά. Οι παθολόγοι μάλιστα που θα εισχωρήσουν στο σύστημα, είναι προφανές ότι θα ενισχύσουν τα νοσοκομεία, μετακινούμενοι σε αυτά και αφήνοντας κενές τις θέσεις που θα έχουν καταλάβει τα κέντρα υγείας. Όσοι παραμείνουν δεν θα μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καθώς δεν έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση για αυτό.

 Επίσης, διερωτώμεθα, τα πανεπιστημιακά κέντρα υγείας πώς θα παρέχουν εκπαίδευση σε γενικούς οικογενειακούς γιατρούς, αφού ακόμα δεν έχει δημιουργηθεί έδρα γενικής ιατρικής σε κανένα ελληνικό πανεπιστήμιο; Άρα, οι ειδικευόμενοι θα εκπαιδεύονται από ειδικευμένους γιατρούς που δεν γνωρίζουν καν τι είναι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Όσον αφορά στο σύστημα του Προσωπικού Ιατρού, θα πρέπει να εξασφαλιστεί κάποιο άτομο ως βοηθός του ιατρού, ειδικά εκπαιδευμένο στη διαχείριση ασθενών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Προτείνουμε, μάλιστα, να στέλνει και εξατομικευμένα μηνύματα στους πολίτες για τους προληπτικούς ελέγχους και πότε πρέπει αυτοί να γίνονται. Ένα δίκτυο γιατρών άλλων ειδικοτήτων είναι απαραίτητο, προκειμένου να επιτυγχάνεται η συνεργασία με τον προσωπικό ιατρό, σε περίπτωση που χρειάζεται παραπομπή. Με τα νέα δεδομένα περιορισμών, τόσο στη συνταγογράφηση, όσο και στις εξετάσεις και στα φάρμακα, τα οποία απαιτεί ο πολίτης να συνταγογραφηθούν, πρέπει να εξασφαλιστεί η εύρυθμη λειτουργία του ιατρείου.

Πρέπει να γίνει ξεκάθαρο ότι για έκτακτες και επικίνδυνες για τη ζωή περιπτώσεις ή για τα επείγοντα περιστατικά, θα πρέπει να απευθύνονται σε κάποια δημόσια δομή. Σε σχέση με το φόρτο εργασίας και για να προσελκύσουμε περισσότερους γιατρούς, η αμοιβή των γιατρών από το Κράτος πρέπει να αυξηθεί σημαντικά, ώστε να παρέχονται όσο το δυνατόν καλύτερες υπηρεσίες. Υπάρχουν ελάχιστοι παιδίατροι που έχουν ενταχθεί στο δημόσιο σύστημα υγείας και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τούτο λόγω αναξιοπρεπών αμοιβών. Πρέπει να δοθούν ισχυρά κίνητρα να μπουν παιδίατροι στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας.

Στο άρθρο 4, ειδικότητες προσωπικών ιατρών, παρότι στον ν. 4931/2022 υπήρχε η πρόβλεψη ότι ως προσωπικοί ιατροί ορίζονται οι γιατροί ειδικότητας γενικής οικογενειακής ιατρικής ή εσωτερικής παθολογίας για τον ενήλικο πληθυσμό, με απόφαση του Υπουργού Υγείας δύναται ως Προσωπικοί Ιατροί να ορίζονται και απλοί ιδιώτες γιατροί που δεν εμπίπτουν στις περιπτώσεις α΄ και γ΄ της παραγράφου 3, τόσο των ως άνω ειδικοτήτων, όσο και άλλων ειδικοτήτων για τον ενήλικο πληθυσμό, ιδίως όταν η ειδικότητα συνδέεται με παρακολούθηση πολιτών που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες και παιδίατροι για τον ανήλικο πληθυσμό.

Στο παρόν νομοσχέδιο περιορίζονται οι ειδικότητες στους γενικούς οικογενειακούς γιατρούς, παθολόγους και παιδιάτρους στο άρθρο 4. Δεν υπάρχει λύση για τους χρόνιους ασθενείς, πόσω μάλλον για τους σπάνιους. Ως εκ τούτου, απαιτείται επέκταση του ορίου ηλικίας των παιδιών που παρακολουθεί ο προσωπικός παιδίατρος μέχρι την ηλικία 18 ετών, αντί για 16 που είναι σήμερα. Οι έφηβοι χρειάζονται φροντίδα στο δύσκολο στάδιο της εφηβείας και δεν βοηθά το να αναγκάζονται να απευθυνθούν σε άλλες ειδικότητες γιατρών, οι οποίοι τελικά δεν τους αναλαμβάνουν γιατί δεν έχουν εκπαιδευτεί σε αυτό το αντικείμενο.

Στο άρθρο 5, κατηγορίες προσωπικών ιατρών, η «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΛΥΣΗ» θεωρεί απαράδεκτη κι επικίνδυνη τη διάταξη του να ορίζονται οι αγροτικοί γιατροί και οι ειδικευόμενοι ως προσωπικοί ιατροί. Πτυχιούχοι σε αναμονή ειδικότητας, εξομοιώνονται με τους ειδικευμένους Γενικούς και Οικογενειακούς Γιατρούς. Αντιτιθέμεθα. Είναι σαν να διαγράφουμε τα πέντε χρόνια ειδικότητας που κάνει ο καθένας μας.

Κυρία Υπουργέ, από τη στιγμή που κρίνετε απαραίτητο να συμπεριλάβετε και τους αμιγώς ιδιώτες στους προσωπικούς ιατρούς, οφείλετε και να θέσετε και ένα πλαίσιο λειτουργίας τους. Ποιο το κίνητρο για τον πολίτη να δηλώσει ως προσωπικό ιατρό έναν αμιγώς ιδιώτη γιατρό που θα πληρώνει ο ίδιος; Τα αντικίνητρα άλλωστε που περιελάμβανε ο προηγούμενος νόμος για κάποιον που παρέμενε χωρίς προσωπικό γιατρό αφαιρέθηκαν. Ποιο το κίνητρο για ένα αμιγώς ιδιώτη γιατρό να δέχεται να τον δηλώνει ένας πολίτης ως προσωπικό ιατρό του και ποιες υποχρεώσεις - δεσμεύσεις αποδέχεται ο γιατρός προς τους πολίτες που τον δηλώνουν ως προσωπικό ιατρό τους; Πώς θα αποτραπεί η δημιουργία ενός συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πολλαπλών ταχυτήτων, που, αντί να μειώνει, θα ενισχύει την ανισότητα στην πρόσβαση;

Στο άρθρο 6, για την πληθυσμιακή κάλυψη, κρίνουμε απαραίτητο να μειωθεί ο αριθμός των εγγεγραμμένων ατόμων ανά προσωπικό γιατρό, καθώς τα 2.000 άτομα είναι μεγάλος αριθμός και θα έχει ως συνέπεια οι ασθενείς να μην μπορούν να κλείσουν ραντεβού. Γεγονός που θα δυσχεραίνει την πρόσβαση σε άμεσο χρόνο, που είναι και προαπαιτούμενο για την επιτυχία του θεσμού. Επίσης, οι γιατροί ενδέχεται να μην μπορούν να αφιερώσουν αρκετό χρόνο στους ασθενείς λόγω φόρτου εργασίας.

Ο ανώτατος αριθμός θα πρέπει να προσδιοριστεί, κατ’ εμάς, το πολύ 1.500 άτομα, σύμφωνα και με την τεκμηριωμένη πρακτική. Το Σουηδικό Υπουργείο Υγείας έχει πλέον ως στόχο ο πληθυσμός ευθύνης ενός γενικού ιατρού να μην ξεπερνά τα 1.100 άτομα, αλλά εμείς δεν είμαστε Σουηδία. Μιλούμε για μια χώρα όπου οι γενικοί ιατροί έχουν μεγάλη βοήθεια και από άλλους επαγγελματίες υγείας στα κέντρα υγείας όπου εργάζονται, ενώ στην Ελλάδα έχουν σημαντικά λιγότερη ή και καμία βοήθεια από άλλους επαγγελματίες υγείας.

Επιπροσθέτως, τα παιδιά κάτω των 10 απαιτούν πιο συχνές επισκέψεις στον παιδίατρο από ό,τι αντίστοιχα οι ενήλικες. Κρίνουμε τον ανώτατο αριθμό 1.500 παιδιών ανά παιδίατρο υπερβολικό και ειδικά για όσους παιδιάτρους εργάζονται σε δημόσιες δομές υγείας, που εκ των πραγμάτων θα έχουν να αντιμετωπίσουν ταυτόχρονα και έκτακτα περιστατικά σε παιδιά τα οποία δεν είναι προσωπικοί τους ασθενείς.

Η Ελληνική Λύση προκρίνει έναν αριθμό 1.000 - 1.200 παιδιών, ωστόσο απαιτείται η σύνταξη στατιστικής μελέτης βασισμένη σε πραγματικά στοιχεία. Μόνο έτσι μπορεί η οποιαδήποτε πρόταση να είναι ρεαλιστική και αποτελεσματική. Βάσει ειδικής στατιστικής μελέτης, δέον να ορίζεται ο ανώτατος εγγεγραμμένος πληθυσμός σε ετήσια βάση. Επιπλέον, δεν χρειάζεται να γίνει διαφοροποίηση του ανώτατου αριθμού βάσει γεωγραφικών παραγόντων και πληθυσμιακής κατανομής.

Κύριοι, εκτός από τις λοιπές ελλείψεις στο παρόν νομοσχέδιο, διαπιστώνουμε ότι δεν υπάρχει σαφές χρονοδιάγραμμα για την εφαρμογή του σχεδίου, ούτε και λεπτομερής περιγραφή των πηγών χρηματοδότησης. Χωρίς επαρκείς πόρους και έναν ολοκληρωμένο σχεδιασμό, κύριοι Υπουργοί, υπάρχει ο κίνδυνος το σχέδιο να παραμείνει ανεκπλήρωτο και να καταλήξει σε μια ακόμα αποτυχημένη παρέμβαση. Η αναμόρφωση του θεσμού του προσωπικού γιατρού εστιάζει περισσότερο σε οργανωτικές μεταβολές, χωρίς παράλληλα να εξασφαλίζεται η άμεση βελτίωση των συνθηκών για τους ασθενείς.

Περιορίζει την ελευθερία των πολιτών να επιλέξει τον γιατρό που επιθυμούν, αλλά περιορίζει και τους γιατρούς να ενταχθούν στο εν λόγω σύστημα. Οι γιατροί οι οποίοι υποφέρουν από χαμηλούς μισθούς και εξαντλητικά ωράρια, δεν πρόκειται να στηρίξουν το θεσμό του οικογενειακού γιατρού και του προσωπικού, αν δεν ληφθούν μέτρα για να βελτιωθούν οι συνθήκες εργασίας τους. Ο ρόλος τους σε ένα τέτοιο θεσμό, χωρίς επιπλέον στήριξη και κίνητρα, είναι ανεπαρκής και πιθανόν μη ρεαλιστικός και καθορίζεται με υπερβολικές νομοθετικές εξουσιοδοτήσεις σε Υπουργούς. Δεν μπορούμε λοιπόν παρά να είμαστε αντίθετοι.

Τέλος, θεωρούμε ότι η δημιουργία πανεπιστημιακών κέντρων υγείας και ακαδημαϊκών μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ανοίγει το δρόμο για περαιτέρω ιδιωτικοποίηση του τομέα της υγείας. Το θέμα είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό, διότι υφίσταται ο κίνδυνος τα κέντρα αυτά και οι μονάδες αυτές αντίστοιχα να εξυπηρετούν πρωτίστως συμφέροντα των πανεπιστημιακών και ιδιωτικών φορέων, αφήνοντας τους ασθενείς να παλεύουν με τις μακροχρόνιες αναμονές και το υψηλό κόστος υπηρεσιών υγείας.

Η «Ελληνική Λύση» είναι υπέρ της στήριξης ενός δημοσίου συστήματος υγείας που θα εξυπηρετεί ουσιαστικά τον Έλληνα πολίτη και θα στηρίζεται στην επάρκεια του ιατρικού προσωπικού, την ελεύθερη επιλογή ιατρού στο δήμο του και όχι σε άλλους δήμους, που πρέπει να διανύσει χιλιόμετρα, τη σωστή κατανομή των χρηματοδοτικών πόρων και την υποστήριξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ώστε να είναι πάντα προσβάσιμο σε όλους τους Έλληνες πολίτες.

Μια και μιλάμε για την πρόσβαση στην υγεία, θα αναφερθώ στη Γαύδο και συγκεκριμένα, στο θέμα της απομάκρυνσης του τοποθετημένου γιατρού στη Γαύδο για δύο έτη, επειδή κατήγγειλε ότι το νερό είναι αιτία για τα πολλαπλά κρούσματα γαστρεντερίτιδας στο νησί. Μετά την απομάκρυνσή του οι κάτοικοι εξυπηρετούνται κάθε 15 μέρες από γιατρό. Με τέτοιες κινήσεις ερημώνονται τα ακριτικά νησιά μας και οι συνέπειες είναι εύκολα αντιληπτές. Θα ήθελα να μας απαντήσετε, κύριοι Υπουργοί, γιατί αυτός ο γιατρός είναι σε απομάκρυνση, όπως και γιατί πρέπει να πληρώσουμε, αντί να έχουμε καλύτερες τιμές, για αυτά τα self-tests, που κατά εσάς είναι η πρόληψη. Σας ευχαριστώ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε πολύ την κυρία Αθανασίου.

Τον λόγο έχει ο Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΝΕΑ ΑΡΙΣΤΕΡΑ», κ. Οζγκιούρ Φερχάτ, μέσω Webex.

**ΟΖΓΚΙΟΥΡ ΦΕΡΧΑΤ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΝΕΑ ΑΡΙΣΤΕΡΑ»):** Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε. Κυρίες και κύριοι Υπουργοί, αγαπητοί συνάδελφοι, το νομοσχέδιο «Αναμόρφωση του θεσμού του Προσωπικού Ιατρού - Σύσταση Πανεπιστημιακών Κέντρων Υγείας και άλλες διατάξεις του Υπουργείου Υγείας», αποτελεί άλλο ένα λιθαράκι στη διάλυση της δημόσιας υγείας. Ενώ η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί κομβικό σημείο για την πρόληψη και την προαγωγή υγείας και στην πλήρη έκφρασή της προσεγγίζει ολιστικά τις ανάγκες του πολίτη και της κοινότητας, αυτό που με συνέπεια νομοθετείται είναι η δημιουργία γιατρών, υπηρεσιών υγείας και ασθενών πολλών ταχυτήτων.

Αντί να συνεχίσετε και να ολοκληρώσετε την πρώτη σοβαρή και συγκροτημένη μεταρρύθμιση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, η οποία είχε δρομολογηθεί από την προηγούμενη Κυβέρνηση, με τον ν.4486/2017, την παγώσατε αρχικά και στη συνέχεια την ανατρέψατε πλήρως. Η μεταρρύθμιση αυτή συνιστούσε πραγματικά αλλαγή παραδείγματος στη φροντίδα υγείας και ήταν βασισμένη στον οικογενειακό ιατρό. Αυτός είναι ο διεθνώς αποδεκτός όρος στη Διεπιστημονική Ομάδα Υγείας και στις τομεοποιημένες υπηρεσίες μέσω των τοπικών μονάδων υγείας, τις λεγόμενες ΤΟΜΥ.

Ακυρώσατε έναν σχεδιασμό για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που είχε προχωρήσει. Σε περίοδο λιτότητας δημιουργήθηκαν 127 ΤΟΜΥ και προσλήφθηκαν 1.100 ιατροί και λοιποί επαγγελματίες υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Να σας υπενθυμίσουμε ότι η συγκεκριμένη μεταρρύθμιση είχε αξιολογηθεί θετικά από την Ευρωπαϊκή Ένωση, τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και τον εξυπηρετούμενο πληθυσμό, ενήλικες και παιδιά. Ενώ δεν τολμήσατε, εν μέσω πανδημίας, να κλείσετε τις ΤΟΜΥ, εντούτοις, τις εγκαταλείψατε. Δεν προχωρήσατε σε καμία νέα πρόσληψη. Δεν ανοίξατε ούτε μια νέα τομή και περιμένετε να ολοκληρωθεί η ευρωπαϊκή χρηματοδότηση, για να βάλετε το οριστικό «λουκέτο». Ούτε καν τις ακαδημαϊκές μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που είχαν, επίσης, θεσμοθετηθεί δε στηρίξατε, αλλά έρχεστε τώρα, 5 χρόνια μετά καθυστερημένα, για να θριαμβολογήσετε ότι θα αναπτύξετε 7 πανεπιστημιακά κέντρα υγείας, που θα συμβάλλουν στην εκπαίδευση, στην τηλεϊατρική, στη βελτίωση των δεικτών υγείας στα νησιά.

Αυτό που εσείς, πετύχατε είναι η ψήφιση ενός θεσμού, αυτή του προσωπικού ιατρού, πριν δυόμισι χρόνια με το ν. 4931/2022, ο οποίος συνοδεύτηκε, ως συνήθως, από τις γνωστές κυβερνητικές μεγαλοστομίες, για τη μεγάλη μεταρρύθμιση που θα αλλάξει το σύστημα υγείας. Ήρθε, όμως, η πραγματικότητα να σας διαψεύσει για άλλη μια φορά, γιατί, παρότι τυπικά έχουν εγγραφεί στο σύστημα το προσωπικό ιατρού το 50% περίπου των πολιτών, οι περισσότεροι υπό την απειλή της αυξημένης συμμετοχής στο κόστος εξετάσεων και φαρμάκων, στην πράξη δεν έχει αλλάξει τίποτα στη λειτουργία του συστήματος και στη διαχείριση των ασθενών. Γιατί πολύ απλά οι πολίτες έχουν δηλώσει ένα διαθέσιμο προσωπικό γιατρό, συνήθως μιας δημόσιας δομής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, κέντρο υγείας ή περιφερειακό ιατρείο, το οποίο σχεδόν πάντοτε είναι πολύ μακριά από την περιοχή που ζουν και εργάζονται. Άρα, με δεδομένη την πλήρη αποδιοργάνωση του ΕΣΥ, οι πολίτες συνεχίζουν να πληρώνουν από την τσέπη τους για όλες σχεδόν τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας.

