**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 10.15΄, συνεδρίασε στην Αίθουσα Γερουσίας του Μεγάρου της Βουλής, η Διαρκής Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων, υπό την προεδρία του Προέδρου αυτής, κ. Νίκου Μανιού, 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». *(*2η συνεδρίαση *-* ακρόαση εξωκοινοβουλευτικών προσώπων).

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

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

Παρόντες ήταν οι Βουλευτές κ.κ. Αθανασίου Νάσος, Βαρδάκης Σωκράτης, Γεννιά Γεωργία, Ηγουμενίδης Νίκος, Θραψανιώτης Μανώλης, Καΐσας Γιώργος, Καρασαρλίδου Φρόσω, Καστόρης Αστέρης, Μανιός Νίκος, Μαντάς Χρήστος, Μιχαηλίδης Ανδρέας, Μιχελογιαννάκης Ιωάννης, Μουσταφά Μουσταφά, Μπάρκας Κώστας, Παπαδόπουλος Σάκης, Παπαηλιού Γιώργος, Παραστατίδης Θόδωρος, Σκούφα Ελισσάβετ, Στογιαννίδης Γρηγόρης, Τζούφη Μερόπη, Βλάχος Γεώργιος, Βρούτσης Ιωάννης, Γιόγιακας Βασίλειος, Καράογλου Θεόδωρος, Κατσανιώτης Ανδρέας, Μαρτίνου Γεωργία, Οικονόμου Βασίλειος, Φωτήλας Ιάσονας, Γρηγοράκος Λεωνίδας, Μπαργιώτας Κωνσταντίνος, Χριστοφιλοπούλου Παρασκευή, Αΐβατίδης Ιωάννης, Σαχινίδης Ιωάννης, Λαμπρούλης Γεώργιος, Λαζαρίδης Γεώργιος, Παπαχριστόπουλος Αθανάσιος, Φωκάς Αριστείδης και Μαυρωτάς Γεώργιος.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Καλημέρα, κύριοι συνάδελφοι. Καλωσορίζουμε τους προσκεκλημένους μας. Μπορούμε να αρχίσουμε τη διαδικασία της τοποθέτησης των εκπροσώπων των φορέων επί του συζητούμενου νομοσχεδίου «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις». Σας ενημερώνω ότι είναι ένας πολύ μεγάλος αριθμός προσκεκλημένων, τριάντα ίσως και παραπάνω, πράγμα που σημαίνει ότι θα πρέπει να κάνουμε μια πολύ αυστηρή διαχείριση του χρόνου και ο καθένας από εσάς και από το Προεδρείο, ούτως ώστε να μπορέσουμε να ολοκληρώσουμε αυτή τη διαδικασία και να υπάρξει και ο χρόνος να τεθούν και ερωτήσεις από τους εκπροσώπους των κομμάτων και από τους Βουλευτές.

Κύριε Οικονόμου, έχετε το λόγο.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ: Κύριε Πρόεδρε, στην προηγούμενη διαδικασία της Επιτροπής, συμφωνήσαμε ότι από τις προτάσεις που το κάθε κόμμα έκανε, για το ποιους φορείς θέλουμε να καλέσουμε, φύγαμε μένοντας με την εντύπωση ότι η πρότασή μας για τον Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών και την ΕΙΝΑΠ, είναι εγκεκριμένη με κοινή συμφωνία. Έκπληκτος παίρνω τη λίστα των φορέων που προσκλήθηκαν και δεν τους βλέπω μέσα. Δεν τους καλέσατε τελικά; Δεν συμφωνήσαμε και είπαμε ότι θα κληθούν και αυτοί οι δύο φορείς, που είναι μαζικοί και μεγάλοι φορείς και τέλος πάντων εκπροσωπούν συγκεκριμένες απόψεις; Για ποιον λόγο είναι εκτός καταλόγου;

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Δεν συμφωνήσαμε, υπήρξε η πρόταση, δεν υπήρξε συμφωνία από κάτω. Όχι με εμένα.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ : Ο κ. Μαντάς, δεν είπε κιόλας ότι συμφώνησε;

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Μισό λεπτό, είπα εγώ ότι είμαι πολλά χρόνια στην ΕΙΝΑΠ, αλλά έχουμε καλέσει τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ: Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος έχει τη δική του έκφραση, αλλά η Ν.Δ. έκανε συγκεκριμένη πρόταση και ο κ. Μαντάς, συμφώνησε από τη μεριά του ΣΥ.ΡΙΖ.Α.. Εσείς για ποιο λόγο αποκλείσατε δύο εκπροσώπους, τους οποίους έχουμε ζητήσει εμείς;

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Εγώ δεν απέκλεισα κανέναν.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ: Ποιος τους απέκλεισε;

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Η διαδικασία, η οποία ολοκληρώθηκε, ήταν να δοθεί η λίστα στα κόμματα και να κάνουν τις παρατηρήσεις τους.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ: Εμείς κάναμε τις προτάσεις μας. Πρέπει να καταλάβετε πάντως, επειδή εγώ κατάλαβα ότι αποκλείστηκαν και είναι οριστικό αυτό, ότι είμαστε έντονα δυσαρεστημένοι και διαμαρτυρόμεθα έντονα.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Ήταν και άλλοι δυσαρεστημένοι, φορείς αξιόλογοι.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ: Εγώ σας λέω για το τι λέει η Ν.Δ., δεν σας λέω για τους φορείς. Εμείς ως Ν.Δ. διαμαρτυρόμαστε.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Με πήρε ο κ Πατούλης και μου είπε, «γιατί δεν με καλείτε», όχι ως Ιατρικό Σύλλογο, αλλά «γιατί δεν με καλείτε»...

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ: Δεν ξέρω το τι λέει ο κ. Πατούλης, αφήστε τα τηλέφωνα που κάνατε μεταξύ σας. Εμείς θεσμικά μιλάμε. Πρότεινε η Ν.Δ. μια σειρά φορέων, οι περισσότεροι είναι εδώ, όντως, αλλά εγώ μιλώ για αυτούς που δεν είναι εδώ.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Αυτοί οι οποίοι δεν είναι εδώ, οφείλεται στο ότι δεν συμφώνησαν τα κόμματα.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ: Μα εμείς συμφωνήσαμε, κ. Πρόεδρε.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Όχι, δεν συμφωνήσατε. Αυτό το οποίο συμφώνησαν τα κόμματα γράφτηκε και ήταν στη διάθεση των κομμάτων.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ: Δηλαδή, όποιος έχει κάποια άλλη άποψη θα αποκλείεται από μια συζήτηση;

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Μα τι είναι αυτά τα οποία λέτε, κ. Οικονόμου; Αποκλείστηκε κανείς που έχει άλλη άποψη, από αυτή τη συζήτηση;

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ: Οι συγκεκριμένοι έχουν άλλη άποψη όμως.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Και πού το ξέρετε εσείς ότι έχουν διαφορετική άποψη;

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ : Εγώ για τους σημερινούς προσκεκλημένους φορείς θα περιμένω με προσοχή και ενδιαφέρον το τι έχουν να πουν. Μιλώ για αυτούς τους δύο φορείς.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Θα έχουμε την τιμή να είναι εδώ και ο κ. Πατούλης, σαν εκπρόσωπο της Ένωσης, εγώ δεν έχω κατάλογο των απόψεων και των διαφορών των φορέων μεταξύ τους, αυτό δεν το έκανα ποτέ στη ζωή μου.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ: Έχουν δημοσίως τοποθετηθεί, δεν υπάρχει κατάλογος.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Δεν ξέρω εάν έχουν τοποθετηθεί δημοσίως.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ: Δεν παρακολουθείτε τι λένε οι μεγάλοι σύλλογοι, είστε ο Πρόεδρος της Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων, δεν παρακολουθείτε τι λέει ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών ή η ΕΙΝΑΠ;

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Δεν είπα αυτό αγαπητέ κύριε συνάδελφε, είπα ότι δεν κάνω, με βάση τέτοιο κατάλογο τις κλήσεις των φορέων.

Θα προχωρήσουμε στη διαδικασία με τους προσκεκλημένους Φορείς. Σας το λέω εξαρχής ότι η σειρά, δεν είναι με βάση κάποιο πρωτόκολλο, το οποίο θα ελάμβανε υπόψη του μέγεθος, έκταση και ιδιότητα, γι' αυτό να μην υπάρχουν παρεξηγήσεις, αν κάποιος θεωρήσει ότι ο δικός του Φορέας έπρεπε να μιλήσει πριν ή μετά. Επομένως, επειδή το σύνολο των φορέων εδώ είναι 30 ίσως και 31, θα προτείνω τέσσερα λεπτά για κάθε φορέα, ώστε να τοποθετηθεί. Όποιος Φορέας έχει ήδη υπόμνημα μαζί του, δεν θα το διαβάσει βέβαια, αλλά μπορεί να το καταθέσει στα πρακτικά και να διανεμηθεί σε όλους τους Βουλευτές όλων των Κομμάτων ή αν θέλει και έχει αντίγραφα, να τα δώσει κατ' ιδίαν, ο ίδιος προσωπικά και στους Βουλευτές και στους άλλους Φορείς. Εφόσον, λοιπόν, γίνεται αποδεκτή αυτή η διαδικασία, αρχίζω τον κατάλογο.

Το λόγο έχει ο κ. Κωνσταντίνος Αγοραστός, Πρόεδρος του Δ.Σ. της Ένωσης Περιφερειών Ελλάδος.

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΑΓΟΡΑΣΤΟΣ( Πρόεδρος του Δ.Σ. της Ένωσης Περιφερειών Ελλάδος (ΕΝ.Π.Ε)): Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε. Ως Ένωση Περιφερειών, εστιάζουμε σε ορισμένα ζητήματα. Πρώτον και κύριον έχουμε πει επανειλημμένως σε αυτή την αίθουσα, αλλά δεν έχει γίνει αποδεκτό, ότι υπάρχει κακονομία και η κακονομία αυτή οδηγεί στην πολυνομία και η πολυνομία οδηγεί στην κακονομία και στην συνέχεια σε μια κατάσταση «γκρίζα», η οποία ευνοεί το πελατειακό κράτος. Και εξηγούμαι, είναι ένα νομοσχέδιο, το οποίο για να υλοποιηθεί θέλει πάνω από 32 Κοινές Υπουργικές Αποφάσεις ή αποφάσεις της 5ης Υ.ΠΕ..

Είναι ένα νομοσχέδιο το οποίο δημιουργεί στρεβλώσεις και ανισότητα στην δημόσια υγεία, διότι τα Το.Μ.Υ. προβλέπονται μόνο σε μεγάλες πόλεις και όχι στην ύπαιθρο. Αμφιβάλλω αν θα μπορέσουν να λειτουργήσουν γιατί δεν υπάρχει επιχειρησιακό σχέδιο, δεν υπάρχει που θα γίνουν, πώς θα γίνουν, πώς θα λειτουργήσουν, ποιος θα πληρώνει τα λειτουργικά έξοδα, ούτε υπάρχει δέσμευση των χρημάτων. Εμείς έχουμε «μότο» όχι για την δημόσια υγεία, εμείς έχουμε «μότο» ότι στην πραγματικότητα, οι πλούσιοι πρέπει να προσφεύγουν στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και όχι οι φτωχοί στις ιδιωτικές, διότι αυτό το νομοσχέδιο δημιουργεί και μία άλλη ανισότητα. Δεν λαμβάνει υπόψη-και έπρεπε σήμερα εδώ να είναι και η Κ.Ε.Δ.Ε.- ότι υπάρχουν 880 ιατρεία και μάλιστα σύγχρονα ιατρεία, τα οποία δεν έχουν καμία σχέση με τον ΕΟΠΥΥ και δεν προβλέπεται αυτή η σχέση με τον ΕΟΠΥΥ. Οι Υπεάρχες προστρέξαν προς τους Δήμους και τις Περιφέρειες για να βρούνε κτίρια. Καλά τα συστήματα αυτά, αλλά σε μια καλά λειτουργούσα δημόσια υγεία. Λειτουργεί καλά η δημόσια υγεία; Όχι, δεν λειτουργεί. Γιατί να μην ενισχύσουμε τα ήδη υπάρχοντα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία, τα ΤΕΠ και όλες τις διαδικασίες οι οποίες σήμερα πάσχουν στη χώρα μας; Με τέτοια νομοθετήματα, δυστυχώς δημιουργούνται ανασφάλειες, γιατί είναι πρόσκαιρα, δημιουργείται ένα άλλο ζήτημα, όπως με την Βοήθεια στο Σπίτι, που τρέχει κάθε φορά η εκάστοτε Κυβέρνηση να καλύψει τα λειτουργικά και μισθολογικά κόστη.

Αυτή τη στιγμή δεν υπάρχει επιχειρησιακό σχέδιο ποιος, πότε, πού, πώς θα γίνει, δεν υπάρχει χρονοδιάγραμμα. Ξέρω θα πείτε ότι θα το κάνετε στο Τομεακό Πρόγραμμα και μετά το ΄18 θα‘ ρθούν να χρηματοδοτηθούν από το ΕΣΠΑ των Περιφερειών, από τον κωδικό 09, που είναι η καταπολέμηση της φτώχειας.

