**ΒΟΥΛΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ**

**ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΙΖ΄- ΣΥΝΟΔΟΣ Β΄**

**ΔΙΑΡΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ**

**Π Ρ Α Κ Τ Ι Κ Ο**

 **(Άρθρο 40 παρ. 1 Κ.τ.Β.)**

 Στην Αθήνα, σήμερα, 27 Ιουλίου 2017, ημέρα Πέμπτη και ώρα 16.20΄, συνεδρίασε στην Αίθουσα Γερουσίας του Μεγάρου της Βουλής, η Διαρκής Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων, υπό την προεδρία του Αντιπροέδρου αυτής, κ. Κωνσταντίνου Μπάρκα, με θέμα ημερήσιας διάταξης την επεξεργασία και εξέταση του σχεδίου νόμου του Υπουργείου Υγείας «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις» (3η συνεδρίαση).

Στη συνεδρίαση παρέστησαν ο Υπουργός Υγείας, κ. Ανδρέας Ξανθός, ο Αναπληρωτής Υπουργός Υγείας, κ. Παύλος Πολάκης, καθώς και αρμόδιοι υπηρεσιακοί παράγοντες.

Ο Αντιπρόεδρος 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. Αθανασίου Νάσος, Βαρδάκης Σωκράτης, Γεννιά Γεωργία, Ηγουμενίδης Νίκος, Θραψανιώτης Μανώλης, Καΐσας Γιώργος, Καρασαρλίδου Φρόσω, Καστόρης Αστέρης, Μανιός Νίκος, Μαντάς Χρήστος, Μεϊκόπουλος Αλέξανδρος, Μιχαηλίδης Ανδρέας, Μιχελογιαννάκης Ιωάννης, Μουσταφά Μουσταφά, Μπάρκας Κώστας, Παπαδόπουλος Σάκης, Παπαηλιού Γιώργος, Παραστατίδης Θόδωρος, Σκούφα Ελισσάβετ, Στογιαννίδης Γρηγόρης, Τζούφη Μερόπη, Τσόγκας Γιώργος, Βαγιωνάς Γεώργιος, Βλάχος Γεώργιος, Βρούτσης Ιωάννης, Γιόγιακας Βασίλειος, Κατσανιώτης Ανδρέας, Μαρτίνου Γεωργία, Οικονόμου Βασίλειος, Σαλμάς Μάριος, Φωτήλας Ιάσονας, Γρηγοράκος Λεωνίδας, Μπαργιώτας Κωνσταντίνος, Χριστοφιλοπούλου Παρασκευή, Αΐβατίδης Ιωάννης, Λαγός Ιωάννης, Σαχινίδης Ιωάννης, Κατσώτης Χρήστος, Λαμπρούλης Γεώργιος, Στεργίου Κώστας, Λαζαρίδης Γεώργιος, Παπαχριστόπουλος Αθανάσιος, Φωκάς Αριστείδης και Μαυρωτάς Γεώργιος.

ΚΩΣΤΑΣ ΜΠΑΡΚΑΣ (Αντιπρόεδρος της Επιτροπής): Κυρίες και κύριοι συνάδελφοι, αρχίζει η τρίτη συνεδρίαση της Επιτροπής μας. Πριν μπούμε όμως στην κατ’ άρθρο συζήτηση του νομοσχεδίου και μετά τη σημερινή ακρόαση των εξωκοινοβουλευτικών προσώπων, εισερχόμαστε στην ψήφιση του σχεδίου νόμου επί της αρχής.

Ερωτάται η Επιτροπή εάν γίνεται δεκτό το σχέδιο νόμου επί της αρχής.

Το λόγο έχει ο κ. Παπαδόπουλος.

ΣΑΚΗΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ (Εισηγητής του ΣΥ.ΡΙΖ.Α.) : Υπέρ.

ΚΩΣΤΑΣ ΜΠΑΡΚΑΣ (Αντιπρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει ο κ. Φωτήλας.

ΙΑΣΟΝΑΣ ΦΩΤΗΛΑΣ (Εισηγητής της Νέας Δημοκρατίας) : Επί της αρχής, όχι.

ΚΩΣΤΑΣ ΜΠΑΡΚΑΣ (Αντιπρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει η κυρία Χριστοφιλοπούλου εκ μέρους της Δημοκρατικής Συμπαράταξης ΠΑΣΟΚ – ΔΗΜΑΡ.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ (ΕΥΗ) ΧΡΙΣΤΟΦΙΛΟΠΟΥΛΟΥ : Επιφύλαξη για την Ολομέλεια.

ΚΩΣΤΑΣ ΜΠΑΡΚΑΣ (Αντιπρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει ο κ. Αϊβατίδης.

ΙΩΑΝΝΗΣ ΑΪΒΑΤΙΔΗΣ (Ειδικός Αγορητής του Λαϊκού Συνδέσμου Χρυσή Αυγή) : Επί της αρχής, όχι.

ΚΩΣΤΑΣ ΜΠΑΡΚΑΣ (Αντιπρόεδρος της Επιτροπής) : Το λόγο έχει ο κ. Λαμπρούλης.

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΛΑΜΠΡΟΥΛΗΣ (Ειδικός Αγορητής του Κ.Κ.Ε.) : Όχι, επί της αρχής.

ΚΩΣΤΑΣ ΜΠΑΡΚΑΣ (Αντιπρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει ο κ. Παπαχριστόπουλος.

ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΠΑΠΑΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ (Ειδικός Αγορητής των ΑΝ.ΕΛ.) : Υπερψηφίζουμε.

ΚΩΣΤΑΣ ΜΠΑΡΚΑΣ (Αντιπρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει ο κ. Μαυρωτάς.

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΜΑΥΡΩΤΑΣ (Ειδικός Αγορητής από το Ποτάμι): Επί της αρχής, επιφυλασσόμαστε για την Ολομέλεια.

ΚΩΣΤΑΣ ΜΠΑΡΚΑΣ (Αντιπρόεδρος της Επιτροπής): Συνεπώς, το σχέδιο νόμου του Υπουργείου Υγείας, έγινε δεκτό επί της αρχής, κατά πλειοψηφία.

Εισερχόμαστε στη συζήτηση επί των άρθρων.

Το λόγο έχει ο Εισηγητής του ΣΥ.ΡΙΖ.Α. κ. Παπαδόπουλος.

ΣΑΚΗΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ (Εισηγητής του ΣΥ.ΡΙΖ.Α.): Αγαπητοί συνάδελφοι, στην ακρόαση φορέων μας δόθηκε η δυνατότητα να διαπιστώσουμε όλες τις προσεγγίσεις τις οποίες κάνουν οι φορείς που σχετίζονται με τα ζητήματα της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας, αυτά που απασχολούν το σχέδιο νόμου, το οποίο καταθέτουμε και το οποίο έχει δύο πάρα πολύ μεγάλες παρεμβάσεις. Εμβληματική αυτή στο πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας, πάρα πολύ σημαντική αυτή που αφορά επείγουσες παρεμβάσεις για την αναβάθμιση του Ε.Σ.Υ. και για ζητήματα τα οποία αφορούν την οργάνωση των υπηρεσιών από διάφορους κλάδους εργαζόμενων στο σύστημα.

Διαπιστώσαμε ότι οι σκέψεις που υπάρχουν, ταλαντεύονται ανάμεσα στο να μας προτείνουν συγκεκριμένα θέματα, τα οποία θα μπορούσαν να βελτιώσουν πραγματικά τώρα στη συζήτηση κατ΄ άρθρον τον τρόπο με τον οποίο τέθηκαν τα διάφορα άρθρα και μια αντίληψη η οποία λέγει ό,τι αποσύρεται το, δεν κάνει και η οποία δημιουργεί το εξής προβληματικό γεγονός, στηρίζεται σε μια αντίληψη ότι δεν είχαμε όλο το χρόνο να το κουβεντιάσουμε πάρα πολύ, θέλουμε και άλλη προετοιμασία και κυρίως, στο ότι οι αλλαγές που γίνονται, δεν είναι εκείνες στις οποίες περίμενε ο κόσμος των υγειονομικών, προκειμένου να μιλήσουμε για μια μεγάλη μεταρρύθμιση.

Επικαλούνται διάφορα προσχήματα. Το πρόσχημα της ελεύθερης επιλογής γιατρού και θεραπευτηρίου που είναι ένα ζήτημα πάρα πολύ κρίσιμο, για να δούμε όλα τα θέματα με τα οποία αναλύονται μέσα στο νομοσχέδιο. Ελεύθερη επιλογή γιατρού και θεραπευτηρίου είναι ένα ζήτημα το οποίο όσοι ασχολούμαστε με τα ζητήματα της υγείας εδώ και πάρα πολλά χρόνια, όσοι έχουμε πάρει μέρος σε συζήτηση για τον ιδρυτικό νόμο και το Εθνικό Σύστημα Υγείας, στον νομό 1397/1983. Σε όλες τις απόπειρες που έγιναν μέχρι τώρα για να νομοθετηθεί η οργάνωση πρωτοβάθμιου συστήματος υγείας στην χώρα.

Σε όλα τα ζητήματα που αφορούν την αναβάθμιση του συστήματος, διαπιστώνουμε ότι τώρα είναι η ρεαλιστική δυνατότητα να έχουμε ένα πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας, το οποίο περιλαμβάνονταν στην εισηγητική έκθεση του νόμου 1397/1983, περιλαμβάνονταν σε διάφορες άλλες απόπειρες οι οποίες προωθούνταν από τον Παρασκευά Αυγερινό, από τον Γεώργιο Γεννηματά, ακόμη και ο Μιλτιάδης Έβερτ, μιλούσε όταν είχε γίνει Υπουργός Υγείας, για 65 αστικά κέντρα υγείας. Στη συνέχεια, ο κ. Δημήτρης Κρεμαστινός, επιχείρησε να οργανώσει το σύστημα υγείας και σκόνταψε πάνω στο ότι η τότε Κυβέρνηση δεν του έδινε χρηματοδότηση.

Να θυμίσω την προσπάθεια του Κώστα Γείτονα, περί συμβουλίου συντονισμού ενιαίας δράσης των υπηρεσιών υγείας, στη συνέχεια του Αλέκου Παπαδόπουλου, για 100 μεγάλες μεταρρυθμίσεις στην υγεία που είχαν και προβλέψεις για το πώς θα οργανώνονταν το πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας κι όμως δεν υλοποιήθηκαν. Και η τελευταία απόπειρα από τον αείμνηστο Κώστα Στεφανή, κατέληξε στο να έχουμε και νομοσχέδιο για την οργάνωση του πρωτοβάθμιο συστήματος υγείας και δεν υλοποιήθηκε ούτε για μία ημέρα.

Θεωρούμε ότι με αυτά τα οποία κάνουμε και περιλαμβάνονται τώρα σε αυτή τη νομοθέτηση της Κυβέρνησης, είναι ζητήματα τα οποία μας δίνουν πραγματικά την ικανοποίηση να μιλήσουμε από κυβερνητικής σκοπιάς ό,τι κάνουμε μια μεγάλη τομή, μια εμβληματική μεταρρύθμιση και παρέμβαση στο δημόσιο σύστημα της χώρας, λαμβάνοντας υπόψη και των υπό βοηθητικό ρόλο του ιδιωτικού τομέα υγείας. Γιατί και αυτή η συζήτηση θα δείτε στην ανάλυση των άρθρων, αφορά τον τρόπο με τον οποίο οι διάφορες μορφές οργάνωσης της ιδιωτικής υγείας, θα μπορούσαν να συμβάλουν και κυρίως εκεί που διαπιστώνουμε και εμείς ότι οι δημόσιες υπηρεσίες δεν επαρκούν.

Στο πρώτο μέρος του νομοσχεδίου έχουμε από τα άρθρα 1 έως 26, την ανάπτυξη και τον ορισμό το τι θεωρούμε ότι χρειάζεται στο πλαίσιο λειτουργίας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Ειδικά στα άρθρα 1 ως 3, αναπτύσσονται οι θεμελιώδεις αρχές για την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ρυθμίζονται θέματα οργάνωσης με σκοπό την εύρυθμη λειτουργία των υπαρχόντων δημοσίων μονάδων παροχής υπηρεσιών και προβλέπεται εξουσιοδότηση για τη ρύθμιση επί μέρους σχετικών θεμάτων μέσω Υπουργικής Απόφασης.

Στα άρθρα 4 έως 14, του Δεύτερου Κεφαλαίου, θεσπίζονται οι νέες δημόσιες Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας, Τοπικές Μονάδες Υγείας, Κεντρικά Διαγνωστικά Εργαστήρια, Κέντρα Ειδικής Φροντίδας, με περιγραφή των υπηρεσιών που αυτές θα παρέχουν και επιχειρείται ο επαναπροσδιορισμός της ιδιαίτερα σημαντικής θέσης του Οικογενειακού Γιατρού στο σύστημα της πρωτοβάθμιας, ο επανακαθορισμός του πλαισίου των συμβάσεων που θα συνάπτουν οι ιδιώτες γιατροί με τον ΕΟΠΥΥ, η θεσμοθέτηση της ομάδας υγείας ως κεντρικού άξονα ανάπτυξης διεπιστημονικής και διεπαγγελματικές συνεργασίας στη δημόσια υγεία, με σαφή προσδιορισμό των καθηκόντων των επαγγελματιών υγείας, όλων των μελών που περιλαμβάνονται στην ομάδα.

Επίσης, ρυθμίζονται σημαντικά θέματα για το Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, κατηγοριών επαγγελματιών υγείας μαιών, επισκεπτών υγείας, φυσιοθεραπευτών, με στόχο την καταλυτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Το Τρίτο Κεφάλαιο, διατάξεις 15 έως 25, αντιμετωπίζει ζητήματα οργάνωσης των μονάδων και υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας και ρυθμίζει το πεδίο της ηλεκτρονικής διακυβέρνησης.

Ειδικότερα: Προβλέπεται η σύσταση επιτροπής σχεδιασμού και συντονισμού για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο Υπουργείο Υγείας και συγκρότηση Τριμελούς Διοικούσας Επιτροπής σε κάθε τομέα πρωτοβάθμιας φροντίδας. Θεσπίζεται ο ρόλος του Περιφερειακού Συντονιστή, καθορίζονται οι αρμοδιότητες και προδιαγράφεται ο τρόπος εκλογής του- σημειώστε το αυτό, ο τρόπος εκλογής του, όχι ορισμού- σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια, καθώς και ο ρόλος του συντονιστή οδοντιάτρου.

Θεσμοθετείται και εξειδικεύεται η διαδικασία εγγραφής του πληθυσμού στον Οικογενειακό Γιατρό και καθιερώνεται διαδικασία παραπομπής, ως απαραίτητη προϋπόθεση της πρόσβασης στα κέντρα υγείας, χωρίς αυτό να εμποδίζει οποιονδήποτε τρόπο με τον οποίο το οξύ, επείγον, έκτακτο περιστατικό να μπορεί να πηγαίνει, για να έχει τις υπηρεσίες που μπορεί να προσφέρει το σύνολο του δημόσιου συστήματος υγείας: Τα νοσοκομεία, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια, ανάλογα με τον τρόπο με τον οποίο παραπέμπονται τα περιστατικά, αλλά και θεωρείται ότι μπορούν να προσεγγίσουν τα επείγοντα περιστατικά για τα οποία, στο δεύτερο μέρος, αναπτύσσεται ειδικά η δυνατότητα τους να αναβαθμιστούν.

Αναδεικνύεται η αξία του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας και προβλέπεται η διατήρηση επίκαιρου Μητρώου χρηστών των ηλεκτρονικών εφαρμογών της Πρωτοβάθμιας. Να σημειώσουμε από το διάλογο, ότι αυτό που μας έβαλαν οι Διαιτολόγοι- Διατροφολόγοι, ότι θέλουν να έχουν συμβολή στην κατάρτιση του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου.

Στο δεύτερο μέρος, και ειδικότερα στο Πρώτο Κεφάλαιο του νομοσχεδίου, που περιλαμβάνει τα άρθρα 27 έως 75, ρυθμίζονται επείγοντα κρίσιμα και μη επιδεχόμενα αναβολής θέματα που αφορούν στο χώρο της υγείας.

Με το άρθρο 27, ιδρύεται νοσηλευτική μονάδα στην Κάρπαθο δυναμικότητας 22 κλινών, η κατασκευή της οποίας είναι στο τελικό στάδιο ολοκλήρωσης, ανεγείρεται με πόρους του Επιχειρησιακού Προγράμματος Νοτίου Αιγαίου, συγχρηματοδοτούμενα από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης.

Με το άρθρο 28, παρέχονται κίνητρα στους γιατρούς για την στελέχωση του Γενικού Νοσοκομείου Θήρας, προκειμένου να στελεχωθεί με εξειδικευμένο και άρτια καταρτισμένο ιατρικό προσωπικό.

Οι ρυθμίσεις του 29, αφορούν τη στελέχωση των αυτοτελών τμημάτων επειγόντων περιστατικών, ώστε με αυτό του δυναμικού των 465 θέσεων που προκηρύσσονται, να μπορέσουν πραγματικά να υπηρετήσουν όλα τα οξέα και επείγοντα περιστατικά που πηγαίνουν στα νοσοκομεία δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια, και χρειάζεται να αντιμετωπιστούν και για την περίπτωση που θα εισαχθούν, αλλά και για την προσφορά επειγουσών υπηρεσιών υγείας.

Προκειμένου να ρυθμιστούν θέματα που αφορούν στην ίδρυση και λειτουργία ιδιωτικών και δημόσιων μονάδων ημερήσιας νοσηλείας, έχουμε ρυθμίσεις στο άρθρο 30. Καθορίζονται οι προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας, ώστε αυτές να λειτουργούν ως μονάδες που παρέχουν διακριτές και σαφώς προσδιορισμένες υπηρεσίες υγείας, νοσηλείας, χωρίς διανυκτέρευση. Με το άρθρο 31 προβλέπεται η τοποθέτηση των ειδικευόμενων ιατρών σε αντίστοιχη κενή οργανική θέση ειδικευόμενου στο παθολογικό χειρουργικό εργαστηριακό τομέα αλλά και στον ψυχιατρικό τομέα. Είναι μία παρατήρηση που έγινε και νομίζω ότι γίνεται αποδεκτή. Με το άρθρο 32 ρυθμίζονται ζητήματα που αφορούν την ειδίκευση για την αγγειοχειρουργική και την απόκτηση της ειδικότητας του επαγγέλματος του φυσικού νοσοκομείου ακτινοφυσικού ιατρικής.

 Από το άρθρο 33 έως το 50 ρυθμίζονται κυρίως, θέματα υγειονομικού προσωπικού και λειτουργίας μονάδων υγείας με σκοπό την επίλυση δυσλειτουργιών ή θεμάτων σε εκκρεμότητα, όπως εξειδίκευση γιατρών σε μονάδες εντατικής θεραπείας και μονάδες εντατικής νοσηλείας νεογνών, πλήρωσης θέσης γιατρών και οδοντιάτρων του ΕΣΥ που μένουν κενές μετά την παραίτησή τους. Με την διάταξη αυτή προβλέπεται για τις παραπάνω θέσεις ότι δεν γίνεται νέα προκήρυξη, αλλά διορίζεται ο επόμενος στη σειρά. Δυνατότητα διεκδίκησης θέσεων αυξημένης ευθύνης όπως είναι αυτές των διευθυντών δίνονται και στους γιατρούς που, ήδη, υπηρετούν το Εθνικό Σύστημα, χωρίς να είναι υποχρεωμένοι να παραιτηθούν από τη θέση που κατείχαν. Υπολογισμός, ως χρόνος εξειδίκευσης του χρόνου της υπηρεσίας των επικουρικών γιατρών σε ειδικά τμήματα και κλινικές των νοσοκομείων όπως σε μονάδες εντατικής και μονάδες νεογνών, μονάδες μεταμόσχευσης. Αναγνώριση και στους γιατρούς δημόσιας υγείας του ΕΣΥ του ήδη αναγνωρισμένου σε συναδέλφους τους ιατρούς του ΕΣΥ.

Δικαίωμα της αποχής από τα καθήκοντά τους για ένα χρόνο, προκειμένου να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο δημόσιο, στην Αυτοδιοίκηση σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου και να ενισχύσουν πολιτικές πρόληψης και προαγωγής της υγείας. Ρύθμιση θεμάτων που αφορούν στην διαδικασία προκήρυξης και κάλυψης των θέσεων ιατρών υπηρεσίας υπαίθρου, ώστε να διευκολυνθούν πάρα πολλές περιοχές και ειδικά εκείνες που είναι στη ζώνη των υπηρεσιών για την υποδοχή και των τουριστών επισκεπτών της χώρας αλλά και των προσφύγων μεταναστών. Μετάταξη σε θέση γιατρού ή οδοντίατρου ή απόκτηση τίτλου ιατρικής ειδικότητας υπαλλήλων του δημοσίου ή νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου που είναι πτυχιούχοι ιατρικής σχολής. Ακόμη υπάρχει απλούστευση των διαδικασιών ορισμού των νοσηλευτικών ειδικοτήτων και η γνωμοδότηση για τις οποίες περιέχονταν από το εθνικό Συμβούλιο Ανάπτυξης Νοσηλευτικής, η οποία μετονομάζεται τώρα, προκειμένου αυτό που είναι το περιεχόμενό της να αποδίδεται πραγματικά με τον τίτλο που δίνει το σχέδιο νόμου. Δυνατότητα συνταγογράφησης εμβολίων, μέσω συνταγολογίων και στους πιστοποιημένους ΩΡΛ γιατρούς. Επίλυση θεμάτων για τις ιατρικές εξετάσεις των υποψηφίων οδηγών.

Με το άρθρο 49 προμήθεια φαρμάκων από ιδιωτικές κλινικές. Δίνεται η δυνατότητα ώστε αυτά που δίνουμε στις ιδιωτικές κλινικές να μπορούν να προσεγγίζουν αυτά τα οποία δίνουμε και στη δυνατότητα των νοσοκομείων με τον προσδιορισμό της νοσοκομειακής τιμής. Με τις ρυθμίσεις του άρθρου 50 αναδιοργανώνεται το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας το ΕΚΕΠΥ και ενισχύεται ο επιτελικός και συντονιστικός του ρόλος για την έγκαιρη αντιμετώπισή έκτακτων καταστάσεων. Στα άρθρα 55, 56, 57, 58 περιλαμβάνονται ρυθμίσεις θεμάτων του ΕΟΠΥΥ, όπως ο προσδιορισμός της διαδικασίας εκκαθάρισης δαπανών νοσηλείας και περίθαλψης ασφαλισμένων του ΕΟΠΥΥ δημοσίων υπαλλήλων που υπηρετούν ή βρίσκονται σε εκπαιδευτική άδεια εκτός χωρών Ε.Ε.. Αντιμετώπιση ζητημάτων για την καλύτερη λειτουργία του διοικητικού συμβουλίου του ΕΟΠΥΥ.

Δημιουργία τεσσάρων επιπλέον περιφερειακών ΕΟΠΥΥ στο νομό Αττικής, παραχώρηση χρήσης ακινήτων του ΕΟΠΥΥ για να μπορούν να αξιοποιηθούν καλύτερα σε συνεργασία και με τον ΕΦΚΑ.

Στο άρθρο 59, ρυθμίζονται θέματα του ΕΚΑΒ.

Στο άρθρο 61, χρονίζουσες οικονομικές εκκρεμότητες αναφορικά με εφημερίες ιατρικού και λοιπού επιστημονικού προσωπικού των νοσοκομείων που αναφέρονται στη διάταξη, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν, σύμφωνα με εγκεκριμένα προγράμματα εφημεριών και οφείλαμε και το κάνουμε να τα πληρώσουμε.

Με το άρθρο 66, μετονομάζεται όπως είπαμε σε Κέντρο Τεκμηρίωσης και Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών, η πρώην ΕΣΑΝ Α.Ε.

Στο άρθρο 67 προβλέπεται, η μετονομασία των Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων που παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας.

Στο άρθρο 68, αίρεται το προαπαιτούμενο για τα άτομα του αυτιστικού φάσματος που επιθυμούν να φιλοξενηθούν σε ξενώνες ή οικοτροφεία, να έχουν νοσηλευτεί ως τρεις μήνες σε τμήματα ψυχιατρικού γενικού νοσοκομείου.

Στο άρθρο 69, το οποίο συζητήθηκε και στην ακρόαση φορέων, νομίζω, ότι γίνεται κατανοητή η κατάργηση της Επιτροπής Υπουργείου Υγείας για την αποστολή οικονομικά αδύνατων και ανασφάλιστων ασθενών για νοσηλεία στο εξωτερικό.

Στο άρθρο 70, ρυθμίζεται η κατάργηση του Εθνικού Κέντρου Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Ζαχαρώδη Διαβήτη το ΕΚΕΠΥ, γιατί οι αρμοδιότητές του θα ασκούνται μέσω του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας από ειδική επιτροπή.

Στο άρθρο 73, γίνεται ειδική αναφορά για ζητήματα διαγραφών οφειλών ανασφάλιστων ανθρώπων, ένα πάρα πολύ σημαντικό ζήτημα, το οποίο εμείς αγαπητοί συνάδελφοι, αποδεικνύουμε, ότι όταν λέγαμε ότι η ελεύθερη πρόσβαση όλων και των ανασφάλιστων, πραγματικά δίνεται η δυνατότητα να μπορέσει το Υπουργείο Υγείας και η κυβέρνηση να ανταποκριθεί σε όλες τις δαπάνες που υπήρχαν. Διαπιστώσαμε ότι 28 εκατομμύρια ευρώ έπρεπε να τα πληρώσουμε, γιατί αυτά πήγαν από τις οικονομικές υπηρεσίες των νοσοκομείων. Νομίζω ότι υπάρχουν και άλλες οφειλές που δίνεται η δυνατότητα σε εμάς να σταματήσουμε, ώστε να αναζητούνται με μπιλιετάκια από τους ανθρώπους που πήγαιναν στο προηγούμενο χρονικό διάστημα στα νοσοκομεία.

Με τα άρθρα 76 ως 93, συστήνεται ο Πανελλήνιος Σύλλογος Οπτικών και Οπτομετρών. Σε αυτά που επισημάνθηκαν πριν, νομίζω, ότι έχουμε τη δυνατότητα να βελτιώσουμε κάποια ζητήματα.

Αγαπητοί συνάδελφοι νομίζω, ότι αυτή η συζήτηση η οποία στο προηγούμενο χρονικό διάστημα που συζητήσαμε εν συνόλω το σχέδιο νόμου, την παρέμβαση την οποία κάνουμε και την οποία θεωρούμε ότι αποτελεί μια ουμανιστική παρέμβαση στο σύστημα υγείας, ανθρωποκεντρική, έχει χαρακτήρα τις ανάγκες των ασθενών, δεν προσεγγίζει τα ζητήματα από το θεραπευτικό τους μέρος, δεν είναι ιατροκεντρική, δεν είναι νοσοκομειοκεντρική, λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες των ανθρώπων. Μπορούμε πραγματικά να μιλάμε, ότι θεσμοθετούμε μια επιλογή για την οποία θα θέλαμε να συναντήσουμε και την προσέγγιση και των άλλων πολιτικών δυνάμεων, κυρίως εκείνων που στο προηγούμενο χρονικό διάστημα αναφέρονταν στην αναγκαιότητα ενός καλά οργανωμένου δημόσιου συστήματος υγείας.