Φτιάξατε, λοιπόν, έναν προσωπικό ιατρό στα χαρτιά, ο οποίος δε μπορεί να έχει καμία προσωπική σχέση με τον ασθενή και άρα δε μπορεί να αποτελέσει ούτε σημείο πρώτης πρόσβασης του πολίτη με το σύστημα υγείας, ούτε πολύ περισσότερο σύμβουλο υγείας του. Το χειρότερο, όμως, είναι ότι αναγορεύσατε σε προσωπικούς ιατρούς τους ιατρούς 10 παθολογικών ειδικοτήτων, μεταξύ των οποίων της αιματολογίας, της γαστρεντερολογίας, της νευρολογίας και της παθολογικής ογκολογίας, οι οποίοι δεν έχουν την παραμικρή σχέση με τη γενική οικογενειακή ιατρική και την κοινοτική φροντίδα.

Έρχεστε τώρα να διορθώσετε την αναποτελεσματικότητα των ρυθμίσεων του ν.4931/2022 και μια κατάσταση κατά την οποία μόνο ο μισός πληθυσμός έχει εγγραφεί σε προσωπικό ιατρό και μόνο οι μισοί από τους δυνητικά διαθέσιμους γιατρός έχουν ενταχθεί στο θεσμό, παρά τις απειλές και τους εκβιασμούς. Πώς γίνεται αυτή η διόρθωση; Με το να «βαφτίζετε» τους αγροτικούς γιατρούς και τους ειδικευόμενους της γενικής ιατρικής ως προσωπικούς ιατρούς και αυτό το αποκαλείτε μεταρρύθμιση.

Αν ισχυρίζεστε ότι ο ρόλος του προσωπικού ιατρού μπορεί να αναθέτει σε πτυχιούχους ιατρικής και σε ειδικευόμενους, οι οποίοι κάθε 12 μήνες θα αλλάζουν, μάλλον έχετε πλήρη άγνοια για το σημαντικό ρόλο που έχει ο προσωπικός ιατρός, εφόσον σχεδιαστεί και υλοποιηθεί σωστά, καθώς αποτελεί το μόνιμο και σταθερό στήριγμα κάθε λήπτη υπηρεσιών υγείας.

Τι να πούμε και για τη ρύθμιση της κατηγορίας των προσωπικών ιατρών που ασκούν ελεύθερο επάγγελμα, διατηρούν ιδιωτικό ιατρείο και δε συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ, ούτε αποζημιώνονται από αυτόν, αλλά επιλέγονται ελεύθερα από τον πολίτη και αμείβονται από τον τελευταίο, σύμφωνα με τη μεταξύ τους συμφωνία; Σε ποιο πλαίσιο γίνεται αυτή η συμφωνία; Στο πλαίσιο της προσφοράς και της ζήτησης; Τι σημαίνει αυτό; Μια απλοϊκή ερμηνεία είναι ότι η υπηρεσία του προσωπικού ιατρού δεν παρέχεται εξ ολοκλήρου δωρεάν από το Κράτος, για να μη σκεφτούμε ότι οι προσωπικοί ιατροί μπορεί να επιλέξουν να μην συμβληθούν με τον ΕΟΠΥΥ και να διαπραγματεύονται με τον πολίτη το κόστος της παροχής υπηρεσιών υγείας.

Δυστυχώς και σε αυτό το νομοσχέδιο γνώμονας είναι η αύξηση των ανισοτήτων και η δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας ανάλογα με το εισόδημα. Επιβεβαίωση στα παραπάνω είναι και η παιδιατρική κάλυψη, η οποία εξαρχής δεν είχε συμπεριληφθεί στο θεσμό του προσωπικού ιατρού και το έχουμε επισημάνει σε όλα τα νομοσχέδια του Υπουργείου Υγείας. Μας παρουσιάζετε τώρα ως μεγάλη αναβάθμιση το γεγονός ότι θεσπίζετε πλέον και προσωπικός παιδίατρος. Όμως, ούτε τώρα θα βελτιωθεί η δημόσια παιδιατρική φροντίδα, αφού, όπως πολύ καλά γνωρίζετε, υπάρχουν πολύ λίγοι παιδίατροι στις πρωτοβάθμιες δομές του ΕΣΥ και οι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ είναι ελάχιστοι. Επιπλέον, η εγγραφή των παιδιών σε προσωπικό παιδίατρο καθίσταται μη υποχρεωτική.

 Ουσιαστικά επισημοποιείτε τη λήξη του θεσμού του προσωπικού ιατρού για τον παιδικό πληθυσμό και οι γονείς θα συνεχίσουν να απευθύνονται σε ιδιώτες παιδιάτρους και να επιβαρύνονται οικονομικά για την παρακολούθηση των παιδιών τους.

Θα αναφερθώ και στην ειδικότητά μου ως οδοντίατρος και έχοντας πλήρη γνώση για τις αιτίες που οι πολίτες αμελούν την οδοντιατρική φροντίδα και δεν είναι άλλες πέραν της οικονομικής δυσχέρειας. Βλέπουμε ότι και σε αυτό το νομοσχέδιο και παρά το γεγονός ότι μιλάμε για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η οδοντιατρική φροντίδα και περίθαλψη δεν συμπεριλαμβάνεται και ως εκ τούτου παραμένει πολυτέλεια.

Τέλος, θα ήθελα να πω ότι πρόκειται για ένα ακόμη νομοσχέδιο που και στη διαβούλευση δεν πήγε και πολύ καλά, καθώς σύλλογοι ασθενών και συνδικαλιστικές οργανώσεις κατέθεσαν τις έντονες ανησυχίες τους και τις ενστάσεις τους και παρά τις ενστάσεις, αλλά και τις προτάσεις βελτίωσης, κατά την προσφιλή σας τακτική, αδιαφορείτε πλήρως. Δυστυχώς, έρχεστε να ευτελίσετε μια ουσιαστική και αναγκαία για τη δημόσια υγεία μεταρρύθμιση, σε μια εντελώς διαφορετική κατεύθυνση.

Μια πολιτική που θα αναβάθμιζε τις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας προς τους πολίτες, θα έπρεπε να έχει ως βασικά στοιχεία την ολοκλήρωση της ανάπτυξης του δικτύου πρωτοβάθμιων δημόσιων δομών, κέντρων υγείας, ΤΟΜΥ, περιφερειακών ιατρείων, σε όλη τη χώρα, την επαρκή στελέχωση των δομών αυτών με ειδικευμένους ιατρούς και με στόχο την καθολική εγγραφή του πληθυσμού ενηλίκων και παιδιών. Σε αυτό το σημείο θα ήθελα να τονίσω ότι είμαστε «κατά», επί της αρχής, ενώ για τα επιμέρους άρθρα επιφυλασσόμαστε για την Ολομέλεια, όπου και θα τοποθετηθούμε.

Κλείνοντας, δεν θα μπορούσα να μην αναφερθώ στις ντροπιαστικές εικόνες της άδικης επίθεσης με ΜΑΤ, ομάδα δράσης, χημικά που δέχτηκαν οι εποχικοί πυροσβέστες, οι οποίοι διεκδικούν το αυτονόητο δικαίωμα στην εργασία. Ούτε οι δημοσιογράφοι δεν γλίτωσαν από τη μανία της επίθεσης, αλλά ούτε και μια αρχηγός ενός κόμματος, αλλά και η Γραμματέας της «ΝΕΑΣ ΑΡΙΣΤΕΡΑΣ». Είναι οι πυροσβέστες, όπως και οι υγειονομικοί που «βαφτίζονται» ήρωες, όταν τους έχουμε ανάγκη, αλλά βιώνουν την άγρια καταστολή, όταν διεκδικούν. Είναι πραγματικά ντροπή, οι «ήρωες της πρώτης γραμμής» που δίνουν κυριολεκτικά τη ζωή τους, να αντιμετωπίζονται από την Κυβέρνηση με αυτό τον άθλιο και εξευτελιστικό τρόπο. Σας ευχαριστώ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε τον κ. Φερχάτ.

Τον λόγο έχει ο Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΚΟ ΠΑΤΡΙΩΤΙΚΟ ΚΙΝΗΜΑ “ΝΙΚΗ”, κ. Νικόλαος Παπαδόπουλος.

**ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΚΟ ΠΑΤΡΙΩΤΙΚΟ ΚΙΝΗΜΑ “ΝΙΚΗ”):** Ευχαριστώ πολύ, κύριε Πρόεδρε. Καλό μήνα σε όλους τους συναδέλφους, Υπουργούς και Υφυπουργούς. Κυρίες και κύριοι, και εγώ δεν μπορώ να μην ξεκινήσω και να μην εκφράσω την απέραντη συμπαράσταση της «ΝΙΚΗΣ»στους πυροσβέστες. Το ζήσαμε και εμείς αυτό ως υγειονομικοί. Από τη μια, μας χειροκροτούσαν και από την άλλη μας κυνηγούσαν, αλλά αυτό εχθές ξεπέρασε κάθε όριο φαντασίας, να ξυλοκοπούνται άνθρωποι, γιατί ζητούν το αυτονόητο.

Δυόμισι χιλιάδες πυροσβέστες «όμηροι» της Κυβέρνησης της Νέας Δημοκρατίας. Λέτε «κλιματική κρίση», λέτε «κινδυνεύουμε από πυρκαγιές». Γιατί τους πετάτε έξω τους ανθρώπους; Δεν ξέρετε, όπως είναι συναφές με το θέμα που θα αναπτύξω παραπάνω, ότι η πρόληψη είναι καλύτερη από τη θεραπεία; Δεν ξέρετε ότι η πρόληψη γίνεται για τις πυρκαγιές τώρα το χειμώνα; Τώρα γίνεται η πρόληψη, τώρα θα οριστούν αντιπυρικές ζώνες, τώρα θα καθαρίσουν τα κλαδιά, τώρα θα γίνει το ένα, τώρα θα γίνει το άλλο. Τους πετάμε έξω και βάζετε και ηλικιακά κριτήρια;

Ας εισέλθω και σε ένα άλλο θέμα που έθιξε, εδώ, η συνάδελφος της «ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΛΥΣΗΣ» και πραγματικά κι αυτό είναι μέσα στα θέματα της πρόληψης που δείχνει πόσο σε λάθος μεριά είναι το Υπουργείο και οι άνθρωποι που συμβουλεύουν ακόμα και τον Πρωθυπουργό. Εκτίθεται βάναυσα ο Πρωθυπουργός με αυτά που κάνει. Άλλο, κύριοι, «πρώιμη διάγνωση» και άλλο «προληπτική ιατρική». Καμία σχέση το ένα με το άλλο. Μην κουνάτε, έτσι, το κεφάλι σας. Αυτή είναι η αλήθεια.

**ΕΙΡΗΝΗ ΑΓΑΠΗΔΑΚΗ (Αναπληρώτρια Υπουργός Υγείας):** Απαγορεύεται;

**ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΚΟ ΠΑΤΡΙΩΤΙΚΟ ΚΙΝΗΜΑ “ΝΙΚΗ”):** Όχι, προς Θεού. Θα σας απαντήσω, γιατί είδα ότι απαξιώσατε και τη συνάδελφο που είπε που τα είδε αυτά, θα σας πω που τα είδε. Η προληπτική, λοιπόν, ιατρική είναι πολύ πιο σπουδαίο πράγμα, πολύ πιο βαθύ πράγμα, από το να κάνουμε έγκαιρη διάγνωση.

«Βαπτίσατε» με τον βαρύγδουπο τίτλο του όρου «πρόληψη» ένα πραγματικά αστείο πρόγραμμα, τελείως άχρηστο, που αφορά μόνο μια ίσως πρώιμη διάγνωση της νόσου του παχέος εντέρου. Για να μιλάμε και λίγο επιστημονικά, είπατε ότι πού τα βρήκε αυτά η συνάδελφος της «Ελληνικής Λύση». η μεθοδολογία αυτού του τεστ που είπατε ότι αφορά και 3,8 εκατομμύρια ανθρώπους και βάλατε και τον Πρωθυπουργό να πάει και να κάνει «ρεκλάμα» και να παίρνει τεστ και καλά που δεν του έκανε το τεστ μπροστά γιατί απαιτεί να έχεις και κόπρανα το τεστ για να δείξει, όπως λέει η μεθοδολογία.

Τι λέει η ιατρική επιστήμη πάνω σε αυτά;, όσο αφορά την ευαισθησία της μεθόδου για τη διάγνωση μεγάλων πολυπόδων. Οι μεγάλοι πολύποδες είναι πάνω από ένα εκατοστό, οι μεσαίοι είναι από μισό έως ένα εκατοστό και οι μικροί είναι κάτω του μισού εκατοστού, έτσι είναι στον άνθρωπο οι πολύποδες. Με απλά λόγια, η ευαισθησία στους μικρούς και στους μεσαίους πολύποδες είναι 8%. Δηλαδή, στους 100 ανθρώπους που θα κάνουν αυτό το self-test θα χτυπήσει κόκκινο μόνο στους 8, ενώ οι 92 ασθενείς θα μείνουν αδιάγνωστοι και έτσι οι άνθρωποι θα έχουν το συγκεκριμένο πρόβλημα, δηλαδή θα έχουν μια προκαρκινική κατάσταση που θα κινδυνεύει να εξαλλαγεί σε καρκίνο και θα «κοιμούνται τον ύπνο του δικαίου». Ρωτήστε και κανένα γιατρό πέρα από αυτούς που είχατε στην περίοδο της πανδημίας. Δεν ανακαλύφθηκε τώρα η ιατρική. Υπάρχουν γιατροί στη χώρα που ξέρουν ιατρική, να το ξέρετε αυτό το πράγμα.

Η προληπτική ιατρική, όπως σας είπα και πριν, είναι πραγματικά ένα πολύτιμο κομμάτι που πρέπει να ενσκήψει με σοβαρότητα το Υπουργείο με σοβαρότητα. Μέχρι τώρα δεν το είδαμε αυτό ούτε στο ελάχιστο, να το ξέρετε. Γιατί η προληπτική ιατρική – σημειώστε τα αυτά – βελτιώνει την ποιότητα ζωής, γιατί προλαμβάνει τα νοσήματα. Αποτέλεσμα αυτού είναι να αυξάνεται το προσδόκιμο ζωής των ανθρώπων, του πληθυσμού, αλλά το σημαντικότερο που ξέρουν οι πάντες που ασχολούνται με ιατρική βιβλιογραφία, είναι ότι εξοικονομεί πολύτιμους πόρους. Είναι 13 φορές χαμηλότερο το κόστος, όταν ασκηθεί σωστά η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η προληπτική ιατρική και η πρόληψη, όχι αυτά τα καραγκιοζιλίκια που είδαμε προχθές. Αυτά είναι καραγκιοζιλίκια.

Βέβαια, η δράση της προληπτικής ιατρικής πρέπει να είναι διαρκής και όχι αποσπασματική, όχι όποτε το θυμηθούμε ή όποτε μας βολεύει στο Υπουργείο ή όποτε περισσεύει κάνα «ψίχουλο» από το Ταμείο Ανάκαμψης να τα δώσουμε σε αυτούς που πρέπει. Άλλο πράγμα, λοιπόν, η πρώιμη διάγνωση και άλλο προληπτική ιατρική, το λέω και τέταρτη φορά. Η συγκεκριμένη μεθοδολογία που προκρίνει το Υπουργείο Υγείας μόνο ως μέθοδος πρώιμης διάγνωσης δεν μπορεί να λογιστεί. Η προληπτική ιατρική και η πρώιμη διάγνωση πρέπει να είναι πάντα – είναι κανόνας – συνυφασμένες, αγκαλιασμένες σφιχτά με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και με τη δευτεροβάθμια και δεν νοούνται χωρίς αυτές. Είναι ανύπαρκτη η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα αυτή τη στιγμή, είναι ισχνή, ισχνότατη μετά το Covid. Τα είπε και ο συνάδελφος του ΣΥΡΙΖΑ.

Εδώ, θα έπρεπε οπωσδήποτε – και αυτό είναι καλό να το ακούσει ο κόσμος – αυτό που έχετε να κάνετε για τον καρκίνο του παχέος εντέρου, γιατί είναι αυτό που «θερίζει» σήμερα στην ελληνική κοινωνία, όσοι είναι πάνω από 50 ετών να τους πείτε να κάνουν μια κολονοσκόπηση για να δουν αν εμπίπτουν στις προκαρκινωματώδεις καταστάσεις. Δεν παίζουμε, λοιπόν, με την υγεία του λαού μας. δεν παίζουμε με τη δημόσια υγεία «κορώνα - γράμματα», γιατί δεν χωράνε αστεία σε αυτά.

Σας αναφέρω πως με πήραν τηλέφωνο για αυτό το χάος που προκλήθηκε και μου έλεγαν πως έβγαλαν θετικό τεστ. Γιατί έγινε αυτό; Έγινε γιατί ασκείται η προληπτική ιατρική και η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας πραγματικά ερασιτεχνικά, αδόκιμα και επικίνδυνα από ανθρώπους που φαίνεται δεν κατέχουν καλά το αντικείμενο. Βρήκατε χρήματα από το Ταμείο Ανάκαμψης, αλλά είναι καλύτερο κανείς να πετάξει τα χρήματα παρά να τα χρησιμοποιήσει αδόκιμα και αντιεπιστημονικά.