Πώς θα κάνετε τη διάκριση των δεικτών για να μετρηθούν οι δείκτες, ότι πραγματικά πηγαίνουν αυτά τα χρήματα στην φτώχεια; Διότι θα έρθει η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, που αμφιβάλλω εάν έχετε το οριστικό o.k., για να το κάνετε αυτό για τη χρηματοδότηση, γιατί εγώ δεν το έχω δει αυτό, βέβαια, έχετε το οριστικό o.k., ότι μέσω του μνημονίου πρέπει να κάνετε την πρωτοβάθμια υγεία. Σας το λέει η Επιτροπή, που σας έχει στείλει το έγγραφο. Βέβαια, ακόμη και να τρέξετε γρήγορα, που δεν νομίζω να τρέξετε γρήγορα, οι πρώτες δαπάνες του ΕΣΠΑ θα γίνουν μέσα του 2018. Δεσμεύετε ένα μεγάλο ποσό από το ΕΚΤ, εμείς θέλουμε να βοηθήσουμε τους ανθρώπους, οι οποίοι συμπάσχουν, αλλά η απορροφητικότητα, η οποία είναι και το ζητούμενο, δεν θα έρθει και πώς θα πάρουμε ρήτρα αναθεώρησης;

Κινδυνεύει ακόμη και η ρήτρα αναθεώρησης των 970 εκατομμυρίων, διότι δεν θα έχουμε απορροφήσεις και γιατί δεν θα έχουμε απορροφήσεις; Διότι, πάει αργά ο σχεδιασμός. Πάει αργά ο σχεδιασμός, πάει αργά η υλοποίηση, δεν μπορώ να διανοηθώ ότι χάνουμε ευκαιρίες και χάνουμε χρόνο. Βέβαια, δημιουργούν μια ωραία εικόνα πρωτοβάθμιας υγείας. Πρέπει να έχουμε πρωτοβάθμια υγεία, αλλά νομίζω, έτσι, δεν ξέρω κάτω από ποια πίεση, είναι ένα καθεστώς ανασφάλειας δικαίου, που δημιουργεί μεγάλα προβλήματα στην υλοποίηση. Είναι ένα μεγάλο πρόβλημα η πρωτοβάθμια και θα ήθελα να σας πω, ότι αν ερχόμαστε κάθε φορά να μιλάμε προσχηματικά, διότι μιλάμε και τίποτα δεν γίνεται. Θα σας πω το εξής, σε αυτή την ίδια αίθουσα ψηφίσατε εσείς οι ίδιοι οι Βουλευτές, να μεταφερθούν στις περιφέρειες οργανισμοί εγγείων βελτιώσεων και «πετάξατε το μπαλάκι», και ικανοποιηθήκατε.

Λειτουργεί το σύστημα; Λειτουργεί αυτό το οποίο ψηφίσατε; Το ψάξατε ποτέ; Δεν έχει βγει ακόμη εδώ και μήνες η κοινή υπουργική απόφαση, η οποία να δίνει τη δυνατότητα να καθορίζει τί είναι εποπτεία; Και θα βγάλετε μέσα σε ένα μήνα όλες αυτές τις κοινές υπουργικές αποφάσεις, που ορίζουν από το ωράριο λειτουργίας μέχρι ποιος θα είναι ο συντονιστής; Εδώ πέρα δημιουργούνται θέσεις εργασίας συνέχεια.

ΣΩΚΡΑΤΗΣ ΒΑΡΔΑΚΗΣ : Εσείς το ζητήσατε.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Κύριε Βαρδάκη, σας παρακαλώ δεν θα γίνεται διάλογος.

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΑΓΟΡΑΣΤΟΣ: (Πρόεδρος του Δ.Σ. της Ένωσης Περιφερειών Ελλάδος ΕΝ.Π.Ε.): Ποιος ζήτησε;

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Κύριε Αγοραστέ, έχετε συμπληρώσει το χρόνο σας, σας ευχαριστώ πολύ.

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΑΓΟΡΑΣΤΟΣ: (Πρόεδρος του Δ.Σ. της Ένωσης Περιφερειών Ελλάδος ΕΝ.Π.Ε.): Eμείς δεν ζητήσαμε ποτέ να πάρουμε ως περιφέρειες τους οργανισμούς εγγείων βελτιώσεων.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Κύριε Αγοραστέ, σας παρακαλώ πολύ.

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΑΓΟΡΑΣΤΟΣ: (Πρόεδρος του Δ.Σ. της Ένωσης Περιφερειών Ελλάδος ΕΝ.Π.Ε.): Δεν υπάρχει έλεγχος στα νομοθετήματα τα οποία ψηφίζετε. Δεν έχει νομοθετική εξουσία η Βουλή, επικύρωση κάνετε, κύριοι. Δεν έχετε αλλάξει τίποτα. Επικύρωση κάνετε των βουλήσεων …

ΚΩΣΤΑΣ ΜΠΑΡΚΑΣ : Τί είναι αυτά που λέει, ο κ. Αγοραστός;

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Σας παρακαλώ, κύριε Αγοραστέ.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ: Κύριε Πρόεδρε, λογοκρισία θα κάνουμε εδώ; Θα παρεμβαίνουμε;

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΑΓΟΡΑΣΤΟΣ: (Πρόεδρος του Δ.Σ. της Ένωσης Περιφερειών Ελλάδος ΕΝ.Π.Ε.): Χαίρομαι που τα λεγόμενά μου δημιουργούν διάλογο και μου αρέσει ο διάλογος και το ό,τι εκνευρίζεστε καλό είναι, αυτό σημαίνει ότι υπάρχει αγωνιστικότητα.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Σας παρακαλώ, ο καθένας που μιλά, έχει την ευθύνη των λόγων του, κανένας δεν μπορεί να τον διακόπτει, αλλά θα παρακαλέσω όταν λέμε θα μιλάμε για 4 λεπτά, να μιλάμε 4 λεπτά και όχι 8 λεπτά. Το καταλαβαίνετε αυτό. Πρέπει όλοι να διευκολύνετε. Εδώ, δεν είναι βήμα γενικής αντιπαράθεσης, είναι αντιπαράθεση επί ενός συγκεκριμένου συζητούμενου νομοσχεδίου. Εάν σεβόμαστε όλοι τη διαδικασία, δεν θα χρειάζεται η ένταση.

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΑΓΟΡΑΣΤΟΣ : Καταρχήν, δεν είχα σκοπό να προσβάλω κανέναν.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Κύριε Αγοραστέ, ελπίζω πως δεν συνεδριάζετε έτσι στην Ένωση. Έχετε αρχή και τέλος.

Το λόγο έχει ο κ. Βλασταράκος.

ΜΙΧΑΗΛ ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ (Πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου): Ευχαριστώ. Κύριε Πρόεδρε, κύριε Υπουργέ, κύριοι Βουλευτές, κυρίες και κύριοι, ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, είναι το ανώτατο θεσμικό όργανο των γιατρών, εκπροσωπεί όλους τους γιατρούς της χώρας και εγώ εδώ ερχόμενος, εκφράζω το Ιατρικό Σώμα μέσα από τους Ιατρικούς Συλλόγους, 60 Ιατρικούς Συλλόγους. Δεν εκφράζω προσωπικές μου απόψεις, εκφράζω τις απόψεις του ιατρικού κόσμου, όπως έχουν παρθεί μέσα από τις Γενικές Συνελεύσεις, μέσα από τις συναντήσεις των Προέδρων, μέσα από τη μελέτη και ερευνών του Ινστιτούτου του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου.

Κύριε Υπουργέ, κατ' αρχήν είναι ένα μεγάλο θέμα, ο χρόνος είναι περιορισμένος και θα προσπαθήσω με λίγα λόγια να πω τις απόψεις του ιατρικού κόσμου. Το σχέδιο ονομάζεται «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και επείγουσες διατάξεις». Δεν θα το έλεγα, αδικεί τον όρο «μεταρρύθμιση». «Μεταρρύθμιση» είναι ένας όρος σοβαρός που πρέπει να φτιάχνει ένα σύστημα υγείας πρωτοβάθμιας, που είναι η βάση του συστήματος υγείας, με διαχρονικότητα και μέσα από ένα άλλο σύστημα που μεταρρυθμίζει, ενώ τώρα υπάρχει ένα σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υποτυπώδες. Άρα, λοιπόν, δεν είναι μεταρρύθμιση.

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος όπως και στις 3 Μαΐου συζητήσαμε, κύριε Υπουργέ, σας εξέφρασε τις απόψεις και το νομοσχέδιο είναι αντίθετο με παγίδες και διαχρονικές θέσεις του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου. Τι είναι; Συλλογική σύμβαση των οποίων βάζετε μέσα με τον ΠΙΣ και τους Ιατρικούς Συλλόγους, αλλά βάζετε Συλλογική Σύμβαση με τους Ιατρικούς Συλλόγους σε ένα πολύ στενό πλαίσιο, την οποία στην πορεία της, κατά κάποιο τρόπο, τις ακυρώνετε. Διότι, σε κεντρικό επίπεδο εσείς θα προτείνετε ή θα προκηρύξετε τις θέσεις των γιατρών.

Οι ανάγκες, όπως ξέρετε της χώρας, είναι ανάγκες σε επισκέψεις και έχουν ιδιαιτερότητες οι περιοχές. Ανάγκες σε καρδιολογικές επισκέψεις, 10.000, 5000 ανάλογα με τον πληθυσμό μπορεί να έχει η Θεσπρωτία, άλλες να έχει ο άλλος νόμος, προκηρύσσονται οι επισκέψεις και θα ήταν λογικό οι Συλλογικές Συμβάσεις να προκηρύσσονται βάσει των επισκέψεων και η οι Ιατρικοί Σύλλογοι να έρχονται, να κάνουν εκδήλωση ενδιαφέροντος και να προσέρχονται οι γιατροί και ανάλογα με τους γιατρούς, όσοι θέλουν να συμβάλλονται στο σύστημα, θα πρέπει να γίνεται η κατανομή των ιατρικών επισκέψεων στους γιατρούς.

Πυρήνας του συστήματος, είναι ο Οικογενειακός γιατρός και οι Το.Μ.Υ.. Ξέρετε, στην πρωτοβάθμια περίθαλψη υπάρχουν τα ΠΕΔΥ, υπάρχουν τα Δημοτικά Ιατρεία, θα δημιουργηθούν τώρα και οι Το.Μ.Υ., θα γίνει τώρα ένα μπέρδεμα που θα έπρεπε όλα να μπουν σε μια σειρά και σε μια τάξη και μπερδεύονται τα συστήματα, διότι όπως ξέρετε στην Ευρώπη υπάρχουν 4 συστήματα τα οποία είναι κυρίαρχα: Το αγγλοσαξονικό, το γερμανικό- κεντρικής Ευρώπης- το σκανδιναβικό και το νότιο Ελληνικό σύστημα και έτσι μπερδεύονται τα συστήματα και, δεν ξέρω, οι σύμβουλοί σας στο Υπουργείο το σχεδίασαν επί χάρτου, χωρίς να λαμβάνουν υπόψη την πραγματικότητα.

Ο Οικογενειακός γιατρός, πραγματικά είναι ένας σοβαρός πυλώνας της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, αλλά θεωρούμε τον Οικογενειακό γιατρό σαν σύμβουλο της οικογένειας, διαμορφωτή του Ιατρικού Φακέλου για την πρόληψη, την προαγωγή της υγείας, τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων.

Αλλά και τους συμβεβλημένους γιατρούς με τον ΕΟΠΥΥ ανάλογα με τις ανάγκες που θα συμβάλλονται, οι οποίοι όλοι αυτοί θα είναι σε μια συνεργασία. Είμαστε αντίθετοι με το GAY KEEPER, το οποίο επιβάλλει το νομοσχέδιο, διότι είναι αδιανόητο και για το συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ και για τον μη συμβεβλημένο γιατρό του ΕΟΠΥΥ να στέλνει, όπως προχθές εγώ διέγνωσα ένα καρκίνο, να τον στείλω πχ. στον οικογενειακό γιατρό για να ΄πάρει παραπεμπτικό να πάει στο νοσοκομείο. Άρα, είμαστε τελείως αντίθετοι.

Εκείνος που είναι βασικός πυρήνας και πρέπει να το προσέξετε, είναι τα αστικά κέντρα υγείας. Εδώ πρέπει να δώσετε σημασία, γιατί είναι ο πυρήνας με όλες τις ειδικότητες που πρέπει να υπάρχουν μέσα, να είναι επί 24ωρου βάσεως. Βέβαια, αφορούν μεγαλύτερες πληθυσμιακές ομάδες, διότι δεν μπορούν να αφορούν μικρές, αφορούν από 200.000 – 300.000 και πάνω τα μεγάλα αστικά κέντρα υγείας. Στα μικρά και σε κάθε νομαρχιακό νοσοκομείο, πρέπει να φτιάξετε αυτόνομα και ανεξάρτητα ΤΕΠ με γιατρούς βασικών ειδικοτήτων, τα οποία θα φιλτράρουν την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη.

Εκείνο που πρέπει να γίνει, είναι εθνικός σχεδιασμός για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, επιχειροποίηση του Υγειονομικού Χάρτη, ηλεκτρονικοποίηση της υγείας, απαραίτητη προϋπόθεση ηλεκτρονική κάρτα, όλα στο φως, παρακολούθηση του συστήματος. Όπου έχει εφαρμοστεί η ηλκετρονικοποίηση, έχουν μειωθεί οι δαπάνες. Επίσης, ο σχεδιασμός να υπερβαίνει τη θητεία των Κυβερνήσεων και θα πρέπει τη Πρωτοβάθμια Περίθαλψη να τη δούμε ως τη βάση του συστήματος Υγείας. Χωρίς να είναι η βάση του συστήματος Υγείας και στέρεη σε συνεργασία με τους Δήμους, με τις Περιφέρειες, όπως είναι σε πολλά κράτη του κόσμου, νομίζω ότι θα έχουμε αδικήσει και θα έχετε αδικήσει και εσείς τον εαυτό σας με το νομοσχέδιο που φέρατε.

Άρα, λοιπόν, βασικές και πάγιες θέσεις του Ιατρικού κόσμου είναι αντίθετες με αυτό το σχέδιο νόμου και καλό θα είναι να το ξαναδείτε και να διορθώσετε τα κακώς κείμενα. Να φέρετε ένα νομοσχέδιο, το οποίο να αντέχει στο χρόνο. Σας ευχαριστώ πολύ.