 Εμείς, αντιλαμβανόμαστε ότι αυτό που κάνουμε τώρα με το παρόν σχέδιο νόμου, δίνει τη δυνατότητα να προσεγγίσουμε τις ιδέες μας για την υγεία ως δημόσιο αγαθό, για όλα εκείνα που θεωρούμε ότι είναι η πλήρης σωματική, ψυχική κοινωνική ευεξία, με το ότι θέλουμε ένα ποιοτικό ολοκληρωμένο δημόσιο σύστημα υγείας. Προς τα εκεί τείνουμε και σε αυτό βοηθούν τα άρθρα, τα οποία περιλαμβάνουμε μέσα στο νομοσχέδιο.

Θέλουμε, λοιπόν, για αυτούς τους λόγους και όσες από τις πολιτικές δυνάμεις έχουν επιφυλάξεις, ειδικά όμως εκείνες οι οποίες έχουν στο μυαλό τους ότι η αναγκαιότητα της χώρας είναι ένα καλά οργανωμένο, ποιοτικό και αποτελεσματικό δημόσιο σύστημα υγείας, να τις προσκαλέσουμε στο να ψηφίσουν αυτήν την τομή. Γιατί και εμείς οι παλαιότεροι που θυμόμαστε όταν ψηφίστηκε ο ν.1397/1983, είχαμε τη δυνατότητα να πούμε ότι περισσότερες πολιτικές δυνάμεις στήριξαν την έναρξη οργάνωσης του δημόσιου συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Τώρα που επιχειρούμε μια εμβληματική τομή, σας καλούμε να στηρίξετε. Ευχαριστώ πολύ.

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΜΠΑΡΚΑΣ (Αντιπρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει ο κύριος Φωκάς, για να ψηφίσει επί της αρχής το νομοσχέδιο.

ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ ΦΩΚΑΣ (Ειδικός Αγορητής της Ένωσης Κεντρώων): Επιφυλασσόμαστε για την Ολομέλεια.

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΜΠΑΡΚΑΣ (Αντιπρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει ο κύριος Φωτήλας.

ΙΑΣΩΝ ΦΩΤΗΛΑΣ (Εισηγητής της Ν.Δ.): Κυρίες και κύριοι συνάδελφοι, επιτρέψτε μου μερικά σχόλια, καταρχάς, για την ομιλία του Υπουργού στην πρώτη συνεδρίαση. Παρακάμπτω, καταρχάς, τα περί δήθεν επιστροφής της χώρας στην κανονικότητα, που είπε ο Υπουργός με αφορμή την έξοδο στις αγορές και τη σχετική έκδοση του ομολόγου. Θα τα πούμε και στην Ολομέλεια, αλλά, εν έτει 2017, με το ίδιο ή και μεγαλύτερο επιτόκιο από αυτό της Κυβέρνησης Σαμαρά το 2014, πάει πολύ να μας το πουλάτε και για επιτυχία. Με τους πειραματισμούς αυτούς μας που μας πήγατε ως χώρα 3 χρόνια πίσω είναι προκλητικό να μας λέτε για επιστροφή στην κανονικότητα.

Επίσης, είπε ο Υπουργός ότι το προσωπικό των μονάδων υγείας κάνει προσπάθειες γιατί περιμένει από τους ΣΥ.ΡΙΖ.Α. - ΑΝ.ΕΛ. προκοπή. Φαίνεται ότι, προφανώς, ζείτε σε άλλη χώρα, κύριε Υπουργέ, γιατί εγώ τουλάχιστον στις περιοδείες που κάνω μαζί τον Βασίλη Οικονόμου, ως τομεάρχες υγείας και συζητώντας με τους πολίτες, το κυρίαρχο συναίσθημα είναι η οργή για τα ψέματα και τις υποσχέσεις που δώσατε αθρόα στους πολίτες περί δήθεν αναβάθμισης της υγείας και κατέληξαν σε ψίχουλα και κράτος επαίτη. Τα ακούσατε και σήμερα από τους εκπροσώπους στην Επιτροπή, όμως θα πούμε για αυτά αναλυτικά στην Ολομέλεια.

Τελευταίο σχόλιο σε σχέση με την πρόσκληση του κυρίου Υπουργού για να πάμε στο Υπουργείο, όπου, όπως μας λέτε, θα παρουσιαστεί το συνολικό σχέδιο για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Αναρωτιέμαι τι άλλο θα κάνετε και πόσο θα υποβαθμίσουμε το κοινοβουλευτικό έργο και το Κοινοβούλιο; Δηλαδή, έχουμε ένα νομοσχέδιο το οποίο είναι από το Μάρτιο στη διαβούλευση, έχει ήδη μπει στις επιτροπές, φτάνουμε στη δεύτερη ανάγνωση και μας καλείτε να μας παραθέσετε το σχέδιο; Δεν θα έπρεπε να έχει γίνει νωρίτερα αυτό; Όλα αυτά δεν θα έπρεπε να έχουν γίνει πριν μπει το νομοσχέδιο στις επιτροπές και φτάσουμε στη δεύτερη ανάγνωση;

Έρχομαι τώρα στο καθαυτό νομοσχέδιο για τις πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και ειδικά στο Α΄ μέρος από τα άρθρα 1 έως 26. Δηλώσαμε εξαρχής ότι είμαστε κάθετα αντίθετοι, καθώς με αυτό δημιουργούνται νέες αχρείαστες, μίζερες κρατικές δομές, οι ΤΟΜΥ, οι οποίες θα είναι επιπλέον και αμφιβόλου βιωσιμότητας. Αντίθετα, οι ίδιοι πόροι που θέλετε να ξοδέψετε μέσω του ΕΣΠΑ θα μπορούσαν να διοχετευτούν για την περαιτέρω βελτίωση του υπάρχοντος συστήματος που προσφέρει στους πολίτες ποιοτικότερη φροντίδα υγείας. Επιπλέον, ο αριθμός των δεκάδων υπουργικών αποφάσεων που απαιτούνται για την υλοποίηση αυτού του σχεδίου συγκλίνει προς το ανέφικτο της υλοποίησης του σχεδίου.

Αν νομίζετε ότι είναι μόνο η Ν.Δ. που τα λέει αυτά από επιμονή, φτάνει να δούμε τι σας είπαν πριν από λίγο η συντριπτική πλειοψηφία των φορέων οι οποίοι παρέστησαν με τις παρατηρήσεις τους, καθώς είναι αυτοί που βιώνουν καθημερινά τα προβλήματα στο χώρο της υγείας. Έθεσαν, ουσιαστικά, ζήτημα βιωσιμότητας του συστήματος που θέλετε να εισαγάγετε, αφού, επιπλέον, αφορά σε ένα μικρό μέρος του πληθυσμού, δηλαδή στο 30%. Επιπλέον, όπως τόνισαν οι εκπρόσωποι των νοσοκομειακών γιατρών, δεν θα οδηγήσει στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων, αλλά, ουσιαστικά, θέλει να παρακάμψει τους ιδιώτες συμβεβλημένους γιατρούς και τους ελεύθερους επαγγελματίες.

Εσείς, όμως, κύριε Υπουργέ, δια του Γενικού Γραμματέα Υγείας, έχετε παραδεχθεί ότι και τα επόμενα χρόνια το σύστημα πρωτοβάθμιας θα λειτουργεί με ευρεία αξιοποίηση των συμβεβλημένων γιατρών του ΕΟΠΥΥ. Άρα, τι περισσότερο αποτελεί αυτό που θέλετε να φτιάξετε από μια ιδεοληψία – λέω εγώ – περί δήθεν κρατικών δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπου τελικά θα ξοδευτούν πόροι με αβέβαιο αποτέλεσμα;

Οι πολίτες θα κληθούν να πληρώσουν ακριβά μέσω της φορολογικής τους επιβάρυνσης τα πειράματα και τις ιδεοληψίες σας που ήδη πληρώνουν στην οικονομία. Επαναλαμβάνω ότι είναι εντυπωσιακό, πως τις γενικές αρχές, αλλά και σε όλο το πρώτο μέρος του σχεδίου νόμου για την πρωτοβάθμια φροντίδα, δεν γίνεται αναφορά στη δυνατότητα της ελεύθερης επιλογής του πολίτη, ανάμεσα σε εναλλακτικές οδούς πρόσβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Είναι η διάταξη της παραγράφου 2 του άρθρου 11 για τον οικογενειακό γιατρό, όπου προβλέπεται πως μόνο όπου οι δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών δεν καλύπτουν πλήρως το πληθυσμό ευθύνη τους, καθήκοντα οικογενειακού γιατρού ασκούν οι ιδιώτες γιατροί συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ που κατέχουν το σχετικό τίτλο ειδικότητας.

Επιπλέον, νομοθετείτε διατάξεις που είναι αντίθετες με αυτά που λέτε αλλού. Μας λέτε δηλαδή στο άρθρο 4 για τα Κέντρα Υγείας, ότι έχουν ως σκοπό την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών, όπως της περιπατητικής φροντίδας, για όλους τους ασθενείς που μπορούν να προσέρχονται σε αυτά και αυτοβούλως. Και δεν πήραμε απαντήσεις για το τι τελικά σημαίνει το αυτοβούλως; Δηλαδή, τελικά είναι στην κρίση του πολίτη, να παρακάμψει τον υποχρεωτικό οικογενειακό γιατρό τις ΤΟΜΥ που προβλέπεται πιο κάτω στο νομοσχέδιο στην παράγραφο 6 στο άρθρο 19, όπου λέτε ότι η παραπομπή από τον οικογενειακό γιατρό είναι απαραίτητη για την πρόσβαση στο Κέντρο Υγείας.

Η παράγραφος 3 του ιδίου άρθρου 4, λέει ότι οι γιατροί που υπηρετούν στα Κέντρα Υγείας, μπορούν να συμμετέχουν και στην τακτική λειτουργία πρωινή και απογευματινή του αντίστοιχου με την ειδικότητα τους τμήματος του νοσοκομείου αναφοράς, καθώς και στις εφημερίες του τμήματος αυτού. Τα ερωτηματικά προκύπτουν αβίαστα, που θα πρωτοκάνουν αυτοί οι άνθρωποι τακτικά ιατρεία στα νοσοκομεία ή στα Κέντρα Υγείας το πρωί στα μεν και το απόγευμα στα δε; Και ας πούμε ότι επιβιώνουν από τα διπλά τακτικά ιατρεία και παραμένουν πρόθυμοι, θα αντιμετωπίζουν επείγοντα περιστατικά στα Κέντρα Υγείας όλο το 24ωρό ή όχι; Δηλαδή, θα κλείνουν τα Κέντρα Υγείας στις 9 και θα μεταφέρονται στα νοσοκομεία, και που πάει έτσι η πολυδιαφημιζόμενη ελάφρυνση των νοσοκομείων και η ανακούφιση των ασθενών, που περιμένουν με τις ώρες να εξεταστούν;

Το μόνο που θέλετε είναι γιατρούς που θα περιφέρονται από δομή σε δομή, είτε της πρωτοβάθμιας είτε της δευτεροβάθμιας. Όσον αφορά το δεύτερο μέρος του νομοσχεδίου, τόνισα και στην πρώτη συνεδρίαση το απαράδεκτο της νομοθέτησης δηλαδή, να έρχονται περίπου επιπλέον 68 άρθρα- διατάξεις που μερικές αποτελούν μόνα τους νομοσχέδια, χωρίς να έχουν μπει στη δημόσια διαβούλευση. Υπάρχουν παρόλα αυτά σε αυτό το δεύτερο μέρος, διατάξεις που είναι προς τη θετική κατεύθυνση. Ειδικά, όσες αφορούν σε αποζημιώσεις εργαζομένων όπως του ΕΚΑΒ που δεν έχουν πληρωθεί το 2016 και το 2017 για την εκτός έδρας απασχόλησή τους. Όπως επίσης, και η πρόβλεψη του άρθρου 29 για κάλυψη αναγκών στα τμήματα των επειγόντων περιστατικών με ειδικευμένους γιατρούς.

Υπάρχουν όμως και διατάξεις ιδιαίτερα προβληματικές, που χρίζουν σοβαρής κριτικής ειδικά, όταν φαίνεται ότι αφορούν τακτοποιήσεις της τελευταίας στιγμής. Επαναλαμβάνω ότι εμείς στην ΝΔ καταψηφίζουμε το νομοσχέδιο επί της αρχής και επιφυλασσόμεθα για την Ολομέλεια να τοποθετηθούμε σχετικά με τα ποια άρθρα του δευτέρου μέρους θα ψηφίσουμε. Ευχαριστώ.

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΜΠΑΡΚΑΣ (Αντιπρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει ο κύριος Μπαργιώτας.

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΜΠΑΡΓΙΩΤΑΣ (Ειδικός Αγορητής της Δημοκρατικής Συμπαράταξης ΠΑΣΟΚ-ΔΗΜΑΡ): Άκουσα τον κύριο Παπαδόπουλο με προσοχή και την τελευταία αποστροφή του, ξέρω όμως ότι πολύ πριν την ψήφιση του νόμου πλαισίου για το ΕΣΥ το 1987, υπήρξε από την πλευρά του Παρασκευά Αυγερινού και του Γεννηματά, τεράστια διαβούλευσης με τους Συνδικαλιστές, τους παράγοντες του κλάδου όχι μόνο με τον προοδευτικό χώρο της Δημοκρατικής Παράταξης που λέγαμε τότε της Αριστεράς αλλά ακόμα και της ΝΔ. Ακριβώς αυτό δεν που υπήρξε εδώ δηλαδή. Υπήρξε πολύ πριν συντεθεί ο νόμος και καταλήξει ως μια μεταρρύθμιση μεγάλη, ώριμη, που εφαρμόστηκε σχετικά εύκολα αν σκεφτεί κανείς τι πράγματα άλλαζε και τι κινητοποιούσε από κοινωνικές δυνάμεις, προϋπήρχε πριν η αναγκαία προσπάθεια διαμόρφωσης συνολικής κοινωνικής πλειοψηφίας η οποία τον επέβαλε, γιατί στην ουσία αυτό έγινε, η κοινωνική πλειοψηφία επέβαλε μια μεγάλη διαφοροποίηση. Αυτό εδώ δεν υπήρξε.

Μάθαμε κάποια στιγμή, όσοι είμαστε πολύ κοντά στο χώρο της υγείας και ενδιαφερόμαστε, ότι κυκλοφορεί ένα pdf, που είναι μια πρόταση, τη διαβάσαμε, υπήρξε ένα κενό περίπου ενάμιση χρόνο, που τίποτα δεν έγινε, ακούγαμε στη Bουλή ότι κάτι ετοιμάζεται και ήρθε το νομοσχέδιο στη διαβούλευση, πριν από δύο μήνες.

Αυτό έγινε, αυτό είναι το έλλειμμα, πρέπει να το αναπληρώσουμε, ως πολιτικός κόσμος, ακόμα και τώρα, ακόμα και αν είναι αργά. Μπορούμε να το συζητήσουμε, πρέπει να τα συζητάμε, είναι σωστό να συζητάμε θέματα, στα οποία μπορούμε να βρούμε συγκλίσεις και συμφωνίες, αλλά αυτό πρέπει να γίνεται πριν, δεν μπορεί να γίνεται μετά, ούτε εκβιαστικά, κατέβασα το νόμο, δε συμφωνείς; Είσαι με τον Κόρμπιν ή είσαι με τον Μπλέρ; Δεν γίνεται έτσι. Παρεμπιπτόντως, είμαι και με τον Κόρμπιν, είμαι και με τον Μπλέρ, αλλά περισσότερο από όλα, είμαι με τον Χο Τσι Μινχ, ο οποίος είπε κάτι πολύ απλό «άσπρος γάτος, μαύρος γάτος, αρκεί να τρώει τα ποντίκια».

Αυτό είναι το «μοτό», που πρέπει να έχουμε μέσα στην κρίση, να βγάλουμε λίγο τα ιδεολογικά γυαλιά, γιατί και εγώ μπορεί να διάλεγα άλλη χρηματοδότηση από την ευρωπαϊκή, εάν είχα δευτερεύουσα επιλογή, αλλά δεν έχω. Πακέτο Γιουνκέρ λέγεται η μόνη πηγή, από την οποία μπορείς να πάρεις λεφτά. Αν έχεις θέμα ιδεολογικό για να το κάνεις, απλώς δεν κάνεις τίποτα. Οπότε πρέπει να διαλέξεις, για να μπούμε σε αυτή τη λογική που τη μισώ, των διλημμάτων. Τίποτα ή με ξένα λεφτά; Διαλέγεις, είναι απλά τα πράγματα.

Να το συζητήσουμε, όμως, να το συζητήσουμε με αυτούς τους όρους, όχι με τους όρους της δεκαετίας του ΄80, που όλοι ξεκινήσαμε από συγκεκριμένες ιδεολογικές παρατάξεις, είχαμε συγκεκριμένες ιδεολογίες και όταν χρειάστηκε να τις βάλουμε να δουλέψουν ή ήταν πολύ παλιές δεν δούλευαν. Πρέπει να το δούμε, δεν μπορούμε να πηγαίνουμε με αυτό τον τρόπο και να βάζουμε μπροστά ερωτήματα του στυλ, είσαι με τον Κόρμπιν, είσαι με τον Μπλέρ, δεν έχουν καμία σχέση.

Κατ' αρχήν, μια και το θίξαμε ούτε το εργατικό κόμμα της Αγγλίας έχει καμία σχέση με την ελληνική πραγματικότητα, ότι η ιστορία της εγγλέζικης Αριστεράς έχει καμία σχέση με την ελληνική Αριστερά, είναι άλλο πράγμα. Καλό είναι να μην βάζουμε τέτοια θέματα, όπως ο Μακρόν δεν είναι ούτε προοδευτικός, ούτε κεντρώος, ούτε τίποτα. Καταρχήν είναι Γάλλος, αναφέρεται σε άλλη κοινωνία, είναι αλλού.

Θα αφήσω το πρώτο κομμάτι του νομοσχεδίου, που έχει να κάνει με αυτό καθαυτό τον τίτλο του νομοσχεδίου, δηλαδή την πρωτοβάθμια και τις μονάδες υγείας, το σχολιάσαμε χθες και στις γενικές μας τοποθετήσεις ασχολούμαστε κυρίως με αυτό. Θα προσπαθήσω να κάνω κάποιο σχόλιο για τα επόμενα και θα αρχίσω από το άρθρο 8, που είναι τα κεντρικά διαγνωστικά εργαστήρια.

Εδώ έχω να κάνω ορισμένες παρατηρήσεις. Καλή είναι η κεντρικοποίηση, επί της αρχής. Διάβασα κάποια στιγμή στην αιτιολογική έκθεση, ότι οι εξετάσεις στα κεντρικά δημόσια διαγνωστικά εργαστήρια είναι πιο φθηνές.

ΑΝΔΡΕΑΣ ΞΑΝΘΟΣ (Υπουργός Υγείας): Όχι οι εξετάσεις, το κόστος.

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΜΠΑΡΓΙΩΤΑΣ (Ειδικός Αγορητής της Δημοκρατικής Συμπαράταξης ΠΑΣΟΚ – ΔΗΜΑΡ): Για το κόστος μιλάω. Δεν έχετε ιδέα, όχι εσείς, κανένας μέχρι τώρα ιστορικά, δεν μπορεί να έχει ιδέα, γιατί κοστίζει κάτι στο σύστημα, γιατί η μισθοδοσία είναι από αλλού, τα κεφάλαια που αγοράστηκε ο μαγνητικός είναι από αλλού, δεν είναι δυνατή η κοστολόγηση, αυτό θέλω να πω. Ο ιδιώτης ξέρει πολύ καλά, πόσο του κοστίζει μια εξέταση. Έχει ένα συγκεκριμένο τρόπο, που κάνουν όλες οι εταιρείες, ανεξαρτήτως αντικειμένου, την κοστολόγηση των υπηρεσιών τους και ξέρει. Το δημόσιο, δυστυχώς, αυτό ήταν το πρώτο σχόλιο, δεν ξέρει.

Αν θέλουμε, λοιπόν, να αρχίσουμε να μιλάμε με κόστος και αποτελεσματικότητα, ένα πράγμα που πρέπει να κάνουμε, πριν αρχίσουμε να συζητάμε, με τέτοιου είδους κινήσεις, οι οποίες μπορεί να είναι καλές ή κακές - δεν θέλω να πάρω θέση γιατί δεν ξέρω - με βάση το κόστος και την αποτελεσματικότητα, πρέπει να μπορέσουμε να αρχίσουμε να συζητάμε και να κάνουμε κοστολόγηση πραγματική των υπηρεσιών υγείας. Κρατήστε το, στο τέλος, το τελευταίο σχόλιο αφορά την ΕΣΑΝ.

Για το δεύτερο θέμα, έχω δύο απορίες. Διάβασα, ακόμα και το ωράριο του προσωπικού, περιέχεται στο νομό, δεν περιέχεται όμως καμία πρόβλεψη, καμία επεξήγηση, από πού προέρχονται τα κεφάλαια, για αγορά υποδομών, αν χρειάζεται ή από πού θα μεταφερθούν και τι.

Εγώ μιλάω για τα κεντρικά διαγνωστικά εργαστήρια. Τη στελέχωση μπορούμε να τη θεωρήσουμε σχετικά εύκολη λόγω των αποσπάσεων.

Τα καινούργια μηχανήματα, οι καινούργιες υποδομές από πού θα προέλθουν; Με ποια χρηματοδότηση; Αξίζει αυτή τη στιγμή, να πας εκεί ή αξίζει να πληρώνεις συμβάσεις του ΕΟΠΠΥ σε καλύτερες τιμές;

Σας ρωτάω και είπα γιατί το ρωτάω. Νομίζω ότι το δημόσιο δεν μπορεί να το ξέρει αυτό και θεωρώ ότι πρέπει να αρχίζει να το μαθαίνει. Πρέπει να ξέρει πόσο του κοστίζει η γενική αίματος στο δημόσιο και αν του κοστίζει λίγο παραπάνω, μόνο και μόνο, επειδή, ενδεχομένως, ελέγχει καλύτερα την ποιότητα και την παραβίαση την κάνει εκεί. Αν, όμως, είναι τρομακτικές οι διαφορές πρέπει να το ξαναδεί και τουλάχιστον χαμηλώσει το κόστος.

Άρα, λοιπόν, η πρώτη αφορμή εδώ είναι ότι δεν περιγράφεται το πώς θα διαμορφωθούν δομές, οι οποίες αξίζουν εκατομμύρια, ένα κεντρικό εργαστήριο με απεικόνιση και μικροβιολογικές εξετάσεις κοστίζει εκατομμύρια.

Άρα, τα ερωτήματα είναι τα εξής: Πρώτον, πώς, από που και με λεφτά;

Δεύτερον, με ποια προτεραιότητα είναι για αύριο ή τα εκατομμύρια που έχουμε ίσως καταλήξουμε κάπου αλλού στα Κέντρα Υγείας για να γίνουν Wooden Center εικοσιτετράωρης λειτουργίας μέσα στις πόλεις τώρα και να αφήσουν τα διαγνωστικά πιο πίσω; Αυτό είναι ένα ζήτημα προσέγγισης, γι' αυτό το θίγω και επιμένω τόσο πολύ.

Για να μη λέτε ότι είναι μόνο αρνητικός και λέω μόνο κακά πράγματα, να πω ότι το νομοσχέδιο περιέχει μία ρύθμιση, η οποία είναι σημαντικότατη, ιστορικοί και σπάει ένα καθεστώς χρόνων. Δηλαδή, επιτρέπει προσεκτικές εργασίες στα οδοντιατρεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, τα οποία από καταβολής απαγορεύονταν.

Τα ερωτήματα έχουν να κάνουν εδώ με το τρόπο που θα γίνει, γιατί βλέπω μια ρύθμιση που λέει, ότι «θα υπάρξει απόφαση του Υπουργού ποια Κέντρα Υγείας και ποιες μονάδες μπορούν». Εμμέσως, παραδέχεται αυτό που ξέρουμε όλοι, ότι η αποεπένδυση σε μια υπηρεσία που πρακτικά δεν δούλευε για πολλά χρόνια, δηλαδή, όπως τα οδοντιατρεία, τα Κέντρα Υγείας και τα νοσοκομεία ακόμα που είναι τέτοια και όπως σας είπα είναι θετικότατη η ρύθμιση, υπάρχει πολύ μεγάλη αμφιβολία κατά πόσο αν μπορεί να δουλέψει και σε τι χρόνο μπορεί να δουλέψει, γιατί δεν υπάρχουν οδοντίατροι και εκεί που υπάρχουν οδοντίατροι και γνωρίζω νοσοκομείο που έχει τέσσερις οδοντίατρους και δεν έχουν καμιά καρέκλα.

Εδώ, λοιπόν, η προσέγγιση για να λυθούν αυτά τα ζητήματα που είναι σημαντικό το πρώτο βήμα, ότι επιτέλους συζητάμε για δημόσια οδοντιατρικής περίθαλψη. Αυτό που χρειάζεται είναι ένας είδος σχεδιασμού και μιας τελείως διαφορετικής προσέγγισης, σχεδιάγραμμα, καταγραφή των υπαρχόντων πόρων, καταγράφει των χρημάτων που έχουμε επενδύσουν στο συγκεκριμένο σημείο ή - αυτό που θα πω εγώ - καταγραφή χρημάτων από πηγές που μπορούμε να αντλήσουμε χρήματα έξω από τη δημόσια χρηματοδότηση.

Επίσης, πρόχειρο και λίγο βρίσκω το άρθρο 13. Άκουσα, κύριε Υπουργέ, να λέτε ότι υπάρχουν αντιδράσεις για το ρόλο της μαίας και για το γεγονός, ότι η μαία μπορεί να πάρει επίχρισμα κ.λπ.. Αν είναι δυνατόν. Νομίζω ότι αυτά είναι καθορισμένα από παλαιότερα και ο τόπος είναι δεδομένος.

Δεν είναι ζήτημα συντεχνιών το πώς θα λειτουργήσει το δημόσιο. Υπάρχει ένα πλαίσιο για το καθένα, κατά τη γνώμη, περιγραφές καθηκόντων, δηλαδή, τα καθηκοντολόγια και τα επαγγελματικά προσόντα πρέπει να καθοριστούν. Εδώ είναι ευαίσθητο το θέμα για τις μαίες και γι' αυτό το θιγώ περισσότερο. Η υποστήριξη της μητρότητας, η διευκόλυνση ρόλου του θέματος που έχει να κάνει με την κύηση και τον τοκετό μέσα σε ένα σύστημα υγείας για πράγματα, τα οποία μόνο στην Ελλάδα δεν γίνονται με την ευκολία που γίνεται στο εξωτερικό, γιατί το περισσότερο κομμάτι αυτής της διαδικασίας είναι περιπατητικών «ασθενών». Πράγματα, δηλαδή, που μπορεί να γίνουν σε μικρές μονάδες και στην Περιφέρεια, πρέπει να το δούμε λίγο πιο ολοκληρωμένο σε δεύτερο χρόνο. Δηλαδή, η λειτουργία, ενδεχομένως, ενός δικτύου μονάδων, οι οποίες θα στελεχώνονται από γιατρούς και από μαίες που θα μπορούν να αντιμετωπίζουν θέματα καθημερινής παρακολούθησης των εγκύων γυναικών και να ρυθμίζουν τα θέματα τοκετού, ανεξάρτητα από άλλα θέματα πρέπει να το δούμε ξανά. Νομίζω ότι το σύστημα έχει πόρους.