Πάμε τώρα στο νομοσχέδιο και όσο προλάβω θα μπω στα άρθρα. Άλλο ένα νομοσχέδιο – έτσι το χαρακτηρίζουμε εμείς στην «ΝΙΚΗ» – από αυτά που συνήθως φέρει το Υπουργείο Υγείας, με πολλές αδυναμίες, πολλές σοβαρές στρεβλώσεις, που είναι αντιληπτές σε έναν άνθρωπο του χώρου. Υπάρχουν, βέβαια, πάντα υπάρχουν και στα χειρότερα νομοσχέδια, θετικές διατάξεις. δεν αντιλέγουμε, αλλά αν πρόκειται για ένα νομοσχέδιο που αφορά στην ήδη ισχνή, όπως προείπα, και αναποτελεσματική, αλλά παράλληλα, όπως σας τόνισα, τόσο σημαντική για την υγεία του πολύπαθου λαού μας, την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, εδώ δεν πρέπει να χαριστούμε. Πρέπει να είμαστε αντικειμενικοί και στα επιστημονικά δεδομένα.

Με το παρόν, λοιπόν, νομοσχέδιο, δεν φαίνεται να ενδιαφέρεστε καθόλου για να αυξήσετε την αξιοπιστία του ΕΣΥ, η οποία ολοένα και υποβαθμίζεται. Είπαν οι συνάδελφοι, πως ήταν τα κέντρα υγείας και πραγματικά, όταν έκανα εγώ αγροτικό τα κέντρα υγείας δούλευαν απίστευτα. Τώρα πας στα Κέντρα Υγείας και δεν μπορούν να σου κάνουν ούτε μια αλλαγή στο τραύμα. Το ΕΣΥ ολοένα και μετατρέπεται σε αποθήκη και βοηθητικός χώρος των μεγάλων ιδιωτικών κλινικών, όχι μόνο στα μεγάλα αστικά κέντρα των μεγαλουπόλεων, αλλά και στις νομαρχιακές πόλεις. Το κάναμε τον νεροκουβαλητή του συστήματος, ενώ θα έπρεπε και δικαιούται να ήταν ο βασικός παίκτης του συστήματος.

Στα μεγάλα νοσοκομεία και τα νομαρχιακά νοσοκομεία, υπάρχει, αγαπητοί μου, όλοι το ξέρετε, ας μην κρυβόμαστε πίσω από το δάχτυλό μας, υπάρχει φοβερός μαρασμός, φοβερή ιατροπενία και αναρωτιέμαι. Πώς θα υλοποιήσετε το οποιοδήποτε νομοσχέδιο που φέρνετε εδώ, χωρίς γιατρούς; Χωρίς αυγά ομελέτα γίνεται, που, δυστυχώς, δεν αφήνει κανένα νομοσχέδιο, όπως σας είπαμε, να τελεσφορήσει. Αν δεν έχεις υλικά δεν μπορείς να κάνεις.

Σας αναφέρω μόνο, ο Πρωθυπουργός στον Έβρο τι είπε; Ότι θα έδινε προτεραιότητα στο Σύστημα Υγείας, για αυτό και θα έβαζε τους καλύτερους συνεργάτες στο Υπουργείο Υγείας. Ενημερώνομαι τώρα, ότι Νοσοκομείο της Αλεξανδρούπολης, από τις 9 χειρουργικές αίθουσες λειτουργούν μόνο οι 4, τα τακτικά χειρουργεία πάνε κατά μέσο όρο με δύο χρόνια καθυστέρηση, με ό,τι αυτό συνεπάγεται για τα νοσήματα και τον πληθυσμό. Στο Νοσοκομείο του Διδυμοτείχου έχουν οι εργαζόμενοι να πάρουν ρεπό από το 2023. Για τα Κέντρα Υγείας τα είπαμε.

Γιατί δεν ακολουθείται το παράδειγμα της Ρουμανίας, η οποία διπλασίασε τους μισθούς; Θα πείτε, λεφτά δεν έχουμε. Για τα τεστ βρήκαμε λεφτά, που ήταν μια «τρύπα στο νερό». Αυτό σας λέω, είναι πού δίνετε τους πόρους. Η Ρουμανία, λοιπόν, έκανε αυτό και επανήλθαν οι γιατροί που είχαν φύγει στην Αγγλία και στη Γαλλία. Σήμερα εδώ δεν βλέπω ένα νομοσχέδιο πραγματικά για να το ψηφίσουμε και εμείς με όλη μας την καρδιά, που θα σήμαινε την «νεκρανάσταση» του ΕΣΥ, γιατί μιλάμε για «απονεκρωμένο» ΕΣΥ, το είπαν όλοι. Το πρώτο βήμα που θα μπορούσατε να κάνετε, το πρώτο βήμα και θα το ψηφίζαμε, να είστε βέβαιοι, θα ήταν η μισθολογική αναβάθμιση των υγειονομικών, οι οποίοι οι άνθρωποι πένονται.

Σας ξαναλέω για να μην μακρηγορήσω, με την υγεία δεν παίζουμε και θα ξαναναφερθώ, ότι στην πρόληψη, που προσπαθείτε να μας πείσετε ότι εφαρμόζετε για το Σύστημα, πρέπει να γνωρίζετε, πρώτον, όπως σας είπα, ότι βελτιώνει τη ποιότητα ζωής, δεύτερον, το προσδόκιμο και τρίτον, εξοικονομεί πολύτιμους πόρους, οι οποίοι συμβάλλουν και ελαττώνουν το κόστος υγείας 13 φορές. Αν τα κάνετε αυτά, αν δούμε ένα τέτοιο νομοσχέδιο, να είστε βέβαιοι ότι θα το ψηφίσουμε. Τώρα, τα είπαν οι συνάδελφοι, θα ήταν κουραστικό να τα ακούσετε. Πιστεύω, ότι και εσείς καταλαβαίνετε, αν είχατε σύζυγο, παιδιά, πατέρα, μητέρα, δεν θα θέλατε να τον δείτε να τον περιθάλπει ένας που μόλις πήρε το πτυχίο της Ιατρικής. Ευχαριστώ πολύ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε, κύριε Παπαδόπουλε. Το λόγο έχει ο Ειδικός Αγορητής της Πλεύσης Ελευθερίας, ο κ. Μπιμπίλας.

**ΣΠΥΡΙΔΩΝ ΜΠΙΜΠΙΛΑΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΠΛΕΥΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ - ΖΩΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ»):** Ευχαριστώ πολύ. Θα ξεκινήσω αφού ευχηθώ πρώτα καλό μήνα και δημιουργικό και οπωσδήποτε να μην υπάρχουν άλλα φαινόμενα όπως αυτά που χθες παρατηρήσαμε τα απαράδεκτα, όπου χθες το βράδυ χτυπήθηκαν οι εποχικοί πυροσβέστες, που διεκδικούσαν ακριβώς ό,τι τους αξίζει με τα δίκαια αιτήματά τους και αντιμετωπίστηκαν πάρα πολύ άσχημα από την Αστυνομία, όπου δυστυχώς υπάρχουν και τραυματίες στον Ευαγγελισμό.

 Το κόμμα μας, η «Πλεύση Ελευθερίας» και η Πρόεδρός μας, η οποία, από ό,τι μου είπε η ίδια, χτυπήθηκε από τα όργανα της τάξης, βρέθηκε κοντά στους εποχικούς πυροσβέστες μαζί με άλλους και από τα άλλα κόμματα, και είναι θλιβερό που συμβαίνουν τέτοια πράγματα. Αντί αυτούς τους ανθρώπους να τους ονομάζουμε ήρωες και να τους δίνουμε αυτό που τους αξίζει, να τους χτυπάμε. Νομίζουμε ότι αυτό δείχνει ότι κάτι μέσα στο σύστημά μας νοσεί και δυστυχώς η υγεία στον τόπο μας τόσα χρόνια νοσεί και αυτή. Νοσεί γιατί ακριβώς τα δημόσια νοσοκομεία και των πόλεων και της επαρχίας δεν είναι σε καλή κατάσταση. Στοιβάζονται ακόμα οι ασθενείς, υπάρχουν ελλείψεις τρομερές και οι αμοιβές των γιατρών είναι ακόμα πολύ χαμηλές.

Χρειάζεται αύξηση του προϋπολογισμού για την υγεία για να πούμε ότι υπάρχει ένα σεβαστό κράτος δικαίου. Αλλιώς το μόνο που εισπράττουμε είναι να αισθανόμαστε ότι η υγεία νοσεί και δεν νοσεί μόνο από τα πεπραγμένα αυτής της Κυβέρνησης, αλλά και από όλες τις προηγούμενες κυβερνήσεις, που πάντα υπόσχονταν ότι θα βρεθούν «χρυσές τομές» και λύσεις ώστε ο λαός να μην αντιμετωπίζεται ως «ζήτουλας» για τη διατήρηση της υγείας του. Γιατί ο λαός αυτός πληρώνει αδρά τις ασφαλιστικές του εισφορές εδώ και πολλά χρόνια, αλλά πρέπει αυτό λαός να αντιμετωπίζεται με υπευθυνότητα απέναντι σε αυτό το τόσο σοβαρό ζήτημα και όχι να υπάρχουν ακόμα ράντζα στα νοσοκομεία, αυτό το ευτελές πράγμα που βλέπουμε, που έφτασε να γίνει νούμερο στις θεατρικές επιθεωρήσεις πότε με τα ράντζα, πότε με τις ουρές, πότε με το απαράδεκτο «φακελάκι», που είναι πηγή «μαύρου» χρήματος, πράγματα που πρέπει οριστικά να εκλείψουν.

 Το νομοσχέδιο αυτό, που έρχεται σε εναρμόνιση με τα όσα επιτάσσει η Ευρωπαϊκή Ένωση, προσπαθεί να επανασυστήσει ουσιαστικά τον θεσμό του προσωπικού γιατρού μετά από δυόμισι χρόνια, μιας και ό,τι έχει γίνει έως σήμερα φαίνεται ότι δεν έχει αποδώσει τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Ειδικότερα, γιατί ούτε οι πολίτες έδειξαν το ενδιαφέρον που έπρεπε, αφού υπάρχει δυσπιστία απέναντι σε όλα και δεν εγγράφηκαν σε αυτό το σύστημα. Το πρώτο λοιπόν εγχείρημα απέτυχε λόγω και της έλλειψης των γιατρών και της απροθυμίας πολλών να εγγραφούν στο σύστημα, αφού μόνο το 50% των πολιτών γράφτηκε για αυτό και δεν υλοποιήθηκε στην πράξη.

Η κυβέρνηση με το νέο νομοσχέδιο επιχειρεί να δημιουργήσει νέες παραμέτρους και αυτό δεν μπορεί εξ αρχής να κατακριθεί συνολικά, μιας και όλοι γνωρίζουμε ότι στον τομέα της υγείας πολλά πράγματα δεν πήγαιναν και δεν πάνε καλά και ότι χρειάζεται μια ριζική αναμόρφωση όλου του συστήματος. Με αυτή την έννοια, κάθε τι που βοηθάει τους πολίτες αλλά και συνολικά τον τομέα της υγείας να βαδίσει καλύτερα, χρειάζεται ριζική μεταρρύθμιση και δεν μπορεί να μας βρίσκει σε όλα αντίθετους. Το ότι, όμως, οι πολίτες θα έχουν τη δυνατότητα να πληρώνουν και από την τσέπη τους τον προσωπικό γιατρό, αν, φυσικά, το επιλέξουν οι ίδιοι, μας δημιουργεί ερωτηματικά, γιατί το αρχικό αφήγημα ήταν ο προσωπικός γιατρός για όλους θα ήταν εντελώς δωρεάν.

Στο σχέδιο νόμου προσωπικός γιατρός μπορεί να είναι και ένας ιδιώτης γιατρός, αρκεί να επιλέγεται από τον πολίτη, ο οποίος, όμως, θα πληρώνεται με τα χρήματα του πολίτη. Αυτό εμάς μας δημιουργεί κάποια σοβαρά ερωτηματικά και νομίζουμε ότι υπάρχει πρόβλημα γιατί αυξάνει τις ανισότητες. Θα έπρεπε ο κάθε πολίτης να έχει τον γιατρό του χωρίς να χρειάζεται να πληρώνει οτιδήποτε. Ο κάθε πολίτης θα πρέπει να νιώθει άνετα, να εξετάζεται από το γιατρό του κανονικά, με κλείσιμο ραντεβού μέσω ΕΟΠΥΥ, που σημαίνει ότι δεν θα δίνει καθόλου χρήματα στο γιατρό, αφού θα πληρώνεται από το Κράτος, δηλαδή από τις εισφορές που προκαταβάλλει αδρά ο πολίτης. Δεν χρειάζεται να νιώθει άβολα ο πολίτης, όταν με κάποιο στιλ και τρόπο ο γιατρός του ζητάει έστω και 10 ή 15 ευρώ για την εξέτασή του ή τη συνταγογράφηση, κάτι που συνέβαινε με πολλούς προσωπικούς γιατρούς έως τώρα.

Θα πρέπει να γίνει σαφές αυτό, ότι ο πολίτης δεν πρέπει να πληρώνει τίποτα στην επίσκεψη σε προσωπικό γιατρό, ακόμα και για μια απλή συνταγογράφηση. Κλείνει ραντεβού μέσω ΕΟΠΥΥ με τον προσωπικό του γιατρό, ο οποίος δεν χρειάζεται να γίνεται διαμεσολαβητής κάποιας γραφειοκρατίας.

Θα πρέπει ο πολίτης να μην ντρέπεται που δεν θα πληρώνει τον προσωπικό του γιατρό και να νιώθει εμπιστοσύνη, γιατί ο γιατρός κάνει και πρέπει να κάνει με προθυμία το λειτούργημά του. Έτσι, προσωπικοί γιατροί μπορεί να γίνουν γιατροί, που ήδη παρέχουν τις υπηρεσίες τους στο πλαίσιο του ΕΣΥ με εγγεγραμμένο πληθυσμό, υπόχρεοι και μη προσωπικοί γιατροί που παρέχουν υπηρεσίες σε δημόσιες μονάδες παροχής πρωτοβάθμιας βαθμίδας υγείας, γιατροί που επιθυμούν να αποκτήσουν ειδικότητα οικογενειακής ιατρικής, οι οποίοι, όμως, στο πλαίσιο της εκπαίδευσής τους, παρέχουν υπηρεσίες προσωπικού γιατρού. Γιατροί που ασκούν ελευθέριο επάγγελμα με ιδιωτικό ιατρείο και συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ ως προσωπικοί γιατροί με εγγεγραμμένο πληθυσμό, και άλλοι που δεν συμβάλλονται, αλλά επιλέγονται από τον πολίτη με ιδιωτική συμφωνία και αμείβονται από αυτόν.

Σε ό,τι αφορά στους παιδιάτρους, το Υπουργείο δεσμεύεται να καλύψει, σε πρώτη φάση, 530.000 παιδιά με δωρεάν υπηρεσίες. Τα σωματεία, όμως, που εκπροσωπούν τον κλάδο δηλώνουν ότι δεν έχουν έρθει έως τώρα σε πλήρη συνεννόηση με το Υπουργείο Υγείας όσον αφορά τους παιδιάτρους. Δεν έχει ξεκαθαριστεί αυτό και υπάρχουν κενά ως προς το μισθολογικό κόστος που δεν είναι σαφές. Το σημαντικό είναι ότι τα παιδιά πρέπει να τα παρακολουθούν μόνον παιδίατροι και αυτό πρέπει να είναι απολύτως ξεκάθαρο. Στη χώρα μας υπάρχει πλήθος ειδικών γιατρών και αυτούς πρέπει να τούς εκμεταλλευτούμε σοβαρά. Δεν θα πρέπει, όμως, όπως σε άλλες χώρες, να «κόβονται γωνίες» ως προς την ποιότητα περίθαλψης και να θεωρήσουμε ότι αυτή είναι μια καλή πρακτική επειδή γίνεται σε άλλες χώρες.

Ορθά, η εγγραφή, βάσει του νομοσχεδίου, σε προσωπικό γιατρό για τον ανήλικο πληθυσμό γίνεται από πρόσωπο που ασκεί οριστικά ή προσωρινά την επιμέλειά του. Δεν καταλαβαίνουμε, όμως, γιατί πρέπει να είναι προαιρετική για τον ανήλικο που δεν έχει συμπληρώσει το 16ο έτος της ηλικίας του και είναι υποχρεωτική για αυτόν που έχει συμπληρώσει το 16ο έτος της ηλικίας του. Σωστά το νομοσχέδιο προτείνει ότι, για όσους δεν εγγραφούν ως τον Ιούνιο του 2025, το ηλεκτρονικό σύστημα της ΗΔΙΚΑ θα ορίσει αυτόματα έναν προσωπικό γιατρό για κάθε πολίτη. Το όριο των 2.000 ατόμων ανά γιατρό που ορίζει το νομοσχέδιο είναι επαρκές και οι αποζημιώσεις που θα λαμβάνουν επιπλέον των μηνιαίων αποδοχών τους, όταν ξεπερνούν τον αριθμό εγγεγραμμένων ληπτών υπηρεσιών υγείας, έχουν καθοριστεί.

Ένα από τα πιο σημαντικά σημεία του νέου νομοσχεδίου είναι αυτό που απαγορεύει στους γιατρούς και τους πολίτες ασθενείς που συνεργάζονται, να βρίσκονται σε διαφορετικές περιφερειακές ενότητες. Σύμφωνα με το σχέδιο νόμου, ο γιατρός οφείλει να έχει κατ’ αποκλειστικότητα την έδρα του στον ίδιο δήμο ή σε όμορους δήμους της ίδιας περιφερειακής ενότητας με τους ασθενείς του. Οι πολίτες αυτοί δεν είναι αμελητέοι, αν αναλογιστούμε ότι, τα προηγούμενα χρόνια που δεν υπήρχε αρκετή πίεση από το Υπουργείο Υγείας για εγγραφή των πολιτών στο θεσμό, αρκετοί ήταν αυτοί που έκαναν εγγραφή εκτός της περιφερειακής τους ενότητας.