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

ΜΙΧΑΗΛ ΓΙΑΝΝΑΚΟΣ (Πρόεδρος της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Εργαζομένων Δημόσιων Νοσοκομείων): Ευχαριστώ, κ. Πρόεδρε. Εμείς δεν μπορούμε να συμφωνήσουμε σε ένα νομοσχέδιο, το οποίο υλοποιεί μνημονιακές δεσμεύσεις και δίνει τη δυνατότητα για περαιτέρω ιδιωτικοποίηση της δημόσιας υγείας και ελαστικοποίηση των εργασιακών σχέσεων. Διαφωνούμε με τις δηλώσεις της Κυβέρνησης, ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας, βρίσκεται στο στάδιο της ανάρρωσης με δημόσιες δαπάνες υγείας 5%.

Ήμασταν στο δρόμο για το δεύτερο μνημόνιο, που προέβλεπε δημόσιες δαπάνες υγείας 6%. Αντίθετα, σήμερα το σύστημα ξεχαρβαλώνεται, αντιμετωπίζει σημαντικές δυσκολίες ημέρα με την ημέρα και αν δεν αντιστραφούν οι πολιτικές χρηματοδότησης και στελέχωσης, είναι βέβαιο ότι η κατάσταση θα είναι μη αναστρέψιμη. Όταν οι δημόσιες δαπάνες είναι τόσο χαμηλές, δεν υπάρχει καμία περίπτωση να φτιάξουμε το εθνικό σύστημα υγείας σε Πρωτοβάθμιο, Δευτεροβάθμιο και Τριτοβάθμιο επίπεδο.

Τρία τινά μπορούν να συμβαίνουν. Το πρώτο, υποβαθμίζεται καθημερινά η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, με αποτέλεσμα να ταλαιπωρούνται οι πολίτες, να κινδυνεύει η ζωή τους, μετακυλίεται το κόστος στους πολίτες. Γι’ αυτό και στη χώρα μας οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας πλησιάζουν το 4% του ΑΕΠ, όταν στις άλλες χώρες της Ευρώπης, ο μέσος όρος είναι 1%. Επίσης το πιο βασικό είναι, ότι οι πολίτες δεν έχουν τη δυνατότητα να φροντίσουν, να προασπίσουν την υγεία τους, καθότι ειδικά η Πρωτοβάθμια Περίθαλψη σήμερα πληρώνεται από τις τσέπες. Πολλοί άνθρωποι δεν είναι σε θέση να αγοράσουν τα φάρμακα, τα παίρνουν βερεσέ από τα φαρμακεία. Δηλαδή, αντί για κάθε μέρα τα παίρνουν μια φορά στις τρεις μέρες.

Αν πράγματι η Κυβέρνηση προσλάμβανε χιλιάδες προσωπικό, γιατί δεν ανοίγουν οι ΜΕΘ, γιατί όταν φεύγει ένας γιατρός ή ένας νοσηλευτής, βασικές κλινικές εφημερευόντων νοσοκομείων στην περιφέρεια παύουν να λειτουργούν, γιατί υπάρχουν αυτές οι μεγάλες λίστες αναμονής για χειρουργείο, γιατί ταλαιπωρούνται οι πολίτες;

Εάν τα νοσοκομεία, όπως λέει η Κυβέρνηση, χρηματοδοτούνται επαρκώς, γιατί θέτουν budget για θεραπείες και για χειρουργικές επεμβάσεις, γιατί δεν έχουν υλικά, γιατί δεν μπορούν να επενδύσουν, να συντηρήσουν τον εξοπλισμό και τις υποδομές τους;

Σήμερα, η πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι σε τραγική κατάσταση, αντιμετωπίζει σημαντικές ελλείψεις σε προσωπικό, καθώς επίσης και στην κάλυψη των λειτουργικών δαπανών. Πολλά κέντρα υγείας, αλλά και μονάδες του ΕΟΠΥΥ, συγχωνεύονται, σταματά η εικοσιτετράωρη λειτουργία τους. Πώς είναι δυνατόν, κέντρα υγείας να κλείνουν το μεσημέρι, λες και είναι τράπεζες;

Θέλω να αναφέρω ένα παράδειγμα. Στη δυτική Ευρυτανία, το κέντρο υγείας Φραγκίστας κλείνει το μεσημέρι. Πριν από ένα χρόνο, καρδιοπαθής το επισκέφτηκε στις 15.30΄ και πέθανε έξω από την πόρτα, διότι ήταν κλειστό, γιατί δεν έχει και ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Τα κέντρα υγείας, για να μπορούν να ανταπεξέλθουν στις λειτουργικές δαπάνες, βγάζουν εράνους. Το προσωπικό κάνει έρανο μεταξύ του και ακόμη και σε εκκλησίες βγαίνει δίσκος για την ενίσχυση των κέντρων υγείας. Πάρα πολλοί δήμοι δεν έχουν ειδικευμένους γιατρούς.

Στο νομοσχέδιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, υλοποιούνται οι μνημονιακές δεσμεύσεις του τρίτου μνημονίου, του ν.4336/2015. Οριοθετούνται οι δυνατότητες του δημόσιου τομέα και η ανάθεση της σίτισης δίνεται στον ιδιωτικό τομέα. Την πρωτοβάθμια περίθαλψη αναλαμβάνουν κυρίως ιδιώτες γιατροί και γιατροί συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ. Δίνεται η δυνατότητα στους γιατρούς, που είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης σήμερα, να μετακινηθούν στα δημόσια νοσοκομεία και βέβαια το κόστος θα μετακυληθεί στους πολίτες, με δεδομένο ότι το βιβλιάριο ασθενείας σήμερα μικρό ρόλο παίζει, καθότι η πρωτοβάθμια περίθαλψη, οι γιατροί για τα φάρμακα πληρώνονται από τις τσέπες των εργαζομένων.

Η Κυβέρνηση, ήταν αντίθετη με τον ΕΣΑΝ, τότε ήταν ταφόπλακα για την υγεία, τώρα αλλάζει όνομα, η κοστολόγηση των υπηρεσιών, η πώλησή τους και με Α.Ε. θα γίνεται η κοστολόγηση. Τώρα ξαφνικά η ΕΣΑΝ από ταφόπλακα έγινε ελιξίριο της ζωής για το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Η Κυβέρνηση ελαστικοποιεί τις εργασιακές σχέσεις, καθότι θα προσλαμβάνονται σε νοσοκομεία με μπλοκάκια και για το νοσοκομείο της Καρπάθου, που η Κυβέρνηση επαίρεται, έχουμε να πούμε, ότι άλλα νοσοκομεία που έχουν ανάγκη να γίνουν νομικά πρόσωπα, που απώλεσαν τη νομική μορφή, δεν γίνονται γιατί το απαγορεύει η τρόικα. Προφανώς εκεί σχετίζεται με την εγκατάσταση νατοϊκής βάσης.

Κάποτε όλοι μαζί λέγαμε στο δρόμο συνθήματα, όπως «μια νύχτα μαγική, σαν την Αργεντινή, να δούμε στο ελικόπτερο ποιος θα πρωτομπεί». Τώρα, παρεξηγούνται, που εφαρμόζουν τις ίδιες πολιτικές, που μέσα συμπεριλαμβάνουμε και το όνομα του Αλέξη.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Θα παρακαλέσω για μια ακόμη φορά, αλλά θα είναι η τελευταία. Θα κάνω χρήση του Κανονισμού, εάν διακόπτονται οι ομιλητές. Ο καθένας μπορεί να λέει ό,τι θέλει, είναι υπεύθυνος των λόγων του, αυτό είναι η πεμπτουσία, όποιος τον διακόπτει θα ζητάω να εξέρχεται.

Το λόγο έχει ο κ. Μποδοσάκης – Μερκούρης.

ΠΡΟΔΡΟΜΟΣ ΜΠΟΔΟΣΑΚΗΣ - ΜΕΡΚΟΥΡΗΣ (Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρίας Γενικής Ιατρικής (ΕΛ.Ε.ΓΕ.ΙΑ.)): Η ΕΛ.Ε.ΓΕ.ΙΑ., την οποία εκπροσωπώ και η οποία ιδρύθηκε το 1986 και η Ελληνική Επαγγελματική Ένωση Γενικής Ιατρικής, η οποία ιδρύθηκε το 1994, λειτουργούν όλα αυτά τα χρόνια ως οι μόνοι έγκριτοι αναγνωρισμένοι φορείς της ειδικότητάς μας και έχουν επιδείξει πλούσιο και διαχρονικό έργο τόσο στην Ελλάδα, όσο και διεθνώς. Αναφέρω ενδεικτικά ότι μετέχουμε στο Συμβούλιο της Παγκόσμιας Οργάνωσης Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής και αποτελούμε ένα από τα 4 ιδρυτικά μέλη του ευρωπαϊκού μας οργάνου.

Αγωνιζόμαστε όλα αυτά τα χρόνια για την εγκαθίδρυση στη χώρα μας του οικογενειακού γιατρού, του γιατρού που περιθάλπει και υποστηρίζει την υγεία του πολίτη από την κούνια του μέχρι την κουνιστή του πολυθρόνα. Συναντηθήκαμε προ τριμήνου με τον Υπουργό Υγείας, συζητήσαμε και καταθέσαμε υπόμνημα 12 θέσεων, το οποίο θα καταθέσω και εδώ. Από τις 12 θέσεις πρέπει να αναγνωρίσω ότι οι 2 έγιναν σεβαστές. Πρώτον, κατέβηκε ο υπερβολικός αριθμός της λίστας και, δεύτερον, προβλέφθηκε το σύστημα παραπομπής. Χαιρόμαστε για τη νομοθεσία, κύριε Υπουργέ, που καθιερώνει τον οικογενειακό γιατρό στην Ελλάδα, όπως σας εξηγήσαμε, όμως, ανησυχούμε για τις φαλκιδεύσεις του θεσμού που παρατηρούμε.

Πρώτον, υπάρχουν πολλές και διάφορες εργασιακές σχέσεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Υπάρχουν γιατροί ΕΣΥ της πρωτοβάθμιας, οικογενειακοί γιατροί οιονεί ΕΣΥ, συμβασιούχοι οικογενειακοί γιατροί και γιατροί πολλών άλλων ειδικοτήτων. Φοβόμαστε ότι το νομοθέτημα επαναφέρει από το παράθυρο τη λειτουργία του Ι.Κ.Α., γνωστή παγκοσμίως ως λειτουργία σοβιετικού πολυιατρείου, που αξιολογήθηκε αρνητικά από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και δεν εφαρμόζεται πλέον σε κανένα σύγχρονο σύστημα υγείας.

Δεύτερον, φοβόμαστε διότι οι προσλήψεις των οικογενειακών γιατρών είναι απολύτως αδιαφανείς. Προτείναμε την ανάρτηση σε πίνακες όλων των διαθέσιμων οικογενειακών γιατρών ανά περιοχή και την επιλογή τους από τους ενδιαφερόμενους πολίτες κάθε πρώτο δεκαπενθήμερο του χρόνου, τον Ιανουάριο.

Τρίτον, φοβόμαστε ότι οι αμοιβές και οι εργασιακές σχέσεις, μισθός και πλήρης και αποκλειστική απασχόληση, ακυρώνουν στην πράξη το εγχείρημα. Οι προηγμένες χώρες αμείβουν τους οικογενειακούς γιατρούς ανάλογα με το μέγεθος, το είδος, την ηλικία και το ποσοστό χρονίως πασχόντων της λίστας τους με κατά κεφαλή αμοιβή, καθιστώντας έτσι τον πολίτη αξιολογητή του γιατρού του. Όσο για την αποκλειστική απασχόληση, επί τριάντα χρόνια δηλώνουμε ότι δεν έχει κανένα όφελος η εφαρμογή στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Η Πολιτεία απλώς πρέπει να αγοράσει χρόνο - εμείς προτείνουμε 7 ώρες ημερησίως - από τον γιατρό και να ελέγξει την αυστηρή εφαρμογή αυτού του ωραρίου. Θεωρούμε εξαιρετικά χρήσιμο και όχι για οικονομικούς λόγους, να συμμετέχει ο πολίτης με ένα μικρό ποσοστό στην κατά κεφαλή αμοιβή του γιατρού. Θα εξαιρεθούν, βεβαίως, οι ανασφάλιστοι και οι άνεργοι. Θα καταβάλλεται, κατά την επιλογή του γιατρού, το πρώτο δεκαπενθήμερο κάθε έτους και θα ονομάζεται παράβολο επιλογής. Εν κατακλείδι, πιστεύουμε στην δημόσια παροχή υπηρεσιών υγείας, αλλά όχι στο γιατρό δημόσιο υπάλληλο.

Τέταρτον, φοβόμαστε τα πιλοτικά προγράμματα. Ποτέ δεν τα είδαμε να ολοκληρώνονται.

Πέμπτον, φοβόμαστε ότι δεν θα βρείτε παντού παιδιάτρους. Προτείνουμε οι θέσεις να καλύπτονται από παιδιάτρους και μόνο, επί ελλείψεως παιδίατρου, από γενικούς οικογενειακούς γιατρούς. Φοβόμαστε τη λειτουργία μονήρων ιατρείων. Σε όλη την Ευρώπη φοβούνται τα solo practice. Προτείνουμε ισχυρά κίνητρα για δημιουργία ομαδικών ιατρείων group practice.

Τέλος, φοβούμαστε και καταγγέλλουμε την αναχρονιστική επαναφορά των τριμελών διοικουσών επιτροπών των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας και την ολοκληρωτική αδιαφάνεια, σχετικά με την επιλογή μελών τους. Η έλλειψη κάθε αντικειμενικού στοιχείου, πτυχίο, προϋπηρεσία, βιογραφικό σημείωμα και ότι άλλο μπορεί κανείς να σκεφτεί και η εν λευκώ ανάθεση της επιλογής στους διοικητές των ΥΠΕ, δείχνει τις προθέσεις και εμείς έχουμε πικρή πείρα των αυθαιρεσιών αυτών των διοικητών. Σας ευχαριστώ πολύ.