ΑΝΔΡΕΑΣ ΞΑΝΘΟΣ (Υπουργός Υγείας): Που θα ανήκουν αυτές οι μονάδες; (Ομιλεί εκτός μικροφώνου)

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΜΠΑΡΓΙΩΤΑΣ (Ειδικός Αγορητής της Δημοκρατικής Συμπαράταξης ΠΑ.ΣΟ.Κ. – ΔΗΜ.ΑΡ.): Νομίζω ότι είναι μια μεγάλη συζήτηση, αλλά, κατά τη γνώμη μου, στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Νομίζω ότι το σύστημα ότι έχει πόρους για αυτό, γιατί έχει μαίες, γυναικολόγους και όλα τα καλά, αλλά θέλει ρύθμιση. Αυτό θα πρέπει να το δούμε και σε ένα εντελώς ξεχωριστό νομοσχέδιο. Είναι ένα πολύ μεγάλο θέμα.

Προχωράω τις Επιτροπές και το τρόπο της διοίκησης, γιατί όσοι να ξέρετε γνωρίζετε ότι έχω «αλλεργία» με τις Επιτροπές και τον βλέπω δημιουργία και άλλων Επιτροπών σε ένα σύστημα, το οποίο πάσχει από τις πολλές Επιτροπές και από την ανεπάρκεια τους να λειτουργήσουν αποτελεσματικά.

Έχω να κάνω ένα μεγάλο σχόλιο για τα ηλεκτρονικά. Λυπάμαι, αλλά είναι καθυστερημένο. Έχουμε μείνει απείρως πίσω. Ο ατομικός φάκελος ξεκίνησε πριν από την κρίση μαζί με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, έχει μείνει πίσω και με ευθύνες των προηγούμενων κυβερνήσεων, αλλά 2,5 χρόνια τώρα και με δικές σας, πολύ φοβάμαι. Είναι μια ηλεκτρονική εφαρμογή της εποχής που γράφονται σε CD τα αρχεία για να τα πάμε από τον έναν υπολογιστή στον άλλο. Έχει τελειώσει, είναι πίσω, για παράδειγμα, δεν αποθηκεύει εικόνα, οι μισές ιατρικές ειδικότητες είναι αδιάφορες. Εγώ ως ορθοπεδικός είμαι αδιάφορος για αυτού του είδους την αποθήκευση.

Υπάρχουν συστήματα καινούργια, η καινούργια τεχνολογία, είναι εντελώς διαφορετική και μπορεί να βοηθήσει και το άλλο μεγάλο πρόβλημα που είναι η διοίκηση και η διοικητική καθυστέρηση με όλες αυτές τις επιτροπές, είναι ολοκληρωμένες πλατφόρμες. Επιτρέψτε μου να πω ένα παράδειγμα ολοκληρωμένο επιτυχημένο, ελληνικό. Η ΣΤΑΣΥ κάποια στιγμή με την προηγούμενή της διοίκηση όχι την δικιά σας, επέλεξε να ξεκινήσει ένα πρόγραμμα ΣΔΙΤ Τηλεματικής Οργάνωσης το ολοκλήρωσε και το εφαρμόζει, έχει διοίκηση, έλεγχο και μια ωραία εφαρμογή στα τηλέφωνα, την οποία έχω κατεβάσει το τελευταίο ενάμισι μήνα που δουλεύει πάνω από 600 χιλιάδες κόσμος, η οποία σου λέει είμαι στο Γαλάτσι και θέλω να πάω εκεί και σου λέει με ποιο λεωφορείο, πότε και σε πόση ώρα. Αυτού του τύπου οι ολοκληρωμένες λύσεις ψηφιακές, είναι το μέλλον αποθηκεύουν τα πάντα παντού αυτομάτως και τα ανασύρεις ανά πάσα στιγμή την μαγνητική, την αξονική, την ακτινογραφία και το τι πλήρωσε ο ασθενής. Πόσοι γιατροί τον είδαν μέχρι χθες και ποιος έκανε την διάγνωση, τα πάντα. Αυτομάτως επεξεργάζεται τα περίφημα dicdata αν χρειάζεται. Και νομίζω ότι πρέπει να πάμε εκεί τώρα, για να το έχουμε έτοιμο σε μια πενταετία, για να μην είμαστε σε αυτή τη θέση που είμαστε τώρα, η οποία είναι δυσάρεστη.

 Ουσιαστικά μιλάμε για μια εφαρμογή η οποία τρέχει, έχουν επενδυθεί χρήματα από παλιότερα, έχει επενδυθεί κόσμος και η οποία δεν θα δουλέψει. Δεν κάνει την δουλειά της πλέον είναι ξεπερασμένα τα πράγματα. Αν θέλουμε λύσεις πληροφορικής και τις χρειαζόμαστε πρέπει να περάσουμε. Να πω εδώ το παράπονο, το έμαθα εχθές, υπάρχει διακρατική συμφωνία με την Εσθονία που όπως ξέρετε όλοι είναι στην πρωτοπορία έχει δημοσιευθεί σε ΦΕΚ, συμφωνία ανταλλαγής τεχνογνωσίας. Οι άνθρωποι είναι μπροστά από όλη την Ευρώπη, όχι από εμάς και μας γκρινιάζουν οι Εσθονοί εδώ και πολύ καιρό, γιατί κάναμε συμφωνία και δεν τους καλέσαμε ποτέ για να συνεργαστούν. Είναι ολοκληρωμένη ψηφιακή διακυβέρνηση εκεί. Μόνο το πιστοποιητικό γάμου, η αγορά σπιτιού και η ληξιαρχική πράξη θανάτου δεν γίνεται αποκλειστικά, ηλεκτρονικά. Όλα τα άλλα είναι ηλεκτρονικά.

 Όλα τα νοσοκομεία στην Ευρώπη έχουν στόχο ή έχουν περάσει ψηφιακή λειτουργία. Αυτός είναι ο στόχος που πρέπει να έχουμε στα ηλεκτρονικά, οτιδήποτε άλλο είναι ξεπερασμένο και μέχρι να το εφαρμόσουμε, θα είναι αρχαίο. Άρα, λοιπόν, όλη την ψηφιακή διακυβέρνηση πρέπει να την ξαναδούμε από την αρχή και να εντάξουμε οποιαδήποτε μεταρρύθμιση προσπαθούμε να κάνουμε, σε αυτή τη λογική. Το να βρούμε μια εφαρμογή που ξεχάσαμε να την εφαρμόσουμε ή δεν θέλαμε ή δεν μπορούσαμε τα προηγούμενα χρόνια και να προσπαθούμε να την εφαρμόσουμε, τώρα δεν λέει πολλά πράγματα.

Για το νοσοκομείο της Καρπάθου έχω αναλάβει την υποχρέωση, να μεταφέρω τον καγχασμό του κ. Κρεμαστινού, γιατί πρόκειται ουσιαστικά για την μεταστέγαση του Κέντρου Υγείας, καλό είναι υπάρχει καινούργιο κτίριο πήραν το κέντρο υγείας από το παλιό κτίριο και το πήγανε στο καινούργιο. Αλλά μην βαφτίζουμε το κρέας ψάρι, νοσοκομεία με αυτόν τον Οργανισμό, χωρίς ειδικότητες χωρίς οργανισμό και με 22 κρεβάτια, δεν υπάρχει ως νοσοκομείο. Είναι ένα ενισχυμένο κέντρο υγείας. Μια χαρά πρόγραμμα, το οποίο τρέχει χρόνια ολοκληρώθηκε, αλλά νοσοκομείο δύσκολα το λες. Υπάρχει ένα θέμα στη στελέχωση των τμημάτων των επειγόντων περιστατικών. Καλό. Αυξάνουμε τη δυνατότητα προσλήψεων. Δεν συζητάμε για προσλήψεις, ανοίγουμε τα φαρδαίνουμε.

Εδώ το ερώτημα είναι σαν το προηγούμενο. Όλα τα ΤΕΠ με τον τρόπο που είναι οργανωμένα στο λεκανοπέδιο, γιατί στην επαρχία κάθε νοσοκομείο ή κάθε ΤΕΠ. Όλα τα ΤΕΠ, τα θέλουμε και τα 70 που λειτουργούν στην Αθήνα; Υπάρχει κανένας λόγος; Πόσα είναι; Υπάρχει κάποιος τρόπος μήπως, πρέπει να συζητήσουμε πριν αυξήσουμε ή διαστείλουμε τους Οργανισμούς, γιατί αυτό κάνουμε. Διαστείλουμε τους οργανισμούς. Πριν διαστείλουμε τους οργανισμούς, να συζητήσουμε και για μια ολοκληρωμένη πολιτική αντιμετώπιση των επειγόντων; Γιατί εγώ έχω μεγαλύτερα προβλήματα από την έλλειψη προσωπικού.

Είμαστε η μόνη χώρα στην Ευρώπη, η οποία δεν έχει τη δυνατότητα να κάνει πρωτογενή αγγειοπλαστική για όλους τους ασθενείς που μπαίνουν σε ένα ΤΕΠ με έμφραγμα. Δεν γίνεται. Οι περισσότεροι ασθενείς στην Ελλάδα, δεν παίρνουν αυτό που παίρνουν σε όλη την Ευρώπη το οποίο είναι σωτήριο. Δηλαδή, αγγειογραφία, στεφανιογράφος, πρωτογενή αγγειοπλαστική σε πρώτο χρόνο στις δύο τρεις ώρες. Συνήθως παίρνουν θρομβώληση που είναι ακριβή και πιο επικίνδυνη και πολλές φορές δεν παίρνουν τίποτα.

Να συζητήσουμε για μια πολιτική μες την επόμενη 5ετία, να αναπτύξουμε ένα τέτοιο δίκτυο δια των επειγόντων μέσων επείγουν τα επείγοντα. Να το κάνουμε να αρχίσουμε να βλέπουμε τους έρημους τους πολυτραυματίες, με όποιο πρωτόκολλο αντιμετώπισης πολυτραυματιών θέλετε. ATLS το γαλλικό, το κυπριακό, δεν ξέρω ποιο εδώ ξέρετε πολύ καλά ότι δεν υπάρχει κανένα πρωτόκολλο, το οποίο είναι εγκληματικό. Δεν εφαρμόζει κανένα νοσοκομείο το ίδιο με το διπλανό. Δεν επικοινωνεί κανένα νοσοκομείο με κανένα με την ίδια γλώσσα. Παίρνουμε διακομιδές, οι οποίες είναι απαράδεκτες ιατρικώς και οικονομικώς κ.λπ.. να τα συζητήσουμε όλα αυτά; Δεν φθάνει να αυξήσουμε το προσωπικό. Ποτέ δεν έφθανε τώρα ακόμα περισσότερο, γιατί είμαστε και εμείς στην κρίση και έχουν διαλυθεί και κάποιες δομές που παλιά ψιλολειτουργούσαν, αλλά ποτέ τέτοιες ποιοτικές διαστάσεις.

Δεν μπορούμε να λέτε για ηθικοποίηση του συστήματος, να κουνάτε το δάκτυλο σε όλους για το «Ερρίκος Ντυνάν», για το ένα, για το άλλο, και να περνά εδώ μια διάταξη για τις ανεξάρτητες μονάδες ημερήσιας νοσηλείας, η οποία είναι ακατανόητη. Δεν θέλω να κατηγορήσω κανέναν θέλω όμως να ακούσω γιατί δεν μπορεί να συστεγάζεται με πολυϊατρείο, δεν μπορώ να καταλάβω γιατί δύο ειδικότητες δεν μπορούν να συστεγάζονται στην ίδια μονάδα. Αυτά είναι ακατανόητα πράγματα δεν υπάρχουν στην Ευρώπη, δεν υπάρχει καμία οδηγία που να τα απαγορεύει είτε ευρωπαϊκή είτε παγκόσμια. Αυτό που καταλαβαίνω από αυτό είναι ότι γίνονται ασύμφορες και δεν μπορεί να λειτουργήσει σχεδόν καμία ανεξάρτητη μικρή μονάδα χαμηλού budget. Λειτουργούν μόνο οι ιδιωτικές κλινικές και τα δημόσια νοσοκομεία, που δεν λειτουργούν, γιατί έχουν ελάχιστες για άλλους λόγους, όχι για λόγους νομικούς ή νομοθετικούς, για λόγους προβλημάτων εσωτερικών των νοσοκομείων. Είναι ένα μεγάλο θέμα.

 Ακούγονται φωνές από παντού, ακούσαμε κάποιες ενστάσεις εδώ. Γράφεται στον Τύπο για 39 μονάδες που δεν αδειοδοτούνται από την Περιφέρεια της Αττικής που είναι η μόνη που δεν αδειοδοτεί, ενώ όλες οι άλλες αδειοδοτούν, οι οποίες ουσιαστικά με αυτόν τον νόμο παίρνουν χ και φεύγουν από τη μέση, δεν υπάρχει περίπτωση να πάρουν άδεια. Γιατί; Ποιοτικές προδιαγραφές ναι, δεν μπορούν να κάνουν επισκληρίδειες αυτόνομες μονάδες, συμφωνώ, δεν μπορεί σε ένα πολυϊατρείο να γίνονται επισκληρίδειες και μεγάλες αναισθησίες. Τα 1Α μήπως είναι πολύ γενικό; Υπάρχουν φάρμακα στην 1 Α που δεν πρέπει να γίνονται σε μονάδες. Οι επεμβάσεις όμως που είπε και ο οφθαλμίατρος συνάδελφος για την εκφύλιση της ωχράς κηλίδας γίνονται όντως παντού σε όλο τον κόσμο σε ιατρεία. Γιατί να απαγορευτεί βάζοντας μια κατηγορία. Αυτό όλο σπρώχνει ένα κομμάτι του έργου στον ιδιωτικό τομέα σε ένα συγκεκριμένο κομμάτι των επιχειρηματιών του χώρου. Εάν υπάρχουν άλλες λογικές θέλω να τις ακούσω, αλλιώς εδώ μένουν σκιές και πρέπει να απαντηθούν. Θα περιμένω να ακούσω απαντήσεις πριν πάρω θέση.

Ο διευθυντής ιατρικών υπηρεσιών επίσης που είναι ο πρόεδρος του επιστημονικού συμβουλίου να μπορεί να είναι κάποιος που εκτελεί χρέη συντονιστή ενώ δεν είναι. Στην ίδια κατηγορία πρέπει να προστεθεί και ο διευθυντής των ιατρικών υπηρεσιών στα νοσοκομεία και εκεί υπάρχουν κενά και προβλήματα. Και ο διευθυντής του τομέα και ο διευθυντής ιατρικών υπηρεσιών, είναι το σημαντικότερο κόστος. Όλοι όσοι κατέχουν το βαθμό του διευθυντή να μπορούν να παίρνουν τα αντίστοιχα.

Τέλος, είναι ότι «βαπτίσαμε το κρέας ψάρι και το τώρα το καταπίνουμε, ενώ πρώτα το φτύναμε», ΕΣΑΝ Α.Ε.. Ένα από τα πρώτα πράγματα που άκουσα στο Κοινοβούλιο ήταν η ερώτηση του εξαίρετου συνάδελφου του κ. Ζαχαριά, τότε συντρόφου σας και νυν εκτός Βουλής και εκτός ΣΥΡΙΖΑ να λέει στον κ. Κουρουμπλή στον Υπουργό σας τότε πόσο κακό πράγμα είναι αυτή η ΕΣΑΝ, πόσο κακό πράγμα είναι η κοστολόγηση των υπηρεσιών, για την οποία εγώ επιχειρηματολόγησα πριν και πόσο γρήγορα πρέπει να καταργηθεί και να φύγει από τη μέση. Νομίζω ότι όλοι κάνουμε λάθη, όλοι έχουμε κάνει λάθος εκτιμήσεις κάποια στιγμή, όλοι έχουμε κάποιες απόψεις που δεν περνούν από την βάσανο της πραγματικής ζωής, αλλά το να παίζουμε με τα ονόματα και τις κουμπάρες δεν είναι ούτε έντιμο ούτε σοβαρό. Δεν αλλάζει καν το Δ.Σ.. ούτε ο πρόεδρος, ο πρόεδρος μάλιστα παραιτήθηκε μόνος του, αλλά δεν αλλάζει καν το Δ.Σ.. Δεν αλλάζει τίποτα. Είπατε τα ΚΕΝ, δηλαδή τα deal g, τα μεταφράσαμε ως ΚΕΝ και αποτύχαμε να τα εφαρμόσουμε. Αυτή είναι μεγάλη κουβέντα και πρέπει να την κάνουμε. Απέτυχε παταγωδώς η προσπάθεια εφαρμογής μόνο στην Ελλάδα. Το κάναμε ΕΣΑΝ και κάναμε την ΕΣΑΝ Α.Ε., που τουλάχιστον είναι εύηχη λέξη, μια λέξη που δεν την θυμάμαι, κύριε Παπαδόπουλε. Αλλάξτε το τουλάχιστον. Εγώ είμαι υπέρ της κοστολόγησης και μάλιστα με το διεθνή τρόπο, καλώς ή κακώς αυτός είναι ο διεθνής παραδεκτά τρόπος, δουλεύει σε πολλές χώρες.

Για το καλό του πολίτη πρέπει να ξέρει ο χειριστής του συστήματος του Υπουργείου, η Αυτοδιοίκηση, όποιος τέλος πάντως χαράσσει και ελέγχει πολιτικές υγείας, πόσο κάνει ανά πάσα στιγμή μια εξέταση εδώ και πόσο κάνει μια εξέταση εκεί, πόσο κάνει μια θεραπεία στο δημόσιο και πόσο κάνει μια θεραπεία στον ιδιωτικό τομέα, για να ξέρει τι κάνει και να κατευθύνει τα χρήματα και δεν φθάνουν κιόλας, πλέον. Με τον καλύτερο δυνατό τρόπο χρειάζεται κοστολόγηση, αλλά να την κάνουν με τον τρόπο που πρέπει και όπως πρέπει. Θα ήθελα πραγματικά να ακούσω αυτή όλη η ιδεολογική αντιμετώπιση της ΕΣΑΝ Α.Ε. λες και ήταν δεν ξέρω και εγώ τι. Και τι δεν έχω ακούσει. Αυτό προσπάθησαν και οι προηγούμενοι, απέτυχε για άλλους λόγους. Τα DRG στην Ευρώπη λέει ότι σε ώριμα συστήματα ευρωπαϊκά χρειάζεται πέντε χρόνια για να εφαρμοστούν πλήρως και σε συστήματα ανώριμα σαν το ελληνικό χρειάζεονται 8 χρόνια. Ξεκινάμε από εκεί, όχι ιδεολογικά! Δεν ξεκινήσατε από εκεί. Ξεκινάμε από τις ρεαλιστικές δυσκολίες, δεν μπορεί να ξεκινάμε από το ότι είμαι ιδεολογικά αντίθετος με την κοστολόγηση. Ο κ. Ζαχαριάς τα έλεγε αυτά και όλοι σας, μη με αναγκάσετε να ψάξω γιατί θα βρω τι έλεγε ο Ξανθός στην Επιτροπή όταν ψηφίστηκε.

 ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει ο κ. Αϊβατίδης.

 ΙΩΑΝΝΗΣ ΑΪΒΑΤΙΔΗΣ (Ειδικός Αγορητής του Λαϊκού Συνδέσμου – Χρυσή Αυγή): Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε.

 Θα ήθελα να ξεκινήσω από δύο σημαντικά σημεία, τα οποία προέκυψαν από την ακρόαση των φορέων.

Το πρώτο αφορά στα άρθρα 76-93, όπου οι δύο, τελικώς, διαφορετικοί φορείς οι οποίοι προσήλθαν στην Επιτροπή μας και πήραν θέση, οπτικών και οπτομετρών, είχαν αντιδιαμετρικές απόψεις, κάθετα αντίθετες, δηλαδή, απόψεις. Ακούστηκε η άποψη περί πλήρους απόσυρσης των άρθρων 76-93 και από την άλλη πλευρά, η άλλη άποψη, ήταν άποψη πλήρους αποδοχής και επικρότησης της ουσίας των άρθρων αυτών.

Εδώ θα ήθελα να επισημάνω το πόσο σημαντικό είναι οι Επιτροπές, αλλά και οι Υπουργοί, να καλούν φορείς οι οποίοι είναι, πραγματικά, εκπρόσωποι των αντίστοιχων επαγγελματικών ή άλλων τάξεων.

Θα ήθελα να στηλιτεύσω το εξής: Όσον αφορά στην ιατροδικαστική, το είπα και προηγουμένως, κλήθηκε από τον Αναπληρωτή Υπουργό Υγείας κ. Πολάκη ο Πρόεδρος κάποιας ελληνικής ιατροδικαστικής εταιρίας, ο οποίος έχει ιδιωτεύσει…

ΠΑΥΛΟΣ ΠΟΛΑΚΗΣ (Αναπληρωτής Υπουργός Υγείας) (εκτός μικροφώνου): Όχι! Κλήθηκε από την Επιτροπή του ΚΕΣΥ.

 ΙΩΑΝΝΗΣ ΑΪΒΑΤΙΔΗΣ (Ειδικός Αγορητής του Λαϊκού Συνδέσμου – Χρυσή Αυγή): Ευχαριστώ, κύριε Υπουργέ, για την διευκρίνηση. Άρα, λοιπόν, για την αποκατάσταση της αλήθειας, κλήθηκε από το ΚΕΣΥ, πλην όμως, υπήρξαν κάποιες συσκέψεις που ήσασταν κι εσείς εμπλεκόμενος, κύριε Υπουργέ.

 ΠΑΥΛΟΣ ΠΟΛΑΚΗΣ (Αναπληρωτής Υπουργός Υγείας) (εκτός μικροφώνου): Όχι!

 ΙΩΑΝΝΗΣ ΑΪΒΑΤΙΔΗΣ (Ειδικός Αγορητής του Λαϊκού Συνδέσμου – Χρυσή Αυγή): Από το ΚΕΣΥ, λοιπόν. Άρα, λοιπόν, το ΚΕΣΥ, ένας πολύ σημαντικός φορέας, κάλεσε έναν μια εταιρεία η οποία εκπροσωπείται από κάποιον ο οποίος ποτέ δεν είχε υπηρετήσει το Υπουργείο Δικαιοσύνης ως ιατροδικαστής, ούτε ήταν, βεβαίως, Καθηγητής Πανεπιστημίου. Παρακάμφθηκε, δηλαδή, η Πανελλήνια Ένωση Ιατροδικαστών, το επίσημο όργανο του Υπουργείου Δικαιοσύνης αλλά και, κυρίως, θα πω, οι τακτικοί Καθηγητές. Υπάρχουν τακτικοί Καθηγητές και στα Ιωάννινα, ο αρχαιότερος, αλλά και στην Αθήνα. Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή, διότι, προκειμένου να αποφανθεί το Υπουργείο ή ένας φορέας για θέματα τέτοια, θα πρέπει να καλούνται οι πραγματικά αρμόδιοι και όχι κάποιοι οι οποίοι εμφανίζονται ως αρμόδιοι.

 Βεβαίως, για τα άρθρα αυτά θα επιφυλαχθούμε και πιθανότατα θα οδηγηθούμε στο όχι, ακριβώς διότι οι δύο φορείς που κλήθηκαν, παρότι έχουν κοινά μέλη όπως ομολόγησαν, έχουν αντιδιαμετρικές απόψεις. Δε θα ζητήσουμε, βέβαια, ν’ αποσυρθούν τα άρθρα αυτά, γιατί νομίζω ότι υπάρχει συνυπαιτιότητα και των δύο αυτών φορέων.

Υπάρχει μια αντιμαχία, δηλαδή, μεταξύ τους, που τη διαπίστωσα μάλιστα με αναρτήσεις που υπάρχουν στο internet.

Κύριε Υπουργέ, το ερεύνησα και θα σας πω, ότι η συμμετοχή μου σε αυτό ήταν ακριβώς ευδοτική της παρουσίας του δεύτερου φορέα και αυτό σας το λέω ειλικρινά.

Το δεύτερο που θα ήθελα να τονίσω και έχει ιδιαίτερη σημασία πιστεύω για τους ιατρούς – Υπουργούς , που παρίστανται στην Επιτροπή μας είναι το εξής.

Καταγγέλθηκε αυτό που επονομάζεται Σοβιετική Πολυκλινική και θα ήθελα να πω, ότι πέραν του ότι έχουμε χαρακτηριστεί ως αντικομμουνιστές ή οτιδήποτε άλλο, ως ειλικρινώς σκεπτόμενοι και εκφραζόμενοι πολιτικά έχω να πω, ότι επί Σοβιετικής Ενώσεως το σύστημα υγείας ήταν άριστο.

Εκεί πέρα, λοιπόν, στηριζόταν σε τέσσερις τομείς στο κέντρο της άμεσης βοήθειας, που αφορούσε τον τομέα της ανάνηψης, δηλαδή, της άμεσης βοήθειας, τον τομέα της παθολογίας, της παιδιατρικής και της Γυναικολογίας - Μαιευτικής.

Στη δε Πολυκλινική υπήρχαν γιατροί, κύριε Πρόεδρε και αυτό είναι πάρα πολύ σημαντικό, οι οποίοι κατόπιν κλήσεως του ασθενούς από το σπίτι του μετέβαιναν για εξέταση κατ΄ οίκον. Δηλαδή, κρατικοί δημόσιοι λειτουργοί γιατροί πήγαιναν στο σπίτι και εξέταζαν τον όποιον ασθενή καλούσε.

Βεβαίως, ο ασθενής μπορούσε μέσω του συστήματος του κέντρου άμεσου βοήθειας να διακομισθεί είτε στην Πολυκλινική είτε στο αντίστοιχο νοσοκομείο πλην, όμως, εδώ είναι πάρα πολύ σημαντικό θέμα που πραγματικά θα συνιστούσε μεταρρύθμιση και καλό θα ήταν να το σκεφτούν οι κύριοι Υπουργοί, ο κρατικός γιατρός ο υπηρετών να έχει υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις δικαίωμα, αν όχι υποχρέωση, να μεταβαίνει για κατ΄ οίκον εξέταση και νοσηλεία.

Αυτό θα ήταν πραγματικά ρηξικέλευθο και θα πρέπει να το εξετάσετε σοβαρά. Δηλαδή, ενδεχομένως, μια τροποποίηση να βοηθήσει ή, τουλάχιστον, να δώσει αυτή τη δυνατότητα, ώστε να μπορεί ο οικογενειακός γιατρός, κρατικός λειτουργός, δημόσιος λειτουργός να μεταβεί και να εξετάσει κατ ΄οίκον τον ασθενή.

Το πρόβλημα, λοιπόν, εδώ γιατί καταγγέλθηκε ουσιαστικά η ηγεσία του Υπουργείου, ότι υιοθετεί σοβιετικά πρότυπα, αυτό δεν ισχύει σε καμία περίπτωση και μπορώ να πω, ότι κατά ένα τρόπο το νομοσχέδιο αυτό πάσχει από μία ευκαιριακή μνημονιακή λοίμωξη και έχει νεοφιλελεύθερο πρόσημο από τη στιγμή που βλέπουμε, ότι ουσιαστικά κάνει ένα gate keeping, δηλαδή, μια ανάσχεση της προσέλευσης των ασθενών στα νοσοκομεία για να μειώσει το κόστος νοσηλείας.

Αυτό το gate keeping είναι μια νεοφιλελεύθερη πρακτική και δεν καμία σχέση με αυτό που κατηγορήθηκε η ηγεσία για τη σοβιετικού τύπου Πολυκλινική, που επαναλαμβάνω, ότι σαν σύστημα ήταν επιτυχέστατο.