 Χαρακτηριστικό και ακραίο παράδειγμα, το οποίο βάζει σε σκέψεις για το πόσο λάθος ήταν το σύστημα με συνευθύνη όλων, ήταν αυτό που είχε αναφέρει η γενική γιατρός κυρία Αθανασία Τζανακάκη, μιλώντας στο Συνέδριο Γενικής Ιατρικής, καθώς σύμφωνα με στοιχεία που έδωσε στη δημοσιότητα, σε προσωπικό γιατρό, με έδρα το Κέντρο Υγείας Μουζακίου στην Καρδίτσα, είχαν εγγραφεί περίπου 600 άτομα – όσο και αν φαίνεται απίστευτο – από την Αττική και αυτό γιατί δεν υπήρχαν αρκετοί διαθέσιμοι γιατροί προσωπικοί στον Νομό Αττικής.

Μάλιστα, πιο σωστό είναι ο προσωπικός γιατρός να είναι κοντά σου, στη γειτονιά σου. Δεν μπορεί ο ασθενής να μένει στο Φάληρο, στην Αττική και ο γιατρός του να είναι στον Μαραθώνα. Πώς θα πάει ο πολίτης να εξυπηρετηθεί για εξετάσεις αν του χρειαστεί κάτι επείγον; Αυτό σημαίνει ότι η συντριπτική πλειοψηφία των πολιτών δεν είχε δει ποτέ από κοντά του το γιατρό του τον προσωπικό, ούτε φυσικά οι γιατροί είχαν άμεση επαφή με τον ασθενή τους, κάτι απαραίτητο σε πολλές περιπτώσεις. Όλες οι διαδικασίες γίνονταν ηλεκτρονικά, διαδικτυακά, πράγμα που είναι εξ ορισμού λάθος και δεν πρόκειται να το επικροτήσουμε, και αυτό, ευτυχώς, προσπαθεί να το διορθώσει το νομοσχέδιο.

Προσωπικός Γιατρός σημαίνει ο γιατρός να είναι με κάθε έννοια κοντά σου, να μπορεί επιστημονικά να κάνει κλινική εξέταση και εκτίμηση, άρα γεωγραφικά να βρίσκεται πλησίον για να μπορεί να γίνει αυτό. Δηλαδή, από την αρχή ήταν αυτό λάθος, να αφήνει το σύστημα να βρίσκονται γιατροί και ασθενείς σε διαφορετικές γεωγραφικές τοποθεσίες, που τώρα ευτυχώς αποκαθίσταται αυτή η οφθαλμοφανής στρέβλωση. Πρακτικά αυτό σημαίνει, ότι πολλοί πολίτες, εφόσον ψηφιστεί το νομοσχέδιο, θα πρέπει να αλλάξουν προσωπικό γιατρό άμεσα, για να αποκατασταθεί η τάξη και να βρίσκονται γιατροί και πολίτες σε κοντινό τόπο.

Η εγγραφή και η μετεγγραφή σε Προσωπικό Γιατρό μπορεί να γίνεται μέσω τηλεφωνικής ή ηλεκτρονικής διαδικασίας και για όσους δεν έχουν τη δυνατότητα, μέσω των ίδιων των γιατρών που έχουν πρόσβαση στο σύστημα ή μέσω των δημόσιων δομών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ή και μέσω φαρμακείων. Πολύ σωστά, για όσους δεν έχουν εγγραφεί ως τον Ιούνιο του 2025, το ηλεκτρονικό σύστημα θα ορίσει προσωπικό γιατρό για κάθε πολίτη.

Θα πρέπει να γίνει ξεκάθαρο ότι ο πολίτης μπορεί να επιλέξει προσωπικό γιατρό από τους καταλόγους που επικαιροποιούνται ανά περιοχή. Αυτό που μας δημιουργεί, όμως, εντύπωση είναι, η δυνατότητα της επιλογής για τους οικονομικά πιο εύπορους πολίτες, να επιλέγουν ως προσωπικό γιατρό κάποιον ιδιώτη που θα τον πληρώνουν οι ίδιοι. Δεν είναι ένας έμμεσος τρόπος αυτό, για να οδηγηθούν κάποιοι άνθρωποι προς τον ιδιωτικό τομέα, κάποιοι που θα είχαν την άνεση, ενώ θα μπορούσαν να έχουν προσωπικό γιατρό μέσω του ΕΟΠΥΥ; Το να πληρώνει ο πολίτης, που ήδη έχει επιβαρυνθεί πάρα πολύ και με την ακρίβεια των φαρμάκων και με τις συμμετοχές που έχουν αυξηθεί στα φάρμακα, είναι απαράδεκτο.

Ασφαλώς και ήταν υποχρέωση της χώρας να λυθούν αυτά τα ζητήματα, ώστε να ολοκληρωθούν οι σχέσεις που δεν είχαν ως τώρα σωστά ενεργοποιηθεί, ανάμεσα σε γιατρό και πολίτη. Η συμμετοχή, όμως, αγροτικών γιατρών ως προσωπικών γιατρών, δεν είναι της ίδιας δυνατότητας με τους παθολόγους και τους γενικούς γιατρούς. Δεν έχουν ακόμα ειδικότητα, μόλις έχουν πάρει το πτυχίο τους και δεν έχουν ακόμα εξειδικευτεί, ενώ οι άλλοι είναι εξειδικευμένοι. Βρίσκονται, δηλαδή, στα πρώτα τους ακόμα βήματα και έτσι δημιουργούνται γιατροί δύο ταχυτήτων, αλλά και πολίτες δύο ταχυτήτων, άρα η παροχή υπηρεσίας δεν θα είναι ίδια και για μεν τα βασικά είναι εντάξει, αλλά αν θέλουμε να φτιάξουμε ένα σύστημα όπου θα υπάρχει γιατρός στον οποίο θα αναφέρονται οι ασθενείς με εμπιστοσύνη, πριν πάνε πιθανόν σε νοσοκομείο, θα πρέπει αυτά να μην υφίστανται.

Εκεί εξ ορισμού, οι αγροτικοί γιατροί δεν θα μπορούσαν να ανταποκριθούν και δεν είναι μόνο ότι πρόκειται για νέους γιατρούς χωρίς εξειδίκευση που θα αναλάβουν να παρακολουθούν ιατρικά τους εγγεγραμμένους πολίτες. Άλλο ένα πρόβλημα, όπως επισημαίνεται από τον ιατρικό κόσμο, είναι ότι οι αγροτικοί γιατροί κάνουν υπηρεσία υπαίθρου μόνο έναν χρόνο, όσο προβλέπεται από τον νόμο δηλαδή, κάτι που σημαίνει, ότι αμέσως μετά τον πρώτο χρόνο ο πολίτης θα είναι εξαναγκασμένος να επιλέξει έναν άλλο αγροτικό γιατρό για να μπορέσει να τον παρακολουθεί και να του συνταγογραφεί φαρμακευτική αγωγή και εξετάσεις, κάτι που δεν συμβάλλει στη σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ γιατρού και ασθενούς.

Από την άλλη, η μετατροπή των ειδικευόμενων γιατρών της γενικής ιατρικής και της παθολογίας σε προσωπικούς γιατρούς, προκαλεί κάποιες αντιδράσεις στον ιατρικό κόσμο. Οι επιστημονικοί φορείς, θεωρούν ότι εξαναγκάζονται οι νέοι γιατροί να αναλάβουν ακόμη ένα ρόλο, τη στιγμή που θα πρέπει να εκπαιδεύονται μέσα στα νοσοκομεία. Εκπρόσωποι του κλάδου τους θεωρούν ότι με τις μεθόδους αυτές υποβαθμίζονται οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Παράλληλα, οι παθολόγοι θεωρούν το ποσό των 40.000 ευρώ, που ακούγεται μεν μεγάλο και θα δίνεται σαν κίνητρο στους νέους γιατρούς που θα ξεκινούν ειδικότητα γενικής ιατρικής και παθολογίας, δεν επαρκεί, αφού, ουσιαστικά, αντιστοιχεί σε περίπου 360 ευρώ καθαρά ανά μήνα. Άρα, αυτό δεν μπορεί να λέγεται ελκυστικό.

Σε ό,τι αφορά στους παιδιάτρους. Επιστημονικοί κύκλοι διατυπώνουν επιφυλάξεις για το πού θα βρεθούν τόσοι παιδίατροι για να καλυφθούν 530.000 παιδιά με δωρεάν ιατρικές επισκέψεις. Σημειώνουμε, ότι σήμερα ελάχιστοι παιδίατροι έχουν σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ και οι οποίοι καλύπτουν 200 επισκέψεις δωρεάν μηνιαίως για τους εγγεγραμμένους πολίτες και η σύμβασή τους θα συνεχιστεί ως το τέλος του χρόνου με 2.000 ευρώ μηνιαίως.

Εν κατακλείδι, το νομοσχέδιο προσπαθεί να διορθώσει τα προηγούμενα λάθη, όπου ο θεσμός του προσωπικού γιατρού ξεκίνησε μεν πριν από δυόμισι χρόνια, αλλά δεν ολοκληρώθηκε, εξαιτίας της άρνησης, όπως είπα, του ιατρικού προσωπικού να συμμετάσχει στο εγχείρημα, λόγω των χαμηλών αμοιβών και των συνθηκών εργασίας. Αποτέλεσμα ήταν σχεδόν οι μισοί δικαιούχοι πολίτες να μην διαθέτουν προσωπικό γιατρό.

Ειδικότερα, για να μιλήσω και για μας τους ηθοποιούς που είχαμε εξασφαλίσει να έχουμε μόνιμο προσωπικό γιατρό μέσα από τα ιατρεία μας, με το Ταμείο Αλληλοβοήθειας Σωματείου Ελλήνων Ηθοποιών, παρουσιάστηκε τεράστιο πρόβλημα, γιατί 2.000 άνθρωποι βρέθηκαν ξαφνικά χωρίς προσωπικό γιατρό εν μέσω του χειμώνα, μιας και η μοναδική γιατρός που μας έχει απομείνει λόγω μνημονίων συνταξιοδοτήθηκε και δεν μπορέσαμε ως τώρα, παρά τις προσπάθειες να την αντικαταστήσουμε, πράγμα για το οποίο σας ζητάμε την κατανόηση και τη λύση του προβλήματος που μας δημιουργήθηκε. Στις αρμόδιες συνεδριάσεις που θα συζητήσουμε, θα μιλήσουμε και για τα άρθρον. Σας ευχαριστώ πολύ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε κ. Μπιμπίλα και για το χρόνο. Όπως σας είπα πιο πριν θα ανακοινώσω τους φορείς. Έχουμε κάνει μια σύνθεση με προτάσεις από όλα τα κόμματα και σύμφωνα βέβαια πάντοτε με τον Κανονισμό. Δέκα φορείς θα καλέσουμε, διότι έχουμε δύο συνεδριάσεις μεθαύριο.

Ξεκινώ. Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, η ΠΟΕΔΗΝ, η Πανελλήνια Ομοσπονδία Ελευθεροεπαγγελματιών Παιδιάτρων, η Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, ο Πρόεδρος της Ιατρικής Σχολής Αθηνών και ο Πρόεδρος της Ιατρικής Σχολής Θεσσαλονίκης, η Ελληνική Ακαδημία Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η Εταιρεία Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής Ελλάδος «ο Ιπποκράτης», η Ελληνική Εταιρεία Έρευνας και Εκπαίδευσης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, το Ελληνικό Κολλέγιο Γενικής Ιατρικής και η Ομοσπονδία Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδος.

Ο κ. Λαμπρούλης έχει ζητήσει το λόγο.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΛΑΜΠΡΟΥΛΗΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΚΟΜΜΟΥΝΙΣΤΙΚΟ ΚΟΜΜΑ ΕΛΛΑΔΑΣ»):** Κύριε Πρόεδρε, προφανώς δηλώθηκαν περισσότεροι φόροι. Είπατε 10.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ένδεκα με τον Πρόεδρο της Ιατρικής Θεσσαλονίκης.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΛΑΜΠΡΟΥΛΗΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. του Κ.Κ.Ε.):** Γιατί καλούνται δύο 2 πρόεδροι ιατρικών σχολών; Ας καλέσουμε 6 τότε, για να ακούσουμε την άποψη όλων των ιατρικών σχολών.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Είπαμε να καλέσουμε έναν από την Αθήνα και έναν από την Περιφέρεια.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΛΑΜΠΡΟΥΛΗΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. του Κ.Κ.Ε.):** Δεν είναι η αντιδικία όμως αν θα καλέσετε έναν από την Αθήνα και έναν από τη Θεσσαλονίκη. Δεν είναι αυτό το ζήτημα. Με βάση της δεύτερης πρότασης που κάναμε, υπάρχει το άρθρο 37 που αφορά το ΝΙΜΤΣ, τις προβλέψεις και τέλος πάντων τις ρυθμίσεις του νομοσχεδίου, που αφορά χιλιάδες συνταξιούχους στρατιωτικούς όλων των Σωμάτων. Αυτό εκπροσωπεί η συγκεκριμένη Ένωση που προτείναμε να είναι εδώ στην Επιτροπή για να ακούσουμε την άποψή τους. Εκπροσωπούν χιλιάδες από τα τρία σώματα. Δεν νομίζω ότι θα πρέπει αυτοί να αποκλειστούν. Δεν ξέρω και οι συνάδελφοι αν θέλουν να προτείνουν και κάποιους άλλους φορείς. Οι 10 - 11 φορείς δεν είναι πολλοί. Με συγχωρείτε.

 **ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Είναι 11, σύμφωνα με τον Κανονισμό.

**ΓΕΩΡΓΙΑ (ΤΖΩΡΤΖΙΑ) ΚΕΦΑΛΑ:** Κύριε Πρόεδρε, και η «Πλεύση Ελευθερίας» θα ήθελε να έρθουν όλοι οι φορείς.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Και άλλοι φορείς εκπροσωπούν χιλιάδες, εδώ συζητάμε ένα συγκεκριμένο νομοσχέδιο που αφορά τον τομέα της υγείας, για την πρωτοβάθμια. Θα φωνάξουμε φορείς οι οποίοι είναι εξειδικευμένοι πάνω στο αντικείμενο και έχουν να μας προσθέσουν για το νομοσχέδιο.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΛΑΜΠΡΟΥΛΗΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. του Κ.Κ.Ε.):** Κύριε Πρόεδρε συγνώμη, το νομοσχέδιο πέρα από τον προσωπικό γιατρό και την πρωτοβάθμια, όπως είπατε, που αυτό μπορεί να είναι ο πυρήνας του νομοσχεδίου έχει και μια σειρά άλλων διατάξεων, που θα επηρεάσουν το κομμάτι σε ό,τι αφορά της περίθαλψης, της παροχής υπηρεσιών υγείας, χιλιάδες κόσμου, πέρα από το σύνολο. Μπαίνουν στο πιο εξειδικευμένο.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Συμφωνώ. Καλούμε τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο που εκπροσωπούνται και οι στρατιωτικοί και όλοι.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΛΑΜΠΡΟΥΛΗΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. του Κ.Κ.Ε.):** Υπάρχουν όμως και οι συνταξιούχοι, αυτοί που είναι οι χρήστες των υπηρεσιών. Είναι απαράδεκτο αυτό που γίνεται. Δηλαδή, τους χρήστες υπηρεσιών υγείας δεν πρέπει να τους ακούμε;

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Τον λόγο έχει ο κ. Τσίμαρης.

**ΙΩΑΝΝΗΣ ΤΣΙΜΑΡΗΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΠΑΣΟΚ - ΚΙΝΑΛ»):** Συμφωνούμε με τον συνάδελφο και θα θέλαμε και την Ελληνική Εταιρεία Ψηφιακής Ιατρικής.

**ΓΕΩΡΓΙΑ (ΤΖΩΡΤΖΙΑ) ΚΕΦΑΛΑ:** Και εμείς, κύριε Πρόεδρε, η «Πλεύση Ελευθερίας» ζητάει. Είναι θέμα συμπερίληψης και δημοκρατίας να συμβεί αυτό.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Η «Πλεύση Ελευθερίας» ποιον θέλει; Πείτε μας κάποιον συγκεκριμένο.

**ΓΕΩΡΓΙΑ (ΤΖΩΡΤΖΙΑ) ΚΕΦΑΛΑ:** Όλους τους φορείς που έχουν πει και οι συνάδελφοι, γιατί είναι άνθρωποι που τους αφορά.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Έχουμε επιλέξει φορείς, που προτείνετε όλοι σας, που τους έχετε προτείνει όλα τα κόμματα. Είναι κοινοί.

Τον λόγο έχει ο κ. Παπαδόπουλος.

**ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΚΟ ΠΑΤΡΙΩΤΙΚΟ ΚΙΝΗΜΑ “NΙΚΗ”»):** Πείτε και από Θεσσαλονίκη. Ένωση Νοσοκομειακών Ιατρών Θεσσαλονίκης. Είδαμε Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, είδαμε δύο καθηγητές, πείτε λίγο από βόρεια Ελλάδα. Ελλάδα δεν είναι μόνο η Αθήνα.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Να καλέσουμε τον Πρόεδρο της Ιατρικής Σχολής Θεσσαλονίκης και είμαστε εντάξει.

**ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΚΟ ΠΑΤΡΙΩΤΙΚΟ ΚΙΝΗΜΑ “ΝΙΚΗ”»):** Αν δεν φέρετε νοσοκομειακούς, ποιους θα φέρετε; Αυτούς ενδιαφέρει αυτό το νομοσχέδιο.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Το νομοσχέδιο έχει σχέση με την πρωτοβάθμια και καλέσαμε τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, κύριε Παπαδόπουλε.

**ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΚΟ ΠΑΤΡΙΩΤΙΚΟ ΚΙΝΗΜΑ “ΝΙΚΗ”»):** Από που θα πάρετε για να τους καταλάβετε;

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Θέλετε να φέρουμε και νοσοκομειακούς;

**ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΚΟ ΠΑΤΡΙΩΤΙΚΟ ΚΙΝΗΜΑ ΄ΝΙΚΗ’»):** Ιατρούς Θεσσαλονίκης, Ένωση Νοσοκομειακών Ιατρών Θεσσαλονίκης.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Έχουμε την Ομοσπονδία Νοσοκομειακών γιατρών, θέλετε να φωνάξουμε και την Ένωση Ιατρών Νοσοκομείων Αθηνών Πειραιώς. Την προτείνει, βλέπω εδώ, η Πλεύση Ελευθερίας. Κλείσαμε με 11 φορείς.

**ΙΩΑΝΝΗΣ ΤΣΙΜΑΡΗΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΠΑΣΟΚ - ΚΙΝΑΛ»):** Και την Εταιρεία Ψηφιακής Ιατρικής, που είναι με την τηλεϊατρική.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Κλείσαμε, οι φορείς είναι 11 και προχωράμε.

Τον λόγο έχει ο κ. Δημητριάδης.

**ΠΕΤΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΣΠΑΡΤΙΑΤΕΣ»):** Ευχαριστώ πολύ, κύριε Πρόεδρε. Κυρία Υπουργέ, κυρίες και κύριοι συνάδελφοι, πρώτα από όλα ξεκινώ να καταδικάσω όσα απαράδεκτα έλαβαν χώρα εχθές εναντίον των εποχικών πυροσβεστών. Δεν μπορεί άνθρωποι οι οποίοι κάθε καλοκαίρι διακινδυνεύουν τη ζωή τους για να σώσουν το δασικό μας πλούτο – μάλιστα φέτος είχαμε και δύο απώλειες, δύο νεκρούς – να αντιμετωπίζονται σήμερα όταν τελειώνει η σύμβασή τους ως εγκληματικά στοιχεία. Αυτοί οι άνθρωποι θα πρέπει να προσεχθούν. Προσφέρουν κοινωνικές υπηρεσίες. Δεν μπορεί όποτε βολεύει την Κυβέρνηση να θεωρούνται ήρωες και όποτε διεκδικούν τα δικαιώματά τους να αντιμετωπίζονται με τα ΜΑΤ και με καταστολή. Αυτό για μας είναι απαράδεκτο.

Τα ζήσαμε και με άλλες κατηγορίες, όπως με τους υγειονομικούς, που είναι σήμερα το θέμα μας, που αρχικά τους χειροκροτούσαμε και μετά τους θέσαμε σε αναστολή. Γενικώς, υπάρχει μια επιλεκτική αντιμετώπιση, ανάλογα με την περίσταση σε διάφορες επαγγελματικές ομάδες. Εμείς, λοιπόν, θέλουμε όλες οι επαγγελματικές ομάδες που προσφέρουν στο κοινωνικό σύνολο να αντιμετωπίζονται με την πρέπουσα βαρύτητα και να υπάρχει ο προσήκων σεβασμός και όχι όποτε θέλουμε να τους χτυπάμε με καταστολή. Αυτά ήθελα να πω για το συγκεκριμένο θέμα.

Αναφορικά με το νομοσχέδιο. Επειδή ο σκοπός του νομοσχεδίου στο άρθρο 1 τίθεται η βελτίωση του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και δημόσιας υγείας μέσω αναμόρφωσης του θεσμού του προσωπικού ιατρού, θα ήθελα να πω κάποια γενικά σχόλια. Πρώτα, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας για εμάς είναι θεμελιώδης για ένα σύστημα υγείας. Σε όλες τις σοβαρές χώρες του κόσμου, υπάρχει ένα οργανωμένο ενιαίο σύστημα πρωτοβάθμιας υγείας, το οποίο λειτουργεί προληπτικά και ουσιαστικά εξυπηρετεί τον πολίτη άμεσα και στη συνέχεια τα πιο σοβαρά περιστατικά πηγαίνουν στα νοσοκομεία.

Εμείς, δυστυχώς, ακόμα και σήμερα σε μεγάλο βαθμό, βασιζόμαστε στα νοσοκομεία. Είναι το σύστημα μας υπέρ των νοσοκομείων. Δηλαδή, ο πολίτης αντί να καταφύγει στον γιατρό του, πηγαίνει απευθείας σε νοσοκομείο, με αποτέλεσμα να έχουμε συνεχώς μια πίεση στο σύστημα υγείας. Εάν, δε, συνυπολογιστεί σε όλα αυτά το γεγονός ότι τα νοσοκομεία μας είναι υποστελεχωμένα και ελλιπώς εξοπλισμένα και έχουμε και πολλές φορές κακές καταστάσεις, θα πρέπει να πούμε δυστυχώς ότι το ΕΣΥ, ακόμα και σήμερα, είναι σε μια πολύ άσχημη κατάσταση.

Εδώ μάλιστα να πω πως η έλλειψη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας φάνηκε κατά την περίοδο του κορωνοϊού. Όταν, δυστυχώς, πάρα πολλοί πολίτες και με τον πανικό που επικρατούσε τότε, επειδή δεν είχαν κάποιον γιατρό ή κάποια ΤΟΜΥ που να ήταν επαρκώς στελεχωμένα, πήγαιναν στα νοσοκομεία, με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλη πίεση και πάρα πολλοί γιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό να καταπονούνται σε πολύ μεγάλο βαθμό και να μην μπορούν να εξυπηρετήσουν τους πολίτες που νοσούσαν.

Αυτά για μας είναι πάρα πολύ σημαντικά. Δυστυχώς, ακόμα και η σημερινή Κυβέρνηση, αλλά και οι προηγούμενες, δεν μπόρεσαν να λύσουν αυτό το θέμα. Μια πενταετία μετά ακόμα και σήμερα είναι ζητούμενο η οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Εδώ μάλιστα να πω πως πριν από δυόμισι χρόνια είχε ψηφιστεί το νομοσχέδιο για τον προσωπικό γιατρό. Τότε, λοιπόν, η κυβέρνηση είχε με μεγαλοστομίες πει πως πλέον τίθεται ένα τέλος στα προβλήματα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ότι όλοι οι πολίτες θα έχουν το δικό τους γιατρό. Όμως, δυόμισι χρόνια μετά μόλις το 45% των πολιτών έχει προσωπικό γιατρό.

Αυτό οφείλεται κυρίως στο ότι υπήρξε μια μεγάλη αντίδραση από τον ιατρικό κόσμο σε αυτόν τον θεσμό, διότι ήταν πάρα πολύ χαμηλά τα κίνητρα των αμοιβών και πάρα πολλοί πολίτες δεν μπορούσαν να επιλέξουν γιατρό. Όπως επίσης υπήρχε και το θέμα ότι δεν υπήρχε γεωγραφική εγγύτητα, η οποία στο παρόν νομοσχέδιο προσπαθεί να διορθωθεί αυτή η παράλειψη. Πάρα πολλοί πολίτες επέλεγαν γιατρούς που ήταν μακριά από τον τόπο κατοικίας τους. Αυτό προσπαθεί να το λύσει το νομοσχέδιο, όμως αφήνει πάρα πολλές άλλες ελλείψεις.

Πρώτα, πρώτα θα πρέπει να πούμε ότι δίνεται η δυνατότητα να επιλεγούν ως προσωπικοί ιατροί ακόμα και αγροτικοί ιατροί. Ως γνωστόν, οι αγροτικοί γιατροί, πρώτον, δεν έχουν ειδικότητα και, δεύτερον, ανά 12 μήνες υπηρετούν σε άλλο μέρος. Ποιο είναι το αποτέλεσμα; Πάρα πολλοί πολίτες αναγκάζονται κάθε χρόνο να επιλέγουν έναν διαφορετικό γιατρό, αν επιλέξουν αγροτικό ιατρείο, πράγμα το οποίο για μας είναι στη λάθος κατεύθυνση. Επίσης, δίνετε τη δυνατότητα να επιλέγονται ως προσωπικοί ιατροί ακόμη και οι γιατροί οι οποίοι είναι ειδικευόμενοι σε συγκεκριμένες ειδικότητες.

Όμως, θα πρέπει να πω αυτό που προκάλεσε την αντίδραση μεγάλου τμήματος του ιατρικού κόσμου, διότι ακριβώς ένας γιατρός που είναι ειδικευόμενος – δεν τον υποτιμώ, να ξεκαθαριστεί – δεν έχει όμως την ίδια εμπειρία με έναν γιατρό που έχει αποκτήσει την ειδικότητα. Δεν είναι κάτι υποτιμητικό, ούτε θέλω να καταφερθώ εναντίον των ειδικευόμενων. Όμως, είναι διαφορετικό το επίπεδο εμπειρίας και επειδή εδώ έχουμε να κάνουμε και με την υγεία των ανθρώπων, αυτά είναι πάρα πολύ σημαντικά.

Όπως επίσης να πω ότι δίνεται η δυνατότητα να επιλεγεί ως προσωπικός γιατρός ένας ιδιώτης ιατρός από τον πολίτη, στον οποίο ο πολίτης θα πρέπει να καταβάλλει κάποια αμοιβή. Νομίζω πως ο πολίτης δεν θα επιλέξει κάποιον γιατρό ο οποίος θα συνιστά και οικονομική επιβάρυνση. Αυτό θα αποτελέσει ένα αποτρεπτικό κίνητρο για να επιλέξει ένας πολίτης έναν ιδιώτη γιατρό.

Ουσιαστικά, με το νομοσχέδιο προσπαθεί η Κυβέρνηση να λύσει το θέμα της έλλειψης των προσωπικών ιατρών, βάζοντας γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, πολλές φορές και άσχετων με τη γενική οικογενειακή ιατρική, αγροτικών, ειδικευόμενων, με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένα σύστημα πολλών ταχυτήτων. Ουσιαστικά, ο κάθε πολίτης ανάλογα με το τι θα επιλέγει, θα έχει διαφορετική αντιμετώπιση. Εμείς θέλαμε ένα ενιαίο σύστημα και ουσιαστικά να υπάρχει μία διασφάλιση της υγείας των πολιτών, οι οποίοι θα πρέπει να επιλέγουν γιατρούς, οι οποίοι θα έχουν ειδικότητα σχετική με την γενική οικογενειακή ιατρική και κυρίως να μην χρειάζεται να αλλάζουν κάθε χρόνο προσωπικό γιατρό. Για μας αυτό είναι σε λάθος κατεύθυνση.

Ένα άλλο που θα ήθελα να θίξω με το συγκεκριμένο νομοσχέδιο, είναι ότι εισάγεται μεν ο θεσμός του προσωπικού παιδιάτρου, όμως να ληφθεί υπόψη ότι σε αρκετές περιπτώσεις πολλοί παιδίατροι δεν είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ και επίσης ο αριθμός των παιδιάτρων που υπηρετούν στις πρωτοβάθμιες φροντίδες υγείας του ΕΣΥ είναι πάρα πολύ χαμηλός. Πιστεύουμε, λοιπόν, πως δεν θα επαρκεί ο αριθμός των προσωπικών παιδιάτρων. Θα υπάρχουν μονίμως ελλείψεις και δεν θα μπορέσουν πάρα πολλοί παιδίατροι να επιτελέσουν τα καθήκοντά τους, γιατί θα έχουν πάρα πολλά εξειδικευμένα καθήκοντα. Αυτό για μας είναι πάρα πολύ σημαντικό.

Σε γενικές γραμμές θα θέλαμε να πούμε ότι το νομοσχέδιο προσπαθεί ελλιπώς και αποσπασματικά να λύσει το φλέγον ζήτημα της έλλειψης προσωπικού, του χαμηλού αριθμού διασύνδεσης και προσπαθεί να το κάνει αυτό απεγνωσμένα, ουσιαστικά ωθώντας τους πολίτες να συνάπτουν συμβάσεις με γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων. Κατά την άποψή μας, όμως, δεν θα επιτελέσει τον σκοπό του, διότι ουσιαστικά θα λειτουργήσει αποτρεπτικά, διότι δεν θα εμπιστευθούν πολλοί πολίτες γιατρούς οι οποίοι δεν έχουν ειδικότητα, αγροτικούς γιατρούς και γιατρούς που θα πρέπει να επιβαρύνονται οικονομικά για τους επισκεφτούν. Κατά την άποψή μας, λοιπόν, δεν θα επιτελέσει το σκοπό του.

Εμείς θα θέλαμε να γίνει ένας προσεκτικός σχεδιασμός, να υπάρχει ένας ενιαίος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, να μην υπάρχει ένα σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας το οποίο θα είναι πολλαπλών ταχυτήτων και ο κάθε πολίτης να έχει την πρόσβαση στο σύστημα υγείας που του αξίζει. Με την ευκαιρία θα θέλαμε να πούμε πως και τα νοσοκομεία, επίσης, κάποια στιγμή θα πρέπει να στελεχωθούν επαρκώς, να υπάρξει επαρκής εξοπλισμός και ο μέσος Έλληνας πολίτης να έχει την υγεία που του αξίζει. Για τα υπόλοιπα θέματα θα τοποθετηθούμε επί των άρθρων και θα επιφυλαχθούμε για την Ολομέλεια. Ευχαριστώ πάρα πολύ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής)**: Ευχαριστούμε πολύ τον κ. Δημητριάδη. Έχουν ολοκληρωθεί οι εισηγήσεις των Ειδικών Αγορητών και των Εισηγητών. Έχουν ζητήσει το λόγο δύο Βουλευτές μέλη της Επιτροπής και μία Βουλευτής η οποία δεν είναι μέλος της Επιτροπής μας. Οι Βουλευτές είναι ο κ. Παππάς και η κυρία Λινού και η κυρία Τζούφη, που δεν είναι μέλος της Επιτροπής.

Τον λόγο έχει ο κ. Παππάς.

**ΠΕΤΡΟΣ ΠΑΠΠΑΣ**: Σας ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε. Θα ήθελα να εκφράσω και εγώ την αποστροφή μου για όσα συνέβησαν χθες. Η επιβολή της τάξης σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να οδηγεί στην αστυνομική βία απέναντι σε συμπολίτες μας, οι οποίοι ασκούν ένα λειτούργημα, το οποίο είναι ηρωικό και το οποίο τους έχει αναγνωρίσει πολλαπλώς η Πολιτεία. Οπότε θεωρώ ότι πρέπει με μεγάλη σοβαρότητα να σκύψουμε απέναντι στο πως επιβάλλεται η τάξη από τις αστυνομικές δυνάμεις.

Σε σχέση με το νομοσχέδιο το οποίο συζητάμε, νομίζω ότι δεν ειπώθηκε από κανέναν και δεν αναγνωρίζουμε το βασικό εγγενές έγκλημα το οποίο δεν αντιμετωπίζει αυτό το νομοσχέδιο. Το γεγονός ότι η χώρα μας έχει μία πολύ διαφορετική λογική ως προς το πώς δομείται ο ιατρικός της πληθυσμός. Σε όλες τις υπόλοιπες χώρες του κόσμου οι γενικοί οικογενειακοί γιατροί αποτελούν σχεδόν το 70% του ιατρικού σώματος, κάτι το οποίο δεν συμβαίνει στην Ελλάδα. Εδώ, οι γενικοί γιατροί με τη βία αγγίζουν το 5%, 6%, 7% των γιατρών.

Άρα, θέλοντας να δομήσουμε ένα σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει, καταρχήν, να αναγνωρίσουμε ότι ο βασικός πάροχος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι οι γενικοί οικογενειακοί γιατροί και ως ένας τέτοιος γιατρός μιλάω, που έχω υπηρετήσει ακριβώς σε όλες τις βαθμίδες αυτών που επιχειρείτε τώρα είναι να νομοθετήσετε. Έχω δουλέψει και σαν αγροτικός γιατρός, έχω δουλέψει και σαν ειδικευόμενος και σαν οικογενειακός και σε νοσοκομεία και στην τριτοβάθμια και στην δευτεροβάθμια κ.λ.π.

Τι πρέπει να συμβεί, λοιπόν. Πρέπει να αναγνωρίσουμε ότι εάν εντάξουμε σε αυτό το σύστημα του προσωπικού γιατρού ή του οικογενειακού γιατρού άτομα τα οποία δεν είναι εκπαιδευμένα κατάλληλα, γιατί θα βάλουμε ειδικευόμενους γενικής ιατρικής, θα βάλουμε αγροτικούς, παράλληλα θα βάλουμε ειδικούς γιατρούς οι οποίοι έχουν εξειδίκευση στο αντικείμενό τους και βάζουμε την εσωτερική παθολογία μαζί με τη γενική ιατρική γιατί δεν έχουμε άλλη επιλογή στην Ελλάδα, γιατί έχουμε πολλούς παθολόγους και πολύ λιγότερους γενικούς γιατρούς.

Δεν αναγνωρίζουμε όμως ότι στο αντικείμενο της πρωτοβάθμιας ο γενικός γιατρός παρέχει ένα σύνολο υπηρεσιών ψυχιατρικών, γυναικολογικών, παιδιατρικών, χειρουργικών και παθολογικών. Αυτό είναι η έννοια του προσωπικού, του οικογενειακού γιατρού, να μπορεί ο άλλος να πηγαίνει και να έχει μια πρώτη διάγνωση και αντιμετώπιση για τα πρωτοβάθμια προβλήματα, που αποτελούν το 80% των ιατρικών προβλημάτων και στη συνέχεια να παραπέμπεται στους εξειδικευμένους γιατρούς, γιατί ο γιατρός της εσωτερικής παθολογίας είναι ένας εξειδικευμένος γιατρός.