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

ΙΩΑΝΝΗΣ ΓΑΛΑΝΟΠΟΥΛΟΣ (Μέλος της Εκτελεστικής Γραμματείας της Ομοσπονδίας Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδας (Ο.Ε.Ν.Γ.Ε.)): Ευχαριστώ πολύ, η ΟΕΝΓΕ εκτιμά ότι και αυτή η μεταρρύθμιση που αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα, έρχεται σε συνέχεια μεταρρυθμίσεων και των προηγούμενων κυβερνήσεων και οπωσδήποτε εντάσσεται μέσα στην υποχρέωση να τηρηθούν συγκεκριμένοι δημοσιονομικοί στόχοι και να περικοπούν δαπάνες. Κατά τη γνώμη μας αυτό το δίκτυο πρωτοβάθμιας, έτσι όπως περιγράφεται ότι θα δημιουργηθεί, το οποίο είναι κάπως ετερόκλητο, περιλαμβάνει και ιδιώτες, είναι εξαιρετικά υποβαθμισμένο ακόμα και στη σκέψη του, διότι ένας πολύ μικρός αριθμός προσωπικού από τις ειδικότητες που περιγράφονται έχουν στην ευθύνη τους ή θα έχουν για την ακρίβεια, ένα πολύ μεγάλο μέρος πληθυσμού και πάρα πολλές αρμοδιότητες, γεγονός που σημαίνει ότι οι υπηρεσίες που θα παρέχονται θα είναι τουλάχιστον υποτυπώδεις.

Κατά την άποψή μας, η βασική αποστολή και γι’ αυτό συστήνονται οι ΤΟΜΥ, θα είναι αυτή του κόφτη των ασθενών προς τα Κέντρα Υγείας και τα νοσοκομεία, ούτως ώστε να εξασφαλίζεται ότι δεν θα στοιχίζει στο κράτος και στα ασφαλιστικά παραπάνω χρήματα από τα προβλεπόμενα. Ακόμη και στην πλήρη ανάπτυξή τους, όπως προβλέπεται και από το νομοσχέδιο η κάλυψη θα αφορά μόλις το 30% του πληθυσμού, ενώ δεν υπάρχει σχεδιασμός για τον υπόλοιπο πληθυσμό.

Από την άλλη μεριά, εδώ αλλάζει η ταμπέλα δηλαδή, οι μονάδες υγείας του ΠΕΔΥ γίνονται Κέντρα Υγείας αλλά σε καμία περίπτωση δεν προβλέπεται ούτε η επαναλειτουργία των 130 πρώην μονάδων του ΕΟΠΥΥ που έκλεισαν το 2014, ούτε η αναβάθμιση της λειτουργίας αυτών που έχουν απομείνει. Ενώ ταυτόχρονα, ο κρατικός προϋπολογισμός για το 2017 έχει μείωση δαπανών και για το ΠΕΔΥ και για το προσωπικό, και αυτό, κατά τη γνώμη μας, θα οδηγήσει επίσης σε επιδείνωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επίσης, η χρηματοδότηση από το ΕΣΠΑ, κατά τη γνώμη μας, είναι προβληματική διότι δεν προβάλλεται- ασφαλώς και γι’ αυτό το λόγο μπαίνει το ΕΣΠΑ- χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό, αφού και με το τρίτο Μνημόνιο η κρατική χρηματοδότηση μέχρι το 2018 είναι παγωμένη και έτσι, κατά τη γνώμη μας μετά τη λήξη του προγράμματος της χρηματοδότησης, στρώνεται το έδαφος για να μετακυλίεται το κόστος στις πλάτες των ασθενών για να λειτουργήσουν σε ανταποδοτική βάση και με ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια.

Επίσης, μια παρατήρηση αφορά στις προσλήψεις του προσωπικού οι οποίες θα είναι με συμβάσεις ορισμένου χρόνου και όχι μόνιμες προσλήψεις εργαζομένων. Δίνεται δηλαδή μια συνέχεια στις ελαστικές μορφές απασχόλησης, απέναντι στις οποίες και εμείς ως Ομοσπονδία είμαστε ενάντια. Και από την άλλη πλευρά, αυξάνεται σε μεγάλο βαθμό και θεσμοθετείται επί της ουσίας η κινητικότητα των γιατρών ανάμεσα στις ΤΟΜΥ, στα Κέντρα Υγείας και από εκεί στα νοσοκομεία. Επί της ουσίας, για να καλύπτονται ανάγκες λόγω της έλλειψης προσωπικού, δίνοντας το «τυράκι» ή σπρώχνοντας τους γιατρούς να συμμετέχουν στην εμπορευματοποιημένη λειτουργία του νοσοκομείου, να κάνουν δηλαδή, απογευματινά ιατρεία για να μπορέσουν να βγάζουν χρήματα και να μην διαμαρτύρονται σε αυτή την μετακίνηση.

Επίσης, ιδρύονται οι πανεπιστημιακές εκπαιδευτικές μονάδες, κατά τη γνώμη μας και οι συμβάσεις τους με τους ΟΤΑ έχουν μια στόχευση, από τη μια να προσαρμοστεί και η προπτυχιακή και η μεταπτυχιακή ιατρική εκπαίδευση στις ανάγκες αυτών των αλλαγών που έρχονται τώρα, και επί της ουσίας να εμπεδωθεί στους νέους γενικούς γιατρούς αυτός ο ρόλος του gate keeper που, κατά τη γνώμη μας, είναι και μια απαξίωση του επιστημονικού ρόλου του γενικού γιατρού. Από την άλλη, η σύνδεση με την τοπική διοίκηση να βάλει στο προσκήνιο την εμπέδωση ότι από εδώ και στο εξής, η τοπική διοίκηση θα συμμετέχει με χρηματοδότηση και άρα, το κράτος θα ελαφρύνεται από υποχρεώσεις, κάτι το οποίο περιγράφεται και στην ρύθμιση που έχετε δώσει για το νοσοκομείο της Σαντορίνης για τις διευκολύνσεις από το δήμο. Κάτι που δεν πρέπει να μας αποσπά τη προσοχή ότι και τα χρήματα των δήμων, είναι χρήματα των πολιτών, έρχονται από βαριά φορολογία, δημοτικά τέλη κλπ.

Ένα τελευταίο, νομίζουμε ότι όπως παρουσιάζεται η σύνθεση των τοπικών ομάδων υγείας, με όλες αυτές τις αρμοδιότητες που περιγράφετε δηλαδή, υπηρεσίες πρόληψης, προαγωγής υγείας στην οικογένεια, στα σχολεία, στους χώρους δουλειάς και μια σειρά άλλων να μην τις πω όλες λεπτομερώς, είναι μάλλον υποκριτικό.

Δηλαδή, πώς θα αναπτύξουν αυτοί οι τόσοι λίγοι γιατροί και οι τόσοι λίγοι επιστήμονες υγείας, που θα υπηρετούν εκεί με τόσο μεγάλο πληθυσμό που θα έχουν στην αρμοδιότητά τους, όλη αυτή την επιστημονική υποχρέωση που έχουν. Μήπως θα είναι κάποιοι διεκπεραιωτές, μήπως θα είναι οι gate keepers και όχι όλα αυτά που περιγράφετε; Αυτές είναι οι επισημάνσεις μας, δεν έχω να πω κάτι παραπάνω και σας ευχαριστώ.

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

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ (Πρόεδρος της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδας Ε.Ν.Ε.): Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε. Με αφορμή το σχέδιο νόμου του Υπουργείου Υγείας σχετικά με τη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η Ένωση Νοσηλευτών θα επισημάνει τα ακόλουθα: από τη διατύπωση του νομοσχεδίου και τη μεγάλη ποικιλία των αναφερόμενων δομών, δημιουργείται αναμφίβολα μια κατ’ αρχήν σύγχυση στον αναγνώστη, ο οποίος δυσκολεύεται να διαχωρίσει το ρόλο και την αρμοδιότητα ενός εκάστοτε φορέα.

Ενδεικτικώς, αναφέρουμε την ομάδα υγείας, την τοπική ομάδα υγείας, τον τομέα Π.Φ.Υ., τα περιφερειακά ιατρεία, τα πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία, τα ειδικά περιφερειακά ιατρεία, τα τοπικά, τα κέντρα υγείας, το τοπικό δίκτυο Π.Φ.Υ., τον οικογενειακό γιατρό, τα κεντρικά διαγνωστικά εργαστήρια, τα κέντρα ειδικής φροντίδας, την οδοντιατρική ομάδα, το δίκτυο μαιών – μαιευτών, το δίκτυο αγωγής υγείας και πρόληψης, την επιτροπή σχεδιασμού και συντονισμού για την Π.Φ.Υ., τη διοικούσα επιτροπή του τομέα Π.Φ.Υ., τον περιφερειακό συντονιστή του τομέα Π.Φ.Υ., το συντονιστή οδοντίατρο υγειονομικής περιφέρειας, τις ακαδημαϊκές μονάδες Π.Φ.Υ., άπαντες οι ανωτέρω φορείς και υπηρεσίες καλούνται να επιτύχουν μια αρμονική μεταξύ τους σύμπραξη και συνεργασία, προκειμένου να επέλθει το τελικώς σκοπούμενο αποτέλεσμα.

Ενόψει της ως άνω πολυδαίδαλης δομής του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, διατηρούμε ισχυρές επιφυλάξεις ως προς την επιτυχή έκβαση της συγκεκριμένης νομοθετικής πρωτοβουλίας του Υπουργείου Υγείας στον εξαιρετικά ευαίσθητο και πολύπαθο χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Παράλληλα, ευελπιστούμε η σύγχυση που μοιραία προκαλεί η πολυδαίδαλη αυτή δομή, να μην διαδοθεί και στους λήπτες υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, διότι σε μια τέτοια περίπτωση το νέο αυτό σύστημα θα έχει αποτύχει καθολικά. Πέρα των ως άνω γενικών παρατηρήσεων και ερχόμενοι στο ειδικότερο ζήτημα του ρόλου του νοσηλευτή στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, έχουμε να παρατηρήσουμε τα ακόλουθα: ενώ το ευρωπαϊκό και το διεθνές πρότυπο προηγμένων κρατών θέτουν στο επίκεντρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τους νοσηλευτές, οι οποίοi επιφορτίζονται με διευρυμένες αρμοδιότητες και ρόλους, άμεσα συνδεόμενους με το επίπεδο των επιστημονικών και των τεχνικών γνώσεών τους, με το παρόν νομοσχέδιο εξακολουθεί να υποτιμάται και να υποβαθμίζεται ο ρόλος των νοσηλευτών.

Η επιλογή αυτή του Υπουργείου Υγείας είναι τουλάχιστον ανεξήγητη, ιδίως κατά το μέρος που το σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, φαίνεται να γυρίζει την πλάτη σε ένα από τα πλέον ποιοτικά τμήματα του έμψυχου δυναμικού του, που δεν είναι άλλο από τους νοσηλευτές της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Παράλληλα, τη στιγμή που παραγνωρίζεται ο διεθνώς αναγνωρισμένος ρόλος των νοσηλευτών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, το νομοσχέδιο επιφυλάσσει ειδική μνεία για τον κλάδο των μαιών και των μαιευτών, στους οποίους απονέμεται ακόμη και η δυνατότητα συνταγογράφησης, καθώς και στον κλάδο των επισκεπτών υγείας στο οικείο νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου.

Δικαίωμα εκτενώς περιγραφόμενου στην υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής υγείας δίνεται στους εξής κλάδους: στον οικογενειακό γιατρό, στον επισκέπτη υγείας, στον κοινωνικό λειτουργό, στον οδοντίατρο, στις μαίες, στους φυσικοθεραπευτές, στους φαρμακοποιούς συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ. Για τους νοσηλευτές, υπάρχει η γενική αναφορά ότι ο νοσηλευτής προάγει την υγεία, παρέχει υπηρεσίες πρόληψης και αποβλέπει στη βελτίωση της υγείας και στην ποιότητα ζωής, η οποία ωστόσο, δεν μπορεί να διαφυλάξει τον κλάδο μας από το προβλεπόμενο της συμμετοχής μεν στην πρόληψη και προαγωγή, όχι όμως ως ισότιμα μέλη του δικτύου αγωγής υγείας και πρόληψης, αλλά ως υφιστάμενοι των υποχρεωτικών από το νόμο υπευθύνων συντονιστών σε αυτό, επισκεπτών υγείας.

Ο νοσηλευτής αποκλείεται από τη δυνατότητα ανάληψης θέσης υπευθύνου του συντονιστή στο υπό συγκρότηση δίκτυο αγωγής υγείας και πρόληψης, καίτοι συμμετέχουν σε αυτό, θέση που δίνεται μόνο στους επισκέπτες υγείας. Δεν αναφέρεται πουθενά ο όρος «κοινοτικός νοσηλευτής», εκτός, σχήμα οξύμωρο, από το άρθρο 24. Για το λόγο αυτό, το άρθρο 13, θέλει άμεση διόρθωση ως προς το να δίνεται η δυνατότητα ανάληψης υπευθύνου συντονιστή σε όλα τα μέλη από τους συμμετέχοντες στο δίκτυο κλάδου που διαθέτουν απαραίτητα προσόντα.

Χωρίς να επιθυμούμε να υποτιμήσουμε την συνεισφορά των ως άνω απασχολούμενων στο χώρο της υγείας, αδυνατούμε να αντιληφθούμε πώς το Υπουργείο Υγείας ξέχασε τον κλάδο των νοσηλευτών και τον επαγγελματικό τους Σύλλογο που λειτουργεί ως νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου πλέον των 10 ετών και δεν τους απέδωσε το ρόλο που τους αναλογεί.