Λέω για νεοφιλελεύθερο πρόσημο στο συγκεκριμένο σχέδιο νόμου, διότι πώς αλλιώς μπορεί να εξηγήσει κάποιος, ότι στο άρθρο 23 τοποθετούνται POS στα Κέντρα Υγείας;

Αυτό συνάδει, άραγε, με μια αριστερή πολιτική, μια πολιτική με αριστερό πρόσημο;

Δεν νομίζω.

Αυτό ταιριάζει περισσότερο με μια ακραιφνή νεοφιλελεύθερη νομοθετική πράξη.

Για τους λόγους αυτούς χαρακτήρισα το συγκεκριμένο νομοθέτημα ως καινόδοξο.

Σαφώς υπάρχει μια προχειρότητα και αυτό είναι εμφανές σε όλους.

Μοιάζει να είναι πολυδαίδαλο διοικητικά, όπως και κάποιοι φορείς ανέφεραν και εν κατακλείδι μοιάζει να είναι ανεφάρμοστο πιθανότατα στην πορεία ελλείψει πόρων.

Μάλιστα, όπως είπε κάποιος ιατρός εκπρόσωπος ενός φορέα «η κοινωνία η ίδια θα το απορρίψει» και το πιστεύω αυτό, γιατί θα το απορρίψει εξ ανάγκης, όχι λόγω του ότι έχει κάποια πολιτική ιδεολογία και θα το απορρίψει.

Και το πιστεύω και θα το απορρίψει εξ ανάγκης, όχι λόγω του ότι έχει κάποια πολιτική ιδεολογία και θα το απορρίψει. Θα αποτύχει, δηλαδή, πολύ φοβάμαι, το συγκεκριμένο σύστημα, που εισάγεται στην Επιτροπή μας και θα εισαχθεί και στην Ολομέλεια.

 Θα επιχειρήσω να αναφερθώ σε κάποια συγκεκριμένα άρθρα. Όσον αφορά το πρώτο μέρος για καθαρά λόγους συμβολικούς, στο άρθρο 6, περί οικογενειακού ιατρού, θα δηλώσουμε παρών και θα καταψηφίσουμε τα υπόλοιπα άρθρα, μεταξύ των οποίων, θα καταψηφίσουμε ανενδοίαστα το άρθρο 12, το οποίο προβλέπει τη δυνατότητα συνταγογράφησης για τεστ Παπανικολάου και σχετικές με την κύηση απαιτούμενες εξετάσεις σε μαιευτές και μαίες. Θεωρώ ότι αυτή είναι ιατρική πράξη και είναι πραγματικά λίαν προκεχωρημένη διάταξη για ένα τέτοιο νομοθέτημα θα πρέπει να επανεξεταστεί. Φοβάμαι θα οδηγηθεί σε δυσλειτουργία το σύστημα.

 Όσον αφορά στο άρθρο 21, το οποίο, επίσης, θα καταψηφίσουμε για τον ατομικό ηλεκτρονικό φάκελο υγείας, προκύπτουν ερωτήματα. Υπάρχει άραγε η απαιτούμενη υποδομή, η τεχνογνωσία, η εκπαίδευση των οικογενειακών γιατρών και ο χρόνος, αν θέλετε, προκειμένου να συμπληρώνονται αυτοί οι ηλεκτρονικοί φάκελοι ενδελεχώς και με επιμέλεια;

 Φυσικά το άρθρο 23 θα το καταψηφίσουμε που προβλέπει τη δυνατότητα τα κέντρα υγείας να έχουν ίδια έσοδα χρησιμοποιώντας τερματικά ηλεκτρονικών συναλλαγών, τα γνωστά pos.

 Στο δεύτερο μέρος του σχεδίου νόμου υπάρχουν κάποιες διατάξεις, κάποια άρθρα τα οποία σίγουρα έχουν ενδιαφέρον και έχουν κάποιο θετικό πρόσημο τουλάχιστον για εμάς. Επί παραδείγματι το άρθρο 27 για την ίδρυση, εγκαθίδρυση Γενικού Νοσοκομείου Καρπάθου. Η Κάρπαθος μία νήσος με πληθυσμό περίπου 7.300 κατοίκους. Μιλάμε για μία νοσηλευτική μονάδα με 22 κλίνες. Σαφώς έχει θετικό πρόσημο και τείνουμε να το υπερψηφίσουμε. Το άρθρο 28 όμως μοιάζει να είναι μεροληπτικό υπέρ των υπηρετούντων στο Γενικό Νοσοκομείο Θήρας. Να θυμίσω ότι η Ανώνυμη Εταιρεία Μονάδων Υγείας είναι αυτή που κάνει κουμάντο εκεί πέρα. Μοιάζει να μεροληπτεί υπέρ των υπηρετούντων, επαναλαμβάνω το συγκεκριμένο άρθρο και φρονώ πως θα το καταψηφίσουμε στην πορεία.

 Το άρθρο 29, για τη στελέχωση των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών, σαφώς είναι ένα θετικό άρθρο και τείνουμε να το υπερψηφίσουμε.

 Για το άρθρο 30 ήθελα να τονίσω ότι υπήρξε ένας υπαινιγμός ότι το νομοθέτημα αυτό συνιστά είναι μια έμμεση παρέμβαση στην δικαιοσύνη. Δεν αποσαφηνίστηκε πλήρως, θα το ερευνήσουμε και θα επιφυλαχθούμε για τη συνέχεια.

 Ενδεικτικά αναφέρω κάποια θετικά άρθρα. Το άρθρο 32 για τους αγγειοχειρουργούς, τους φυσικούς και ακτινοφυσικούς ιατρικής των νοσοκομείων είναι σαφώς θετικό. Το ίδιο και τα άρθρα 38 και 39. Το 38 για τους γιατρούς δημόσιας υγείας και τα επιδόματα στο ΕΣΥ, όπως και για τους γιατρούς που έχουν ειδικότητα στοματικής και γναθοπροσωπικής χειρουργικής και με την κατοχή των δύο πτυχίων φυσικά και δικαιούνται νομίζω την απαλλαγή από την εκπλήρωση της υποχρεωτικής υπηρεσίας υπαίθρου.

Για το άρθρο 48 που αφορά την άδεια οδήγησης έχουμε επιφύλαξη για την εκχώρηση κατά έναν τρόπο δικαιώματος υπογραφής γνωμάτευσης σε ιδιώτες.

Επίσης, για το άρθρο 41 αυτή η de facto αναγνώριση ικανοτήτων σε κάποιον ο οποίος δεν είναι συντονιστής διευθυντής για να έχει τη δυνατότητα του εκλέγειν και του εκλέγεσθαι στη θέση του Προέδρου Επιστημονικού Συμβουλίου, έχουμε σοβαρή επιφύλαξη.

Στο άρθρο 52 για το κίνητρο απόδοσης στον ΕΟΦ έχει θετικό πρόσημο.

Τέλος, για το άρθρο 58 θα ήθελα να πω ότι είναι ενδιαφέρον αυτό το άρθρο για την παραχώρηση χρήσης ακινήτων του ΕΟΠΥΥ σε ιερές Μητροπόλεις της χώρας προκειμένου με ίδιες δαπάνες των ιερών Μητροπόλεων εννοείται υλικά και μέσα να αποκαταστήσουν την κατασκηνωτική λειτουργία των κατασκηνώσεων αυτών και να διασφαλίσουν τη λειτουργική αξιοποίηση τους. Είναι θετικό αρκεί να έχει δοθεί η σύμφωνη γνώμη, η συναίνεση της εκκλησίας. Πιστεύω ότι έχει γίνει μια προεργασία σχετική και δεν είναι αυθαίρετο. Πάντως είναι θετικό.

Ολοκληρώνοντας, καταψηφίζουμε επί της αρχής το σχέδιο νόμου. Έχει και εμφανείς, αλλά και κρυψιφανείς μνημονιακού χαρακτήρα διατάξεις. Για περαιτέρω ανάλυση θα μας δοθεί η ευκαιρία να τοποθετηθούμε και στη β’ ανάγνωση και στην Ολομέλεια.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει ο κ. Λαμπρούλης.

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΛΑΜΠΡΟΥΛΗΣ (Ειδικός Αγορητής του ΚΚΕ): Επιτρέψτε μου ένα μικρό σχόλιο, χωρίς να είναι αιχμή για κανέναν, αλλά επειδή ακούγεται και ξανακούγεται, ακούστηκε από κάποιον φορέα στην Επιτροπή, ακούστηκε και πριν από λίγο στην Αίθουσα, με συγχωρείτε έχει αλλάξει το σύστημα στη χώρα μας το κοινωνικοοικονομικό και δεν το γνωρίζουμε; Είμαστε στον σοσιαλισμό ενδεχομένως;

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Είμαστε προχωρημένοι στον σοσιαλισμό.

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΛΑΜΠΡΟΥΛΗΣ (Ειδικός Αγορητής ΚΚΕ): Εγώ κύριε Πρόεδρε, δεν αστειεύομαι.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Δεν είναι αστείο.

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΛΑΜΠΡΟΥΛΗΣ (Ειδικός Αγορητής ΚΚΕ): Το αναφέρω έχοντας γνώση των όσων λέω. Πρέπει να σταματήσει αυτό το αστείο περί Σοβιετικής Ένωσης και περί σοβιετικού μοντέλου που θα εφαρμοστεί ενδεχομένως στην υγεία από κάποιους φορείς ή από κάποιες πολιτικές δυνάμεις, οι οποίες πολιτικές δυνάμεις ή και οι φορείς ενδεχομένως κάθε άλλο παρά ενστερνίζονται αυτό το κοινωνικοοικονομικό σύστημα το οποίο το πολέμησαν. Ας μην γυρίσουμε στα γεγονότα του Β’ Παγκοσμίου Πολέμου, ναζιστική Γερμανία κλπ..

Πέρα από αυτό, αυτό που αναδεικνύεται και δεν μπορεί να κρυφτεί από οποιονδήποτε είναι ότι οι κατακτήσεις στον σοσιαλισμό δείχνουν και το δρόμο όχι μόνο για τα ζητήματα της υγείας και της παιδείας. Ένα σωρό λοιπόν από κοινωνικές κατακτήσεις οι οποίες βελτίωσαν τη ζωή των εργαζομένων εκεί, των λαών αν θέλετε, ζητήματα που είναι στον καπιταλισμό στην εποχή που ζούμε, αν θέλετε, ένα σύστημα το οποίο 400 τόσα χρόνια ζει και βασιλεύει δεν μπόρεσε να λύσει, όμως, αυτό το σύστημα έδωσε λύσεις. Γιατί; Αυτό πρέπει να αναρωτηθεί ο κόσμος, όχι εδώ μέσα, όχι οι πολιτικές δυνάμεις. Αυτό είναι το ερώτημα, αυτό το ζήτημα αν θέλετε πρέπει να σκεφτεί ο κόσμος.

Ποιες προϋποθέσεις απαιτούνται για να έχεις αυτό που λέει το ΚΚΕ και εκεί έγινε πραγματικότητα, λαϊκή υγεία, με επίκεντρο, τον άνθρωπο της σύγχρονης και συνεχώς διευρυνόμενης ανάγκης του. Άρα, αυτά περί Σοβιετικού μοντέλου θα πρέπει να σταματήσουν κάποια στιγμή. Σας το λέω με αφορμή τη κουβέντα για το κομμάτι που αφορά την υγεία, αλλά αυτό αφορά και στην Ολομέλεια και σε Επιτροπές.

Μπαίνουμε στο δια ταύτα σε ότι αφορά το κεφάλαιο για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα. Το πρώτο κεφάλαιο για τα άρθρα από 1 έως 26, εμείς το αντιμετωπίζουμε ενιαία. Ενιαία εξάλλου είναι και η δομή του, η λογική του και η πολιτική του κατεύθυνση. Λέμε και είπαμε και στην προηγούμενη Επιτροπή και στις επόμενες Επιτροπές ότι όπως διατείνεται η Κυβέρνηση προπαγανδίζει, αν θέλετε, είναι λέει μεταρρυθμιστική τομή με τη δημιουργία ενός δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Που κατά τη γνώμη μας, δεν έχει καμία σχέση με την ανάπτυξη σύγχρονων κρατικών μονάδων υγείας, κέντρων υγείας κ.τ.λ., όπου θα καλύπτουν καθολικά, δωρεάν, να μην πληρώνουν τίποτα, ούτε μέσω των Ασφαλιστικών Ταμείων, ούτε τίποτα, διότι εμείς λέμε να καταργηθούν και οι ασφαλιστικές εισφορές του κλάδου υγείας και όλα αυτά, όπως έγινε στη Σοβιετική Ένωση, να είναι στην υπηρεσία του λαού, δηλαδή, τα σύγχρονα επιτεύγματα της επιστήμης, της τεχνολογίας και στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, Πρωτοβάθμιας, Δευτεροβάθμιας και τα λοιπά.

Κυρίως, λέμε στον τομέα της πρόληψης, όπου κατά τη γνώμη μας και νομίζω ότι όλοι το συνομολογούν, πως είναι η κύρια αποστολή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Γίνεται αυτό σήμερα; Όχι. Έτσι, λοιπόν, η επιδίωξη, κατά την γνώμη μας μέσω του νομοσχεδίου, είναι η οργάνωση μιας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που θα συμβάλει στην παραπέρα μείωση των κρατικών και ασφαλιστικών δαπανών υγείας, την περαιτέρω μείωση των δαπανών για προληπτικές εξετάσεις και ελάχιστες παροχές για όλους, που όχι μόνο δεν θα καλύπτουν τις απώλειες που έχει υποστεί ο λαός μας όλα αυτά τα χρόνια, ειδικά την περίοδο της κρίσης, αλλά βρίσκονται και πολύ μακριά από τις σύγχρονες και συνεχώς διευρυνόμενες ανάγκες του.

Το σύνολο των άρθρων που αφορούν την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ήταν καθοριστικό, μαζί με κάποια άρθρα, στην αρνητική ψήφο επί της αρχής στο νομοσχέδιο, άρθρα τα οποία θα προσπαθήσω να αναπτύξω και το δικό μας σκεπτικό. Πάμε λοιπόν στο άρθρο 27, για το νοσοκομείο Καρπάθου, δείτε ότι η ίδρυση ενός νοσοκομείου θα γίνει, το συγκεκριμένο νοσοκομείο, με την κατάργηση του κέντρου υγείας και τη μεταφορά του προσωπικού για τη στελέχωση του νοσοκομείου, αυτό προβλέπεται. Τώρα η Κυβέρνηση διαχρονικά επικαλείται ότι η κατάσταση που υπάρχει στην πρωτοβάθμια φροντίδα ωθεί τους ασθενείς προς τα νοσοκομεία, αλλοιώνοντας κατά αυτό τον τρόπο το δευτεροβάθμιο χαρακτήρα.

Στο οποίο, πράγματι συμβαίνει και συμφωνούμε ότι δεν είναι σωστό. Στη συγκεκριμένη περίπτωση όμως η Κυβέρνηση ιδρύει έναν νοσοκομείο, με τέτοιο όμως τρόπο, που ενισχύει αυτό που και η ίδια κατηγορεί. Έτσι στην πράξη η κατάργηση του κέντρου υγείας, θα σημαίνει ακόμα πιο υποβαθμισμένες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αλλά και αντίστοιχα δευτεροβάθμιας, αφου το γενικό νοσοκομείο θα επιφορτιστεί πλήρως τις εργασίες που αφορούν τα δύο επίπεδα, το πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο του συστήματος υγείας. Είναι βέβαιο ότι οι γιατροί που θα επιφορτιστούν΄, το προσωπικό να αντιμετωπίσουν στο νοσοκομείο τα έκτακτα περιστατικά, τα οποία θα εισάγονται για αντιμετώπιση, να καλύψουν βάρδιες, εφημερίας, ελάχιστα έως καθόλου θα μπορούν να ασχοληθούν με τις ανάγκες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Όταν λέμε Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, εννοούμε το πλήρες περιεχόμενο που έχει, δηλαδή, πρωτογενή πρόληψη, αποθεραπεία, αποκατάσταση κ.τ.λ.. Η εξαγγελία της Κυβέρνησης ουσιαστικά θέτει στον λαό του νησιού το δίλημμα ή θα έχετε την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ή θα έχετε νοσοκομείο, όχι και τα δυο. Το μόνο που προβλέπει αυτή η διάταξη είναι το κλείσιμο του κέντρου υγείας, η ίδρυση ενός γενικού νοσοκομείου με 22 κλίνες και χωρίς τίποτα άλλο. Εμείς υποστηρίζουμε ότι στο νησί αυτό πρέπει να υπάρχουν αναπτυγμένες, τόσο οι δημόσιες μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όσο κέντρα υγείας, περιφερειακά ιατρεία, όσο και η δευτεροβάθμια, με νοσοκομείο και πλήρης στελέχωση και εξοπλισμό.

Προκειμένου με διακριτό φόρο που να ικανοποιούν δωρεάν τις ανάγκες του μόνιμου και του εποχούμενου πληθυσμού, τουρίστες, επισκέπτες κ.τ.λ... Με βάση αυτά, εμείς δεν θα το καταψηφίσουμε, αλλά δεν μπορούμε να το υπερψηφίσουμε, θα δηλώσουμε «παρών». Τώρα, στο άρθρο 28, κίνητρα για το ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου της Θήρας, επισημαίνουμε ότι η Κυβέρνηση αφού με σειρά αντιλαϊκών μέτρων μείωσε το εισόδημα των γιατρών και των άλλων εργαζομένων, επέκτεινε την ανατροπή εργασιακών σχέσεων, επικουρικοί, εργαζόμενοι με μπλοκάκι, επιδείνωσε τις συνθήκες δουλειάς και συνολικά τους όρους ζωής, προβάλλει το δήθεν ενδιαφέρον της μέσω της παροχής κινήτρων.

Αυτών των κινήτρων που προβλέπεται με το συγκεκριμένο άρθρο, τα οποία σε κάθε περίπτωση είτε δεν θα έχουν πρακτική αξία είτε δεν θα βαρύνουν τον Κρατικό Προϋπολογισμό. Συγκεκριμένα, ο διπλάσιος υπολογισμός του χρόνου εργασίας των επικουρικών, τι πρακτική αξία θα έχει στις περισσότερες περιπτώσεις, από τη στιγμή που οι προσλήψεις με σχέση εργασίας, μόνιμοι, πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, είναι ελάχιστες; Επίσης, τα μέτρα ενίσχυσης των γιατρών μέσω των Δήμων και των Περιφερειών, σημαίνει ότι εκεί που μπορεί η τοπική διοίκηση να στηρίξει οικονομικά, θα υπάρχει κάποια βελτιωμένη στελέχωση των μονάδων υγείας και αλλού που δεν μπορούν, θα συνεχίσει να υπάρχει η σημερινή απαράδεκτη κατάσταση.

Εκτός από αυτό όμως «ανοίγει» τον δρόμο για μεταφορά της δαπάνης στους δημότες μέσω της τοπικής φορολογίας, προκειμένου να συνεχίσουν να υπάρχουν ακόμα και αυτές οι στοιχειώδεις δημόσιες μονάδες υγείας. Με βάση τις παραπάνω παρατηρήσεις και με κριτήριο ότι κάποιοι εργαζόμενοι γιατροί μπορεί να ενισχυθούν, θα δηλώσουμε «παρών» σ' αυτό το άρθρο.

Να θυμίσω χθες, στην ψήφιση του νομοσχεδίου του Υπουργείου Εσωτερικών, πέρασε ένα άρθρο στην ίδια ακριβώς κατεύθυνση, το μόνο που δεν είχε μέσα- εννοώ για τους δήμους να παρέχουν τη δυνατότητα κινήτρων σε γιατρούς και άλλες κατηγορίες εργαζομένων λιμενικούς και άλλους, αλλά εμπεριέχει μέσα και γιατρούς- για νησιωτικές και ορεινές περιοχές. Αυτό το κίνητρο, γιατί να είναι, για παράδειγμα, ένα ερώτημα θέτω, το κίνητρο της προσμέτρησης του διπλού χρόνου ως προϋπηρεσία, μόνο της Θήρας και να μην είναι στο Γενικό γιατρό π.χ. στην Τήλο. Λέω ένα παράδειγμα. Αυτό πέρασε χτες, αυτό περνάει ή θα περάσει αύριο, μεθαύριο, όταν θα έρθει το όλο νομοσχέδιο στην την Ολομέλεια.

Να πω ότι υπάρχουν άρθρα που θα τα ψηφίσουμε και σε αλλά που θα δηλώσουμε «παρών», κύριε Πρόεδρε, το λέω από τώρα, για να μην το αφήνω στο τέλος.

Στο άρθρο 44. Για τις ειδικότητες επαγγελματιών συνεργαζόμενων με φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας. Δίνει την δυνατότητα στους διάφορους φορείς υπηρεσιών υγείας να συνάπτουν με επαγγελματίες υγιείς συμβάσεις με δελτία παροχής υπηρεσιών. Οι ανάγκες, όμως, είναι οξυμένες, μόνιμες και διαρκείς. Χρειάζεται, κατά τη γνώμη μας, μόνιμο προσωπικό να τις καλύψει, με κάλυψη της μισθοδοσίας τους από τον κρατικό προϋπολογισμό και αυτό, μέσω του άρθρου αυτού, σηματοδοτείται και περαιτέρω ανατροπή των εργασιακών σχέσεων. Γι' αυτό και εμείς θα το καταψηφίσουμε.

Άρθρο 45. Νοσηλευτικές ειδικότητες. «Προβλέπεται, δηλαδή, η διαδικασία ορισμού και άλλων νοσηλευτικών ειδικοτήτων με αρμοδιότητα γνωμοδότησης της ΕΣΑΝ Α.Ε.» κ.λπ.. Πρόκειται, κατά τη γνώμη μας, για ρυθμίσεις που συνδέονται με την υλοποίηση του γενικότερου αντιλαϊκού σχεδιασμού στην υγεία και στην παιδεία και η ειδίκευση προωθείται, ως μεταπτυχιακή διαδικασία και όχι ως κατεύθυνση εντός των χρόνων φοίτησης και αποσκοπεί στην παραπέρα μείωση της γενικής μόρφωσης και στην ενίσχυση των δεξιοτήτων, που εκτός των άλλων, θα περιορίζει το εύρος των τομέων στην υγεία που θα μπορούν να αξιοποιούνται οι νοσηλευτές.

Τα δε πρωτόκολλα, που αναφέρετε και μέσα στο άρθρο, είναι γνωστό ότι χρησιμοποιούνται για την επιστημονική στήριξη των περικοπών στις παροχές των ασθενών. Στηρίζονται, δηλαδή, στο κριτήριο κόστος- όφελος από τη σκοπιά, βεβαίως, της μείωσης των κρατικών και ασφαλιστικών δαπανών. Γι' αυτό και θα το καταψηφίζουμε.

Άρθρο 49. Προμήθεια φαρμάκων από ιδιωτικές κλινικές. Προβλέπεται ο τρόπος προμήθειας και χρέωσης των φαρμάκων από τις ιδιωτικές κλινικές. Ποιο είναι το κριτήριο; Ότι προβλέπει την πληρωμή των φαρμάκων που δεν αποζημιώνει ο ΕΟΠΥΥ να πληρώνονται από τους ασθενείς στις ιδιωτικές κλινικές. Εμείς, δεν μπορούμε να το ψηφίσουμε αυτό, θα το καταψηφίσουμε.

Το άρθρο 52. Είναι άρθρο το οποίο είχε έρθει και σε ένα άλλο νομοσχέδιο, απεσύρθη τότε, αν θυμάμαι, ήρθε τώρα πάλι. Όπου προβλέπεται τι; Η καταβολή κινήτρου απόδοσης στο προσωπικό του ΕΟΦ μέχρι το ποσό των 700.000 € για κάθε χρόνο, ανάλογα με την επίτευξη των θετικών ή των δημοσιονομικών στόχων του φορέα. Θα συμψηφίζεται, λοιπόν, αυτό το ποσό, το κίνητρο απόδοσης, με κάθε είδους υπερβάλλουσα μείωση ή προσωπική διαφορά που τυχόν καταβάλλεται στο προσωπικό.

Κατά τη γνώμη μας, πρόκειται για επικίνδυνη ρύθμιση, σε συνθήκες άγριας περικοπής των μισθών, αύξησης των χαρατσιών, περικοπής των πάντως είδους κοινωνικών παροχών. Το μέτρο αυτό κατά τη γνώμη μας, ενισχύει την αντίληψη, να πάνε καλά οι στόχοι του εργοδότη, προκειμένου να εξασφαλιστεί ένα μικρό μέρος των μισθολογικών απωλειών. Οδηγεί στην παραίτηση από την «πάλη» για την ανάκτηση των απωλειών με αύξηση του σταθερού μισθού αλλά και στο χτύπημα της ενότητας των εργαζομένων, διεκδικώντας ο καθένας μεγαλύτερο μερίδιο συμβολής στην επίτευξη των στόχων του εργοδότη.

Πρόκειται για μέτρο που προάγει τον εκμαυλισμό, το είχαμε πει και την προηγούμενη φορά, όταν είχε έρθει αυτό το άρθρο, πρόκειται, λοιπόν, για άρθρο-μέτρο, που προάγει τον εκμαυλισμό των συνειδήσεων, τη χειραγώγηση και ενσωμάτωση των εργαζομένων. Το γεγονός ότι πρόκειται, βέβαια, για κρατικό φορέα, δεν σημαίνει ότι οι στόχοι του είναι και φιλολαϊκοί. Είναι ένας κρατικός φορέας που λειτουργεί στο καπιταλιστικό σύστημα που είναι από χέρι αντιλαϊκός και βέβαια, το βλέπει αυτό και στην πράξη ο λαός μας.

Στο άρθρο 66, η αναδιάρθρωση και η μετονομασία της ΕΣΑΝ Α.Ε., τώρα είτε με την προηγούμενη δομή είτε με αυτή που προβλέπεται από το νέο άρθρο, βασικό περιεχόμενο της λειτουργίας της εταιρείας αυτής είναι η κοστολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Η μόνιμη επεξεργασία, μελέτη και παρακολούθηση των εργαλείων τιμολόγησης των νοσηλευτικών υπηρεσιών GEN DGRS. Επιδιώκεται τα σημερινά νοσήλια να προσαρμοστούν στο πραγματικό κόστος του νοσοκομείου στα οποία να συμπεριλαμβάνεται και η μισθοδοσία του προσωπικού. Ήδη έχουν γίνει βήματα στην κατεύθυνση αυτή με την εφαρμογή των GEN DGRS από το 2012 στο δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα. Τα μέτρα που αφορούν στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων παίρνουν σαν δεδομένο την απαλλαγή του κράτους από την όποια υποχρέωση είχε στη χρηματοδότηση των δημόσιων νοσοκομείων.

Ο κύριος στόχος που υπηρετείται μέσω αυτής της εταιρείας, είναι τα δημόσια νοσοκομεία να γίνουν οικονομικά αυτοδύναμα και αυτοχρηματοδοτούμενα. Να λειτουργούν με βάση την ανάπτυξη και την ενίσχυση της επιχειρηματικής τους λειτουργίας που ούτως ή άλλως λειτουργούν με αυτόν τον τρόπο. Και από την επιχειρηματική τους λειτουργία και μέσω του ανταγωνισμού θα εξασφαλίζουν τους ανάλογους οικονομικούς πόρους μέσω των συμβάσεων με τον ΕΟΠΥΥ και τα άλλα ταμεία. Από το πόσο ανταγωνιστικά θα είναι τα δημόσια νοσοκομεία θα εξαρτάται ή όχι η συνέχιση της λειτουργίας τους. Η ανάπτυξη των κρίσιμων κλινικών και ιατρικών τμημάτων στο πλαίσιο της αξιολόγησης.