Άρα, μία από τις παρεμβάσεις τις οποίες θα έκανα εγώ, εάν νομοθετούσα, θα ήταν να γίνεται «on the job training» των παθολόγων και όλων των υπόλοιπων ειδικοτήτων. Άκουσα και τους συναδέλφους από το ΠΑΣΟΚ που το είπαν ότι θα έπρεπε να ανοίξει σε άλλες ειδικότητες. Ναι, γιατί δεν έχουμε αρκετούς γενικούς γιατρούς στη χώρα. Θα μπορούσε, αλλά με το κατάλληλο «on the job training» και σε καμία περίπτωση να δίνεται η δυνατότητα αυτή σε αγροτικούς γιατρούς ή ειδικευόμενους γενικής ιατρικής, οι οποίοι εκπαιδεύονται για να παρέχουν αυτές τις υπηρεσίες.

Αν, δηλαδή, νομοθετήσετε τελικά έτσι, θα υπάρχει μια ανισότητα. Άνθρωποι που θα έχουν πρόσβαση σε γιατρούς που έχουν την εκπαίδευση, την εμπειρία και την παιδεία, θα έχουν πολύ καλή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και όλοι εκείνοι και ιδίως στην περιφέρεια της χώρας θα αντιμετωπίζονται από ανθρώπους που τώρα μαθαίνουν. Θα μαθαίνουν δηλαδή «στου κασίδη το κεφάλι». Πώς κάνετε έναν θεσμό, ο οποίος, τελικά δεν έχει μια ισότητα ως προς τα άτομα που τον στελεχώνουν;

Μιλάτε για πανεπιστημιακά κέντρα υγείας. Πολύ καλά, σωστά, πρέπει να γίνουν, είναι θετική εξέλιξη. Γιατί αυτά τα Πανεπιστημιακά Κέντρα Υγείας να εντάσσονται στις έδρες της υγιεινής των πανεπιστημίων; Τι σχέση έχει η παροχή ιατρικών υπηρεσιών εξειδικευμένων από την ειδικότητα της γενικής οικογενειακής ιατρικής; Αν δεχτείτε το επιχείρημα μου ότι πρέπει να ενισχύσουμε τους Γενικούς Οικογενειακούς Γιατρούς στη χώρα, να έχουμε πολύ περισσότερους για να έχουμε αυτό που έχει και ο υπόλοιπος πλανήτης. Δεν θα κάνουμε κάτι διαφορετικό. Να έχουμε πολλούς Γενικούς Οικογενειακούς Γιατρούς. Αυτό συμβαίνει σε όλο τον κόσμο.

Δεν θα πρέπει να κάνουμε, λοιπόν, έδρες γενικής οικογενειακής ιατρικής στη χώρα σε όλα τα πανεπιστήμια. Προγράμματα σπουδών γενικής ιατρικής οικογενειακής υπάρχουν σε κάποια Πανεπιστήμια, στο Αριστοτέλειο κτλ.. Υπάγονται εκεί στην έδρα της υγιεινής. Ξεχωριστές έδρες. Έτσι, θα αυξήσουμε το κύρος της ειδικότητας της γενικής οικογενειακής ιατρικής και θα έχουμε μεγαλύτερες εισροές και θα διασυνδεθούν τα πανεπιστημιακά τμήματα με πραγματικές έδρες γενικής ιατρικής. Η υγιεινή είναι ένα άλλο αντικείμενο σε σχέση με την οικογενειακή γενική ιατρική. Έτσι συμβαίνει σε όλο τον κόσμο. Δεν ξέρω, γιατί στην Ελλάδα πρέπει να είναι διαφορετικά.

Άκουσα και την Εισηγήτρια της Ν.Δ. που μίλησε για τον ιατρικό φάκελο. Κυρία συνάδελφε, ο ιατρικός φάκελος είναι ένα «ανέκδοτο» και φυσικά αφορά όλη την ιστορία την μεταπολιτευτική της Ελλάδας. Μιλάμε για ιατρικούς φακέλους και ιατρικός φάκελος δεν υπάρχει ακόμα στην πραγματικότητα. Είναι νομοθετημένο, αλλά κανείς γιατρός δε μπορεί να μπει αυτή τη στιγμή και να έχει πρόσβαση σε πραγματικά ρεαλιστικά στοιχεία κάποιου ηλεκτρονικού φακέλου.

Ένα τελευταίο θέλω να πω και σε αυτό ίσως θα είμαι και χρήσιμος. Νομίζω ότι θα μπορούσατε να το αλλάξετε αυτό, κυρία Υπουργέ. Λέτε στο νομοσχέδιο ότι οι γιατροί που υπηρετούν στο ΕΣΥ μπορούν να συμμετέχουν στο σύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μόνο αν πάρουν την έγκριση από τα νοσοκομεία τους. Ακούστε το αν θέλετε αυτό, κυρία Υπουργέ, είναι χρήσιμο. Όχι, αν θέλουν ας συμμετέχουν οι άνθρωποι. Εγώ, ήμουν γιατρός νοσοκομειακός. Ήμουν γιατρός που δούλευα στα επείγοντα του νοσοκομείου. Θα ήθελα να συμμετέχω στο σύστημα του οικογενειακού γιατρού. Έτσι όπως το νομοθετείτε, θα έπρεπε να πάρω την έγκριση από το νοσοκομείο μου. Ξέρετε τι θα συμβεί; Κανένα νοσοκομείο δεν θα δώσει έγκριση στους παθολόγους του, ούτε στους γενικούς γιατρούς να συμμετέχουν στο σύστημα. Βάλτε ως μόνη προϋπόθεση να θέλουν οι γιατροί στα νοσοκομεία να συμμετέχουν στο σύστημα.

Έτσι, θα εξασφαλίσετε περισσότερους, καλούς, εξειδικευμένους γιατρούς για το σύστημα, γιατί αυτό θέλετε υποθέτω και δεν είναι αντίθετο στη φιλοσοφία αυτού που νομοθετείτε. Μην βάλετε την προϋπόθεση να πρέπει να έχουν την έγκριση του νοσοκομείου ή της αρμόδιας Υγειονομικής Περιφέρειας. Δεν θα σας τη δίνει η Υγειονομική Περιφέρεια και θα θέλει να τους κρατάει μόνο για αυτούς και δεν θα συμμετέχουν στο θεσμό. Νομίζω ότι αυτό θα μπορούσε να αλλάξει. Σας ευχαριστώ πολύ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Τον λόγο έχει η κυρία Λινού.

**ΑΘΗΝΑ ΛΙΝΟΥ:** Ευχαριστώ, κ. Πρόεδρε. Πρέπει να πω ότι χαίρομαι που η Κυβέρνηση ασχολείται με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και προσπαθεί να λύσει το όλο πρόβλημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη χώρα μας με την αύξηση των ανθρώπων που θα μπορούν να υπηρετούν ως προσωπικοί γιατροί και αναθέτει σε αυτούς τους ανθρώπους ταυτόχρονα την πρόληψη και το κλινικό έργο του γενικού γιατρού.

Και θα ήθελα απλώς, για να το κάνω απλό και να καταλάβουμε για τι πράγμα μιλάμε, να δούμε πώς θα αντιμετωπιστεί αυτή η λύση από μια οικογένεια. Ας έχουμε λοιπόν μια οικογένεια με πέντε μέλη, που καλύπτει τρεις γενιές. Έναν ηλικιωμένο που μπορεί να έχει αρχόμενη άνοια και μια σειρά από άλλα χρόνια νοσήματα, μια σύζυγο και μητέρα η οποία είναι παχύσαρκη και αρχίζει να αναπτύσσει και μια μικρή ή εκτεταμένη κατάθλιψη, έναν σύζυγο που δεν νοσεί αλλά είναι καπνιστής και ταυτόχρονα κάνει και υπερβολική χρήση αλκοόλ, δύο παιδιά, ένα από τα οποία είναι 9 χρονών και πρέπει να πειστεί η οικογένεια να του κάνει το HPV, είναι και ελαφρά παχύσαρκο, και ένα κοριτσάκι που πάσχει από αλλεργικό άσθμα.

Αυτοί οι πέντε άνθρωποι, θα είναι 5 από τους 2.000 που θα έχουν ανατεθεί ή θα έχουν επιλέξει ένα συγκεκριμένο γενικό γιατρό. Αυτός ο γενικός γιατρός πρέπει να φροντίσει για όλες τις μορφές πρόληψης και στα πέντε άτομα, και για τις πιθανές ανάγκες τους, για απλά ιατρικά προβλήματα που δεν χρειάζονται εξειδικευμένα σε άλλη ειδικότητα γιατρό. Αν αυτός ο γιατρός έχει 2.000 άτομα, αυτός ο άνθρωπος θα πρέπει να ασχοληθεί, αν αποφασίσει να ασχοληθεί με τον καθέναν από τους 5 για μία ώρα το χρόνο, δεν θα έχει επαρκή χρόνο. Γιατί με 40 ώρες εργασίας ανά εβδομάδα, τα 2.000 άτομα αντιστοιχούν σε 50 εβδομάδες και οι εργάσιμες εβδομάδες κάθε άλλο παρά 50 είναι.

Επομένως, αυτό που προτείνουμε είναι μεν χρήσιμο, μπορεί να συζητηθεί αν είναι κατάλληλοι ή δεν είναι κατάλληλοι. Προσωπικά πιστεύω ότι είναι τρελό να πούμε στους απόφοιτους της ιατρικής που πάνε στο αγροτικό να αναλάβουν ρόλο γενικού γιατρού και να παρέχουν και προληπτική ιατρική και κλινική ιατρική. Τους ξέρω τους φοιτητές της ιατρικής. Δεν είναι πολλά τα χρόνια που έφυγα. Ήμουν διευθύντρια εργαστηρίου. Διαφωνώ κάθετα με τον προλαλήσαντα συνάδελφο. Οπωσδήποτε, σε όλον τον κόσμο, οι γενικοί γιατροί πρέπει να έχουν ειδική εκπαίδευση στα εργαστήρια υγιεινής που κάνουν όλο τον κύκλο της προληπτικής ιατρικής.

Το δεύτερο που θα ήθελα να πω είναι ότι θα πρέπει να συζητήσουμε σοβαρά, να δούμε τι έχει υπάρξει στο παρελθόν για την εκπαίδευση των γενικών γιατρών και πόσους έχουμε. Στην πραγματικότητα δεν έχουμε αρκετό αριθμό, ούτε εκπαιδευμένων γενικών γιατρών. Άρα, μια ταχύρρυθμη εκπαίδευση σε όλες τις ειδικότητες που θέλουμε να συμπεριλάβουμε, είναι εκ των ων ουκ άνευ. Γιατί αυτοί οι άνθρωποι δεν θα έχουν ούτε τη γνώση, ούτε την εμπειρία, αλλά ούτε τον χρόνο για να παράσχουν αυτές τις υπηρεσίες.

Νομίζω ότι το νομοσχέδιο πρέπει να ξαναμελετηθεί από ειδικούς, ίσως και από ειδικούς που έχουν ζήσει σε προγράμματα, όπου είναι επιτυχία στο πρόγραμμα η υπηρεσία των γενικών γιατρών σε πρωτοβάθμια φροντίδα, Καναδάς, Αυστραλία, πιθανόν Αγγλία με τα προβλήματα που έχει αυτήν τη στιγμή η Αγγλία. Διαφορετικά, θα κάνουμε ό,τι έχουν κάνει όλες οι προηγούμενες κυβερνήσεις όλων των κομμάτων, μια ανεπιτυχή προσπάθεια και το πρόβλημα δεν θα λύνεται. Ευχαριστώ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε την κυρία Λινού. Έχει ολοκληρωθεί ο κύκλος των Βουλευτών μελών της Επιτροπής μας.

Τον λόγο έχει η κυρία Τζούφη.

**ΜΕΡΟΠΗ ΤΖΟΥΦΗ:** Καλησπέρα σε όλους. Ήθελα, πριν τους φορείς στους οποίους καλέσατε, να μιλήσω και για την Πανελλήνια Ένωση των Ασθενών, γιατί νομίζω ότι οι χρήστες υγείας πρέπει να αντιπροσωπεύονται. Δυστυχώς, δεν λειτούργησε το μικρόφωνο. Αν θέλετε σκεφτείτε το και προσθέστε τους στους φορείς. Νομίζω ότι είναι κρίσιμο και χρήσιμο, κύριε Πρόεδρε.

Ξεκινώ, λοιπόν, λέγοντας, ότι παρά τη σύγχυση η οποία γίνεται ότι εδώ φτιάχνουμε ένα νομοσχέδιο «επανάσταση», η εντύπωση και η κατάσταση που επικρατεί στις δημόσιες δομές υγείας είναι δραματική και αυτό αφορά μεγάλες κλινικές των επαρχιακών νοσοκομείων και στο δικό σας νοσοκομείο της Άρτας. Υπάρχει έκκληση σημαντική ότι είναι τόσο μεγάλα τα λειτουργικά κενά στις παθολογικές κλινικές που ετοιμάζονται να κλείσουν, όπως για παράδειγμα και στη Δράμα, ενώ από την άλλη μεριά οι πολίτες έχουν διαρκώς χειρότερη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και επιβάρυνση με τις αυξήσεις των φαρμάκων οι οποίες υπάρχουν.

Άρα, λοιπόν, υπάρχει ένα διαλυτικό κλίμα στη δημόσια περίθαλψη, που νομίζω ότι είναι πρωτοφανές στην ιστορία του ΕΣΥ και δεν οφείλεται σε αντικειμενικές δυσκολίες ούτε σε ανικανότητα, ούτε σε ολιγωρία. Θεωρούμε, ότι, είναι μια πολιτική επιλογή της Κυβέρνησης Μητσοτάκη να εγκαταλειφθεί και να απαξιωθεί το δημόσιο σύστημα υγείας, ώστε να ευνοηθούν κλινικάρχες, διαγνωστικές εταιρείες και ασφαλιστικές εταιρείες.

Ενώ στην πανδημία το δημόσιο ήταν αυτό που έσωσε την τιμή και την ζωή των πολιτών, τώρα βλέπουμε ότι εδώ έχουμε ένα καινούργιο εισπρακτικό «success story» εξαιτίας των επιλογών που έχουν γίνει στον ιδιωτικό τομέα της υγείας, οι οποίες μάλιστα παρουσιάζονται ως καλύτερες και ως αντίβαρο στην προσπάθεια την οποία κάνει αυτή τη στιγμή η μεγάλη πλειοψηφία του κόσμου να λύσει τις υγειονομικές της ανάγκες, που σχεδόν έχουν διπλασιαστεί σε αυτή την τελευταία πενταετία, σύμφωνα και με τα στοιχεία της Eurostat, ενώ, ταυτόχρονα πρέπει να προσεχθεί ιδιαίτερα το γεγονός ότι έχουμε δραματική επιδείνωση στην υπερβάλλουσα θνησιμότητα στη χώρα μας που την κατατάσσει δεύτερη στην Ευρωπαϊκή Ένωση πολύ πάνω από το μέσο ευρωπαϊκό όρο. Άρα, η κατάσταση είναι τελείως διαφορετική από αυτή που περιγράφεται και στα πλαίσια αυτά και ο χώρος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας δεν μπορεί να είναι εξαίρεση.

 Πριν από δύο χρόνια, είχαμε πάλι μια μεταρρύθμιση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, όπου έγινε το μπάχαλο να γραφτούν πολίτες οι οποίοι δε θα συναντούσαν ποτέ τον προσωπικό τους γιατρό. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, 600 άτομα από το Νομό Αττικής σύμφωνα με δηλώσεις των συγκεκριμένων γενικών γιατρών σε συνέδριο της γενικής ιατρικής, οι οποίοι πήγαν στο κέντρο υγείας Μουζακίου στην Καρδίτσα. Αυτό δείχνει, ένα σχέδιο που πλήρως έχει αποτύχει και σε αυτή τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή, ενώ υπήρχαν 127 ΤΟΜΥ που λειτουργούσαν στη χώρα, αφέθηκαν στην τύχη τους, παρότι είχαν αξιολογηθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και είχαν υπάρξει μετρήσιμα θετικά αποτελέσματα στη φροντίδα υγείας των πολιτών. Μια νομοθέτηση που είχε γίνει από την προηγούμενη κυβέρνηση, που ο ν. 4486 του 2017 πάγωσε και στη συνέχεια ανατράπηκε διότι εδώ υπήρξε αλλαγή παραδείγματος.

Πού στηριζόταν εκείνη η μεταρρύθμιση; Στον οικογενειακό γιατρό, που είναι ο διεθνώς αποδεκτός όρος, αλλά και στη διεπιστημονική ομάδα υγείας και στις τομεοποιημένες υπηρεσίες μέσω των τοπικών μονάδων υγείας, και σε συνθήκες λιτότητας κατάφεραν να δημιουργηθούν 127 ΤΟΜΥ, να προσληφθούν 1.100 γιατροί και λοιποί επαγγελματίες υγείας. Όπως είπα πριν, με θετική αξιολόγηση από την Ευρωπαϊκή Ένωση, τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και τον εξυπηρετούμενο πληθυσμό ενηλίκων και παιδιών.

Τις αφήσατε και δεν τις κλείσατε στη διάρκεια της πανδημίας, όμως τι κάνατε; Δεν κάνατε προσλήψεις, δεν άνοιξαν καινούργιες δομές, μέχρι να ολοκληρωθεί η ευρωπαϊκή χρηματοδότηση και να μπει το «λουκέτο». Σε αυτή τη φάση, δεν δώσατε τη δυνατότητα στους παιδιάτρους να συμμετάσχουν στο θεσμό, να εγγράψουν, δηλαδή, καινούργια παιδιά σε αυτή τη διαδικασία και τώρα λέτε, ότι ο παιδικός πληθυσμός έχει μείνει χωρίς κάλυψη.