Το νέο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μοιραία θα σημαδευτεί από ένα αυξημένο κόστος μισθοδοσίας, λαμβανομένου υπόψιν ότι προβλέπει την πρόσληψη και την απασχόληση ενός τεράστιου αριθμού παρόχων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Υπενθυμίζεται δε ότι με βάση τις διατάξεις του άρθρου 106 του ν.4461/2007, η μισθοδοσία του προσλαμβανόμενου προσωπικού καθώς και τα έξοδα εγκατάστασης για την λειτουργία των ΤΟΜΥ καλύπτονται από ενωσιακούς όρους υπό τους όρους των κανονισμών για τα ευρωπαϊκά διαρθρωτικά και επενδυτικά ταμεία στο πλαίσιο τετραετούς συγχρηματοδοτούμενου προγράμματος με αξιοποίηση πόρων από το ευρωπαϊκό κοινωνικό ταμείο. Με άλλα λόγια το σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στηρίζεται σε πόρους που προέρχονται από την Ε.Ε. με προοπτική τετραετίας. Ωστόσο μετά την πάροδο της τετραετίας δεν φαίνεται να υπάρχει σαφής πρόβλεψη περί της συνέχισης της ασφαλούς χρηματοδότησης της πολυδαίδαλης δομής της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Με τις παραπάνω σκέψεις και προβληματισμούς η ΕΝΕ διατηρεί ισχυρές επιφυλάξεις έναντι του νέου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, το οποίο δεν φαίνεται να διαθέτει την απαιτούμενη δυναμική, ενώ στερείται οράματος, αποβλέποντας πρωτίστως στην μαζική πρόσληψη προσωπικού. Ευχαριστώ πολύ.

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

ΙΩΑΝΝΗΣ ΛΥΜΒΑΙΟΣ (Γραμματέας της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Αναπηρία (Ε.Σ.Α.μεΑ.): Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε. Κύριε Υπουργέ, στο σχέδιο νόμου που κατατέθηκε και συζητάται σήμερα έχουν ενσωματωθεί πολλές από τις παρατηρήσεις της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Αναπηρία που σας καταθέσαμε κατά το προηγούμενο διάστημα του αρχικού νομοσχεδίου. Παρόλα αυτά η ΕΣΑμεΑ επισημαίνει, όπως επισήμανε και στη διαβούλευση του νομοσχεδίου για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ότι η ανυπαρξία υγειονομικού χάρτη και η μη χαρτογράφηση των αναγκών του πληθυσμού ιδιαίτερα των ατόμων με αναπηρία και των χρονίως πασχόντων, κάνει πολύ δύσκολο και θα λέγαμε ότι υπάρχει ο κίνδυνος θνησιγένειας αυτού του σχεδίου νόμου. Παρόλα αυτά επειδή είναι πολύ σημαντικό το κομμάτι αυτό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, θα θέλαμε με πολύ συνοπτικό τρόπο, άλλωστε σας τα έχουμε καταθέσει, να σταθούμε σε 6 παρατηρήσεις.

Πρώτον, πολύ προβληματικό σημείο του νομοσχεδίου είναι η παντελής έλλειψη αναφοράς στην προσβασιμότητα, τόσο στην προσβασιμότητα που αναφέρεται στο δομημένο περιβάλλον, δηλαδή των δομών που αποτελούν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας όσο και στο ψηφιακό, δηλαδή ηλεκτρονική συνταγογράφηση, ατομικός ηλεκτρονικός φάκελος κ.ο.κ..

Δεύτερον, δεν υπάρχει καμία αναφορά στο σχέδιο νόμου σχετικά με θέματα της ψυχικής υγείας κύριε Υπουργέ και βέβαια με την στελέχωση των υπηρεσιών αποκατάστασης.

Τρίτον, δεν αναφέρεται η σταθερή χρηματοδότηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με αποτέλεσμα να μην διασφαλίζεται με τον τρόπο αυτό και η συνέχιση λειτουργίας του μετά την τετραετία του ΕΣΠΑ.

Τέταρτον υπάρχουν ερωτήματα που τα γεννά το άρθρο 69, το οποίο ορίζει την κατάργηση της Επιτροπής του Υπουργείου Υγείας για νοσηλεία απόρων ασθενών, στο εξωτερικό χωρίς να ορίζεται η αντικατάστασή της. Είναι πολύ σημαντικό θέμα και πραγματικά θέλει διευκρίνιση και μέριμνα.

Επίσης δύο ακόμα σημαντικές παρατηρήσεις και με αυτές θα ολοκληρώσω είναι συγκεκριμένα στο άρθρο 9 ότι θα πρέπει να προβλεφθεί η διασύνδεση των ΚΕΘ με τα δημοτικά ιατρεία, τα οποία ήδη λειτουργούν, ήδη υπάρχουν σε αρκετούς δήμους της χώρας, ώστε να δημιουργηθεί ένα ικανοποιητικό και αλληλοσυμπληρώμενο δίκτυο υπηρεσιών και μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με μεγαλύτερη βέβαια γεωγραφική κάλυψη.

Οι χώροι των Κ.Ε.Ε.Φ., όπου θα παρέχονται υπηρεσίες ειδικής θεραπευτικής αποκατάστασης, θα πρέπει να είναι κατάλληλα εξοπλισμένοι και επαρκώς στελεχωμένοι με μόνιμο και εξειδικευμένο προσωπικό, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, φυσικοθεραπευτές κ.ο.κ. και όχι με ορισμένου χρόνου εναλλασσόμενο προσωπικό, γιατί είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει πρόσωπο αναφοράς στη θεραπευτική αποκατάσταση και, βέβαια, οι χώροι των Κ.Ε.Ε.Φ. θα πρέπει να παρέχουν υπηρεσίες και να πληρούν, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία που ισχύει για τα εργαστήρια της φυσικοθεραπείας όλους τους όρους και τις προϋποθέσεις που προβλέπονται.

Τέλος, στο άρθρο 19 όπου γίνεται αναφορά για τους χρονίους πάσχοντες, κύριε Υπουργέ, στη χώρα μας είναι ανεπτυγμένα, στα δημόσια νοσοκομεία, κέντρα αναφοράς χρονίων παθήσεων, είτε ως κλινικές, είτε ως τμήματα που παρακολουθούν χρόνια πάσχοντες, όπως οι αιμοκαθαρόμενοι νεφροπαθείς, οι μεταμοσχευμένοι συμπαγών οργάνων, οι αιμορροφιλικοί, οι θαλασσαιμικοί κ.ο.κ.

Επίσης, είναι ανεπτυγμένες στον ιδιωτικό τομέα, ειδικές μονάδες υγείας για την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας και παροχής θεραπευτικών σχημάτων, όπως είναι η αποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας. Ο χρόνια πάσχων, τόσο για τη συνέχιση της θεραπείας του όσο και για έκτακτα περιστατικά, απευθύνεται αμέσως στο κέντρο παρακολούθησης του, όπου το ανθρώπινο δυναμικό είναι σε θέση ν’ αντιμετωπίσει το περιστατικό με βάση τα χαρακτηριστικά του πάσχοντα.

Άρα, λοιπόν, με βάση αυτά που σας ανέφερα, είναι αναγκαία η ένταξη στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και των Κέντρων Χρόνιων Παθήσεων, τόσο του δημοσίου όσο και του ιδιωτικού τομέα και η διασύνδεσή τους με τις μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, έτσι ώστε οι χρονίως πάσχοντες να έχουν πρόσβαση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας, χωρίς εμπόδια, ενδιάμεσους σταθμούς και καθυστερήσεις και, ταυτόχρονα, βέβαια, να διευκολυνθεί και η κίνησή τους στο σύστημα αυτό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Είναι δυνατό, επίσης, οι γιατροί των κέντρων χρονίων πασχόντων να αναλάβουν και αυτοί ρόλο οικογενειακού γιατρού προκειμένου να διευκολύνουν, όπως είπα, την κίνηση των πασχόντων που παρακολουθούν σε τακτικό πρόγραμμα. Σε αντίθετη περίπτωση, κύριε Υπουργέ, εάν, δηλαδή, ακολουθηθεί ως έχει το σχήμα το προτεινόμενο από το νομοσχέδιο, πρέπει να είναι κατηγορηματικά ρητή η πρόβλεψη ότι δε υπάρχει κανένα εμπόδιο στην πρόσβαση στους εξειδικευμένους γιατρούς για τους χρονίως πάσχοντες και εξετάσεις μετά τον οικογενειακό γιατρό.

Χωρίς καμία διάθεση υπερβολής θέλω να πω μόνο αυτό: Πρόκειται για ζήτημα ζωής και θανάτου, γι' αυτό, άλλωστε, και θεωρούμε πολύ σημαντική την ενσωμάτωση των παρατηρήσεων που σας αναφέραμε και που σας έχουμε καταθέσει στο συγκεκριμένο σχέδιο νόμου. Σας ευχαριστώ.

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

 ΛΕΩΝΙΔΑΣ ΒΙΤΩΡΑΤΟΣ (Πρόεδρος της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Εργαζομένων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας – Π.Φ.Υ.): Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε.

Εκ μέρους της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Εργαζομένων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας εκφράζουμε τη δυσαρέσκειά μας για την αργοπορία, με την οποία ένα νομοσχέδιο που έπρεπε να κατέβει τον πρώτο χρόνο διακυβέρνησης της κυβέρνησης, άργησε τόσο πολύ, μιλάμε για 2,5 χρόνια μετά, όταν το δημόσιο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας νοσεί, βρίσκεται υπό πλήρη κατάρρευση σήμερα που συζητάμε, υπάρχουν μονάδες υγείας στην περιφέρεια, στην επαρχία, οι οποίες στερούνται γενικού ιατρού ή παθολόγου, βασικών ειδικοτήτων, οι εργαστηριακές υποδομές υπολειτουργούν ή δεν λειτουργούν λόγω ελλείψεως προσωπικού και αντιλαμβάνεστε ότι όλη αυτή η καθυστέρηση επιδείνωσε, αν θέλετε, την όλη εικόνα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, παρ' όλες τις εκκλήσεις μας για διορθωτικές κινήσεις.

Έρχεται, λοιπόν, ένα νομοσχέδιο, το οποίο δεν θέλουμε να πούμε αν είναι προς θετικό ή αρνητικό ισοζύγιο, αλλά έχουμε βαρεθεί, κύριε Υπουργέ, από μεταρρυθμίσεις. Τα τελευταία χρόνια έχουμε ζήσει σωρεία μεταρρυθμίσεων, με τον ΕΟΠΥΥ, με το ΠΕΔΥ και σήμερα. Το ζήτημα είναι πώς θα λυθούν τα προβλήματα της καθημερινότητας και αυτό δείχνει την αποτυχία, αν θέλετε και των διοικούντων των Υγειονομικών Περιφερειών να πετύχουν στο έργο 2,5 χρόνια τώρα. Δε μπορώ να φανταστώ πως θα λειτουργήσουν οι μαστογράφοι στα κεντρικά εργαστήρια, αυτό είναι πραγματικά άξιο απορίας, όταν ο μαστογράφος της Καλλιθέας 3,5 χρόνια, μετά τη μεταρρύθμιση του ΠΕΔΥ, δε λειτουργεί και κανένας δεν έχει ενδιαφερθεί παρά τις συνεχόμενες εκκλήσεις μας, προκειμένου να μπει ένας απαραίτητος εξοπλισμός σε λειτουργία.

Βλέπουμε, λοιπόν, πάρα πολλές υποσχέσεις, αλλά, δυστυχώς, δεν σκύβουμε πάνω στο πρόβλημα στην πραγματικότητα.

Η απορία και η ένστασή μας είναι ότι δημιουργείτε πάλι ένα ανθρωποκεντρικό μοντέλο, κύριε Υπουργέ, μοιράζετε πολλές θέσεις προϊσταμένων πάλι σε γιατρούς, φτιάχνετε επιδόματα και καλά κάνετε, όμως στερείτε και υπάρχει παντελή έλλειψη του λοιπού επιστημονικού προσωπικού, μη ιατρικού, δηλαδή δεν προβλέπετε θέση προϊσταμένου νοσηλευτικής υπηρεσίας, παρ’ όλες τις συνεχείς δεσμεύσεις σας και του Υπουργείου ότι θα μεριμνήσετε γι’ αυτό, δεν προβλέπετε θέση προϊσταμένου εργαστηριακού τομέα, ενώ αντίθετα προβλέπετε κεντρικά εργαστήρια πολυδύναμα, οπότε δεν μπορούμε ν’ αντιληφθούμε πως μπορούν να λειτουργήσουν όλα αυτά χωρίς προϊστάμενο. Είναι παγκόσμια πρωτοτυπία αυτή!

Θεωρώ, ότι πρέπει να αποκατασταθούν οι αδικίες, οι οποίες και σήμερα υφίστανται, δηλαδή, οι επισκέπτες υγείας δεν παίρνουν το επίδομα όχι όλοι, αλλά οι επισκέπτες υγείας που προέρχονται από τον ΕΟΠΥΥ δεν πληρώνονται το επίδομα επικίνδυνης και ανθυγιεινής εργασίας, αντίθετα το παίρνει ο συνάδελφός τους στο διπλανό γραφείο, που προέρχεται από τα Κέντρα Υγείας.

Αυτές είναι ανισότητες που πρέπει να τις σταματήσετε άμεσα, σας το έχουμε πει, είσαστε γνώστες γι' αυτό και έχουμε καταθέσει σχετικά υπομνήματα στο Υπουργείο.

Επίσης, πρέπει κάποια στιγμή να δοθεί και το επίδομα στους φυσικοθεραπευτές, αλλά και στους οδοντοτεχνίτες, που τώρα και ενόψει του νομοσχεδίου τους αυξάνετε το ωράριο, αλλά δεν προβλέπετε την επίδοση του ανθυγιεινού επιδόματος.

Θα θέλαμε να προσέξετε τη διατύπωση όσον αφορά το «βιοπαθολογικό» εργαστήριο στα κεντρικά εργαστήρια, γιατί θεωρώ, ότι με τον όρο «βιοπαθολογικό» είναι όλα τα εργαστήρια και αυτό γνωρίζαμε ότι ισχύει ως σήμερα.

Όσον αφορά τα επιμέρους τμήματα πρόσεξε λίγο τη διατύπωση στο κομμάτι αυτό.

Επίσης, θέλουμε να τονίσουμε, ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στερείται προσλήψεων.