 Πρόκειται για μέτρο που υπηρετεί την παραπέρα εφαρμογή των αντιδραστικών αναδιαρθρώσεων στην υγεία, δεν είναι απλά μια μνημονιακή υποχρέωση, αποτελεί αναγκαίο βήμα κατά τη γνώμη μας, για την προσαρμογή του συστήματος στις γενικότερες καπιταλιστικές αναδιαρθρώσεις και στο χώρο της υγείας. Και οι αναδιαρθρώσεις αυτές αποτελούν μέρος της στρατηγικής της Ε.Ε. την οποία εδώ όλα τα άλλα κόμματα συναποδέχονται. Με τις όποιες ενδεχομένως επιμέρους διαφορές, βασικά συμφωνούν στη στρατηγική κατεύθυνση και βεβαίως, αυτό το άρθρο θα το καταψηφίσουμε.

Για τα άρθρα 76 έως 94, και εκει θα είμαστε αρνητικοί στην ψήφο αφορούν όπως γνωρίζετε τη σύσταση του Πανελλήνιου Συλλόγου Οπτικών από το μητρώο που πρόκειται για Ν.Π.Δ.Δ., που είναι υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας από τους σκοπούς της ίδρυσής τους. Φαίνεται ότι ουσιαστικά αποτελούν φορείς υλοποίησης της εκάστοτε κυβερνητικής πολιτικής της Ε.Ε., έχουν εισηγητικό ρόλο στα θέματα που αφορούν την πολιτική υγείας. Να θυμίσω με τους οδοντοτεχνίτες το Νομικό Πρόσωπο που είχε περάσει προ καιρού στην κατεύθυνση τιμολόγησης των θεραπευτικών πράξεων στην εκπαίδευση, αλλά και στην συνεχιζόμενη επιμόρφωση κ.α.. Καθορίζεται συγκεκριμένα ο ρόλος τους και ο χαρακτήρας τους και από ανάλογες διατάξεις, προβλέπεται η πειθαρχική δίωξη στα μέλη τα οποία δεν εφαρμόζουν την πολιτική και τις αποφάσεις του Δ.Σ. και έτσι για παράδειγμα, εάν η επικρατούσα θέση του Δ.Σ. του Συλλόγου είναι υπέρ για παράδειγμα, των πληρωμών από τους ασθενείς, μπορεί να θεωρηθεί και ως πειθαρχικό αδίκημα η υποστήριξη της δωρεάν παροχής υπηρεσιών.

Κατά τη γνώμη μας, το νομικό πρόσωπο αυτό, αλλά και τα προηγούμενα που έχουν συσταθεί, πρόκειται για μηχανισμούς που βοηθούν στην περαιτέρω παραπέρα εμπορευματοποίηση της υγείας και της ενσωμάτωσης των υγειονομικών σε αυτή την πολιτική, γι’ αυτό και θα το καταψηφίσουμε. Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε.

Στο σημείο αυτό γίνεται η β΄ ανάγνωση του καταλόγου των μελών της Επιτροπής. Παρόντες ήταν οι Βουλευτές κ.κ. Αθανασίου Νάσος, Βαρδάκης Σωκράτης, Γεννιά Γεωργία, Ηγουμενίδης Νίκος, Θραψανιώτης Μανώλης, Καΐσας Γιώργος, Καρασαρλίδου Φρόσω, Καστόρης Αστέρης, Μανιός Νίκος, Μαντάς Χρήστος, Μεϊκόπουλος Αλέξανδρος, Μιχαηλίδης Ανδρέας, Μιχελογιαννάκης Ιωάννης, Μουσταφά Μουσταφά, Μπάρκας Κώστας, Παπαδόπουλος Σάκης, Παπαηλιού Γιώργος, Παραστατίδης Θόδωρος, Σκούφα Ελισσάβετ, Στογιαννίδης Γρηγόρης, Τζούφη Μερόπη, Τσόγκας Γιώργος, Βαγιωνάς Γεώργιος, Βλάχος Γεώργιος, Βρούτσης Ιωάννης, Γιόγιακας Βασίλειος, Κατσανιώτης Ανδρέας, Μαρτίνου Γεωργία, Οικονόμου Βασίλειος, Σαλμάς Μάριος, Φωτήλας Ιάσονας, Γρηγοράκος Λεωνίδας, Μπαργιώτας Κωνσταντίνος, Χριστοφιλοπούλου Παρασκευή, Αΐβατίδης Ιωάννης, Λαγός Ιωάννης, Σαχινίδης Ιωάννης, Κατσώτης Χρήστος, Λαμπρούλης Γεώργιος, Στεργίου Κώστας, Λαζαρίδης Γεώργιος, Παπαχριστόπουλος Αθανάσιος, Φωκάς Αριστείδης και Μαυρωτάς Γεώργιος.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει ο κ. Παπαχριστόπουλος.

ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΠΑΠΑΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ (Ειδικός Αγορητής των Ανεξάρτητων Ελλήνων): Μέχρι το τέλος του χρόνου θα υπάρχουν 239 μονάδες πρωτοβάθμιας υγείας. Αυτό για κάποιους μπορεί να μην λέει τίποτα, για ένα μεγάλο κομμάτι όμως του πληθυσμού λέει πολλά.

Το άρθρο 8, το άρθρο 10, το άρθρο 12, στους συνειρμούς ήταν ταυτισμένα με ιδιωτική υγεία, δηλαδή, κάποιος που επειγόντως χρειάζεται ένα χειρουργείο, έπρεπε να πάει σε ένα ιδιωτικό κέντρο να κάνει εργαστηριακή εξέταση ή απεικονιστική, ή μια ακτινογραφία. Βάζει θεμέλια να καταργηθεί αυτό το πράγμα. Κάποιος, ο οποίος χρειάζεται οδοντιατρική περίθαλψη, λες και η οδοντιατρική είναι ξεκομμένο πράγμα από την υγεία, είναι ταυτισμένο συνειρμικά να πάει σε ένα ιδιώτη γιατρό. Γίνεται μια προσπάθεια και αυτό να καταργηθεί.

Το πιο σημαντικό από όλα που αφορά τον μισό ελληνικό πληθυσμό, μία γυναίκα υγιής και απορώ γιατί ο συνάδελφος από τη Χρυσή Αυγή, που είναι πάντα κατατοπισμένος, θέλω να του πω, ότι το τεστ ΠΑΠ δεν το κάνουν άρρωστες γυναίκες, ούτε τις εξετάσεις για μια κύστη τις κάνουν ασθενείς, τις κάνουν υγιείς και δεν χρειάζεται γιατρός για αυτό το πράγμα. Άλλωστε, η εκπρόσωπος των μαιών, ήταν σαφέστατη και πολύ ενθουσιασμένη, γιατί είναι κάτι που ισχύει σε όλες τις χώρες της Ε.Ε.. Ξαναλέω, δεν λύνεται οριστικά το θέμα της πρωτοβάθμιας υγείας, αλλά έχω την απορία, τόσα χρόνια, ποιος εμπόδιζε ποιόν να ξεκινήσει αυτή η ιστορία.

Σε ότι αφορά τώρα στα κίνητρα που δίνει η κυβέρνηση στο άρθρο 28 για το νοσοκομείο της Σαντορίνης, δεν χρειάζεται να είσαι γιατρός ή σοφός για να καταλάβεις ένα πράγμα, ότι υπάρχει μια ιδιαιτερότητα στην ελληνική επικράτεια. Δεν υπάρχει άλλη χώρα στην Ε.Ε. με τόσα πολλά νησιά, που δεν έχουν άλλο τρόπο σύνδεσης μεταξύ τους και χρόνια, όσοι τουλάχιστον ασχολούνται με την υγεία, λέγαμε ότι θα πρέπει να υπάρχει ένα αναβαθμισμένο νοσοκομείο να προλαβαίνουν οι βαριά άρρωστοι να πηγαίνουν εκεί. Ενώ κάποιοι, υπολόγιζαν να δώσουν αυτό το νοσοκομείο στους ιδιώτες, ένα πραγματικό κόσμημα, για όσους δεν το ξέρουν, τι κάνει η σημερινή κυβέρνηση; Κάνει το αυτονόητο. Εάν στελεχωθεί αυτό το νοσοκομείο για να είναι αξιόπιστο και να φτάσει σε υψηλά στάνταρ, δίνει κίνητρα γιατί δύσκολα πάει κάποιος σε ένα νησί. Όλα τα κίνητρα που δίνει, κατά την γνώμη μου, είναι σωστά. Μάλιστα, δεν δίνει μόνο κίνητρο το διπλάσιο χρόνο στους γιατρούς, δίνει στέγη, σίτιση και επιδόματα και καλά κάνει. Να αισθάνονται οι νησιώτες, ότι κάποιος τους περιφρονεί, τους θεωρεί δευτεροκλασάτους. Ξαναλέω, χώρα με τόσα πολλά νησιά δεν υπάρχει και δεν σας εμπόδισε και κανένας, οι αεροδιακομιδές δεν είναι σε αυτό το νομοσχέδιο. Να γίνονται γρήγορα, να προλαβαίνει, δεν υπήρχε χρόνος πολλές φορές, πέθαινε ο άρρωστος στο αεροπλάνο ή στο ελικόπτερο στη Σύρο.

Απορώ, πως ο συνάδελφος Λαμπρούλης που τον σέβομαι και θεωρώ ότι είναι πάρα πολύ προσεκτικός, βάζει αυτό το θέμα. Επειδή άκουσα μεγάλη φιλολογία και για το θέμα της Καρπάθου, μην εκτίθεστε, ρωτήστε τους κατοίκους της Καρπάθου. Αφήστε τι λέω εγώ ή τι λέει ο Υπουργός, ρωτήστε ένα νησί που πραγματικά ήταν στην απέξω, δεν υπήρχε πουθενά. Για πρώτη φορά το νησί αυτό και η Κάσος έχουν μία ιδιαιτερότητα, το ξέρετε.

Έπρεπε κάτι να γίνει για αυτό το νησί και μπράβο στην Κυβέρνηση που το έκανε. Ρωτήστε τους κατοίκους της Καρπάθου και θα σας πουν. Άκουσα με πολύ σεβασμό και προσοχή και μου έκανε μάλιστα φοβερή εντύπωση ο συνάδελφος από την Αξιωματική Αντιπολίτευση που λέει ότι δεν έχουν πρόσβαση. Το άρθρο 19, που λίγοι το πρόσεξαν, λέει για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και ανάμεσα στα πολλά λέει ότι το δικαίωμα προβλέπει εγγραφή σε οικογενειακό γιατρό για τον πληθυσμό του οικείου και ότι είναι δικαιούχοι του ΕΟΠΥΥ και οι ανασφάλιστοι. Εδώ θέλω να κάνω ένα σχόλιο. Οι ανασφάλιστοι στη χώρα μας δεν έπεσαν τυχαία από τον ουρανό. Χρεωκόπησε η χώρα, δεν μπορούσαν να πληρώσει μέχρι πρότινος τα ασφαλιστικά τους ταμεία και έμειναν χωρίς ασφάλεια και δεν είναι 1.000 ή 2.000 ή 100.000. Ήταν πάνω από 2 με 2,5 εκατομμύρια. Πρόσβαση, λοιπόν, έχουν και αυτοί οι άνθρωποι. Μου έκανε φοβερή εντύπωση πως δεν άκουσα από κανένα, κάτι γι' αυτό το πράγμα.

Θέλω να κάνω ένα σχόλιο που είναι κατάκτηση δεκαετιών. Η ηλεκτρονική ιατρική ταυτότητα είναι κατάκτηση πάνω από 30 χρόνια στις χώρες της Ε.Ε.. Είναι ένα πρωτοποριακό βήμα που θα έπρεπε να έχει γίνει. Συμφωνώ, όμως δεν είναι παρωχημένο. Έπρεπε να γίνει. Ψάχνουμε φακέλους. Έχω χειρουργηθεί στον Ευαγγελισμό και μου τυχαίνει ένα ατύχημα στο Διδυμότειχο. Αμέσως, σε κεντρικό επίπεδο με την ηλεκτρονική αυτή διασύνδεση ξέρει ο γιατρός του Διδυμότειχο τι έχω περάσει ή το αντίστοιχο. Θα έπρεπε να έχει γίνει εδώ και χρόνια.

Επειδή άκουσα ωραίες κουβέντες, θέλω να ρωτήσω ποιος εμπόδιζε και γιατί δεν έγινε ποτέ η ηλεκτρονική διακυβέρνηση; Ποιος πάλεψε την ηλεκτρονική υπογραφή; Ποιος έχει καθιερώσει αυτή τη στιγμή τα POS που κάποιοι συνάδελφοί μας γιατροί και δικηγόροι δεν παίρνουν; Ακόμη παλεύουμε, δηλαδή. Όσο αφορά την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, έχω έναν δισταγμό να πω ότι έγινε επί ΠΑ.ΣΟ.Κ. και μπράβο και θυμάμαι ότι αντέδρασαν όλοι οι γιατροί και, στη συνέχεια, όταν αλλάξει και ήρθε η συντηρητική κυβέρνηση, υπήρξε αντίδραση απίστευτη από τον Ιατρικό Σύλλογο. Γιατί; Θυμάμαι ότι ο μόνος που στήριζα τότε – και δεν με νοιάζει ποιος ήταν Υπουργός – ήμουν εγώ. Έτσι έπρεπε να γίνεται; Το τι μίζα έπεφτε δε χρειάζεται να τα πω αυτά. Είναι και αυτό ένα βήμα μπροστά και μακάρι να το συνεχίσουμε και πιστεύω ότι είναι 4 άρθρα τα οποία, πραγματικά, είναι καταλυτικά προς αυτή την κατεύθυνση.

Μου έχει κάνει, όμως, εντύπωση πώς οι λαλίστατοι συνάδελφοι από όλα τα κόμματα δεν αισθάνονται την υποχρέωση να πληροφορήσουν εκατομμύρια πολίτες για ένα πράγμα. Δεν διάβασε κανείς το άρθρο 73, να του ρίξει μια ματιά; Ψηφοφόροι σας είναι οι πιο πολλοί από αυτούς. Ανασφάλιστοι άνθρωποι ήταν και ηχούν ακόμη στα αυτιά μου οι κουβέντες συγκεκριμένων συναδέλφων, που δεν θέλω να ονομάσω, που έλεγαν ότι και εκείνοι τα είχαν κάνει αυτά. Τι κάνατε; Η νομοθετική ρύθμιση έγινε το 2016 για τα χρέη αυτών των ανθρώπων που ήταν ανασφάλιστοι και δεν ήταν φουκαράδρες. Δεν μπορούσαν να πληρώσουν τα ταμεία τους. Δεν χρειάζεται να το ξαναπώ. Χρεοκοπημένη χώρα παρέλαβε αυτή η Κυβέρνηση. Πρέπει να ακούγεται αυτό. Τα 325 δισ. δεν τα έκανε η κυβέρνηση ΣΥ.ΡΙΖ.Α. - ΑΝ.ΕΛ. που απαξιωτικά κάποιοι μιλάνε. Τα 120 στα 180 δεν το έκανε η ΣΥ.ΡΙΖ.Α. - ΑΝ.ΕΛ.. Το 27% ανεργία δεν το έκανε η ΣΥ.ΡΙΖ.Α. - ΑΝ.ΕΛ., για όνομα του Θεού.

Αυτό το άρθρο, που αφορά εκατομμύρια πολίτες, καλύπτει αυτούς μετά από τη νομοθετική ρύθμιση. Πριν πήγαιναν τα ραβασάκια και τα έχουν στο σπίτι τους, 30 εκατ. βεβαιωμένα στην εφορία και πάνω από 150 στα νοσοκομεία.

Δεν αισθάνεστε την ανάγκη να ενημερώνετε εντίμως, μέσα από το Ελληνικό Κοινοβούλιο εκατομμύρια πολίτες ότι αυτό το πράγμα τους απαλλάσσει οριστικά. Μιλάω για αυτή τη συνεδρίαση τη συγκεκριμένη και ελέχθη περισσότερο από εμένα πάλι, αλλά εγώ να δεχθώ ότι ελέχθη σε αυτή το θεωρείτε περιττό αφορά τόσο κόσμο. Κλείνω λέγοντας ότι είναι ένα πρώτο βήμα, στη σωστή κατεύθυνση και ξαναλέω στο τέλος του χρόνου τα 239 κέντρα θα είναι γεγονός, ο οικογενειακός γιατρός θα είναι γεγονός, είναι όντως μια πρωτόγνωρη εμπειρία και πιστεύω ότι θα την αγκαλιάσουν όλοι ας λένε ότι επιφυλάσσονται, γιατί η κρίση υπάρχει, γιατί ο κόσμος δεν έχει λεφτά, γιατί το κοινωνικό κράτος είτε το θέλουν κάποιοι είτε όχι είναι προτεραιότητα γι’ αυτή την κυβέρνηση. Είναι το Α και το Ω της.

Εκατομμύρια ήταν ο προϋπολογισμός για την κοινωνική πρόνοια και γίνανε 1 δις 700 εκατομμύρια κάτω από συνθήκες οικονομικής ασφυξίας και θα γίνουν 2 δις 700 σε ένα χρόνο, και αυτό που γίνεται με την πρωτοβάθμια ναι στοιχίζει το ξέρουμε πρέπει να γίνει επιβάλλεται να γίνει. Ο μισός Ελληνικός πληθυσμός, είναι κάτω από το όριο της φτώχιας και η υγεία είναι το πολυτιμότερο αγαθό. Τελειώνω μόνο με μια λέξη που αφορά ένα άρθρο. Άκουσα με χαρά μου στην ημερήσια της υγείας δηλαδή αυτά τα κέντρα που είναι για μια ημέρα, εντάσσονται όλα τα στρατιωτικά, πανεπιστημιακά, εντάσσεται και το «Ωνάσειο», το «Παπαγεωργίου» και επειδή θυμάμαι ότι τα 70 κρεβάτια τέτοιων μονάδων στο Ερρίκος Ντυνάν δεν εντάσσονται γιατί είναι ιδιωτική κλινική και μόνο κάτω από ειδικές συνθήκες για να μην ξεχνιόμαστε πως ακριβώς έβλεπαν οι προηγούμενοι το θέμα της υγείας. Ευχαριστώ.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει ο κύριος Φώκας.

ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ ΦΩΚΑΣ (Ειδικός Αγορητής της Ένωσης Κεντρώων): Ευχαριστώ πολύ, παρουσιάζοντας ο κύριος Υπουργός το νομοσχέδιο την Τρίτη στην Επιτροπή, έκανε λόγο για μια πολύ σοβαρή μεταρρυθμιστική προσπάθεια στο χώρο της υγείας. Μίλησε μάλιστα, για συγκεκριμένη μετρήσιμη βελτίωση τα τελευταία δύο χρόνια, που δεν μπορεί να αμφισβητηθεί. Το κατά πόσο αλλάξει προς το καλύτερο η κατάσταση στο δημόσιο σύστημα υγείας της χώρας, ας αφήσουμε να το κρίνουν οι πολίτες που μας βλέπουν και μας ακούν.

Και άλλοι πριν από εσάς, υποσχέθηκαν την αναβάθμιση του συστήματος πρωτοβάθμιας υγείας. Ο κύριος Λοβέρδος για παράδειγμα, το 2010 υποσχόταν πως τα επόμενα δύο χρόνια ο τομέας αυτός θα βρεθεί σε διαρκή κίνηση, ενώ το Φεβρουάριο του 2011 καλούσε την Βουλή για την καθολική εφαρμογή των νέων τότε θεσμών της πρωτοβάθμιας υγείας από την 1/06/2011. Όμως, σε ότι αφορά στο αγαθό της υγείας το τελευταίο που ενδιαφέρει τον πολίτη είναι οι στείρες μικροκομματικές αντιπαραθέσεις.

Εκείνο που αποτελεί απόλυτη προτεραιότητα για τον πολίτη, είναι να τον υποδεχτεί το ΕΣΥ και οι λειτουργοί του με σεβασμό. Να έχει πρόσβαση σε υψηλού επιπέδου υπηρεσίες, να είναι κοντά του ανθρώπινα και με ευαισθησία. Οφείλουμε κυρίες και κύριοι συνάδελφοι, να εκτιμούμε διαρκώς τις ανάγκες των πολιτών για αξιοπρεπή υγειονομική περίθαλψη, αρκεί αυτή να μην εξαντλείται στις υποσχέσεις.

Γνωρίζουμε όλοι την οικονομική κατάσταση της χώρας, όπως γνωρίζουμε πολύ καλά και το ατέλειωτο πάρτι διαφθοράς, που είχε στηθεί στο χώρο της υγείας, ένα πάρτι που για δεκαετίες κρατούσε πολλά στόματα κλειστά. Σε κάθε περίπτωση, έχουμε μπροστά μας ένα νομοσχέδιο για τη μεταρρύθμιση στο χώρο της πρωτοβάθμιας υγείας, που προκάλεσε έντονες αντιδράσεις από την πλευρά της ιατρικής κοινότητας, όπως ακούσαμε και το πρωί, ένα νομοσχέδιο που φοβάμαι, πως θα προκαλέσει περισσότερα προβλήματα, από αυτά που θα επιλύσει.

Η πρώτη και σημαντικότερη παρατήρησή μου έχει να κάνει με την οικονομική βιωσιμότητα του νέου αυτού μοντέλου. Με δεδομένη τη δραματική υποστελέχωση, από πού θα εξασφαλιστούν τα χρήματα για την επάνδρωση και τη λειτουργία των τοπικών μονάδων υγείας; Από το αβέβαιο ΕΣΠΑ; Δεν φοβάστε, μήπως η μεταρρύθμιση μείνει στο δρόμο.

Επίσης, με δεδομένο τον οικονομικό στραγγαλισμό της χώρας προκύπτει ένα άλλο ζήτημα. Η αποζημίωση των γιατρών των Τ.Ο.Μ.Υ., με πάγια αντιμισθία, προβληματίζει, σε σχέση με την απουσία κινήτρων αποδοτικότητας, ενώ το ύψος αποζημίωσης των συμβεβλημένων ιδιωτών γιατρών φαίνεται πως θα είναι αποκαρδιωτικό. Κίνητρα αποδοτικότητας, το οποία προβλέπετε, όμως, για τους εργαζόμενους στο ΕΟΦ, με το άρθρο 52. Φοβάμαι, πως αντί να κρατήσουμε στη χώρα τους επιστήμονες μας, τους γιατρούς μας, θα τους ωθήσουμε δυστυχώς προς το εξωτερικό.

Όσον αφορά στην καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, είμαστε σαφώς υπέρ, έχουμε, όμως τρεις σημαντικές παρατηρήσεις να κάνουμε.

Συμφωνούμε με τη θέση του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου, πως πρέπει να δοθούν κίνητρα στους γιατρούς, ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες και το πιο δυσπρόσιτων περιοχών, στο μοντέλο, ενδεχομένως, που ακολουθείται για το νοσοκομείο της Σαντορίνης.

Η δεύτερη παρατήρηση έχει να κάνει με τον αριθμό των 2.000 πολιτών, ανά γιατρό, που προβλέπει η παράγραφος 4 του άρθρου 6. Θεωρούμε, πως πρέπει να μειωθεί το νούμερο αυτό, ώστε να είναι ευχερέστερη η αντιμετώπιση των περιστατικών από το γιατρό.

Ένα τρίτο σημείο, έχει να κάνει με το ζήτημα της ελευθερίας επιλογής οικογενειακού γιατρού και γιατρού ειδικότητας από τον πολίτη. Θεωρούμε, πως πρέπει να διασφαλίσει το δικαίωμα του πολίτη να επιλέγει το γιατρό της αρεσκείας του. Ακόμη, ταυτιζόμαστε με τη θέση που διατυπώθηκε, πως σημαντική αποσυμφόρηση των νοσοκομείων θα επιτευχθεί με την αύξηση του αριθμού των συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ γιατρών.

Πολλές αμφιβολίες διατηρούμε για τη θεσμοθέτηση της άσκησης ιατρικών πράξεων από μη γιατρούς, όπως για παράδειγμα από μαίες, όπως προβλέπεται στο άρθρο 12. Τιμούμε την αποστολή των μαιών και των μαιευτών, ωστόσο πρέπει να υπάρχουν ξεκάθαροι, διακριτοί ρόλοι.

Προς τη θετική κατεύθυνση κινούνται τα άρθρα 9 και 10, αναφορικά με τη σύσταση και λειτουργία των κέντρων ειδικής φροντίδας και την πρόβλεψη οδοντιατρικής κάλυψης για όλους τους πολίτες στις δημόσιες μονάδες υγείας, παράλληλα με τη σύναψη συμβάσεων με ιδιώτες οδοντιάτρους, όταν η κάλυψη στις δημόσιες δομές δεν είναι εφικτή.

Πιστεύουμε ότι είναι σωστή και αναγκαία η καθιέρωση του ατομικού, ηλεκτρονικού φακέλου υγείας, με το άρθρο 21, που θα συνοδεύει βέβαια τον ασθενή. Σας καλούμε, όμως, να διασφαλίσετε, με κάθε δυνατό τρόπο, το απόρρητο του φακέλου, για προφανείς λόγους.

Μας βρίσκει απόλυτα σύμφωνους το άρθρο 27 για την ίδρυση Γενικού Νοσοκομείου στην Κάρπαθο, το ίδιο ισχύει και για το άρθρο 28 για την παροχή κινήτρων από τους ΟΤΑ για τη στελέχωση του Νοσοκομείου Σαντορίνης. Πλην, όμως, σας καλώ να επεκταθεί αυτή η μερίδα για τους γιατρούς όλων των νοσοκομείων του Αιγαίου. Δεν αντιλαμβάνομαι, γιατί πρέπει να πριμοδοτείτε με δωρεάν διαμονή ή διατροφή ο γιατρός της Σαντορίνης και όχι ο συνάδελφός του σε κάποιο άλλο νησί στο Αιγαίο.

Προσυπογράφουμε ακόμη το άρθρο 29 με την καλύτερη δυνατή στελέχωση των τμημάτων επειγόντων περιστατικών με την πρόσληψη 465 γιατρών. Με δεδομένη την υποστελέχωση των δομών υγείας, πρόκειται για πολύτιμο στελεχιακό δυναμικό. Εύχομαι και ελπίζω να τρέξουν γρήγορα οι σχετικές διαδικασίες, γιατί η κατάσταση έχει φτάσει στο απροχώρητο.

Επίσης, συμφωνούμε με το άρθρο 73 και τη ρύθμιση που αφορά τη διαγραφή οφειλών των ανασφάλιστων πολιτών. Είναι μια ρύθμιση που υπακούει στη λογική της οικονομικής κρίσης και την πραγματική ένδυα εκατοντάδων, χιλιάδων συμπατριωτών μας.

Κλείνοντας, θα θέλαμε να δώσουμε απαντήσεις στα ερωτήματα που θέσαμε και επιφυλασσόμαστε για την Ολομέλεια. Σας ευχαριστώ.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει ο κ. Μαυρωτάς.

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΜΑΥΡΩΤΑΣ (Ειδικός Αγορητής του «Ποταμιού»): Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε.

Δεν ξέρω για εσάς, αλλά εγώ που δεν είμαι επαγγελματίας του χώρου της υγείας, αλλά νομίζω ότι έγινα σίγουρα σοφότερος κατά την ακρόαση των φορέων σήμερα το πρωί και η αίσθησή μου είναι ότι η πλειοψηφία των φορέων αντιμετωπίζει μάλλον επιφυλακτικά το κατατεθέν νομοσχέδιο. Ακούσαμε ανησυχίες, κυρίως για την εφαρμοσιμότητα και την βιωσιμότητα, όχι τόσο για τις προθέσεις.