 Επομένως, βλέπουμε απαξίωση των δημόσιων δομών, των ΤΟΜΥ και των κέντρων υγείας, μεγαλύτερη δαπάνη για τους πολίτες, μεγαλύτερη επιβάρυνση των νοσοκομείων με περιστατικά. Όταν δεν θα δουλέψει στοιχειωδώς η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, που είναι μια πολύ μεγάλη προσπάθεια πολλών χρόνων, αυτό που θα γίνει, θα είναι ότι θα επιβαρύνονται τα ήδη γονατισμένα νοσοκομεία, που έχουν άλλο ρόλο και άλλη αποστολή.

Άρα, λοιπόν, εδώ βλέπουμε ότι, ουσιαστικά, διαμορφώθηκε ένας προσωπικός γιατρός στα χαρτιά και βεβαίως σε καμία περίπτωση σύμβουλος υγείας. Αναγορεύσατε ειδικευμένους γιατρούς σε προσωπικούς γιατρούς υγείας, που ο ρόλος και η αποστολή τους είναι τελείως διαφορετικοί. Δεν έχουν καμία σχέση με την γενική οικογενειακή ιατρική και πολύ περισσότερο με την κοινοτική φροντίδα και τώρα φέρνετε ένα νομοσχέδιο για να διορθώσετε αυτές τις αστοχίες και το έλλειμμα γνώσης και οράματος, πάλι επιτρέψτε μου να πω, με προχειρότητα.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα, είναι αυτά που περιγράφετε ως επαναστατικές παρεμβάσεις με τα τεστ αμφίβολης αποτελεσματικότητας μέσω των φαρμακείων, για «διάφορους τύπους καρκίνου» ή για βάουτσερ εξετάσεων σε ιδιωτικά «τσεκαπατζίδικα». Παρέμβαση, που όπως ξέρετε πολύ καλά έχει ημερομηνία λήξης με ορίζοντα την εξάντληση των πόρων του Ταμείου Ανάκαμψης.

Ένα πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου για να μπορέσει να δουλέψει πρέπει να είναι εθνικό, να είναι καθολικό, να έχει συνέχεια, να μην βρεθεί κενό όταν λήξει η όποια χρηματοδότηση και κυρίως, να εντάσσεται σε ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα εθνικής πολιτικής για τον καρκίνο, που θα καλύπτεται με δημόσιους πόρους, δυνατότητες σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών από την πρωτογενή πρόληψη που πρέπει να γίνεται εξατομικευμένα για κάθε ασθενή. Διότι έτσι είναι η σύγχρονη ιατρική, από την πρώιμη διάγνωση, την εύκαιρη πρόσβασης σε σύγχρονα θεραπευτικά σχήματα και όχι μόνο στην Αθήνα, αλλά σε όλη την περιφέρεια, αλλά και τη φροντίδα του τελικού σταδίου.

Αυτό είναι το φάσμα υπηρεσιών που οφείλει να παρέχεται στους πολίτες όλης της χώρας και για αυτό καλώ να έρθουν οι ίδιοι οι ασθενείς – αυτή ήταν η πρόκλησή μου και η πρόσκλησή μου αν θέλετε – που χρειάζονται αυτές τις δομές για αυτά τα πολύ σοβαρά νοσήματα, για να περιγράψουν την εμπειρία τους. Βεβαίως, αυτό απαιτεί συγκεκριμένη υλικοτεχνική υποδομή και επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό, για να μειωθεί και η απόσταση ανάμεσα στο κέντρο και στην περιφέρεια, που όλο και περισσότερο μεγαλώνει.

Έτσι, λοιπόν, εθνικά προγράμματα, σημαντικά και για την πρόληψη του καρκίνου, εάν δεν μπορούν να έχουν αυτά τα χαρακτηριστικά, δεν μπορούν να προσφέρουν στην ουσία στους πολίτες. Ποιοι μένουν απροστάτευτοι; Οι πιο ευάλωτοι και αυτοί που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να πληρώσουν για να έχουν αυτές τις υπηρεσίες.

Δυστυχώς και μέσα σε αυτό το πρόγραμμα, από την προμετωπίδα του, από το πρώτο άρθρο, μιλάτε για βελτίωση του Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και Δημόσιας Υγείας, μέσω αναμόρφωσης του θεσμού του προσωπικού ιατρού χωρίς να γίνεται λόγος για ομάδα υγείας, για ανάπτυξη και συμμετοχή σε προγράμματα πρόληψης, εμβολιασμοί μαθητικού πληθυσμού, για αγωγή υγείας, κοινότητα και σχολικός πληθυσμός και παρεμβάσεις στην κοινότητα, για συνέργειες υπηρεσιών δημόσιας υγείας και πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Ήδη έχουν ειπωθεί τα πολύ προβληματικά σημεία ένταξης στους προσωπικούς ιατρούς των αγροτικών ιατρών και των ειδικευομένων, που αντίκεινται σε κάθε έννοια ιατρικής δεοντολογίας, αλλά ακόμη και κάθε αρχής και θεμελιωδών χαρακτηριστικών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Έχουν εκφραστεί με πάρα πολλούς τρόπους και πολλοί συνάδελφοι, και βεβαίως, βάζετε ασθενείς δεύτερης και τρίτης κατηγορίας, αυτούς που θα έχουν αυτούς ως προσωπικούς ιατρούς που συνήθως θα είναι στην περιφέρεια. Όσο για την ιστορία οι ιδιώτες γιατροί να επιλέγονται επί αμοιβή, αυτό ουσιαστικά είναι η δυναμίτιση όλης της φιλοσοφίας του Εθνικού Συστήματος Υγείας, στο οποίο δεν πιστεύετε φυσικά και ουσιαστικά συνεχίζεται η νομοθέτηση για την κατεδάφισή του.

Τώρα, εδώ ειπώθηκαν διάφορα πράγματα, αν υπάρχουν πανεπιστημιακοί γιατροί γενικής ιατρικής. Εδώ πρέπει να σας πω ότι και στην Κρήτη και στα Γιάννενα υπάρχουν Πανεπιστημιακοί Γιατροί Γενικής Ιατρικής και βεβαίως, είχε ήδη ξεκινήσει η νομοθέτηση αυτών των Πανεπιστημιακών Κέντρων, τα οποία όμως δεν μπορεί να γίνεται διά της μετονομασίας των υπαρχόντων Κέντρων Υγείας. Οι πολίτες, λοιπόν, αυτής της χώρας με την δική τους εμπειρία αντιλαμβάνονται και καταλαβαίνουν ότι αν δεν διαθέτουν χρήματα, δεν μπορούν να έχουν μια αξιοπρεπή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και ότι αυτό δεν έχει τύχει. Είναι μία πολύ συγκεκριμένη επιλογή, για την οποία μάλιστα γίνεται και πολύ συγκεκριμένη κριτική από όσους έχουν καταφύγει στον ιδιωτικό τομέα.

Διότι εδώ ακούγεται και ποιο είναι το πρόβλημά σας εάν πληρώνει ο ΕΟΠΥΥ; Η πραγματικότητα είναι τελείως διαφορετική, διότι έχουμε σοβαρότατες καταγγελίες για μεγάλους ιδιωτικούς ομίλους της υγείας, οι οποίοι συνειδητοποιώντας ότι δεν ελέγχονται και δεν τιμωρούνται, ουσιαστικά κάνουν συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ «λάστιχο», μεγιστοποιούν τα κέρδη τους και απομυζούν τον πιο αδύναμο «κρίκο της αλυσίδας» που είναι οι ίδιοι οι ασθενείς και αυτό σας το λέει ο Συνήγορος του Πολίτη, μια ανεξάρτητη διοικητική αρχή.

Επομένως, δυστυχώς, παρά τις επανειλημμένες προσπάθειες να υπάρξει μία προσπάθεια να οικοδομήσουμε τον οικογενειακό, επαναλαμβάνω, ιατρό και όχι τον προσωπικό ιατρό, όπως τον «βαφτίζετε» και τον ονοματίζετε, στην κατεύθυνση που αυτή υλοποιείται δεν μπορεί να προχωρήσει και πολύ περισσότερο δεν μπορεί να λύσει σοβαρότατα ζητήματα πρόληψης με την αύξηση των χρονίων και σπανίων νοσημάτων.

Εδώ, έχουν υπάρξει και κέντρα εμπειρογνωμοσύνης – δεν ακούω πουθενά να αναφέρονται – που είναι σημαντικά τα οποία έχουν χρηματοδοτηθεί, τα οποία πρέπει να παίξουν αυτόν τον σημαντικό ρόλο, ιδιαίτερα στα ζητήματα της πρόληψης, αλλά και για τα χρόνια νοσήματα, άρα ενός εθνικού σχεδίου όπως το περιέγραψα. Όμως, θα πρέπει να υπάρχουν σοβαροί δημόσιοι πόροι, να υπάρχει ολόκληρη στρατηγική, όπως την περιέγραψα και κυρίως επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό. Αυτό δεν φαίνεται να είναι σε αυτή την κατεύθυνση, διότι είναι τελείως διαφορετικές οι επιλογές.

Καταλήγοντας, εδώ υπάρχει μια νεοφιλελεύθερη πολιτική, που με καθυστέρηση έρχεται στη χώρα μας και η οποία υλοποιεί μεταρρυθμίσεις που αποδομούν το δημόσιο σύστημα υγείας και ενισχύουν τα μεγάλα ιδιωτικά συμφέροντα. Νομίζω ότι δεν μπορεί κανείς παρά να είναι απέναντι. Βεβαίως, σε επιμέρους θέματα και άρθρα που μπορεί να υπάρχουν θα τοποθετηθούμε αναλυτικά στην κατ’ άρθρο συζήτηση. Σας ευχαριστώ πολύ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Με ενημερώνουν οι συνεργάτες της Επιτροπής, ότι και το ΠΑΣΟΚ και ο ΣΥΡΙΖΑ και η ΝΕΑ ΑΡΙΣΤΕΡΑ έχουν προτείνει την Ένωση Ασθενών Ελλάδος. Συμφωνεί και η Υπουργός. Να καλέσουμε και την Ένωση Ασθενών Ελλάδος και να κλείσουμε έτσι με τους αρμόδιους φορείς.

Κυρία Υπουργέ, έχετε τον λόγο και μετά από εσάς τελειώνει η σημερινή συνεδρίαση της Επιτροπής μας.

**ΕΙΡΗΝΗ ΑΓΑΠΗΔΑΚΗ (Αναπληρώτρια Υπουργός Υγείας):** Ευχαριστώ πολύ, κύριε Πρόεδρε. Ευχαριστώ όλες και όλους που είχαν μία εποικοδομητική διάθεση κριτικής προς το νομοσχέδιο αυτό. Θα μου επιτρέψετε να ξεκινήσω με ένα ζήτημα που ετέθη από κάποιους βουλευτές και αφορά τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Γιατί εδώ έχουν ειπωθεί διάφορα πράγματα, στην καλύτερη περίπτωση παραπειστικά ως παραπλανητικά, στη χειρότερη συκοφαντικά. Θέλω να σας πω ότι στο πρόγραμμα το οποίο αποκαλέσατε ότι γίνεται από «τσεκαπατζίδικα», «καραγκιοζιλίκια», ότι πρέπει να ρωτήσουμε κανένα γιατρό εκτός από αυτούς που είχαμε στην πανδημία γιατί ήταν κακοί οι γιατροί αυτοί, μας συμβούλεψαν κακά και πρέπει να βρούμε κάποιους, δεν ξέρω ποιους, που μπορούν να μας πουν ότι, άμα πίνουμε χαμομήλι πρωί, μεσημέρι, βράδυ θα γίνουμε καλά και δεν χρειάζεται να κάνουμε καμία εξέταση.

Θέλω, λοιπόν, να σας πω ότι όλα αυτά τα σχόλια αναρωτιέμαι πώς τα ακούνε οι άνθρωποι. Γιατί ξέρετε έχουν ήδη προγραμματιστεί τα πρώτα χειρουργεία ανθρώπων οι οποίοι είχαν θετικό τεστ, έκαναν κολονοσκόπηση και διαγνώστηκαν με καρκίνο του παχέος εντέρου. Αυτά, λοιπόν, που χαρακτηρίζετε εδώ «καραγκιοζιλίκια», οι συγγενείς αυτών των ανθρώπων και οι ίδιοι οι ασθενείς φαντάζομαι ότι θα έχουν διαφορετική άποψη.

Ενδεχομένως να μη γνωρίζετε, κυρία Αθανασίου, κύριε Παπαδόπουλε και δεν ξέρω ποιος άλλος τα είπε αυτά σήμερα, ότι η συντριπτική πλειονότητα των ευρωπαϊκών χωρών και ενδεικτικά, Βέλγιο, Δανία, Κροατία, Λιθουανία, Ολλανδία, Τσεχία, Φινλανδία, Ουγγαρία, Ιρλανδία, Ιταλία, Μάλτα, Πορτογαλία, Ισπανία, Σουηδία, Αυστρία και Γερμανία χρησιμοποιεί αυτά τα τεστ. Ξέρετε γιατί; Διότι έχει βρεθεί από τις έρευνες. Μπορείτε να δείτε στο «The Lancet». Μπορεί να μην σας αρέσει βέβαια και αυτό, γιατί είναι σαν τους γιατρούς της πανδημίας. Δεν είναι έγκυρο περιοδικό. Ο «Νοστράδαμος» ή δεν ξέρω ποιο άλλο περιοδικό, μπορεί να τα γράφει καλύτερα.

Ουδέποτε το Υπουργείο Υγείας είπε ότι ανιχνεύουν κακοήθεια. Δεν μπορώ να φανταστώ άνθρωπο που να έχει πει τέτοιο πράγμα. Ουδέποτε, ξαναλέω, είπε το Υπουργείο Υγείας ότι τα τεστ που χρησιμοποιούνται για το πρόγραμμα πρόληψης κατά του καρκίνου του παχέος εντέρου ανιχνεύουν καρκίνο. Τι ανιχνεύουν; Τον παράγοντα κινδύνου. Γιατί; Διότι έχει βρεθεί στις έρευνες ότι όταν έχουμε σκέτη την κολονοσκόπηση ο κόσμος δεν πάει να την κάνει. Όταν προηγείται αυτό το πρόγραμμα με τα self-test, και για αυτό το έχει η συντριπτική πλειονότητα των δυτικών χωρών και δη των χωρών που ανήκουν στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ευαισθητοποιείται ο κόσμος, ακριβώς γιατί υπάρχει η ανίχνευση της αιμορραγίας και έτσι πάει υψηλότερο ποσοστό να κάνει την κολονοσκόπηση.

Νομίζω ότι την ιατρική κοινότητα την ενδιαφέρει, πέρα από τον καρκίνο του παχέος εντέρου, να γνωρίζουν οι ασθενείς αν πάσχουν από μία φλεγμονώδη νόσο. Έχει, λοιπόν, πολλαπλή χρησιμότητα το τεστ και είναι πραγματικά πολύ θλιβερό. Εκτός αν νομίζουν κάποιοι εδώ μέσα, κύριε Πρόεδρε, ότι οι άνθρωποι που τους ψηφίζουν δεν έχουν τέτοια προβλήματα, δεν τους ενδιαφέρει να ανιχνευθεί ο καρκίνος του παχέος εντέρου και, ως εκ τούτου, πρέπει να τους αποθαρρύνουν από το να συμμετέχουν σε αυτά τα προγράμματα προληπτικών εξετάσεων.

Ας τελειώνουμε, λοιπόν, με τα ψέματα. Νομίζω ότι είναι πάρα πολύ σοβαρό θέμα, για να διαχέονται εδώ τέτοιες παραπλανητικές πληροφορίες. Περιμένω υπεύθυνη στάση από τα Κόμματα.

**ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΚΟ ΠΑΤΡΙΩΤΙΚΟ ΚΙΝΗΜΑ “ΝΙΚΗ”»):** Αυτό που κάνετε δεν είναι υπεύθυνη στάση. Σας είπα επιστημονικές θέσεις ομοφωνίας. Έλεος, δηλαδή, με την παραπλάνηση του κόσμου.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Κυρία Υπουργέ, συνεχίστε. Κύριε Παπαδόπουλε, δεν έχετε τον λόγο. Η κυρία Υπουργός μιλάει και δε θα έχει διακοπές, είτε παρατηρήσεις, είτε προσωπικές αναφορές.

**ΕΙΡΗΝΗ ΑΓΑΠΗΔΑΚΗ (Αναπληρώτρια Υπουργού Υγείας):** Δε θα επιτρέψω να χαθεί καμία ζωή από ανθρώπους που δεν καταλαβαίνουν τι σημαίνει δημόσια υγεία, τι σημαίνει πρόληψη και πόσο σημαντικό είναι αυτό που κάνει το Υπουργείο Υγείας. Πρέπει, επιτέλους, να καταλάβουμε ότι σε μερικά πράγματα είναι πάνω από την πολιτική αντιπαράθεση. Να σας πω και κάτι; Αυτά όλα τα κάνει η Κυβέρνηση του Κυριάκου Μητσοτάκη, αλλά τα καρπώνεται η χώρα. Είναι κατακτήσεις της χώρας. Δεν επιτρέπεται να θέτετε σε κίνδυνο τη ζωή ανθρώπων με αυτά που λέτε εδώ μέσα, αλλά δεν είναι η πρώτη φορά, κ. Παπαδόπουλε.