Αυτή την ώρα, λοιπόν, δεν μπορούμε να φανταστούμε πώς μπορούν να καλυφθούν οι θέσεις διοικητικού προσωπικού που απαιτούνται για τη λειτουργία, όταν ο ίδιος ο ΕΟΠΥΥ δεν μπορεί και αδυνατεί να λειτουργήσει τις Επιτροπές του.

Ξέρετε, ότι οι Επιτροπές Πρωτοβάθμιας ΑΙΕ και ΒΙΕ λειτουργούν στο 95% με προσωπικό νοσηλευτικό, παραϊατρικό ή ό,τι άλλο υπάρχει;

Πώς θα βρεθεί το διοικητικό προσωπικό να στελεχώσει τις ΤΟΜΙ, όταν και οι ίδιες οι ΥΠΕ στερούνται διοικητικού προσωπικού;

Αυτά είναι ερωτήματα, τα οποία τα καταθέτουμε.

Θέλουμε να προσθέσουμε επίσης, ότι ζητάμε και τη δημιουργία μιας επιστημονικής - θα το έλεγε κανείς - ομάδας μέσα στο Υπουργείο, που θα συμπεριλαμβάνει και όλους τους επαγγελματίες υγείας, τους επιστημονικά καταρτισμένους, όπως είναι οι μαίες, οι τεχνολόγοι ιατρικών εργαστηρίων, οι ακτινολόγοι, οι νοσηλευτές και πάρα πολλοί άλλοι και όχι να τους πετάτε απέξω.

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

ΠΕΤΡΟΣ ΛΥΜΠΕΡΙΔΗΣ (Πρόεδρος του Πανελλήνιου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών Ελλάδας): Κύριε Πρόεδρε, ευχαριστούμε την πρόσκληση.

Κύριοι Υπουργοί, κύριε Γενικέ Γραμματέα, υπεύθυνοι υγείας των κομμάτων, κύριοι Βουλευτές, εκπρόσωποι των φορέων, ο Πανελλήνιος Σύλλογος Φυσικοθεραπευτών σαν ΝΠΔΔ και σαν ο καταλληλότερος εκπρόσωπος όλων των Φυσικοθεραπευτών όλης της Ελλάδος καταθέτει την άποψή του όσον αφορά το συγκεκριμένο νομοσχέδιο που συζητείται σήμερα.

Καταρχήν, θέλουμε να σας θέσουμε ένα ζήτημα, το οποίο είναι σύνηθες στην Ε.Ε.. Σε πολλά κράτη ευρωπαϊκά και, βέβαια, και της Αμερικής η απευθείας πρόσβαση και η αυτοπαραπομπή του ασθενή στον Φυσικοθεραπευτή - το έχουμε καταθέσει στις προτάσεις μας, όταν γινόταν η διαβούλευση - μπορεί να απλοποιήσει οργανωτικά τη διαδικασία, όσον αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες, μειώνοντας εργατοώρες και εκτός αυτού, οικονομοτεχνικά τα συστήματα υγείας χρεώνονται πολύ λιγότερο.

Στην Ελλάδα υπάρχει επιστημονική επάρκεια των αποφοίτων των δημόσιων Ανώτατων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων, βεβαίως, υπάρχει και το κατάλληλο νομοθετικό πλαίσιο και μιλάμε για το δικαίωμα επιλογής θεραπευτικού σχήματος, εφόσον ο ασθενής είναι διαγνωσμένος για να μην έχουμε και τις αντιδράσεις των φίλων μας των γιατρών.

Θεωρούμε, λοιπόν, ότι ωρίμασαν οι συνθήκες και θα πρέπει σε κάποιες συγκεκριμένες διαγνωσμένες παθήσεις να μπορεί ο ασθενής να προσέρχεται στο Φυσικοθεραπευτή χωρίς να χρειάζεται η παραπομπή, εφόσον υπάρχει διαγνωσμένο νόσημα.

Όσον αφορά το νομοσχέδιο, περιγράφεται αναλυτικά για όλα τα υπόλοιπα επαγγέλματα ο ρόλος και νομίζουμε ότι δεν γίνεται αναλυτική η παρουσίαση του ρόλου του φυσικοθεραπευτή και θα πρέπει επακριβώς, όπως ορίζει το σχέδιο νόμου για την βελτίωση της ποιότητας του ανθρώπου και επίσης, επιτέλους και η ελληνική πολιτεία, εφόσον εργάζεται για την πρόληψη παθήσεων, κακώσεων και δυσμορφιών. Νομίζω ότι οι επιστημονικές αρμοδιότητες των φυσικοθεραπευτών έχουν ακριβώς αυτόν το ρόλο. Σας καταθέτουμε μια ολοκληρωμένη πρόταση όσον αφορά το άρθρο 14, όπου προσθέτει ακριβώς ποιος είναι ο ρόλος του φυσικοθεραπευτή. Δεν χρειάζεται να σας τα αναφέρω γιατί δεν θα μας έφτανε ο χρόνος.

Επίσης, επειδή στα καταστήματα οπτικών γίνεται αναφορά για εφαρμογή μητρώου καταστημάτων οπτικών - νομίζω ότι είναι μια προσθήκη στο άρθρο 14 - πρέπει να καταγραφούν όλα τα εργαστήρια φυσικοθεραπείας που υπάρχουν, να γίνει μητρώο εργαστηρίων φυσικοθεραπείας, είναι πολύ σωστό. Όσον αφορά τα προβλεπόμενα στο άρθρο 9, για τα κέντρα ειδικής αγωγής, γίνεται αναφορά σε κέντρα φυσικοθεραπείας και κέντρα ειδικής αγωγής. Τα κέντρα ειδικής αγωγής δεν έχουν κανονιστικό, νομοθετικό πλαίσιο μέχρι σήμερα, ενώ όσον αφορά τα εργαστήρια, θα πρέπει να προβλέπεται για τους δημόσιους χώρους για να υπάρχει και να παρέχεται η ποιοτική παροχή των υπηρεσιών φυσικοθεραπείας ό,τι ακριβώς προβλέπεται στο Προεδρικό Διάταγμα 29/87, να προβλέπεται και στις δημόσιες δομές.

Στο άρθρο 11, που γίνεται αναφορά στους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ, παρόχους, αναφέρεται μόνο στο ιατρικό σώμα. Νομίζω ότι επειδή υπάρχει πρόβλεψη στο νόμο 4461, για συλλογική σύμβαση, γι' αυτό δεν μπήκε. Έχουμε μια πορεία και γι' αυτό σας το θέτω. Επίσης, στο ίδιο άρθρο, στην παράγραφο 6, αναφέρει για αποζημίωση 60% της ισχύουσας τιμής αποζημίωσης, όταν γίνεται αυτοπαραπομπή για ιατρικές και διαγνωστικές πράξεις, αυτοπαραπομπή γίνεται και για τις συνεδρίες φυσικοθεραπείες όταν βεβαίως γίνονται στον ίδιο επαγγελματικό χώρο. Νομίζω ότι θα πρέπει να προβλέφθηκε κι εκεί. Στο άρθρο 21, για τον ατομικό φάκελο υγείας οι διαδικασίες που πρέπει να γίνουν πρώτα, είναι αυτό που προβλέπει την έκδοση της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας, όπως περιγράφεται στην παράγραφο 2, για να γίνεται ταυτοποίηση του ατόμου.

Νομίζουμε ότι είναι το πρώτο το οποίο θα πρέπει να γίνει. Όσον αφορά το Δ.Σ., στο άρθρο 56, εμείς έχουμε διαχρονικό αίτημα και ζητάμε την παρουσία αμισθί του εκπροσώπου του Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών, το ξαναθέτουμε το θέμα. Για τις περιφερειακές διευθύνσεις που γίνεται η κατάτμηση νομίζουμε ότι είναι στη σωστή κατεύθυνση, όμως θα πρέπει να ενισχυθούν οι περιφερειακές διευθύνσεις με προσωπικό διότι σήμερα κυρίως στην Αττική, παρακολουθούμε μια τεράστια καθυστέρηση που φθάνει στον ένα μήνα, σε σύγκριση με άλλες περιφερειακές διευθύνσεις.

Σας θέτω, μιας και μιλάμε για ΕΟΠΥΥ, ένα τεράστιο πρόβλημα για τους 2.500 συμβεβλημένους φυσικοθεραπευτές, που αντιμετωπίζουμε και θα το καταθέσουμε στους κύριους Υπουργούς, θα το θέσουν και άλλοι πάροχοι, με τον υπολογισμό του claw-back, η γνωστή ρύση, «εκεί που μας χρωστούσαν, μας πήραν και το βόδι», ταιριάζει απόλυτα, καθώς τον Αύγουστο που είναι η μειωμένη η δαπάνη, δεν γίνεται συμψηφισμός του αρνητικού και για τη δαπάνη φυσικοθεραπείας έχει ένα έλλειμμα 1,1 εκατομμύρια ευρώ, μόνο για τον μήνα Αύγουστο.

Δηλαδή, εκεί που είναι να δώσει ο ΕΟΠΥΥ, 70 εκατομμύρια, δίνει 69 λόγω του τρικ προϋπολογισμού και επίσης, με την εκκαθάριση των δειγματοληπτικών ελέγχων που γίνεται, τιμωρείται ο πάροχος, καθώς και το λάθος του συστήματος της ανάκτησης του παραπεμπτικού το χρεώνεται ο συνεργαζόμενος πάροχος, όπως επίσης και στις περιπτώσεις που ο αξιότιμος ελεγκτής γιατρός, δεν βάζει την ημερομηνία της έγκρισής, επίσης, περικόπτονται τα παραπεμπτικά. Τελειώνοντας, θα ήθελα να σας πω για το επίδομα κύριε Υπουργέ -το είπατε- της επικίνδυνης και ανθυγιεινής εργασίας.

Νομίζω ότι είναι ένα πάγιο και διαχρονικό αίτημα, έχουν εξαιρεθεί οι φυσικοθεραπευτές που πρέπει να ικανοποιηθεί επιτέλους. Βλέπω ότι ικανοποιούνται οι εργαζόμενοι των ΟΤΑ και θα πρέπει αφού η Κυβέρνηση έχει αρχίσει να ικανοποιεί αυτά τα αιτήματα και οι φυσικοθεραπευτές να ικανοποιηθούν. Μια τελευταία κουβέντα θα ήθελα να πω μόνο για το νομοσχέδιο που θα ψηφίσουν οι Βουλευτές αύριο, μεθαύριο στην Επιτροπή Μορφωτικών Υποθέσεων, όσον αφορά την αναγνώριση των αποφοίτων των κολεγίων μετα-δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης που γίνεται πλήρη και ισότιμη αντιστοίχιση με τους αποφοίτους των ανώτατων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων της χώρας, όπου με το «νόμο Αρβανιτόπουλου», δόθηκε το δικαίωμα της ισοδυναμίας.

Ενώ, το HBS, το Επιμελητήριο της Αγγλίας δεν αναγνωρίζει αυτές τις σπουδές με την δικαιοχρησία στην Ελλάδα, έρχεται ο Έλληνας νομοθέτης να τα ισοπεδώσει όλα και μάλιστα στο νομοσχέδιο που θα ψηφιστεί για την τριτοβάθμια εκπαίδευση, θα γίνει αυτή η αναγνώριση αυτόματα και με συνοπτικές διαδικασίες, μια πλήρη ισοπέδωση και απαξίωση της δημόσιας εκπαιδευτικής ανώτατης εκπαίδευσης. Εμείς θεωρούμε, ως επαγγέλματα υγείας, ότι θα πρέπει να εξαιρεθούν τα νομοθετικώς ρυθμιζόμενα επαγγέλματα, από αυτήν ακριβώς την αναγνώριση της ισοδυναμίας. Σας ευχαριστώ.

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

ΙΩΑΝΝΗΣ ΤΣΙΚΑΝΔΗΛΑΚΗΣ (Μέλος Δ.Σ. του Πανελλήνιου Φαρμακευτικού Συλλόγου): Καλημέρα και από’ μένα. Κλήθηκα εδώ για να μιλήσω από την πλευρά των φαρμακοποιών, ποια είναι η σχέση ή ποια μπορεί να είναι η συμμετοχή του φαρμακοποιού, στο νομοσχέδιο που συζητείται σήμερα στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Για πολλούς βέβαια ο φαρμακοποιός δεν έχει θέση σε αυτό το σύστημα, για κάποιους άλλους είναι αδιάφορο, για μας πάλι, πιστεύαμε και εξακολουθούμε να πιστεύουμε ότι ο φαρμακοποιός μπορεί να είναι ο βασικός πυλώνας σε αυτό το σύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Και γιατί το λέω αυτό; Όλα αυτά τα χρόνια ο φαρμακοποιός έχει χτίσει μια πολύ καλή σχέση με τον ασθενή πελάτη του.

Λαμβάνοντας υπόψη μας την διασπορά των φαρμακείων, έχουμε 11.500 φαρμακεία σε όλη την επικράτεια, ακόμη και στο τελευταίο χωριό της επικράτειας υπάρχει ένα φαρμακείο. Συνήθως, τον πρώτο υγειονομικό που επισκέπτεται ο ασθενής είναι ο φαρμακοποιός, έρχεται πρώτα στο φαρμακείο, για να εκθέσει το πρόβλημα του και είναι και ο τελευταίος, φεύγοντας από το γιατρό ή από το νοσοκομείο. Αυτό μας κάνει να προσφέρουμε ήδη αρκετές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας χωρίς αμοιβή και αυτό το λέω όχι γιατί ζητάμε αμοιβή, αλλά περισσότερο γιατί δεν έχουμε νομική κάλυψη γι' αυτό το θέμα. Σας αναφέρω χαρακτηριστικά μερικά παραδείγματα. Αντιτετανικούς ορούς. Μου είπε προηγουμένως ο κ. Μπελώνης, ότι κάνουν γύρω στις 500.000 αντιτετανικούς ορούς το χρόνο στα φαρμακεία. Ξέρετε τι γίνεται; Ο ασθενής πάει στο νοσοκομείο, συνταγογραφείται ο αντιτετανικός ορός, έρχεται στο φαρμακείο, παίρνει τον ορό. Ή θα πρέπει να γυρίσει στο νοσοκομείο, ειδικά αν είναι βράδυ και θα πρέπει να περιμένει μία ώρα για να τον κάνει στο νοσοκομείο, θα πρέπει να τον κάνει στο φαρμακείο. Ο φαρμακοποιός ,όμως, δεν δικαιούται να το κάνει αυτό. Ζητάμε, λοιπόν, αυτό να νομιμοποιηθεί.