Ανησυχίες που και εμείς είχαμε καταθέσει στην επί της αρχής συζήτηση και αφορούν τις δυνατότητες κάλυψης τους συστήματος από γενικούς γιατρούς, παιδίατρους, ειδικούς γιατρούς, τη δυνατότητα οικονομικής υποστήριξης μετά την τετραετή κάλυψη από πλευράς ΕΣΠΑ, τη μετατροπή των οικογενειακών γιατρών, ένα σωστό θεσμό και όπως ακούστηκε μπορεί να μεταβληθούν σε «τροχονόμους».

Επίσης, ακούσαμε και ενδιαφέρουσες προτάσεις, όπως αυτές περί της πλήρους ψηφιοποίησης των διαδικασιών, της δημιουργίας υγειονομικού χάρτη. Βέβαια, στο νομοσχέδιο αυτό υπάρχουν σχετικά πράγματα, όπως αυτό με τον Ειδικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας και το οποίο το επικροτούμε.

Το σχέδιο νόμου, λοιπόν, χαρακτηρίζεται και από στελεχώσεις χωρίς κριτήρια, παρατάσεις προθεσμιών, ρυθμίσεις με αναδρομική ισχύ και θα επισημάνω κάποιες από αυτές στην πορεία, στη συζήτηση επί των άρθρων. Για παράδειγμα, στο άρθρο 5 «ο υπεύθυνος για τον συντονισμό των Τ.Ο.Μ.Υ. ορίζεται από τον διοικητή της ΥΠΕ», έτσι απλώς χωρίς κριτήρια. Στη διαβούλευση αυτό που είχε ανέβει είναι ότι «έβγαινε με ψηφοφορία». Τώρα προφανώς έφυγε η ψηφοφορία, αλλά έμεινε μόνο η επιλογή «ο διορισμός από τον διοικητή της ΥΠΕ» και δεν υπάρχουν τα κρατητήρια, τα οποία, νομίζω ότι κάποια θα πρέπει να προστεθούν στο πλαίσιο της διαφάνειας και της αξιοκρατίας.

Στα άρθρα 12 και 13 που έχουν να κάνουν με τη μαιευτική φροντίδα και τους επισκέπτες υγείας. Θα ξεκινήσω με το άρθρο 12 που συγκροτούνται τα δίκτυα των μαιών και των μιαιευτών, όπου λέει ότι ο υπεύθυνος συντονισμού εκλέγεται με ψηφοφορία μεταξύ των μελών του δικτύου.

Στο άρθρο 13 για τους επισκέπτες υγείας, εκεί ο υπεύθυνος συντονισμού του δικτύου ορίζεται μετά πρόσκληση ενδιαφέροντος και αξιολόγηση από Επιτροπή της Υγειονομικής Περιφέρειας.

Αναρωτιέμαι, πραγματικά, αν ο συντάκτης του άρθρου 12 έχει μεγαλύτερη δημοκρατική ευαισθησία σε σχέση με τον συντάκτη του άρθρου 13 που είναι οπαδός της αξιολόγησης. Δηλαδή, για δύο παρόμοιες θέσεις, δύο διαφορετικές διαδικασίες.

Στο άρθρο 15 στην Επιτροπή Σχεδιασμού και Συντονισμού για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας συγκροτείται μια ακόμη Επιτροπή, στην οποία θα μετέχουν 6 επιστήμονες αναγνωρισμένου κύρους από 9 γνωστικά αντικείμενα που ορίζονται από τον Υπουργό. Αναρωτιέμαι, αν εκεί θα έπρεπε να μπει πραγματικά, τουλάχιστον, κάποια εισήγηση από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο ή από συγκεκριμένα τμήματα των πανεπιστημίων.

Εκτός αν συζητάμε για τόσο εγνωσμένου κύρους, που ο εκάστοτε Υπουργός ακόμα και αν δεν έχει γνώση τρέχουσας ηγεσίας του Υπουργείου, θα μπορεί να τους επιλέξει.

Στο άρθρο 19, για το οποίο έγινε αρκετός λόγος το πρωί και στην ακρόαση των φορέων ακούσαμε από φορείς την αντίθεσή τους στο περίφημο gate keeping την υποστήριξή τους, την ελεύθερη επιλογή γιατρού. Ζητήθηκε ακόμη και η απόσυρση του άρθρου από κάποιους. Εμείς με ενδιαφέρον καταγράψαμε κάποιες απόψεις που ακούστηκαν, για κατά κεφαλή αποζημίωση που καθιστά τον ασθενή συγχρόνως και αξιολογητή. Νομίζω από τον κ. Μποδοσάκη το πρωί ακούστηκε αυτό.

 Και εδώ πραγματικά θα ήθελα να ρωτήσω στο θέμα της παραπομπής από τον οικογενειακό γιατρό, αν για παράδειγμα εγώ έχω ένα φίλο καλό ορθοπεδικό που είναι ας πούμε συνεργαζόμενος συμβεβλημένος ιδιώτης, συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ θα μπορώ να πάω κατευθείαν εκεί πέρα; Ή θα πρέπει να πάω στον οικογενειακό γιατρό να μου γράψει παραπεμπτικό και να πάω με αυτό; Και αν θα πάω στο συγκεκριμένο. Αυτό είναι κάτι για το οποίο θα θέλαμε μια απάντηση. Δηλαδή χωρίς παραπεμπτικό δεν μπορώ να πάω; Αν πάω χωρίς παραπεμπτικό, θα πρέπει να πληρώσω και δεν θα μπορεί να αποζημιωθεί το ποσοστό από τον ΕΟΠΥΥ;

Για το άρθρο 21, για τον ατομικό ηλεκτρονικό φάκελο υγείας, είπαμε ότι επικροτούμε και το βρίσκουμε στη σωστή κατεύθυνση και έχουμε ήδη αργήσει και μπράβο που το προχωράμε. Τουλάχιστον το νομοθετούμε. Γιατί η υλοποίηση είναι ένα βήμα το οποίο θα θέλαμε να το δούμε να επιταχύνεται.

Στο άρθρο 24, οι ακαδημαϊκές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ένας τίτλος ωραίος, που έχει να κάνει με τη συνεχή εκπαίδευση της οποίας είμαι και εγώ οπαδός. Όμως, είναι ανάγκη δεν ξέρω φαίνεται από το νομοσχέδιο ότι δημιουργούνται καινούργιες θέσεις. Γίνεται σύσταση νέων θέσεων στις ακαδημαϊκές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Και η απορία μου είναι, γιατί χρειάζονται εφόσον υπάρχει η μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Υπάρχει και το ΑΕΙ, γιατί να δημιουργήσουμε νέες θέσεις. Καλύτερα τις νέες θέσεις να τις έχουμε στην πρώτη γραμμή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και όχι σε αυτές τις υποστηρικτικές κατά τη γνώμη μου, υπηρεσίες. Ακούσαμε και για τις ελλείψεις που υπάρχουν σε θέσεις πρώτης γραμμής.

Στο άρθρο 27, για την ίδρυση του Γενικού Νοσοκομείου Καρπάθου, στο συγκεκριμένο άρθρο το θίγω μόνο και μόνο, γιατί είναι το μόνο στο οποίο βρήκαμε υπουργική απόφαση με προθεσμία, τρίμηνη προθεσμία. Δηλαδή, ότι σε τρεις μήνες θα πρέπει να βγει υπουργική απόφαση. Οι υπόλοιπες 75 υπουργικές αποφάσεις που έχουμε μετρήσει μέσα στο νομοσχέδιο, δεν έχουν την αντίστοιχη προθεσμία και αυτό δημιουργεί ερωτηματικά για την υλοποίηση του συγκεκριμένου νομοσχεδίου. Δηλαδή, καλή είναι η νομοθέτηση, αλλά να λαμβάνουμε μέριμνα και για την υλοποίηση των συγκεκριμένων νομοθετημάτων.

Στο άρθρο 28, για το ιατρικό προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Θήρας, για το οποίο έγινε λόγος και προηγουμένως, το πλαίσιο κινήτρων ειλικρινά δεν ξέρω τι ισχύει για το Αιγαίο και αν ισχύει για όλα τα νοσοκομεία του Αιγαίου, οι ευεργετικές διατάξεις να θεωρείται διπλάσιος ο χρόνος υπηρεσίας για τους επικουρικούς. Αν δεν ισχύει θα πρέπει να το σκεφτούμε στα κίνητρα να το γενικεύσουμε δηλαδή, όχι μόνο για το Αιγαίο, αλλά γενικά για τις άγονες περιοχές.

Στο άρθρο 30, που έχουμε τις μονάδες ημερήσιας νοσηλείας, είχαμε εδώ πέρα και τους εκπροσώπους το πρωί. Συμφωνούμε, ότι συμβάλλουν στην πτώση του κόστους οι Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας και για το σύστημα και για τον πολίτη. Εδώ ακούσαμε από τους φορείς, αλλά και από την Ένωση των Ιδιωτικών Κλινικών ότι με τις συγκεκριμένες διατάξεις πλήττονται όλοι. Είχαν όλοι παράπονα. Οι Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας, λένε τουλάχιστον έτσι ακούστηκε από τους φορείς ότι αποκλείονται από συμβάσεις ΕΟΠΥΥ, και εκεί δεν κατάλαβα αν ισχύει αυτό για τις αυτοτελείς ΜΗΝ ή αν ισχύει για τις ΜΗΝ που εντάσσονται σε κάποιες γενικότερες κλινικές; Ενώ οι ιδιωτικές κλινικές, έθεσαν το θέμα της στρέβλωσης του ανταγωνισμού, γιατί οι μεν έχουν ΦΠΑ, οι άλλες που θεωρούνται πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, δεν έχουν ΦΠΑ για την ίδια ιατρική πράξη. Και αυτό είναι κάτι που θα έπρεπε να μας προβληματίσει.

Για το άρθρο 32, αγγειοχειρούργοι κλπ., ακτινοφυσικοί ιατρικής, για το άρθρο 37, για τους επικουρικούς γιατρούς, για το άρθρο 46 διαιτολόγους – διατροφολόγους θα μιλήσω στην Ολομέλεια ή στη β΄ ανάγνωση, γιατί τώρα βλέπω δεν έχουμε και πολύ χρόνο.

Για το άρθρο 50, για το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας υπάρχει εδώ κάτι, κατά τη γνώμη μου, οξύμωρο. Στα προσόντα του Διοικητή ή του Υποδιοικητή, όταν αυτός είναι γιατρός είμαστε πολύ συγκεκριμένοι, έχουμε συγκεκριμένες ειδικότητες, ενώ όταν είναι κάποιος με οποιοδήποτε άλλο πτυχίο ΑΕΙ δεν απαιτείται κάποια συγκεκριμένη κατεύθυνση, δηλαδή θα μας έκανε και κάποιος για παράδειγμα, φιλόλογος, ναυπηγός, ενώ δεν θα ήταν κατάλληλος για τους γιατρούς κάποιος για παράδειγμα, παιδίατρος ή κάποιος οφθαλμίατρος. Μου φαίνεται ότι η συγκεκριμένη διάταξη είναι φωτογραφική, με την έννοια θα μπορούμε να βάλουμε όποιον θέλουμε από τους πτυχιούχους και περιορίζουμε το αντίστοιχο από τους γιατρούς, αρκεί να έχει μάλλον την εμπειρία στη διαχείριση μαζικών καταστροφών. Οπότε κάποιος εκεί που έχει εμπειρία αυτόματα μπορεί να μπει.

Άρθρο 52 σχετικά με το κίνητρο απόδοσης στο προσωπικό του ΕΟΦ, ακούσαμε και τον εκπρόσωπο των εργαζομένων του ΕΟΦ, ήταν μια διάταξη που είχε έρθει και στο σχέδιο νόμου για την ψυχική υγεία, το συγκεκριμένο, και είχαμε ακούσει όπως και σήμερα ότι αφορά 40 – 50 εργαζομένους και γίνεται λόγος για 700 χιλιάδες ευρώ, οπότε αν κάνουμε τη διαίρεση βγαίνει ένα ποσό 12 – 14 χιλιάδες ευρώ ανά άτομο το χρόνο και δεν ξέρω αν αυτό είναι το μάξιμουμ και πως θα δικαιολογηθεί αυτό. θα τα δούμε όμως αυτά και στη συνέχεια στη συζήτηση στην Ολομέλεια.

Για το άρθρο 53, 55,56 θα μιλήσουμε στην δεύτερη ανάγνωση και στην Ολομέλεια, όπως και για τα ακίνητα του ΕΟΠΥΥ.

 Επίσης, και για το άρθρο 59 θα τοποθετηθούμε στην δεύτερη ανάγνωση και στην Ολομέλεια για το ΕΚΑΒ.

Να πάω λίγο στις ρυθμίσεις θεμάτων μετακινήσεων διοικητών και υποδιοικητών των υγειονομικών περιφερειών στο άρθρο 63, που από τις 60 ημέρες που είναι το συνήθης όριο πηγαίνουμε στις 80 και η απορία είναι γιατί να κάνουμε αυτή την εξαίρεση μόνο για τους διοικητές και τους υποδιοικητές των ΥΠΕ και όχι γενικότερα για τους δημοσίους υπαλλήλους. Είναι δηλαδή κάτι που θα αφορούσε φαντάζομαι μόνο περιοχές που είναι σε παραμεθόριο ή σε νησιωτική χώρα και όχι για αστικές περιοχές.

Για το άρθρο 66 για την εταιρία συστήματος αμοιβών νοσοκομείων την ΕΣΑΝ Α.Ε., που τώρα πια γίνεται ΣΥΚΝΙ, έχει κάποιες ημερομηνίες, για τις οποίες έχουμε πολλές αμφιβολίες ότι θα τηρηθούν. Δεν τηρήθηκαν μέχρι τώρα και πιστεύουμε ότι ούτε τώρα θα τηρηθούν άλλωστε λέγεται και μέσα στο κείμενο το ίδιο ότι με κοινή απόφαση μπορεί να παρατείνεται η ημερομηνία καθολικής εφαρμογής, οπότε να ετοιμαζόμαστε για παράταση.

Στο άρθρο 68 στις προϋποθέσεις φιλοξενίας ατόμων του αυτιστικού φάσματος σε ξενώνες, οικοτροφεία, συμφωνούμε και επιτέλους, αναγνωρίζετε ότι ο αυτισμός μπορεί να μην υποκρύπτει κάποια ψύχωση κ.λπ..

Στο κεφάλαιο 2 που έχει να κάνει ουσιαστικά με το καταστατικό για τους οπτικούς και τους οπτομέτρες, να πούμε σήμερα ότι μπερδευτήκαμε λίγο με τις δύο ενώσεις που εμφανίστηκαν εδώ και οι μεν να συμφωνούν και οι δε να διαφωνούν. Εκεί ίσως θα χρειαστούν λίγο περισσότερες λεπτομέρειες για να το αποσαφηνίσουμε, ποιοι είχαν τη διαβούλευση με το Υπουργείο, ποιοι δεν την είχαν, γιατί δεν την είχαν, που διαφωνούν. Ακούστηκε κάτι για συμβάσεις ΕΟΠΥΥ, φαντάζομαι ότι θα τα διευκρινίσει αυτά ο κ. Υπουργός. Ευχαριστώ πολύ.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει ο κ. Πολάκης.

ΠΑΥΛΟΣ ΠΟΛΑΚΗΣ (Αναπληρωτής Υπουργός Υγείας): Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε.

 Κύριοι συνάδελφοι, αισθάνομαι την ανάγκη να δώσω μερικές απαντήσεις σε πιο συγκεκριμένα άρθρα του νομοσχεδίου. Θα ξεκινήσω από το δεύτερο μέρος, ο συνάδελφος Ανδρέας Ξανθός θα απαντήσει στο πρώτο μέρος του νομοσχεδίου που αφορά στην Πρωτοβάθμια, θα πω κι εγώ δύο - τρία πράγματα, αλλά νομίζω ότι χρειάζεται να πούμε κάποια πράγματα για τα άρθρα από το 27 μέχρι τέλους.

Πρώτον, για το Γενικό Νοσοκομείο Καρπάθου. Ουσιαστικά το ιδρύουμε. Τελειώνει με πόρους του ΕΣΠΑ σε σύντομο χρονικό διάστημα, αυτή τη στιγμή είναι στη φάση περίπου του 85% με 90% της κατασκευής του. Λύθηκαν κάποια ζητήματα που είχαν να κάνουν με τον βιολογικό καθαρισμό και τα λήμματα, τα οποία υπήρχαν εκεί και, μάλιστα, λύθηκαν σε συνδυασμό και με τις ανάγκες της τοπικής κοινωνίας, δηλαδή θα συνδεθεί με το βιολογικό του νησιού μ’ έναν αγωγό ο οποίος θα αποτελέσει και χώρο υποδοχής είτε για σπίτια, είτε για επιχειρήσεις που πρόκειται να αναπτυχθούν σ' αυτή τη ραγδαία αναπτυσσόμενη περιοχή του νησιού και δείχνει πραγματικά πώς συνέργειες από ένα δημόσιο έργο μπορούν να ωθήσουν την ανάπτυξη της τοπικής κοινωνίας και να μη χρειάζεται μετά να ξαναεπενδύεις στις ίδιες υποδομές.

 Σαφώς και παίρνουμε το προσωπικό του Κέντρου Υγείας και σαφώς, όταν θα εκδοθεί ο τελικός του Οργανισμός, όσες θέσεις απαιτηθούν θα υπάρξει δυνατότητα να καλυφθούν, γιατί ουσιαστικά θα είναι ένα μικρό επαρχιακό νοσοκομείο, το οποίο καλύπτει τις ανάγκες μιας περιοχής με 12.000 ως 15.000 πληθυσμό και θα έχει τις βασικές ειδικότητες που περιγράφουν οι Οργανισμοί αυτών των νοσοκομείων. Είναι το δεύτερο νοσοκομείο που θ’ ανοίξουμε, μετά της Σαντορίνης και προχωρώ κατευθείαν σ’ αυτό, που είναι το επόμενο άρθρο.

Η ανάγκη επαναδιατύπωσης των κινήτρων πηγάζει από το γεγονός ότι, παρά το ότι τα είχαμε ψηφίσει στον νόμο του παραλλήλου προγράμματος και που αφορούσαν τα νοσοκομεία της χώρας και απομακρυσμένων και ορεινών περιοχών, επειδή το νοσοκομείο ανήκει στην ΑΕΜΥ, η οποία είναι μονομετοχική Α.Ε. του δημοσίου, δεν καλύπτονταν η Τοπική Αυτοδιοίκηση προκειμένου να προσφέρει παροχές που είναι θεσμοθετημένες για την τοπική κοινωνία.

Δράττομαι της ευκαιρίας να πω κάποια πράγματα γι' αυτό, διότι υπάρχει το Ίδρυμα Νομικού, υπάρχει το τελεφερίκ, που έχουν θεσπίσει κάποιο έσοδο και κάποιον πόρο για τη λειτουργία του νοσοκομείου από παλαιότερα, την περίοδο που ο κ. Γεωργιάδης και ο κ. Βορίδης ετοιμάζονταν να το πουλήσουν, που, όμως, όταν είδαν ότι πήρε μπροστά το νοσοκομείο κάποιοι τοπικοί παράγοντες για να υπονομεύσουν τη λειτουργία του είπαν ότι δεν μας καλύπτει η νομοθετική διάταξη που έχει ψηφιστεί για τα άλλα νοσοκομεία για να εμποδίσουν το Δήμο της Θύρας να πριμοδοτήσει με αυτόν τον τρόπο το ενοίκιο των γιατρών ή του νοσηλευτικού προσωπικού που υπηρετεί εκεί, προκειμένου να βάλουν άλλο ένα πρόσχωμα στη λειτουργία του. Διότι, όπως θα είδατε και από τα στοιχεία που βγήκαν πρόσφατα στη δημοσιότητα, έχει κάνει μια τεράστια σε όγκο δουλειά το νοσοκομείο, με τα προβλήματά του, γιατί όταν το Αττικό ξεκίνησε, δηλαδή, λειτουργούσε σαν Mayo Clinic; Τα νοσοκομεία ισορροπούν στα δύο - τρία χρόνια μετά τη λειτουργία τους. Μπήκε και αξονικός, ξεκίνησαν οι πρώτες δοκιμαστικές αξονικές τις προηγούμενες ημέρες και, γενικά, το νοσοκομείο ανεβάζει σιγά σιγά τη λειτουργία του, αλλά είναι σαφές ότι έκοψε τη μάσα σ’ ένα ιδιωτικό μαγαζί που είχε ανοίξει εκεί, παράρτημα μιας κλινικής των Αθηνών, το οποίο λειτουργούσε με έναν ιδιότυπο τρόπο, Πολυιατρείο, ΜΗΝ ή δεν ξέρω τι - θα πούμε και για τις ΜΗΝ κάποια πράγματα παρακάτω - και το οποίο, βέβαια, έσπασε τοπικά κυκλώματα. Έκοψε ροή χρήματος η οποία κατευθυνόταν προς συγκεκριμένους τομείς της κι έχει πολεμηθεί πάρα πολύ αυτό το νοσοκομείο και, πραγματικά, είναι ντροπή η Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων Δημόσιων Νοσοκομείων να παίζει το ρόλο του πολιορκητικού κριού της δυσφήμισης, υποστηρίζοντας αυτά τα συμφέροντα.

Εδώ έχουμε φτάσει. Εκεί έχουμε καταντήσει σε σχέση με κάποιους εκπροσώπους έρημους και απρόσωπους, επειδή τους κόπηκε η δυνατότητα να παίζουν πελατειακά παιχνίδια με την πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας.

Εμείς λοιπόν, το δηλώνουμε ξεκάθαρα, γι' αυτό περνάμε αυτή τη ρύθμιση για να μπορέσουμε και με επικουρικούς γιατρούς να ενισχύσουμε και περαιτέρω τη λειτουργία του νοσοκομείου και κάνω και από αυτό το βήμα έκκληση, γιατί το βασικό πρόβλημα του νοσοκομείου αυτή τη στιγμή είναι η μη δυνατότητα να βρουν σπίτια να νοικιάσουν σε λογικές τιμές οι 130-140 άνθρωποι που προσλήφθηκαν σε αυτό το νοσοκομείο.

Θέλεις τα MBMB με τη μίσθωση που γίνεται ειδικά τους καλοκαιρινούς μήνες και η οποία αποφέρει πολλαπλάσια κέρδη στους ιδιοκτήτες ακινήτων εκεί, θέλεις ο συνειδητός πόλεμος από ομάδες συμφερόντων εκεί, έχει δημιουργήσει ένα πολύ μεγάλο πρόβλημα και ουσιαστικά δίνουμε τη δυνατότητα στο δήμο να στηρίξει και πραγματικά καλούμε τις υγιείς δυνάμεις αυτής της κοινωνίας να στηρίξουν τη λειτουργία ενός νοσοκομείου, που τόσες χιλιάδες περιστατικά έχει δει μέσα σ' ένα χρόνο και έχει χειρουργήσει.

Επίσης, το άρθρο 29 ουσιαστικά είναι μια μεγάλη παρέμβαση, γιατί από τις 2000 θέσεις για τις οποίες έχουμε πράξεις Υπουργικού Συμβουλίου, 465 τις συστήνουμε ως θέσεις επειγόντων περιστατικών για τα τμήματα επειγόντων περιστατικών στα νοσοκομεία όλης της χώρας, ακριβώς για να ενισχύσουμε το σημείο που πονάει το σύστημα και είναι οι αναμονές στην εφημερία των ασθενών που προσέρχονται και εκεί που γίνεται η πίεση και υπάρχει ο προβληματισμός, η γκρίνια, η μουρμούρα και όλη αυτή η κίνηση.

Τα μεγάλα νοσοκομεία ενισχύονται με έναν αριθμό από 15-20 γιατρούς, ενώ τα μικρότερα νοσοκομεία με έναν αριθμό από τουλάχιστον 4-5 γιατρών και πάνω.

Για να υπάρχει μια αναλυτική κατανομή συστήνουμε τις θέσεις, γιατί δεν προβλεπόταν στους Οργανισμούς και θα προκηρυχθούν αμέσως μετά την ψήφιση με βάση την κατανομή, η οποία έχει γίνει σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας.

Πάμε τώρα στο άρθρο για τις Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας, για τις οποίες ακούστηκαν πολλά.

Είναι η πρώτη φορά που μπαίνει τάξη στο τοπίο.

Θέλετε να κάνω λίγο ιστορία;

Πώς ιδρύθηκαν αυτά;

Όποιος είχε «δόντι» ίδρυε.

Είχε «δόντι» τον Ιατρικό Σύλλογο;

Ίδρυε από εκεί.

Είχε «δόντι» τον τοπικό περιφερειάρχη;

Ίδρυε από εκεί.

Είχαν φτάσει στο σημείο να βγάλει προδιαγραφές λειτουργίας ιατρικές η Τεχνική Υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας.

Εδώ, λοιπόν, μιλάμε για άλλο ένα σκάνδαλο, γιατί είχαμε μια αμαρτωλή Τεχνική Υπηρεσία εκεί στο Υπουργείο.

Επειδή εγώ έχω δουλέψει και στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα και έχω κάνει και δήμαρχος είχα ίδια εμπειρία από αυτή την Τεχνική Υπηρεσία του Υπουργείου, η οποία λειτουργεί με ένα εντελώς διαφορετικό τρόπο τώρα, εδώ και ένα χρόνο.

Είχαν έφτασε κάποιοι μηχανισμοί να εκδώσουν τις προδιαγραφές χωρίς να πάρουν ούτε γνώμη του ΚΕΣΥ ούτε γνώμη από τα επίσημα όργανα, αλλά η Τεχνική Υπηρεσία είχε βγάλει για το αν θα υπάρχει αναισθησιολόγος ή όχι.

Το έχετε δει πουθενά αυτό;

Τώρα, λοιπόν, μπαίνει τάξη στο τοπίο.

Λέμε, ότι μπορεί να ιδρύονται Μ.Η.Ν. σε δημόσια νοσοκομεία και σε στρατιωτικά και σε πανεπιστημιακά, οι οποίες θα μπορούν να κάνουν επεμβάσεις και με γενική και με επισκληρίδιο ή ραχιαία αναισθησία πέρα από την τοπική, το ίδιο μπορούν να κάνουν και οι ιδιωτικές κλινικές.

 Από εκεί και πέρα βάζουμε το θεσμό των αυτοτελών Μ.Η.Ν. και εδώ θα πρέπει να ξεκαθαρίσουμε μερικά πράγματα.

Θέλουμε να δώσουμε ένα κίνητρο σε κάποιους μεσαίους επαγγελματίες γιατρούς, οι οποίοι να μπορούν κάποιες συγκεκριμένες επεμβάσεις να τις κάνουν σε τέτοιες μονάδες ημερήσιας νοσηλείας, που λέμε ότι θα γίνονται μόνο με τοπική αναισθησία.

Αυτές, λοιπόν, οι επεμβάσεις για τις οποίες, όμως, θα υπάρχει κατάλογος εγκεκριμένος από το ΚΕΣΥ, που να έχει βγει και να το έχουμε υπογράψει εμείς, όπως γίνεται τώρα για την οφθαλμολογία και για την πλαστική χειρουργική καταρχήν θα εφαρμοστεί αυτό και βλέπουμε για τις επόμενες, γιατί δεν θέλουμε να οδηγηθούμε σε μία κατάσταση να κάνουμε εκπτώσεις σε διαμερίσματα.