Προχωράω στα υπόλοιπα, κ. Πρόεδρε. Απαξιώθηκε η δουλειά των ιατρών του ΕΣΥ. Άκουσα εδώ ότι δε δουλεύουν τα Κέντρα Υγείας. Όποιος τα ισχυρίζεται αυτά απαξιώνει την εργασία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στα Κέντρα Υγείας. Πρέπει να σας πω ότι πιθανόν να μην το γνωρίζουν όσοι δεν έχουν επιχειρήσει ποτέ μεταρρύθμιση, λογικό είναι, αλλά όσοι έχουν εργαστεί σε μεταρρυθμίσεις, ξέρουν ότι οι μεταρρυθμίσεις έχουν φάσεις. Δε γίνονται με το «μαγικό φίλτρο». Δεν είμαστε μάγοι εδώ. Μαγικά κάνουν οι «μάγοι». Οι σοβαροί άνθρωποι που επιλύουν τα προβλήματα εξετάζουν πρώτα το περιβάλλον στο οποίο πάνε να κάνουν μία μεταρρύθμιση και προσεγγίζουν σταδιακά τη λύση ενός προβλήματος. Αλλιώς, ξαναλέω, είναι «μάγοι».

Σε αυτό, λοιπόν, το πλαίσιο η Κυβέρνηση δεν έρχεται απλώς να κάνει μια παρέμβαση για τον προσωπικό γιατρό. Ενισχύει τα Κέντρα Υγείας με προσωπικό. Μόνο το κομμάτι της Πρωτοβάθμιας αφορά σε 2.000 προσλήψεις, χώρια τις υπόλοιπες που αφορούν στα νοσοκομεία. Δεύτερον, έχουμε 45 εκατομμύρια, γιατί ακούστηκε σήμερα ότι δεν ενισχύουμε με ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό. Αυτό είναι ψέμα. Υπάρχει πρόγραμμα ενίσχυσης ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού από το Ταμείο Ανάκαμψης ενίσχυσης του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, χώρια το ΕΣΠΑ, χώρια άλλες πηγές, 45 εκατομμυρίων. Τρίτον, πραγματοποιούμε τη μεγαλύτερη αναβάθμιση των υποδομών του ΕΣΥ από τότε που συστάθηκε.

Έρχεται, λοιπόν, η Κυβέρνηση, το Υπουργείο Υγείας, πρόσθετα σε όλα αυτά, να φέρει με αυτό το νομοσχέδιο επιπλέον βελτιώσεις, πρόσθετα των προγραμμάτων πρόληψης που τρέχουν και έχουν σώσει χιλιάδες ζωές στη χώρα και θα συνεχίζουν να σώζουν χιλιάδες ζωές, γιατί αυτός είναι σωστός τρόπος να το κάνουμε με το κομμάτι της πρόληψης και δεν το λέω εγώ αυτό. Το λέει και η Επιτροπή των Ειδικών, μιλάμε για ανθρώπους εγνωσμένου κύρους, καθηγητές. Το πρόγραμμα για τον καρκίνο του παχέος εντέρου το φτιάξαμε μαζί με την Ελληνική Εταιρεία Γαστρεντερολογίας. Φαντάζομαι ότι κανείς δεν ξέρει εδώ καλύτερα από εκείνους, αν πρέπει ή όχι να μπαίνουν τα τεστ, αν πρέπει να ακολουθεί κολονοσκόπηση, όπως, ακριβώς, ακολουθεί στο πρόγραμμά μας, η εξέταση από γιατρό κ.λπ..

Σε σχέση με το κομμάτι που έχει να κάνει με το «γιατί δε βάλαμε τις ΤΟΜΥ» και όλα αυτά που ακούστηκαν, θα πρέπει κάποια στιγμή, γιατί διαπίστωσα πολύ μεγάλη σύμπτωση του ΠΑΣΟΚ με το ΣΥΡΙΖΑ – και αυτό το αφήνω στην κρίση των πολιτών – γιατί υπήρχε μια πάρα πολύ κατακρημνιστική διάθεση για το νομοσχέδιο, «όλα είναι λάθος», «όλα είναι μαύρα», «δεν ξέρουμε τι κάνουμε». Εσείς, έχετε τις «μαγικές» λύσεις, ο κ. Τσίμαρης και ο κ. Παναγιωτόπουλος. Αναρωτιέμαι, γιατί δεν τις εφαρμόσατε, όταν ήσασταν Κυβερνήσεις, για να το κάνουμε λίγο χειρότερο εδώ, γιατί πρέπει να μιλάμε με όρους αλήθειας.

Λοιπόν, θέλω να καταλάβω, αφού υπήρχαν οι ακαδημαϊκές μονάδες πρωτοβάθμιας, τις νομοθετήσατε με την Κυβέρνηση ΣΥΡΙΖΑ-ΑΝΕΛ, κ. Παναγιωτόπουλε, γιατί δεν τις εφαρμόσατε; Πως τις στελεχώσατε; Τι δαπάνη πιστώσατε; Πόσους ανθρώπους εξυπηρέτησαν; Γιατί δε λειτούργησαν ποτέ; Δεν καταλαβαίνω.

Για ποιον λόγο η Ευρωπαϊκή Επιτροπή έρχεται και επανέρχεται και ζητά από τη χώρα να κάνουμε κομμάτι μεταρρύθμισης στην πρωτοβάθμια και να προχωρήσουμε με τον εγγεγραμμένο πληθυσμό, αφού τα είχατε κάνει όλα τέλεια με τις ΤΟΜΥ; Σημειωτέον, επειδή προσωπικά δεν λαϊκίζω ποτέ με αυτά, τις ΤΟΜΥ και τις ενισχύσαμε και τις διατηρήσαμε. Υπάρχουν 137 ΤΟΜΥ, στις αρχές του 2025 περνάνε στον τακτικό Προϋπολογισμό. Αυτό το ξεχάσατε, κ. Παναγιωτόπουλε και είναι κρίμα, διότι η Κυβέρνηση αυτή δεν υποκύπτει στο λαϊκισμό σας, ούτε στις διαστρεβλώσεις. Όταν κάτι πρέπει να διατηρηθεί, διατηρείται και προχωρά κι αυτό συμβαίνει με τις ΤΟΜΥ, αυτό συμβαίνει με τα Κέντρα Υγείας και σε αυτά όλα που ενισχύουμε, ερχόμαστε να προσθέσουμε τον προσωπικό γιατρό.

Είναι, λοιπόν, πραγματικά λυπηρό το ότι δεν έχετε τη δυνατότητα να δείτε καθαρά τι συμβαίνει εδώ πέρα και έρχεστε να παρουσιάσετε το άσπρο-μαύρο τάχα μου δήθεν ότι κάποιος θα ακούσει όλα αυτά και θα ευχαριστηθεί ότι έρχεται σήμερα η Αντιπολίτευση να κάνει το άσπρο-μαύρο και έτσι είμαστε ικανοποιημένοι όλοι, θα βγούμε από την αίθουσα και θα είμαστε πάρα πολύ υπεύθυνοι απέναντι στον Έλληνα πολίτη.

 Να το κάνουμε και λίγο χειρότερο. Στο κομμάτι που έχει να κάνει με το να στέλνει μήνυμα, ειπώθηκε ότι πρέπει ο προσωπικός γιατρός να έχει βοηθό για να στέλνει μήνυμα στους πολίτες. Αυτό δεν χρειάζεται, κυρία Αθανασίου, γιατί το Υπουργείο Υγείας ήδη στέλνει μηνύματα στους πολίτες για τις προληπτικές τους εξετάσεις μέσω της ΗΔΙΚΑ. Το έχουμε κάνει ήδη αυτό. Μπορείτε να ρωτήσετε τα εκατομμύρια των πολιτών που έχουν ήδη λάβει τα μηνύματα και έχουν κάνει τις εξετάσεις τους.

Σε σχέση με το κομμάτι που έχει να κάνει με τον προσωπικό γιατρό, θέλω να σημειώσω τα εξής. Ξαναλέω, έχουμε ενισχύσει τις ΤΟΜΥ, φέρνουμε τις ΚΟΜΥ. Αυτό το νομοσχέδιο είναι το πρώτο βήμα αναμόρφωσης της πρωτοβάθμιας. Προσωπικά εγώ, ούτε η ηγεσία του Υπουργείου Υγείας, δεν είμαστε «μάγοι», είμαστε άνθρωποι που επιχειρούμε μέσα σε μία δύσκολη πραγματικότητα να φέρουμε λύσεις και αυτές τις λύσεις τις εφαρμόζουμε σταδιακά. Πιθανότατα να έχει κάποιος μαγικές ικανότητες, να μας φέρει εδώ ένα μαγικό νομοσχέδιο και να λύσει τα προβλήματα. Εγώ δεν έχω τέτοιες ικανότητες.

Σε αυτό, λοιπόν, το πλαίσιο, επιπλέον των προγραμμάτων προληπτικών εξετάσεων, η χώρα έχει το πρώτο οργανωμένο πρόγραμμα πρόληψης στην ιστορία της για τα κυριότερα χρόνια νοσήματα, και της ενίσχυσης που έχουμε κάνει στην πρωτοβάθμια, σε εξοπλισμό, σε υποδομές, σε προσλήψεις. Θα φέρουμε και τις ΚΟΜΥ το επόμενο διάστημα, το οποίο κάνει ακριβώς αυτό που ειπώθηκε, φέρνει μαζί το κομμάτι που έχει να κάνει με τις κοινωνικές και τις ιατρικές υπηρεσίες.

 Έχουμε ένα γεωγραφικό ανάγλυφο, το οποίο χαρακτηρίζεται και από νησιωτικές περιοχές και από ορεινές περιοχές, έχουμε γερασμένο πληθυσμό, έχουμε ανθρώπους που έχουν κοινωνικές και υγειονομικές ανάγκες και με το μοντέλο των κινητών ομάδων της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επιχειρούμε, ακριβώς, να παρέχουμε ολιστική φροντίδα. Θα μπορούν να επισκέπτονται τους ανθρώπους κατ’ οίκον, να έχουν ιατρικές υπηρεσίες, κοινωνικές υπηρεσίες. Μπορεί, για παράδειγμα, κάποιος να είναι μόνος του σε ένα χωριό, τα παιδιά του να είναι σε άλλη χώρα ή σε άλλη πόλη, να δικαιούται ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα, να μην έχει κάποιον να του κάνει τα χαρτιά. Ελπίζω όταν θα έρθει και αυτό να το στηρίξετε και να μην ακούσω αυτά που άκουσα σήμερα. Είναι πραγματικά λυπηρό για το πολιτικό σύστημα.

 Σε σχέση με το κομμάτι, το ότι δεν κάνουμε πρωτογενή πρόληψη, αυτές τις μέρες ήμουν στην Κοπεγχάγη, στη συνεδρίαση της Εκτελεστικής Συνέλευσης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Υπήρχε στο τραπέζι όλων των 57 κρατών μελών το Health Impact Report, το οποίο συμπεριλαμβάνει μια πρακτική της χώρας μας, μια καλή πρακτική που είναι το «Εθνικό Πρόγραμμα κατά της παιδικής παχυσαρκίας». Αυτό είναι κομμάτι πρωτογενούς πρόληψης που συμπεριλαμβάνεται στις καλές πρακτικές των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, του Ευρωπαϊκού Γραφείου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και είναι σπουδαίο το ότι η χώρα μας, επιτέλους, αποκτά οργανωμένα προγράμματα πρωτογενούς, δηλαδή, των παραγόντων κινδύνου που οδηγούν στα χρόνια νοσήματα και της δευτερογενούς πρόληψης. Δεν μένουμε, λοιπόν, μόνο σε αυτό.

 Αυτό, λοιπόν, το οποίο κάνουμε ήδη, έρχεται και μας λέει ο κ. Τσίμαρης ότι είναι ζητούμενο. Το κάνουμε ήδη. Η Πρωτοβάθμια, εκτός των άλλων, θα έχει και τη δυνατότητα να ενισχυθεί μέσα από την επιπλέον βελτίωση των δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας. Έχουμε προγραμματίσει μέσω του Ταμείου Ανάκαμψης και σε συνεργασία με τα πανεπιστήμια, πιθανό να μην το γνωρίζετε, την εκπαίδευση 10.000 επαγγελματιών της πρωτοβάθμιας στις νέες αυτές δεξιότητες που έχουν να κάνουν με τις αλλαγές συμπεριφορών υγείας. Δεν μιλάμε, λοιπόν, για κάτι που είναι μία και έξω, έχει μία σειρά από δράσεις και θα ήταν καλό να τα δούμε ολιστικά και να μην κάνουμε, ξαναλέω, μικροπολιτική.

 Για να μην κουράσω, κύριε Πρόεδρε, θα πω ότι το νομοσχέδιο αυτό, ξαναλέω, νομίζω ότι όλοι αναγνωρίζετε, ανεξάρτητα από αυτά που λέτε σήμερα, ο καθένας για τους δικούς του κομματικούς σκοπούς, ότι έχει πολλά θετικά στοιχεία. Ελπίζω, όταν έρθει στην Ολομέλεια και είμαι ανοιχτή και εγώ και η ηγεσία του Υπουργείου Υγείας και όλοι μας, αν υπάρχουν προτάσεις, προς τη σωστή κατεύθυνση, να τις συζητήσουμε.

Επιζητούμε την αποτελεσματική αντιπολίτευση. Αποτελεσματική αντιπολίτευση, δεν είναι το «όλα μαύρα» και το «όχι σε όλα». Είναι το να υπάρχει σοβαρή, ρεαλιστική, εποικοδομητική κριτική και να μπορούμε να συμφωνούμε.

Οι χώρες που αναφέρατε ως παραδείγματα δεν έχουν τέτοιου τύπου Αντιπολίτευση. Έχουν ανθρώπους που στέκονται στο ύψος των περιστάσεων, που καταλαβαίνουν τις ανάγκες των πολιτών, που συνειδητοποιούν ότι το να σώζονται ανθρώπινες ζωές από τον καρκίνο είναι πιο σημαντικό από το να έρχονται εδώ και να κάνουν λόγους και λογύδρια και μπορούν να συμφωνήσουν στα σημαντικά, γιατί, ξέρετε, αυτά δεν είναι πολιτικές αποφάσεις είναι επιστημονικές οδηγίες. Σας ευχαριστώ. Ευχαριστώ πολύ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε πολύ. Ολοκληρώθηκε η συνεδρίαση της Επιτροπής μας. Σας θυμίζω και ενημερώνω ταυτόχρονα, ότι η επόμενη συνεδρίαση είναι τη Δευτέρα 4 Νοεμβρίου στις 2 το μεσημέρι με την ακρόαση των εξωκοινοβουλευτικών προσώπων, στην ίδια αίθουσα και η τρίτη συνεδρίαση θα είναι πάλι τη Δευτέρα στις 5 το απόγευμα για τη συζήτηση επί των άρθρων. Σας ευχαριστώ πολύ.

Στο σημείο αυτό έγινε η γ΄ ανάγνωση του καταλόγου των μελών της Επιτροπής. Παρόντες ήταν οι Βουλευτές κ.κ. Ακτύπης Διονύσιος, Βλαχάκος Νικόλαος, Βρεττάκος Γεώργιος, Γιόγιακας Βασίλειος, Γκολιδάκης Διαμαντής, Ευθυμίου Άννα, Ιατρίδη Τσαμπίκα (Μίκα), Καλλιάνος Ιωάννης, Καραμπατσώλη Κωνσταντίνα, Καρασμάνης Γεώργιος, Κεφάλα Μαρία – Αλεξάνδρα, Κρητικός Νεοκλής, Λιάκος Ευάγγελος, Μαντάς Περικλής, Μιχαηλίδου Δόμνα - Μαρία, Μονογυιού Αικατερίνη, Μπαραλιάκος Ξενοφών (Φώντας), Παπαθανάσης Αθανάσιος, Παπάς Θεοφάνης (Φάνης), Παπασωτηρίου Σταύρος, Πλεύρης Αθανάσιος, Ρουσόπουλος Θεόδωρος (Θόδωρος), Σενετάκης Μάξιμος, Σκόνδρα Ασημίνα, Σούκουλη - Βιλιάλη Μαρία - Ελένη (Μαριλένα), Σταμάτης Γεώργιος, Στύλιος Γεώργιος, Συρεγγέλα Μαρία, Τσιλιγγίρης Σπυρίδων (Σπύρος), Χατζηιωαννίδου Μαρία - Νεφέλη, Χρυσομάλλης Μιλτιάδης (Μίλτος), Γαβρήλος Γεώργιος, Θρασκιά Ουρανία (Ράνια), Καλαματιανός Διονύσιος - Χαράλαμπος, Κοντοτόλη Μαρίνα, Νοτοπούλου Αικατερίνη (Κατερίνα), Παναγιωτόπουλος Ανδρέας, Παππάς Πέτρος, Πολάκης Παύλος, Λιακούλη Ευαγγελία, Μουλκιώτης Γεώργιος, Πουλάς Ανδρέας, Σταρακά Χριστίνα, Τσίμαρης Ιωάννης, Κομνηνάκα Μαρία, Συντυχάκης Εμμανουήλ, Λαμπρούλης Γεώργιος, Στολτίδης Λεωνίδας, Αθανασίου Μαρία, Γραμμένος Βασίλειος, Φερχάτ Οζγκιούρ, Φωτίου Θεανώ, Οικονομόπουλος Αναστάσιος, Παπαδόπουλος Νικόλαος, Κεφαλά Γεωργία (Τζώρτζια), Μπιμπίλας Σπυρίδων, Δημητριάδης Πέτρος, Χαλκιάς Αθανάσιος, Λινού Αθηνά και Φλώρος Κωνσταντίνος.

Τέλος και περί ώρα 13.25΄ λύθηκε η συνεδρίαση.

 **Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ**

 **ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ ΜΑΡΙΑ-ΝΕΦΕΛΗ ΧΑΤΖΗΙΩΑΝΝΙΔΟΥ**