 Αντιγριπικός εμβολιασμός: το 95% των εμβολίων, με προτροπή και των γιατρών, γίνεται από το φαρμακείο. Μέτρηση της υπέρτασης, παροχή βοηθείας σε μικροτραύματα, αλλαγές μικροτραυμάτων, τα οποία γίνονται στο φαρμακείο, αποσυμφορίζουν το νοσοκομειακό σύστημα πάρα πολύ σε χρόνο και όσον αφορά το ιατρικό του προσωπικό αλλά και σε κόστος. Για εμάς αυτά είναι παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας, όμως, ο φαρμακοποιός μπορεί να προσφέρει και άλλα και μπορεί να προσφέρει πολύ σημαντικότερα πράγματα, στο κομμάτι αυτό που λέγεται πρόληψη και εξοικονόμηση κονδυλίων.

Θα μου επιτρέψετε να αναφέρω μερικά παραδείγματα, απάνω σε αυτό το κομμάτι. Το πρώτο που θα πω είναι για τη σωστή χρήση των φαρμάκων και την συμμόρφωση των ασθενών, όσον αφορά την χρήση των φαρμάκων. Θα μου πείτε, μα δεν είναι δουλειά σας, το να δίνετε σωστές οδηγίες στον ασθενή για να εξοικονομεί το φάρμακο; Βεβαίως και είναι δουλειά μας, όμως, γνωρίζετε ότι οι περισσότεροι γιατροί, οι περισσότεροι υγειονομικοί που βρίσκονται εδώ, γνωρίζουν πάρα πολύ καλά, ότι οι περισσότεροι ασθενείς δεν κάνουν σωστή χρήση των φαρμάκων ή μόλις αρχίσει λίγο να υποχωρεί το σύμπτωμα το σταματάνε. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την επιδείνωση των προβλημάτων του ασθενή και πολλές φορές αυξημένο κόστος όσον αφορά το ασφαλιστικό σύστημα.

Διακοπή του καπνίσματος. Το πρώτο πράγμα που επισκέπτεται κάποιος όταν θέλει να κόψει το κάπνισμα είναι το φαρμακείο. Εμείς έχουμε επεξεργαστεί ένα πρόγραμμα το οποίο θα ξεκινήσει πιλοτικά στο νομό Ηρακλείου και στο νομό Πέλλας σε συνεργασία με το πανεπιστήμιο Αλεξανδρούπολης και Ηρακλείου, ούτως ώστε, να βοηθήσουμε τους συμπολίτες μας, να διακόψουν το κάπνισμα.

Το 2015 λειτούργησε στον νομό Ηρακλείου, σε συνεργασία και με τον Συνεταιρισμό Φαρμακοποιών Κρήτης και με την Πνευμονολογική εταιρία Ηρακλείου, ένα πρόγραμμα στο οποίο τριάντα φαρμακεία, μετά από τη συζήτηση που είχαν με ασθενείς, οι οποίοι έρχονταν στο φαρμακείο και μας ζητούσαν φάρμακα για προβλήματα σχετικά με βρογχικό άσθμα ή με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, τους στέλναμε στους γιατρούς τους πνευμονολόγους που συνεργάστηκαν στο πρόγραμμα. Από αυτούς στείλαμε κατά μέσο όρο γύρω στα 12 άτομα στα νοσοκομεία και στους γιατρούς, οι έξι από αυτούς επέστρεψαν με συνταγές και οι τρεις εξ αυτών έπασχαν από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και δεν το γνώριζαν. Καταλαβαίνετε το κόστος θεραπείας και νοσηλείας αυτών των ανθρώπων.

Θα σας πω μόνο επιγραμματικά για την παρακολούθηση ασθενών που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη, γιατί θα σας μιλήσει ο κ. Μπελώνης γι' αυτό. Δεν θα αναφερθώ για οικονομία του χρόνου.

Θα σας μιλήσω για την καμπάνια, που ξεκίνησε εδώ και δύο χρόνια ο Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος, για τη σωστή χρήση των φαρμάκων και ειδικά των αντιβιοτικών. Είμαστε πρωταθλητές στη χρήση των αντιβιοτικών και με την ευθύνη όλων των υγειονομικών. Δεν θα ζητήσω να απαλλαχθούμε από τις ευθύνες μας, όμως νομίζω ότι αυτό πρέπει να το συνεχίσουμε. Πέρυσι ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, έκανε μια καμπάνια για τον εποχικό εμβολιασμό. Αυτό έφερε στατιστικά 20% επιπλέον των συμπολιτών μας στα φαρμακεία για να προμηθευτούν το αντιγριπικό εμβόλιο. Ξέρετε αυτό, σε συνεργασία ιατρικών και φαρμακευτικών συλλόγων, τί μπορεί να αποδώσει σε επίπεδο, όχι μόνο αντιγριπικό, κύριε Βλασταράκο, αλλά και σε επίπεδο ομάδων υψηλού κινδύνου; Για παράδειγμα οι οικοδόμοι μπορούν να κάνουν το αντιτετανικό εμβόλιο, που οι τρεις δόσεις κοστίζουν 5 ευρώ, ενώ ο αντιτετανικός ορός κοστίζει 10,8 ευρώ. Δείτε την οικονομία κλίμακος, την οποία μπορούμε να έχουμε σε αυτή την περίπτωση. Εγώ σας ανέλυσα από τη δική μας πλευρά, το ποια μπορεί να είναι η συμμετοχή των φαρμακοποιών στο κομμάτι της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Εμείς πιστεύουμε ότι μπορούμε να προσφέρουμε και στο επίπεδο της πρόληψης, αλλά και στο επίπεδο της εξοικονόμησης χρημάτων. Αυτό όμως, που θέλουμε να ζητήσουμε και το ζητάμε μετ’ επιτάσεως κύριε Υπουργέ, είναι δύο πράγματα. Πρώτον, να λάβετε σοβαρά υπόψη σας αυτά που σας είπα προηγουμένως, διότι ο Έλληνας ασθενής θα κερδίσει και για αυτόν ενδιαφερόμαστε πάνω από όλα και το ασφαλιστικό σύστημα θα είναι βιώσιμο. Θα πρέπει όμως μέσα σε αυτό το νομοσχέδιο να καθοριστεί επακριβώς ο ρόλος, που θα έχει ο φαρμακοποιός στο σύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας, θεσμοθετώντας και νομιμοποιώντας τις υπηρεσίες που παρέχει ή που θα παράσχει. Για αυτό το λόγο, θα σας καταθέσουμε σχετικό άρθρο, όπου θα προβλέπει όλα αυτά.

Σας ευχαριστώ.

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

ΣΤΑΥΡΟΣ ΜΠΕΛΩΝΗΣ (Πρόεδρος της Ομοσπονδίας Συνεταιρισμών Φαρμακοποιών Ελλάδος (ΟΣΦΕ)): Κύριε Πρόεδρε, θεωρώ πολύ σημαντικό ότι σήμερα πρέπει να συζητήσουμε για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, γιατί είδαμε ότι τα τελευταία χρόνια, που αποσαρθρώθηκε, πόσο ανέβηκαν τα οικονομικά της υγείας και πόσος συνωστισμός γίνεται στα νοσοκομεία για να γράψουν μια συνταγή. Παγκόσμια σε όλη την Ευρώπη και σε χώρες πέρα του Ατλαντικού, όλα τα ευνομούμενα κράτη, κάνουν τα πάντα για να μην φτάσει ο ασθενής να χτυπήσει την πόρτα του νοσοκομείου, για τον απλούστατο λόγο, πέραν της κατάστασης της υγείας που θα έχει χειροτερέψει του ασθενή, τα κόστη ανεβαίνουν κατακόρυφα. Δεν υπάρχει καμία σύγκριση.

Για αυτό, λοιπόν, επιμέναμε και επιμένουμε και αυτό είναι που πρέπει να συζητήσουμε, όχι με μια ξηρή ανταλλαγή απόψεων και ούτε ερχόμαστε να εκφράσουμε κάποια συντεχνιακή άποψη, όμως η ζωή, τα 30 χρόνια πίσω από τον πάγκο, μας οδηγεί σήμερα να πούμε ότι έχουμε δύο μεγάλα θέματα. Το θέμα της συμμόρφωσης και πριν από αυτό το θέμα της πρόληψης. Σε μια χώρα που γνωρίζουμε ότι βρισκόμαστε σε μια οικονομική προσαρμογή και έχουμε ακόμη αρκετό καιρό μπροστά μας, δεν θα βρούμε ποτέ τα χρήματα για να φτιάξουμε το τέλειο σύστημα, είτε στην πρωτοβάθμια, είτε στα νοσοκομεία, είτε στους μισθούς, είτε σε όλα αυτά που χρειάζεται μια κανονικότητα μιας κοινωνίας. Μπορούμε όμως και πρέπει να βάλουμε χρήματα στην πρόληψη. Βλέπω τον κ. Αγοραστό, και θυμάμαι, δεν ξέρω αν θυμάστε κ. Αγοραστέ, που σας επισκεφθήκαμε για μια δράση, που ξεκινήσαμε στην Καρδίτσα με το πρόγραμμα «ΑΡΕΤΑΙΟΣ», και έρχομαι αμέσως σε αυτό που εννοώ πρόληψη.

Η ΟΣΦΕ σε άριστη συνεργασία με την Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία, επί προεδρίας κυρίας Ηρακλειανού και με τον κ. Γεώργιο Μαστοράκο, καθηγητή πανεπιστημίου, Πρόεδρο της Ενδοκρινολογικής Εταιρείας, δεν πήγαμε να αντιγράψουμε κανένα ξένο σύστημα, καμιά καινούργια πατέντα, από κοινού φτιάξαμε ένα πρόγραμμα πρόληψης, μελέτη - παρατήρηση του προδιαβήτη και ξεκινήσαμε από την Καρδίτσα την εφαρμογή αυτού του προγράμματος επιλέγοντας συνειδητά να μην έχουμε κανέναν σπόνσορα, κανέναν χρηματοδότη και κανένα προϊόν.

Όλο αυτό ήταν αυτοχρηματοδοτούμενο από την Ομοσπονδία και το κάναμε πάρα πολύ συνειδητά, γιατί θέλαμε να δείξουμε ότι και εμείς συναισθανόμαστε τον ρόλο μας και οι Ιατρικές Ενώσεις έχουν πάρα πολύ ψηλά στην ατζέντα την πρόληψη και η συνεργασία των κοινοτήτων αυτών μπορεί να παράγει μόνο θετικά αποτελέσματα. Τα αποτελέσματα της δράσης και στη Σάμο, αργότερα μετά την Καρδίτσα, έχουν ανακοινωθεί στα επίσημα συνέδρια της Ελληνικής Ενδοκρινολογικής Εταιρίας και είναι άξιο λόγου να πούμε δύο κουβέντες.

Επιβεβαιώθηκε και μέσα από τη δική μας έρευνα, ότι ένας στους δύο Έλληνες πάσχει από διαβήτη ή είναι στο στάδιο του προ-διαβήτη. Από αυτούς οι μισοί, το 50%, δεν γνωρίζουν ότι έχουν διαβήτη. Από αυτούς που γνωρίζουν ότι έχουν διαβήτη και παίρνουν κάποια θεραπεία, επισκέπτονται κάποιο γιατρό, μόνο το 25% είναι από αυτό που παίρνει τη θεραπεία κάθε μήνα. Αν ψάξουμε να δούμε πόσοι από αυτούς τους ανθρώπους είναι ρυθμισμένοι διαβητικοί, τα αποτελέσματα είναι τραγικά χαμηλά. Δεν ξεπερνάμε το 12,5%-13%. Να λοιπόν, πεδίον δόξης λαμπρό για όλους τους υγειονομικούς και για το φαρμακείο.

Εμείς, αυτό που ήταν η δουλειά μας να κάνουμε μετά την ανίχνευση, συμπληρώνοντας ένα ερωτηματολόγιο που φτιάξαμε από κοινού με τις ιατρικές κοινότητες, ήταν να παραπέμψουμε τον ασθενή στην ιατρική κοινότητα. Και η δουλειά μας ήταν να τον παροτρύνουμε, «αν πήγες, αν πήγες, αν πήγες», γιατί ξέρουμε πάρα πολύ καλά τους ανθρώπους και νομίζω, ότι μπορούμε να τους επηρεάσουμε πολύ. Αυτές, λοιπόν οι ενέργειες θεωρώ ότι μπορούν να φέρουν αποτέλεσμα. Δεν μπορούμε να λύσουμε όλο το πρόβλημα, αλλά αυτό νομίζω, είναι πάρα πολύ σημαντικό.

Ξέρετε πόσοι καρκινοπαθείς συμμορφώνονται με τις οδηγίες της ιατρικής κοινότητας; Οι πιο βεβαρημένοι ασθενείς; Δεν ξεπερνάνε το 42%. Ποιος ασχολείται με αυτό; Εκεί, λοιπόν, μέσα από τη δύναμη εμπιστοσύνης, δύναμη χρονιότητας που έχουμε με τους ασθενείς μας, θεωρούμε ότι μπορούμε να παίξουμε ρόλο και ζητούμε από εσάς, να μας δώσετε αυτή τη δυνατότητα και εμείς δεσμευόμαστε σε τακτό χρονικό διάστημα να φέρουμε μετρήσιμα αποτελέσματα της δράσης αυτής, αφού έχουμε συμφωνήσει με την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, με την Έδρα του Καθηγητή του κ. Κυριόπουλου, να μετρήσουμε τη δράση αυτή για τον προ-διαβήτη σε 300 φαρμακεία, σε έξι μήνες να έχουμε καταγραμμένα αποτελέσματα και οι ίδιοι οι φαρμακοοικονόμοι να βάλουν συντελεστή απόδοσης.