Κύριε Μπαργιώτα, ξέρω τι λέω και ξέρετε και εσείς τι λέω…..

Όλοι έχουμε ορίσει, λοιπόν, για αυτές τις δύο ειδικότητες και λέμε, ότι αυτές είναι πρωτοβάθμιες γιατί είναι με τοπική αναισθησία, δεν έχει διανυκτέρευση, γι' αυτό και δεν μπαίνουν στο άλλο καθεστώς Φ.Π.Α και γι' αυτό είναι και μοναδικές.

Δεν συστεγάζονται με άλλες. Δεν θέλουμε και το λέω μια και καλή και το ξεκόβουμε. Το θέμα των αυτοτελών ΜΗΝ δεν το κάνουμε για τον εξής λόγο. Γιατί θα είναι ο τρόπος με τον οποίο οι ιδιωτικές κλινικές ή ο μεγάλος ιδιωτικός τομέας χρησιμοποιώντας μπροστάντζα κάποιους άλλους να φτιάξει τέτοιες ΜΗΝ για να πέσει στην άλλη κατηγορία δαπάνης και φορολογίας σαν πρωτοβάθμια, ενώ του δίνετε η δυνατότητα να κάνει ΜΗΝ που να μπορεί να κάνει και η γενική και ραχιαία και τελειώσαμε. Όποιος το κατάλαβε, το κατάλαβε.

 Υπάρχουν μια σειρά από άρθρα τα οποία λειτουργούν και αυτά σαν κίνητρα, για τους ειδικευόμενους γιατρούς σε σχέση με την παράταση που τους δίνουμε τη δυνατότητα, ακόμη και αν δεν υπάρχει κενή θέση στην κλινική που έκανε ειδικότητα, αλλά υπάρχει σε μια διπλανή κλινική του παθολογικού τομέα ή σε άλλο νοσοκομείο της ίδιας πόλης και της υγειονομικής περιφέρειας, να μπορεί να παρατείνεται η θητεία ακόμη και όταν έχει λήξει η ειδικότητα, σαν μέτρο του να μπορεί να παραμένει κόσμος που έχει εκπαιδευτεί στα νοσοκομεία.

 Ρυθμίζουμε, επίσης, κάποια ζητήματα που έχουν να κάνουν με την ειδίκευση της αγγειοχειρουργικής, που αφορά κάποιους συναδέλφους που έρχονται από το παρελθόν και αναγκάζονται να κάνουν ένα χρόνο παραπάνω ειδικότητα.

 Ρυθμίζουμε τους όρους εκπαίδευσης για την απόκτηση άδειας άσκησης επαγγέλματος του φυσικού νοσοκομείου και ακτινοφυσικού εναρμονιζόμενοι με το πλαίσιο της Ε.Ε..

Λύνουμε ένα θέμα που αφορούσε επικουρικούς γιατρούς που τοποθετούνταν σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας είτε ενηλίκων είτε νεογνών να προσμετράται ως χρόνος εξειδίκευσης και η θητεία τους ως επικουρικοί γιατροί, προκειμένου να δώσουν εξετάσεις και να πάρουν την άδεια της εξειδίκευσης.

Το άρθρο 35 έχει μια σοβαρή ρύθμιση που ουσιαστικά λύνει ένα πρόβλημα που δημιουργούσε μεγάλη καθυστέρηση. Γιατί ξέρετε, έχουν βγει μαζικά κάποιες θέσεις. Μπορεί εγώ να βάλω σε τρεις θέσεις. Να βγει πρώτη μια, να την πάρω και μετά επειδή θα πάρω και την επόμενη να παραιτηθώ. Για τη θέση από την οποία παραιτούμαι έπρεπε να γίνει νέα προκήρυξη. Τώρα νομοθετούμε ότι καλείται από τον αξιολογικό πίνακα ο δεύτερος, ο τρίτος, ο τέταρτος με βάση την κατάταξη που υπήρχε στο συμβούλιο χρήσης. Γιατί αυτό επιταχύνει πολύ τη διαδικασία και να πας στη διαδικασία του να ξανακάνω την κρίση από την αρχή.

Επίσης, σαν ένα κίνητρο, για τη διεκδίκηση θέσεων διευθυντών στο ΕΣΥ, αίρουμε την υποχρέωση που υπήρχε, να παραιτείται ένας επιμελητής Α΄ που διεκδικεί θέση διευθυντή από τη θέση που ήδη υπηρετεί τώρα, που λειτουργούσε σαν αντικίνητρο σε κάποιους έμπειρους επιμελητές Α΄ να διεκδικήσουν θέση διευθυντή σε κάποιο άλλο νοσοκομείο της περιφέρειας από αυτή που δούλευαν ή και στο ίδιο νοσοκομείο που ήταν.

Για τους γιατρούς δημόσιας υγείας στο άρθρο 38, λύνουμε ένα θέμα που είχε δημιουργηθεί εκ παραδρομής στον τελευταίο νόμο για το ιατρικό μισθολόγιο, που ψηφίστηκε στα ειδικά μισθολόγια, όπου από λάθος είχαν εξαιρεθεί των προβλέψεων οι ιατροί δημόσιας υγείας που υπηρετούσαν μέσα στην κεντρική δομή του Υπουργείου Υγείας. Αυτοί, έτσι όπως διατυπώθηκε το άρθρο πρακτικά εξαιρούνταν από τα επιδόματα, τα οποία έπαιρναν οι συνάδελφοί τους που δούλευαν στις περιφερειακές διευθύνσεις.

Λύνουμε κάποια ζητήματα σε σχέση με την απαλλαγή από υπηρεσία υπαίθρου γι΄αυτους που κάνουν στοματική και γναθοπροσωπική χειρουργική, καθώς απαιτείται η λήψη δύο πτυχίων και ιατρικής και οδοντιατρικής, άρα έχουν διπλάσιο χρόνο και ουσιαστικά τους προσθέτουμε στις ειδικότητες που εξαιρούνται από την υποχρέωση της υπηρεσίας υπαίθρου.

Τακτοποιούμε τη σειρά που θα γίνεται η επιλογή σε κενές θέσεις που προκηρύσσονται είτε με την προκήρυξη είτε με πρόσκληση ενδιαφέροντος ανάμεσα στους γενικούς γιατρούς, τους υπόχρεους θητείας αγροτικού ιατρείου ή σ΄ αυτούς που είναι επί θητεία, που κάνουν, δηλαδή, δεύτερο αγροτικό ιατρείο με βάση το ποια θα είναι η αξιολογική σειρά που θα προτιμώνται αναλόγως αν είναι προκήρυξη ή πρόσκληση.

Δίνουμε τη δυνατότητα με το άρθρο 40 και σε υπαλλήλους ΙΔΑΧ που υπηρετούν σε Ν.Π.Δ.Δ. ή εποπτευόμενα από το Υπουργείο Υγείας, εφόσον έχουν πάρει πτυχίο της ιατρικής να μπορούν να μεταταγούν και αυτοί, γιατί μέχρι τώρα η ρύθμιση που υπήρχε αφορούσε μόνο τους μόνιμους δημοσίους υπαλλήλους, αλλά υπάρχουν και αρκετοί που είναι ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου, που μπορεί να έχουν πάρει το πτυχίο της ιατρικής και στο βαθμό που κάνουν ειδικότητα να μπορούν να μεταταγούν και αυτοί σε κενή θέση ιατρού ή οδοντίατρου.

Η ρύθμιση που επιτρέπουμε στο κατέχοντα βαθμό διευθυντή να διεκδικεί τη θέση και του προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου θα κοιτάξουμε να επεκταθεί και στις άλλες δομές, στο διευθυντή τομέα ή στο διευθυντή ιατρικής υπηρεσίας. Παρατείνουμε το όργανο το οποίο θα κάνει την κρίση για την μονιμοποίηση των συγκεκριμένων γιατρών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Δίνουμε τη δυνατότητα, προσέξτε, γιατί ακούσαμε πάλι με τον μπλοκάκι, ναι υπάρχουν κάποια νοσοκομεία στα οποία συνταξιοδοτούνται κάποιοι συγκεκριμένοι υπάλληλοι για τους οποίους δεν υπάρχει δυνατότητα άμεσης επαναπροκήρυξης μόνιμου προσωπικού το οποίο, όμως, πρέπει να καλυφθεί αυτή η ανάγκη. Επειδή δεν θέλουμε να καλύψουμε την ανάγκη με συνεργεία, τα οποία θα πάρουμε απέξω, δίνουμε τη δυνατότητα με αιτιολογημένη υποβολή πρότασης προς το Υπουργείο από τις συγκεκριμένες διευθύνσεις να μπορεί να καλύψει αυτή την ανάγκη παροδικά μέχρι να προκηρυχθεί η θέση με τον έναν ή τον άλλον τρόπο, με το δελτίο παροχής υπηρεσιών. Αυτό έχει λύσει προβλήματα στους συγκεκριμένους. Γίνεται για τους γιατρούς σήμερα, γίνεται για νοσηλευτές, προσθέτοντας κάποιες ειδικότητες. Ειδικά αυτό αφορά απομακρυσμένα νοσοκομεία που μπορεί με αυτόν τον τρόπο να καλύψουν οξείες ανάγκες που έχουν σε συγκεκριμένες ειδικότητες για τις οποίες δεν υπάρχει δυνατότητα άμεσης κάλυψης τους, αλλά δημιουργείται μεγάλη δυσλειτουργία στα νοσοκομεία.

Για τις νοσηλευτικές ειδικότητες και τα νοσηλευτικά πρωτόκολλα απλουστεύουμε μια σειρά από τις διαδικασίες που ορίζονται οι νοσηλευτικές ειδικότητες και μεταφέρουμε και αυτές τις αρμοδιότητές στο συμβούλιο ανάπτυξης νοσηλευτικής, την ΕΣΑΝ Α.Ε.. Λύνονται κάποια προβλήματα που έχουν να κάνουν με τις ιατρικές εξετάσεις για άδεια οδήγησης σε περιοχές που δεν υπάρχει απογευματινή λειτουργία των δημόσιων δομών.

Λύνουμε και ομογενοποιούμε το θέμα με τον τρόπο, δεν το έχετε καταλάβει καλά, συνάδελφε, Λαμπρούλη, για την προμήθεια φαρμάκων από ιδιωτικές κλινικές που ουσιαστικά τους λέμε ότι θα χρεώνουν με ενιαίο τρόπο και προς τον ΕΟΠΥΥ, αλλά και προς τον ασθενή, εάν η ιδιωτική δαπάνη, ένα φάρμακο που το αγοράζουμε με ένα συγκεκριμένο τρόπο και όχι να βάζουμε ένα κέρδος. Αυτό λέει και περιγράφει αυτό το άρθρο και το σε ποια τιμή.

Το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας ουσιαστικά το βάζουμε σε μια καινούργια βάση, γιατί ήταν ένα ερμαφρόδιτο καθεστώς, ήταν υποτίθεται μια διεύθυνση, αλλά ήταν και κάτι που ήταν εκτός και λειτουργούσε με εφημερίες που πληρωνόταν και υπερωρίες μέσω του ΚΕΕΛΠΝΟ, που δεν τις ήλεγχε κανένας. Το συγκροτούμε στα πλαίσια του Οργανισμού του Υπουργείου Υγείας, ως αυτοτελής δημόσια υπηρεσία, η οποία υπάγεται απευθείας στον Υπουργό. Για αυτό ορίζουμε διοικητή και υποδιοικητή, διότι έχει να χειριστεί κρίσεις.

Έχει προσφέρει πολλά το ΕΚΕΠΥ σε κρίσιμες φάσεις, καθημερινά προσφέρει, όπως και το ΕΚΑΒ, γιατί παίζει το ρόλο του συντονισμού των υγειονομικών δομών. Ήταν καθοριστικός ο ρόλος τους και στην προχθεσινή κρίση μετά το σεισμό στην Κω, έτσι που ανέλαβε να συντονίσει μια σειρά από πράγματα, μαζί με το ΕΚΑΒ. Πραγματικά νομίζω ότι λειτούργησε άριστα ο κρατικός μηχανισμός και στις υγειονομικές υπηρεσίες που έπρεπε να προσφερθούν σε πραγματικά πολύ γρήγορους χρόνους. Πρέπει να ξαναπώ τα συγχαρητήρια μου και στο ΕΚΑΒ και στο νοσοκομείο της Κω και στο ΕΠΕΠΥ και στην Πυροσβεστική και στην Πολεμική Αεροπορία και σε όλους όσους ενεπλάκησαν στην αντιμετώπιση των συνεπειών του σεισμού.

Έχει να κάνει πολλά και ουσιαστικά το συγκροτούμε με αυτόν τον τρόπο και βέβαια κόβουμε αυτό το μαύρο ομφάλιο λώρο που είχε μέσω του ΚΕΕΛΠΝΟ, διότι ουσιαστικά θα αμείβουμε τους γιατρούς ή το υπόλοιπο προσωπικό που θα κάνει βάρδιες 24ωρες, 8ωρες ή 16ωρες στο ΕΚΕΠΥ, με βάση το τιμολόγιο των αμοιβών των εφημεριών για τους γιατρούς του ΕΣΥ αναλόγως το βαθμό που θα έχουν και τις υπερωριακής απασχόλησης του υπόλοιπου προσωπικού καλύπτοντάς τα από τον προϋπολογισμό της Κεντρικής Υπηρεσίας του Υπουργείου Υγείας.

Ενδεικτικά μόνο να σας αναφέρω ότι όταν αναλάβαμε την κυβέρνηση είχαμε δει τιμολόγια πληρωμής του ΚΕΕΛΠΝΟ εφημεριών προς το προσωπικό του ΕΚΕΠΥ τότε, το οποίο είχε δεκάδες μαϊμού άδειες που έφθαναν γύρω στις 100.000 ευρώ το μήνα, χοροστατούντος και του κ. Ευσταθίου, που ήταν διοικητής του ΕΚΕΠΥ.

Το πραγματικό κόστος που αυτή τη στιγμή πληρώνουμε και πού θα πάει και παρακάτω με βάση το όπως το ρυθμίζουμε, είναι 37 με 38 χιλιάδες ευρώ το μήνα, για να καταλάβετε δηλαδή το γλέντι που είχε γίνει, γιατί όποια πέτρα και αν σηκώσεις, έχει και μια μίζα από κάτω, αυτή η δουλειά γίνεται. Απλά ήθελα να πω δύο-τρία πράγματα για το ΕΚΕΠΥ και για τον τρόπο με τον οποίον μετατρέπουμε τώρα την οργανική του κατάσταση. Αποδίδουμε το κίνητρο απόδοσης στο προσωπικό του ΕΟΦ, που είχε πραγματικά ενταχθεί.

ΙΑΣΟΝΑΣ ΦΩΤΗΛΑΣ (Εισηγητής της Ν.Δ.): *Ομιλεί μη ακουώμενος*.

ΠΑΥΛΟΣ ΠΟΛΑΚΗΣ (Αναπληρωτής Υπουργός Υγείας): Ακριβώς, αυτό εννοούμε, το λέμε και είναι ουσιαστικά ο τρόπος με τον οποίον ξεπεράσαμε μια συγκεκριμένη δυνατότητα, είναι λάθος ο τίτλος, είχε συμπεριληφθεί και στο προηγούμενο νομοσχέδιο και από νομοτεχνικό λάθος, είχε βρεθεί εκτός. Με το άρθρο 53, επίσης λύνουμε ένα πρόβλημα το οποίο υπάρχει, γιατί θυμάστε, με την ψήφιση του νόμου 4238/2014 το σύνολο του μόνιμου και σε σχέση εργασίας ΙΔΑΧ ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού των μονάδων υγείας του ΕΟΠΥΥ, βρέθηκε, έφυγε, μπήκε σε διαθεσιμότητα, έκανε κ.τ.λ, και έμειναν 98 γιατροί, οδοντίατροι και φαρμακοποιοί στον ΕΟΠΥΥ, οι οποίοι δεν φθάνουν για να καλύψουν τις ανάγκες του, γιατί είναι και μερικής απασχόλησης, είναι τετράωρη.

Τους κάνουμε οκταώρους με πλήρης αποδοχές, είναι μικρή η επιβάρυνση. Τους κάνουμε πλήρους απασχόλησης, δεν είναι αποκλειστικής ακόμη, θα γνωμοδοτηθεί στην πορεία αυτό. Τους κάνουμε πλήρους απασχόλησης, γιατί με τις τέσσερις ώρες, πρακτικά δεν γίνεται δουλειά, η επιβάρυνση του οργανισμού είναι πολύ μικρή σε σχέση με το έργο το οποίο θα προσφέρουν και βέβαια, είμαστε στη διαδικασία έκδοσης Πράξης Υπουργικού Συμβουλίου, για την πρόσληψη περίπου 200 ανθρώπων με συμβάσεις εργασίας ορισμένου χρόνου, που θα βοηθήσουν το ελεγκτικό έργο του οργανισμού.

Στο άρθρο 54, επίσης είναι πολύ σοβαρό, διότι δίνει τη δυνατότητα να συμψηφίζει οφειλές ο ΕΟΠΥΥ, με τους αντίστοιχους ασφαλιστικούς οργανισμούς άλλων ευρωπαϊκών χωρών, όπου είχε ψηφιστεί ως δυνατότητα, αλλά δεν μεταφράστηκε ποτέ στην πραγματικότητα. Αυτό προσφέρει αύξηση της ρευστότητας του ΕΟΠΥΥ, γιατί δεν αναγκάζεται να πληρώνεις, συμψηφίζεις με αντίστοιχες δαπάνες που έχεις και ειδικά με χώρες με τις οποίες έχουμε μεγάλη τουριστική κίνηση και το οποίο αυτό είναι ένα μεγάλο βήμα εξορθολογισμού και βελτίωσης των οικονομικών του οργανισμού.

Το ίδιο συμβαίνει και με το άρθρο για τις δαπάνες υγείας των δημοσίων υπαλλήλων του ελληνικού δημοσίου, οι οποίοι δουλεύουν σε Πρεσβείες του εξωτερικού και που ορίζεται η διαδικασία με την οποία θα γίνεται η εκκαθάριση των δαπανών. Αλλάζουμε το Δ.Σ. του ΕΟΠΥΥ, γιατί εκεί είχε μια ιστορική παγκόσμια πρωτιά, ο Αντιπρόεδρος δεν ήταν μέλη του Δ.Σ. του οργανισμού και δεύτερον, επίσης δεν είχε εκπρόσωπο των εργαζομένων, όπου και βάζουμε για πρώτη φορά και επίσης καταργούμε το λεγόμενο κυβερνητικό επίτροπο.

ΙΑΣΟΝΑΣ ΦΩΤΗΛΑΣ (Εισηγητής της Ν.Δ.): *Ομιλεί μη ακουώμενος*.

ΠΑΥΛΟΣ ΠΟΛΑΚΗΣ (Αναπληρωτής Υπουργός Υγείας): Όχι, έχουμε έναν εκπρόσωπο ανάμεσα από ασφαλισμένους και συνταξιούχους και όχι έναν από τους ασφαλισμένους, έναν από τους συνταξιούχους, όπως και για τους εργοδότες επίσης. Στο Δ.Σ. καταργούμε τον κυβερνητικό επίτροπο, όπου ήταν υποτίθεται ο αντιπρόσωπος του Υπουργείου Υγείας και δεν είχε δικαίωμα ψήφου, ο οποίος αντικαθίσταται με κάποιον Διευθυντική ή Τμηματάρχη από το Υπουργείο Υγείας, με δικαίωμα ψήφου στο συμβούλιο του οργανισμού και επίσης, με το άρθρο 57, αυξάνουμε σε 11 τις περιφερειακές διευθύνσεις του ΕΟΠΥΥ στην Αττική, διότι από φέτος έχουν αναλάβει και τη διαδικασία, από τη στιγμή που συγκροτήθηκε ο ΕΦΚΑ, όλο το έργο της εκκαθάρισης των ατομικών δαπανών υγείας που έκαναν οι υπηρεσίες του Ι.Κ.Α. ή των άλλων ταμείων, τώρα μεταφέρθηκε στον ΕΟΠΥΥ, όπου έχουν μειωθεί τα σημεία εξυπηρέτησης.

ΙΑΣΟΝΑΣ ΦΩΤΗΛΑΣ (Εισηγητής της Ν.Δ.): *Ομιλεί μη ακουώμενος*.

ΠΑΥΛΟΣ ΠΟΛΑΚΗΣ (Αναπληρωτής Υπουργός Υγείας): Συμφωνείτε, αλλά αυτά τα περνάτε έτσι, τα οποία όμως είναι μια πολύ μεγάλη βελτίωση στην πραγματικότητα. Απ' ότι βλέπω κ. Φωτήλα, μέχρι στιγμής, αυτά τα ψηφίζεται όλα. Έτσι, μπράβο. Πάμε παρακάτω, έτσι, ανοιχτά απ΄ ότι βλέπω τα ψηφίζετε. Στο άρθρο 58 λύνουμε ένα τεράστιο καρκίνωμα της ελληνικής γραφειοκρατίας, τεράστιο, για το οποίο δεν υπήρχε πολιτική επιλογή να λυθεί. Και ξέρετε γιατί δεν υπήρχε πολιτική επιλογή για να λυθεί; Διότι κάθε διοίκηση οργανισμού, ένας τρόπος για να βγάζει μαύρα, τα λέω εγώ έτσι, γιατί δεν μπορώ να τα πω αλλιώς, ήταν να νοικιάζει κτίρια και να κάνει deal με κάποιους ιδιώτες.

Τώρα και ο ΕΦΚΑ έχει κτίρια, και ο ΕΟΠΥΥ έχει κτίρια και σε πάρα πολλές περιοχές νοικιάζει, είτε ο ΕΦΚΑ είτε, ο ΕΟΠΥΥ. Ενώ ή έχει ο ΕΟΠΥΥ κενό ή έχει ο ΕΦΚΑ κενό. Τους δίνουμε τη δυνατότητα τώρα, να μπορούν να το ανταλλάξουν δωρεάν. Να μπορούν να το ανταλλάξουν και αυτό είναι τεράστια μείωση λειτουργικών δαπανών. Γιατί δεν προχώραγε τόσα χρόνια αυτό; Ποτέ δεν προχώρησε, γιατί είναι αυτό που σας είπα. Και άμα αρχίσουν να «βγαίνουν» και κάτι ακίνητα του Γηροκομείου «στη φόρα» και που έχουν νοικιαστεί και πώς έχουν νοικιαστεί, θα τα βγάλουμε. Βλέπεις να κρύβουμε τίποτα;

Έπειτα, υπάρχουν μια σειρά από ρυθμίσεις του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας και έχει να κάνει με την άδεια των ιδιωτικών ασθενοφόρων που χρειαζόμαστε. Εμπλέκουμε το ΕΚΑΒ στο να πιστοποιεί ότι όντως αυτό το ιδιωτικό ασθενοφόρο που μπαίνει σε κίνηση και λειτουργία, τηρεί τις προδιαγραφές για την ασφαλή μεταφορά των ασθενών.

Υπάρχουν κάποιες ρυθμίσεις για το Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας σε σχέση με τον διευθυντή και τον επιστημονικό υπεύθυνο.

Επίσης, για το θέμα των εφημεριών. Υπάρχουν ακόμα και πληρώνουμε αμαρτίες του παρελθόντος. Είναι μια σειρά από νοσοκομεία τα οποία οφείλονται εφημερίες, είτε τακτικές, είτε πρόσθετες που δίνουμε τη δυνατότητα να ρυθμιστούν από τα έσοδα τα οποία έχουν τα νοσοκομεία, είτε από τον τακτικό προϋπολογισμό, είτε από τον ΕΟΠΥΥ.

Επίσης, ρυθμίζουμε ένα άλλο θέμα το οποίο καταργήθηκε, για τις μετακινήσεις των διοικητών και των υποδιοικητών, γιατί έχουμε τώρα την 2η ΥΠΕ, η οποία έχει όλα τα νησιά του Αιγαίου. Στο πλαίσιο των περικοπών «μαζί με τα ξερά κάηκαν και τα χλωρά», από παλαιότερες ρυθμίσεις.

Επίσης, με το άρθρο 64, λύνουμε με έναν μόνιμο τρόπο ένα πράγμα που δημιουργεί προβλήματα, έχει δημιουργήσει και φέτος προβλήματα. Είναι ότι πρέπει οι αποφάσεις για τον αριθμό των ωρών της υπερωριακής απασχόλησης του λοιπού προσωπικού νοσοκομείων, είτε των εφημεριών του λοιπού επιστημονικού προσωπικού νοσοκομείου, πλην γιατρών, πρέπει να βγαίνουν μέχρι το Δεκέμβρη της προηγούμενης χρονιάς. Με τους ρυθμούς της ελληνικής γραφειοκρατίας, αυτό δεν γίνεται πρακτικά. Οπότε, εκδίδονται οι αποφάσεις του Γενάρη ή αρχές του Φλεβάρη για το κάθε νοσοκομείο, ενώ έχει τα χρήματά και βέβαια, ο Επίτροπος βρίσκει αφορμή και δεν υπογράφει το ένταλμα. Οπότε ουσιαστικά λέμε ότι οι αποφάσεις αυτές μπορούν να εκδίδονται και αργότερα, με αναδρομική ισχύ από την 1/1 του έτους που διανύεται, για να λυθεί μια και καλή αυτό το πρόβλημα και να μην έχουμε αυτή τη «μουρμούρα» την οποία δυστυχώς δημιουργούν μια σειρά από Επίτροποι «πατώντας» σε αυτή τη νομοθέτηση που υπήρχε μέχρι τώρα.

Απαλλάσσουμε τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας από τα Τέλη Χαρτοσήμου.

Για την ΕΣΑΝ Α.Ε. θα μιλήσει ο κ. Ξανθός. Αφήστε αυτά τώρα που άκουσα και προηγουμένως. Βγάλαμε τους ιδιώτες από την ΕΣΑΝ, είναι μόνο μετοχικοί του δημόσιου η ΕΣΑΝ, θα ρυθμίσει και θα κοστολογήσει- τους βγάλαμε τους υπόλοιπους ιδιώτες είναι μόνο μετοχικοί του δημόσιου- όπως είναι η ΑΕΜΙ, αφήστε τα αυτά, ρυθμίζουμε το διοικητικό της και κάνει μια κοστολόγηση των πράξεων για να μπορέσουμε να παράξουμε και τα ελληνικά DRG’s και όχι να αντιγράψουμε τα ξένα, τα οποία μας είχαν φέρει τα προηγούμενα χρόνια.

Περνάω πιο γρήγορα κάποια πράγματα που έχουν να κάνουν με την μετονομασία του Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων.

Για τις προϋποθέσεις, για το να μπορούν να νοσηλεύονται κάποια παιδιά του αυτιστικού φάσματος χωρίς να έχει προηγηθεί η νοσηλεία τους για τρεις μήνες σε νοσοκομεία κ.λπ..

Ρυθμίζουμε πάλι- ανικαριές δικές σας είναι αυτές- τις οφειλές της ΥΠΕ και του ΕΟΠΥΥ προς την Δ.Ε.Η. Α.Ε. για τους γιατρούς που έχουν περάσει κι από κει, το ρυθμίσουμε κι αυτό. Τι έχετε αφήσει; Έχετε αφήσει μια κοινωνία με «πληγές», γιατί όπου και να κοιτάξουμε πρέπει κάτι να επουλώσουμε.

Και βέβαια, το άρθρο 73. Θα μείνω λίγο σ’ αυτό το άρθρο, γιατί ακούσαμε πολλά και όλη μέρα ακούμε, οπότε τώρα πρέπει να τα πούμε και εμείς.

Θυμάστε τη συζήτηση και ήταν και ο κ. Μητσοτάκης που του έφερνε ο κ. Αδωνις μαζί με τον κ. Βορίδη ότι να, η Υπουργική Απόφαση λέει, που είχαμε υπογράψει τότε και καλύπταμε τους ανασφάλιστους και έβγαζε βέβαια ο Πρωθυπουργός το «κοστουμάκι» που υπογράφανε στο Βενιζέλειο στην Κρήτη, ότι μπαίνω μέσα με δικιά μου ευθύνη και αυτά θα τα πληρώσω και αν δεν τα πληρώσω θα πάνε στην εφορία.

Αυτό το άρθρο είναι η απόδειξη του ότι δεν είχατε κάνει απολύτως τίποτα. Είχατε πετάξει στον Καιάδα 2.500.000 κόσμο και στον οποίο, από αυτόν τον κόσμο που τόλμησε να πάει και συνήθως πήγαινε σε εφημερία για οξύ πρόβλημα, και τελικά του στείλανε το «μπουγιουρντί» στην εφορία το οποίο το βεβαίωσε. Το οποίο είναι 28 εκατομμύρια ευρώ. Τόσα έχουμε μετρήσει μέχρι τώρα και τα διαγράφουμε. Είναι όλα πριν του 2015.

Είναι και μετά πάρα πολλά και επίσης υπάρχουν πάρα πολλά, τα οποία ήταν στο νοσοκομείο και δεν έχουν πάει και τα οποία βέβαια δεν θα πάνε στην εφορία. Νομίζω ότι ολοκληρώνουμε με αυτό το άρθρο την παρέμβαση για την καθολική κάλυψη του πληθυσμού. Μια τελευταία κουβέντα για τους οπτικούς και τους οπτομέτρες. Επειδή εμένα μου αρέσει να μιλάω ανοικτά, ο ένας σύλλογος καλύπτει 100 και ο δεύτερος καλύπτει 1500 άτομα και βάλε. Δεν μπορούσαμε να αποκλείσουμε κανέναν από το να έρθει το θέμα είναι το εξής. Είναι όπως είπε ο Σύλλογος που καλύπτει τη συντριπτική πλειοψηφία των οπτικών και των οπτομετρών της χώρας. Το αίτημα της δημιουργίας νομικού προσώπου είναι πάγιο αίτημά τους εδώ και πάρα πολύ καιρό.

Δεύτερον, οι συγκεκριμένοι συνάδελφοι που ήρθαν και είπαν ότι δεν έχουμε επαγγελματικά δικαιώματα, ήδη έχουμε κάνει αποδεκτή και έχει πάρει το δρόμο για να δημοσιευτεί την εισήγηση του ΚΕΣΥ που μετά από πάρα πολλά χρόνια, με βάση την εισήγηση που μας έκανε το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας, τους αναγνωρίζει το δικαίωμα υπό την εποπτεία Οφθαλμιάτρου να μπορούν να κάνουν μετρήσεις οπτικής οξύτητας αυτό που ζητούσαν δηλαδή ως οπτομέτρες. Αυτό γίνεται για πρώτη φορά και δεν το ήξεραν. Τρίτον, ο λόγος που αρνούνται είναι ο εξής. Δίνουμε 50 εκατομμύρια ευρώ το χρόνο για τα γυαλιά από τον ΕΟΠΥΥ και αυτά τα έδινε ο ΕΟΠΥΥ μέχρι τώρα τα δίνει και τώρα γιατί τώρα γίνεται η αλλαγή του συστήματος στους ασθενείς οι οποίοι πήγαιναν, συνταγογραφούνταν ότι δικαιούνταν γυαλιά, πήγαιναν, τα πλήρωναν, τα κατέθεταν στον ΕΟΠΥΥ και τα έπαιρναν. Το πόσα γυαλιά ηλίου έχουμε πληρώσει για γυαλιά μυωπίας και γυαλιά πρεσβυωπίας ον ουκ έστι αριθμός. Να εξηγούμαστε για να μην παρεξηγούμαστε. Επίσης και οι οπτικοί και οι οπτομέτρες με την δημιουργία του νομικού προσώπου θα υπογράψουν μια ενιαία σύμβαση, όπως έχουν κάνει οι φυσικοθεραπευτές, όπως κάνουν οι οδοντοτεχνίτες με τον ΕΟΠΥΥ, για να αποζημιώνει ο ΕΟΠΥΥ απευθείας αυτούς και όχι τους ασθενείς, οι οποίοι έχουν προκαταβάλει σε αυτούς το ποσό. Υπάρχει ένα κομμάτι που δεν το θέλει. Ας μην το θέλει, θα γίνει. Διότι με το να μη γίνει αυτή η διαδικασία της σύμβασης, μένει ανοικτό το πεδίο, αυτό που γινόταν μέχρι τώρα. Αυτός είναι και ένας λόγος που ορισμένοι επαγγελματίες από την ειδική αγωγή αρνούνταν να κάνουν συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ. Γι’ αυτό φτιάξαμε και την επιτροπή, η οποία κατέληξε σε συγκεκριμένες παθήσεις, σε συγκεκριμένο αριθμό θεραπειών και χρονικό διάστημα αυτών και που με βάση αυτό πλέον θα αποζημιώνει ο οργανισμός τους παρόχους των υπηρεσιών αυτών και όχι τους ασθενείς, όπως κάνει μέχρι και σήμερα, που δεν έχει γίνει ακόμα αλλαγή του συστήματος σε αυτές τις δύο κατηγορίες οπτικούς και κάποιους επαγγελματίες ειδικής αγωγής το οποίο θα γίνει όμως μέχρι τέλος του χρόνου, γιατί έτσι μπαίνουμε πια σε μια άλλη φάση ανάπτυξης του οργανισμού, η οποία επιτρέπει έναν άλλο έλεγχο. Ολοκληρώνεται αυτές τις μέρες και ο ενιαίος κανονισμός παροχών του οργανισμού ΕΚΠΥ, ο οποίος έχει αλλάξει λογική, δηλαδή δεν λέει δίνω τόσα για αυτή την πάθηση δεν λέει δίνω τόσα για επιθέματα το μήνα γιατί έχουμε ελέγξει τις τιμές τις κατεβάσαμε. Παίρνουμε τιμές απέξω συγκρίνουμε. Έχουμε κατεβάσει τις τιμές. Όμως τι κάνουνε, προσπαθούνε να διπλασιάσουμε τις ποσότητες ούτως ώστε να φτάνουν τα 300, 400, 500 ευρώ το μήνα. Ο νέος ΕΚΕΠΥ η λογική του είναι η εξής. Όχι τόσα το μήνα στην πάθηση αλλά αναλόγως την πάθηση δικαιούσαι αυτά τα υλικά το μήνα, τα οποία θα αποζημιώνονται με βάση τις τιμές, τις οποίες θα έχουμε το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων ευρωπαϊκών χωρών. Ευχαριστώ πολύ.

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΛΑΜΠΡΟΥΛΗΣ (Ειδικός Αγορητής του Κ.Κ.Ε.) : Να αξιοποιήσω λίγο την παρουσία του κ. Υπουργού μια και αναφέρθηκε στα άρθρα.

Σε ότι αφορά το άρθρο 61, αναφέρεται η καταβολή των οφειλόμενων των εφημεριών κ.λπ.. Επειδή πριν από λίγες μέρες καταθέσαμε μια ερώτηση σε ότι αφορά το ίδρυμα «Χατζηκώστα» στα Γιάννενα και σε αυτό το νοσοκομείο και στο πανεπιστημιακό και σε άλλα νοσοκομεία, με αντίστοιχη ρύθμιση είχε προβλεφθεί η καταβολή αυτών των οφειλόμενων. Το ζήτημα είναι ότι, ενώ στο ένα νοσοκομείο πληρώθηκαν, στο άλλο δεν πληρώθηκαν με το αιτιολογικό από τον Επίτροπο ότι παρήλθε η διετία. Η ερώτησή μου αυτό αφορούσε, δεν θα γίνει προφανώς.

Επίσης, σε ότι αφορά τις τροπολογίες που είπατε, σύντομα να κατατεθούν για να τις έχουμε σε χέρια μας να τις δούμε κι εμείς.

ΠΑΥΛΟΣ ΠΟΛΑΚΗΣ (Αναπληρωτής Υπουργός Υγείας) : Πρέπει να εξετάσουμε αν υπάρχει δυνατότητα για το θέμα με το νοσοκομείο Χατζηκώστα, επειδή μας έχει έρθει και από άλλους βουλευτές, υπήρξε το εξής : ότι στο πανεπιστημιακό βγήκε ο κατάλογος πριν από τις 31.12.2016, άρα, για το «Χατζηκώστα» τα ετοίμασαν μετά το 2017.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής) : Το λόγο έχει ο κ. Ξανθός.

ΑΝΔΡΕΑΣ ΞΑΝΘΟΣ (Υπουργός Υγείας) : Νομίζω ότι είχαμε ευκαιρία και σήμερα στην πρωινή συνάντηση και τώρα, να δώσουμε επαρκέστερες εξηγήσεις για τις πολλές ρυθμίσεις, οι οποίες περιλαμβάνονται στο νομοσχέδιο. Όσον αφορά το εισαγωγικό κομμάτι που είναι η μεταρρύθμιση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, θεωρώ ότι είναι σαφές ότι πρόκειται για μια σημαντική αλλαγή. Διευρύνουμε, αναβαθμίζουμε, ανασυγκροτούμε και μεταρρυθμίζουμε συνολικά το δημόσιο σύστημα υγείας, μεταφέροντας το κέντρο βάρους. Αυτή είναι η στόχευση από το νοσοκομείο σε ένα οργανωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε ένα δίκτυο υπηρεσιών που δίνει έμφαση στην πρόληψη, στην αγωγή υγείας, στην κοινοτική φροντίδα. Αυτό είναι μια δομική αλλαγή στο σύστημα υγείας.

Επιτρέψτε μου να πω ότι το πυρηνικό στοιχείο αυτής της αλλαγής, είναι η δομημένη πρόσβαση των πολιτών μέσα από μια θεσμοθετημένη διαδικασία σε όλα τα επίπεδα λειτουργήματος του συστήματος υγείας. Αυτό είναι μια πολύ κρίσιμη αλλαγή και είναι κομβικό στοιχείο και πυρηνικό στοιχείο κάθε σοβαρού συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε όλο τον ανεπτυγμένο κόσμο. Εμείς πιστεύουμε ότι με αυτόν τον τρόπο, δεν βάζουμε εμπόδια, δεν θέλουμε να δημιουργήσουμε δυσκολίες και επιβαρύνσεις, ίσα – ίσα με αυτόν τον τρόπο, και η εξυπηρέτηση του πολίτη θα είναι πιο άμεση, πιο κοντά στον τόπο διαμονής του και διαβίωσής του. Πιστεύω ότι με αυτόν τον τρόπο, διασφαλίζεται και το κυριότερο που είναι η συνέχεια στη φροντίδα, άρα, και η ποιότητα της φροντίδας.

Αυτό το οποίο είχαμε σήμερα, στο όνομα της ελεύθερης επιλογής, ήταν αποσπασματική, κατακερματισμένη, ασυνεχής και τελικά όχι πάντα καλής ποιότητας φροντίδα. Νομίζω, λοιπόν, ότι γίνεται μια σοβαρή παρέμβαση αλλαγής αυτής της φιλοσοφίας και της κουλτούρας. Δεν μιλάμε για πρωτοβάθμια περίθαλψη, αλλά για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Αυτό νομίζω ότι είναι πολύ κρίσιμο και, φυσικά, υπάρχουν ιδιαίτερα σημαντικές καινοτομίες, που αφορούν την αξιολόγηση των υπηρεσιών, τον κοινωνικό έλεγχο, τη λογοδοσία και όλη αυτήν τη νέα κουλτούρα, την οποία θέλουμε να εμπεδώσουμε, μια κουλτούρα σεβασμού και των δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας των ανθρώπων όταν απευθύνονται στο δημόσιο σύστημα υγείας.

Συμφωνώ, φυσικά, με αυτό που είπε ο κύριος Μπαργιώτας, ότι δε φτάνει απλώς να αυξήσουμε το προσωπικό του εθνικού συστήματος υγείας. Για αυτό και για πρώτη φορά, έστω σε ένα πρώτο επίπεδο, σε ένα πιλοτικό στάδιο, βάζουμε αυτές τις θεσμοθετημένες διαδικασίες αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών και τη δυνατότητα των πολιτών να ελέγχουν και να αξιολογούν τις δομές και τους ανθρώπους οι οποίοι τους φροντίζουν. Αυτό είναι πάρα πολύ κρίσιμο. Νομίζω, λοιπόν, ότι έχει και εντελώς καινούργια ποιοτικά στοιχεία αυτή η παρέμβαση, που είναι τελείως πρωτοποριακά για τη λειτουργία του δημόσιου συστήματος και της δημόσιας διοίκησης στη χώρα μας.

Νομίζω ότι συμφωνούμε ότι αυτό το βήμα χρειάζεται μια όσο γίνεται καλύτερη υποστήριξη για να είναι πετυχημένο, λειτουργικό και κυρίως για να κερδίσει την εμπιστοσύνη των πολιτών. Αυτό είναι το κρίσιμο στοίχημα. Δηλαδή, θέλουμε πραγματικά οι οικογενειακοί γιατροί, μαζί με την ομάδα υγείας που θα τους υποστηρίζει, να μην είναι, προφανώς, τροχονόμοι ή κόφτες της ροής των ασθενών στο δημόσιο σύστημα υγείας. Θέλουμε να είναι οι άνθρωποι που θα κερδίσουν την εμπιστοσύνη των ανθρώπων, θα πείσουν ότι μπορούν να τους προσφέρουν ποιοτική και ολιστική φροντίδα, καθοδήγηση για τις δράσεις πρόληψης που πρέπει να κάνουν, για τους προσυμπτωματικούς ελέγχους, για τη συστηματική παρακολούθηση των χρονίων νοσημάτων τους και για τη διευκόλυνση της πρόσβασής τους στα άλλα επίπεδα του συστήματος υγείας. Μιλάμε για διευκόλυνση και όχι για εμπόδια και αυτό πρέπει να είναι απολύτως σαφές.

Είναι, λοιπόν, ζήτημα να κερδίσουμε την εμπιστοσύνη των πολιτών και αυτό θα είναι και το εχέγγυο της επιτυχίας του συστήματος και αυτό θα είναι που θα πιέσει τα πράγματα, την Πολιτεία, τα συναρμόδια υπουργεία, το Υπουργείο Οικονομικών, το Γενικό Λογιστήριο του Κράτους. Θα είναι το κοινωνικό αίτημα να γενικευτεί και να υπάρξει καθολική εφαρμογή αυτού του συστήματος, που, όντως, ξεκινάει με ένα σταδιακό τρόπο. Εμείς δεν έχουμε κανένα λόγο να μην πούμε ότι πρόκειται για μια σταδιακή ανάπτυξη ενός νέου μοντέλου, γιατί αυτό επιτρέπει η δημοσιονομική κατάσταση της χώρας και, δεύτερον, γιατί αυτό γίνεται σε όλες τις σοβαρές μεταρρυθμίσεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε όλον τον κόσμο. Πάντα αυτά τα σχέδια ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας είχαν ένα πολύ μεγάλο βάθος χρόνου, το οποίο επιτρέπει την αξιολόγηση των βημάτων και, ενδεχομένως και κάποιες διορθωτικές κινήσεις.

Προφανώς, είναι ένα σχέδιο το οποίο θα ολοκληρωθεί σε μια επόμενη περίοδο, που πιστεύουμε ότι θα υπάρχει και ο δημοσιονομικός χώρος, για να υπάρξει μεγαλύτερη επένδυση και να αυξηθούν οι δημόσιες δαπάνες υγείας, που σωστά επισημάνθηκε και από τον Πρόεδρο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου σήμερα, ότι είναι ένα πολύ οριακό ποσοστό το σημερινό, το 5,1%, για να μπορεί να υποστηρίξει μια τόσο σημαντική αλλαγή στη λειτουργία του δημόσιου συστήματος υγείας και του κοινωνικού κράτους στην Ελλάδα.

Μια παρατήρηση για την ΕΣΑΝ Α.Ε. Η άποψη μας ήταν η εξής, τα DRG είναι ένα εργαλείο, δοκιμασμένο που σε γενικές γραμμές όντως μπορεί να καταγράψει το κόστος, το μέσο κόστος ανά διαγωνιστική κατηγορία, να παρακολουθήσει την εξέλιξη της δαπάνης, να διευκολυνθεί στην πολιτική παρέμβαση και την ιεράρχηση των στόχων και των χρηματοδοτήσεων. Η ΕΣΑΝ Α.Ε, δεν ήταν απλώς ένα εργαλείο ήταν ένα πολύ σκληρά νεοφιλελεύθερο εργαλείο με νεοφιλελεύθερο πυρήνα, είχε την κουλτούρα της επιρροής του ιδιωτικού τομέα των ιδιωτικών επιχειρηματικών συμφερόντων, αναφερόταν το 20% των μετοχών θα μπορούν να διατίθενται σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και σε ιδιωτικές κλινικές, οι οποίες γινόταν συμμέτοχες σε ένα μηχανισμό κατανομής πόρων. Γιατί ήταν εταιρεία συστήματος αμοιβών νοσοκομείων.

Εμείς, λοιπόν, αλλάζουμε το όνομα κάνουμε κάποιες δομικές αλλαγές, καταργούμε το εποπτικό συμβούλιο, υπήρχε σύγχυση αρμοδιοτήτων, αποιδιωτικοποιούμε αυτή την ιστορία, αλλάζουμε σε συμβολικό και ουσιαστικό επίπεδο τη δομή του πράγματος και πραγματικά, το μετατρέπουμε σε ένα εργαλείο παρακολούθησης και τεκμηρίωσης του κόστους των υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο σύστημα υγείας, ακριβώς για να ενισχυθεί η παρέμβαση, που λέει προτεραιότητα στη δημόσια περίθαλψη. Όχι για να το χρησιμοποιήσουμε ως εργαλείο ανταγωνισμού ανάμεσα στο δημόσιο και το ιδιωτικό ή ανάμεσα σε δημόσιες δομές που κάποιες που είναι στην επαρχία και δεν έχουν την ροή περιστατικών, τον όγκο κλπ θα μπορούσαν να κριθούν μη συμφέρουσες και να οδηγηθούν σε κλείσιμο. Δεν θέλουμε μιας τέτοιας αντίληψης εργαλείο.

Είμαστε υποχρεωμένοι λόγω μνημονιακής υποχρέωσης, μέχρι τον Ιούλιο του 2018 να έχουμε ένα τέτοιο λειτουργικό σύστημα. Αγοράζουμε την εφαρμογή από το ΙΜΕΚ το γερμανικό ινστιτούτο, όχι με τη διαμεσολάβηση μιας εταιρείας, όπως η GIZ όπως παλιά, απευθείας συναλλάσσεται το Ελληνικό κράτος με ένα γερμανικό κρατικό ινστιτούτο. Βεβαίως, είναι μια ιστορία που θέλει πολύ μεγάλη επικαιροποίηση και συνεχή αναδιοργάνωση αυτού του συστήματος για να είναι αποδοτικό.

Ηλεκτρονική διακυβέρνηση. Σήμερα, έχουμε ξοδέψει συνολικά στο σύστημα υγείας πάρα πολλούς πόρους για την ηλεκτρονική διακυβέρνησή του, έχουν φαγωθεί πολλά χρήματα ΕΣΠΑ κλπ, έχουμε συστήματα αναπτυγμένα σε διάφορους χώρους νοσοκομεία, ΕΟΠΥΥ, ποτέ όμως δεν υπήρχε μια λειτουργική διασύνδεση. Επειδή το έθεσαν και πάρα πολλοί σήμερα ότι δεν έχουμε υγειονομικό χάρτη, σας πληροφορούμε ότι αυτή τη στιγμή μετά από ένα βάλτωμα που υπήρχε από το 2012 σε αυτό το πεδίο-του χάρτη υγείας- έχουμε έναν υγειονομικό χάρτη Άτλαντα υγείας, όπως λέγεται, ο οποίος ανασυγκροτήθηκε με ίδιους πόρους χωρίς να ξοδέψουμε ούτε ένα ευρώ από τις Διευθύνσεις Πληροφορικής του Υπουργείου και του ΕΟΠΥΥ, ο οποίος συνεχώς αρχίζει και εμπλουτίζεται, ενσωματώνονται διάφορα δεδομένα τα οποία έρχονται, συνδέονται με τα νοσοκομεία που παίρνουν από τα ΟΨΙ όλων των νοσοκομείων της χώρας πληροφορίες και εκεί μέσα, θα προσπαθήσουμε να συνδράμει και η ΗΔΙΚΑ και όλα τα δεδομένα και τα Big Data τα οποία υπάρχουν παντού.

Αυτή είναι η κατεύθυνση, θα υπάρχει το portal του πολίτη που αναπτύσσει τώρα η ΗΔΙΚΑ. Με αυτό τον τρόπο θα μπορεί θα μπορεί ο χρήστης με ένα φιλικό τρόπο, να έχει πρόσβαση στον ηλεκτρονικό του φακέλου του, να δίνει τη συναίνεση του για τη χρήση δεδομένων του φακέλου του από τρίτους κλπ. Είναι μια διαδικασία σταδιακής αναβάθμισης.

Είχα πάει πρόσφατα στην Εσθονία για το Συμβούλιο Υπουργών Υγείας και υπήρξε ειδική ατζέντα για την ηλεκτρονική διακυβέρνηση. Θα έρθεις στο Υπουργείο μετά τις διακοπές, θα σου δείξουμε και την εφαρμογή του Ηλεκτρονικού Φάκελου, το e-BI που υπάρχει σήμερα και τον «Άτλαντα Υγείας». Έχουν γίνει αρκετά βήματα.

Επίσης, εκφράστηκε ένα θέμα, μια ανησυχία από τον κ. Μαυρωτά, ο οποίος υποτίθεται ότι πήρε το κλίμα της πρωινής συνεδρίασης, δηλαδή, νομίζω ότι υπάρχει ένα θέμα ενός σκεπτικισμού, ανησυχιών για τη βιωσιμότητα αυτής της παρέμβασης.

Σας το λέμε, λοιπόν, ευθέως ότι εμείς με πολύ μεγάλο κόπο, με τεράστια προσπάθεια, με κινητοποίηση όσο ήταν διαθέσιμο πόρων αυτή την περίοδο καταφέραμε αυτά τα 2,5 χρόνια να διασφαλίσουμε τη βιωσιμότητα συνολικά του Συστήματος Υγείας και επειδή ακριβώς με αυτή την υπόθεση είμαστε απολύτως παθιασμένοι και αφοσιωμένοι, θα διασφαλίσουμε εμείς τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα και αυτής της παρέμβασης, δηλαδή, μετά τη λήξη του χρηματοδοτικού προγράμματος.

Οι αιτιάσεις, οι οποίες υπήρξαν το πρωί από την πλευρά της ΕΝΠΕ δεν ευσταθούν, είναι εγγυημένη η επιλεξιμότητα αυτών των δράσεων.

Είχαμε ένα ΕΣΠΑ, στο οποίο δεν είχε προβλεφθεί κανένας θεματικός άξονας που να αφορά την υγεία και προσπαθήσαμε στο θεματικό άξονα 9, που αφορά την φτώχεια, τεκμηριώνοντας ότι είχαμε συνθήκες υγειονομικής φτώχεια στην Ελλάδα και η παρέμβαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι ένα εργαλείο αντιμετώπισης της υγειονομικής φτώχειας και των ανισοτήτων, μπορέσαμε να εξασφαλίσουμε αυτούς τους πόρους. Αυτό ήταν αποτέλεσμα πολύμηνης διαδικασίας, διαπραγμάτευσης, σχεδιασμού, συνεννόηση με την Κομισιόν, συνεννόηση με τις διάφορες συναρμόδιες γενικές διευθύνσεις, όπως, DG Sante, DJ Plua, όλων των κοινοτικών παραγόντων του κουαρτέτου και φυσικά του Υπουργείου Οικονομικών, του Υπουργείου Οικονομίας και όλων των βασικών οικονομικών επιτελείων της χώρας. Αυτό, λοιπόν, έχει εγγυημένη πορεία και μπορούμε να σας δώσουμε σε λεπτομέρειες τη στρατηγική εξόδου από το ευρωπαϊκό χρηματοδοτικό πρόγραμμα.

Θέλουμε να πείσουμε τους νέους γιατρούς και τους νέους υγειονομικούς που θα κληθούν, να στελεχώσουν αυτές τις δομές, αλλά κυρίως τους πολίτες ότι μας ενδιαφέρει πρωτίστως εμάς να κάνουμε μια παρέμβαση που να είναι σταθερή, να στέκει στα πόδια και να έχει μια βιώσιμη προοπτική και να επηρεάσει με σημαντικό τρόπο το Brain Drain, στο οποίο όλοι αναφέρεστε.

Σε καμία περίπτωση, δεν θα αυξηθεί το Brain Drain από αυτή την παρέμβαση, ίσα-ίσα δημιουργούμε νέες θέσεις εργασίας στο σύστημα για τους νέους γιατρούς και λοιπούς επαγγελματίες υγείας, δημιουργούμε νέου τύπου συμβάσεις που αυξάνουν τους διαθέσιμους με μειωμένους γιατρούς με τον ΕΟΠΠΥ και επίσης δημιουργούμε συνθήκες αξιοκρατίας και αξιολόγησης που είναι η καλύτερη απάντηση στο αίτημα των νέων καλών επιστημόνων της χώρας, ώστε να μπορέσουν να αναζητήσουν μια αξιοπρεπή επαγγελματική και επιστημονική προοπτική στον τόπο τους.

Σας ευχαριστώ πάρα πολύ.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Ευχαριστούμε και εμείς, τον κ. Υπουργό.

Θα ήθελα να σας ενημερώσω πριν δώσω και το τυπικό μας κλείσιμο της σημερινής μιας διαδικασίας, ότι θα έχουμε συνεδρίαση τη Δευτέρα, στις 15:00΄μ.μ. στην Αίθουσα 223.

Θα παρακαλέσω και τους δύο Υπουργούς που θα είναι και σε αυτή τη συνεδρίαση, να έχουμε δει από τα πρακτικά όλα όσα είπαν, ώστε εκεί να τα πούμε εν συντομία. Βέβαια, κάνουν πολύ καλά και τα λέμε όλα αυτά γιατί χρειάζονται, αλλά να μην τα ξανά επαναλάβουμε.

 Λύεται η συνεδρίαση.

Στο σημείο αυτό γίνεται η γ’ ανάγνωση του καταλόγου των μελών της Επιτροπής. Παρόντες ήταν οι Βουλευτές κ.κ.: Μανιός Νίκος, Παπαδόπουλος Σάκης, Μαρτίνου Γεωργία, Σαλμάς Μάριος, Φωτήλας Ιάσονας, Γρηγοράκος Λεωνίδας, Μπαργιώτας Κωνσταντίνος, Αΐβατίδης Ιωάννης, Λαμπρούλης Γεώργιος και Μαυρωτάς Γεώργιος.

Τέλος και περί ώρα 19.20΄ λύθηκε η συνεδρίαση.

 **Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ**

 **ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΜΑΝΙΟΣ ΜΕΡΟΠΗ ΤΖΟΥΦΗ**