Πιστεύω, λοιπόν ακράδαντα, ότι εδώ δεν είμαστε μόνο για να ζητάμε, είμαστε έτοιμοι να προσφέρουμε ανιδιοτελώς χωρίς καμία αμοιβή, αλλά θέλουμε να μας ακούσει η πολιτεία και να μας δώσετε τη δυνατότητα να παίξουμε αυτό το ρόλο. Θέλουμε, λοιπόν, πέρα από τη συμπάθεια σας, «η συμπαθής τάξη των φαρμακοποιών», εγώ προσδοκώ και θέλω να αναδείξουμε ότι ο φαρμακοποιός έχει ένα αναντικατάστατο ρόλο, είναι παραγωγικός και ανταποδοτικός στο σύστημα.

Αυτό το Φαρμακείο υπερασπιζόμαστε, αυτό το Φαρμακείο θέλουμε να «κρατήσουμε όρθιο». Όταν μιλάμε για το φαρμακείο της γειτονιάς, είναι αυτό που είναι η ραχοκοκαλιά μας, αυτοί είναι οι μπροστάρηδες και όχι οι πολυστεγάσεις στα πολυτελή, αυτά που βλέπουμε τώρα τελευταία που «ξεπηδάν» σε όλη την Ελλάδα και που βοηθούνται και από ξένα οικονομικά συμφέροντα που περνούν μέσα σ' αυτό.

Θεωρώ ότι είναι επιχειρηματίες στο χώρο της υγείας. Τα φαρμακεία δεν είμαστε επιχειρηματίες. Τα φαρμακεία μέσα από την δράση της αυτοθεραπείας και της αυτοφροντίδας, εκεί όπου υπάρχει ανάγκη να προτείνουν και προϊόν, προτείνουν προϊόν. Αυτό, όμως, δεν συνιστά επιχειρηματική δράση, δεν είναι επιχειρηματίες. Τα φαρμακεία, δεν μπορούν και δεν πρέπει να δημιουργούν επίπλαστες ανάγκες των ασθενών. Όταν δούμε μια διαβητική κυρία, η οποία έχει αφυδατωθεί, βεβαίως και θα της προτείνουμε ένα φάρμακο για ενυδάτωση.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει η κυρία Μαστοράκου.

ΑΝΝΑ ΜΑΣΤΟΡΑΚΟΥ (Πρόεδρος της ΄Ενωσης Ιατρών ΕΟΠΥΥ): Ευχαριστώ κύριε πρόεδρε. Kαταρχήν, θα ήθελα να ευχαριστήσω, εκ μέρους των συμβεβλημένων ιατρών και εκ μέρους του ΕΟΠΥΥ, το δικαίωμα που μας δίνεται να τοποθετηθούμε σχετικά με το νομοσχέδιο.

 Όπως γνωρίζουμε, το δίκτυο γιατρών του ΕΟΠΥΥ αποτελεί αριθμητικά και λειτουργικά ένα μεγάλο πανελλαδικό δίκτυο παροχής υπηρεσιών, που αποτελείται από 8000 σημεία ΠΦΥ κοντά στον πολίτη, εκ των οποίων τα 5500 είναι ιατρεία και περίπου 2500 διαγνωστικά εργαστήρια, εξυπηρετώντας πάνω από το 70% του πληθυσμού, κατά προτίμησή τους, λόγω της ποιότητας υπηρεσιών, της ταχύτητας εξυπηρέτησης και του άρτιου τεχνολογικού εξοπλισμού. Το δίκτυο καλύπτει 12.000.000 δωρεάν επισκέψεις ετησίως, διεξάγει 128.000.000 διαγνωστικές πράξεις, απορροφώντας μόλις το 7,8% του προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ.

 Πρόκειται, λοιπόν, για ένα μεγάλο και οικονομικά αποδοτικό δίκτυο υπηρεσιών υγείας που έχει κερδίσει την εμπιστοσύνη των πολιτών σε μεγάλο βαθμό. Η χώρα μας αδικείται όσον αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, το είπαν και άλλοι ομιλητές. Πάρα πολλά περιστατικά πρωτοβάθμιας αντιμετωπίζονται σε νοσοκομεία, πηγαίνοντας από έναν προϋπολογισμό δεκάδων ή εκατοντάδων ευρώ της πρωτοβάθμιας, σε χιλιάδες ευρώ στα νοσοκομεία. Αντί, λοιπόν, η πολιτική πρόταση να είναι να στηριχθούν οι δύο πυλώνες πρωτοβάθμιας, που υπάρχουν αυτή τη στιγμή και που έχουν σοβαρότατα προβλήματα λειτουργίας, η πρόταση είναι να δημιουργηθούν άλλες δομές.

 Θα σταθώ λίγο στα προβλήματα του ΕΟΠΥΥ που πραγματικά έχουν πνίξει τους συμβεβλημένους γιατρούς. Υπάρχει μια μεγάλη εκκρεμότητα με τις ληξιπρόθεσμες οφειλές, που προχρονολογούνται από το 2010. Έχουν περάσει 7 χρόνια ντροπής, όπου τελικά αυτά τα χρήματα ποτέ δεν φθάνουν στους γιατρούς που έχουν εξυπηρετήσει τους πολίτες και έχουν πληρώσει και αναλώσιμα, καταβάλλοντας ουσιαστικά χρήματα από την τσέπη τους για την υγεία των πολιτών. Φυσικά η παράταση δόθηκε, αλλά δεν βλέπουμε πραγματικά καμία απολύτως κινητικότητα. Υπάρχει κίνδυνος παραγραφής των οφειλών αυτών και τίποτε δεν γίνεται.

 Επίσης, να πούμε ότι για τον ΕΟΠΥΥ φέτος, δυστυχώς, έχουμε μεγάλο παράπονο, διότι οι πληρωμές είναι πάρα πολύ αργές. Αυτή τη στιγμή ακόμη, δεν έχει ολοκληρωθεί η πληρωμή του δεύτερου του 2017, δημιουργώντας μεγάλη πίεση και ασφυξία στα ιατρεία. Υπάρχει ανοιχτή πηγή του cluw back που είναι ένα πολύ μεγάλο καλό εργαλείο για την πολιτεία, διότι αυξάνει την κάλυψη των πολιτών χωρίς να αυξάνει αντίστοιχα τον προϋπολογισμό πνίγοντας όμως την ποιότητα υπηρεσιών.

 Τέλος, με το ΕΦΚΑ και με την υπερφορολόγηση, αποδεκατίζονται κυριολεκτικά οι λειτουργίες των ιατρείων με ουσιαστικά κατάσχεση των εσόδων τους σε μεγάλο βαθμό και δέσμευση των μελλοντικών απαιτήσεων. Αυτή τη στιγμή, λοιπόν, με το νομοσχέδιο, εμείς αντιλαμβανόμαστε ότι υπάρχει μια μεγάλη στοχοποίηση του ιδιωτικού τομέα. Θέλω να υπενθυμίσω και να θυμίσω, ότι είναι ζωντανό κύτταρο της κοινωνίας, προσφέρει θέσεις εργασίας, καταβάλλει φορολογία, ασφαλιστικές εισφορές και συμμετέχει στο ΑΕΠ της χώρας.

 Με το νομοσχέδιο, λοιπόν, οι γιατροί του ΕΟΠΥΥ, τίθενται σε εφεδρεία και ανοίγει επίσημα η πόρτα εξόδου των γιατρών του ΕΟΠΥΥ από την ευθύνη του Υπουργείου. Για τα ΤΟΜΙ το είπαν άλλοι συνάδελφοι, η κάλυψη είναι πάρα πολύ μικρή, 30% τα ΕΣΠΑ έχουν προσωρινό χαρακτήρα. Είναι ένα ακριβό σύστημα υγείας και αμφιλεγόμενες οι παροχές για τους ασφαλισμένους. Οικογενειακός γιατρός τριών ταχυτήτων με δημοσιοϋπαλληλική σχέση, χωρίς κίνητρα καθόλου. Παραπάνω από βέβαιη, θεωρείται η ευόδωση υπόγειων συναλλαγών για τις διάφορες εξυπηρετήσεις. Πραγματικά, λυπηρό.

Υπάρχουν ρυθμιστικά για το κόστος δημιουργίας και συντήρησης αυτών των δομών που θα βρεθούν οι πόροι για τη λειτουργία τους και φυσικά έχω να σας πω ότι , δεν υπάρχει καθόλου πρόθεση από πολλούς συναδέλφους να προσέλθουν στα ΤΟΜΥ. Ένα σημαντικό σημείο, είναι ότι λείπουν οι προδιαγραφές από το σύστημα .Στο άρθρο 5 για τις ΤΟΜΥ, δεν υπάρχει καμία προδιαγραφή, ούτε καν αναφορά στον ελάχιστο εξοπλισμό.

Επίσης, όσον αφορά, τα αιμοληπτήρια που θα λειτουργούν στις ΤΟΜΙ, καταργήθηκαν με Υπουργική Απόφαση τα αιμοληπτήρια στον ιδιωτικό τομέα, ενώ στο δημόσιο τομέα φαίνεται ότι έρχονται χωρίς προδιαγραφές, χωρίς διασφάλιση, χωρίς μεταφορά βιολογικού υλικού, ποιος θα παίρνει τα δείγματα, πως θα φυλάσσονται, πως θα συλλέγονται τα μολυσματικά απόβλητα. Αυτό είναι παραβίαση της Ευρωπαϊκής Οδηγίας περί ισότητας δημοσίου-ιδιωτικού τομέα. Υπάρχει ένα μεγάλο θέμα, τι είδους φραγμός θα υπάρχει στα ΤΟΜΥ, ώστε να μην πηγαίνουν τα περιστατικά στα νοσοκομεία. Εδώ, υπάρχει ένα οξύμωρο στο νομοσχέδιο. Ενώ μπαίνει φραγμός, μπαίνει παραπομπή από τη πρωτοβάθμια στην δευτεροβάθμια, παρόλα αυτά ο συντονιστής τομεάρχης ΠΦΥ, ουσιαστικά θα μεθοδεύει την αίτηση των ασθενών στο δημόσιο τομέα, στον κρατικό τομέα που σημαίνει και στα νοσοκομεία.

Εδώ, θα ήθελα να ρωτήσω, πώς θα αντέξουν το βάρος της εξυπηρέτησης του όγκου των ασθενών, με την υπάρχουσα κατάσταση, τα κέντρα υγείας και τα νοσοκομεία;

Επίσης, παρατηρείται καταστρατήγηση θεσμών και δικαιωμάτων. Ένα τόσο σοβαρό εγχείρημα, όπως είναι το νομοθετικό έργο για την πρωτοβάθμια, πρέπει να σεβαστεί τους κανόνες συνταγματικότητας. Μόνο ένα προεδρικό διάταγμα μπορεί να σταθεί στο ύψος των περιστάσεων, με προληπτικό έλεγχο νομιμότητας στο Σ.τ.Ε., όπως είναι το π.δ. 84/2001, που ισχύει για τον ιδιωτικό τομέα, με την αναγκαία κοστολόγηση, με τον υγειονομικό χάρτη και την καταγραφή των αναγκών του πληθυσμού και ένα αυστηρό πλαίσιο προδιαγραφών, που αρμόζει σ' αυτή την περίπτωση.

Θα ήθελα να σταθώ στο άρθρο 11, για τη συλλογική σύμβαση με τον Πανελλήνιο, είναι πράγματι ένα πάγιο αίτημα γενικής συλλογικής σύμβασης με τον Πανελλήνιο και τους ιατρικούς συλλόγους, παρόλα αυτά, έτσι όπως εισάγεται στο νομοσχέδιο, πολύ φοβόμαστε ότι είναι παγίδα. Δυστυχώς, οι ιατρικοί σύλλογοι θα βρεθούν στη δυσάρεστη θέση να είναι αυτοί, οι οποίοι θα επιλεγούν ή να επιστρατεύσουν τη λειτουργία κάποιων γιατρών, που θα καλύπτουν τα κενά ή να κάνουν διαλογή, επειδή επιχειρείται η μείωση του αριθμού των ειδικών.

Στο επόμενο άρθρο βλέπουμε μια λευκή επιταγή προς τον Υπουργό, δηλαδή μπορεί να επιλέγει τον τρόπο λειτουργίας και δεν έχει αναφερθεί κανένας όρος λειτουργίας, για το πώς θα λειτουργεί το σύστημα, το ωράριο εργασίας κ.λπ..

Επίσης, έχουμε καταστρατήγηση της ελεύθερης επιλογής γιατρού από τον ασθενή, που εισάγεται ως υποχρέωση και όχι ως δικαίωμα. Θα υπάρχουν σίγουρα εμπόδια πρόσβασης για τους χρόνιους ασθενείς, που θα πρέπει να αναφέρονται στον οικογενειακό γιατρό, θα ταλαιπωρούνται, θα υπάρχουν περιπτώσεις πολίτη, ο οποίος θα χάσει το θεράποντα γιατρό, τον εξειδικευμένο ιατρό, ο οποίος γνωρίζει το ιστορικό του. Πραγματικά, αυτός ο πολίτης θα αδικείται, γιατί έχει αυξημένες εισφορές και δεν θα έχει πολλές παροχές.

Επίσης, καταστρατήγηση της εκπαίδευσης. Τόσο οι παθολόγοι, όσο και οι γενικοί γιατροί, έχουν συγκεκριμένο πεδίο εκπαίδευσης, το οποίο, διά νόμου, διευρύνεται, χωρίς εκπαίδευση. Τίθεται θέμα, λοιπόν, αντιποίησης ιατρικού επαγγέλματος και ιατρικής ευθύνης.

Επίσης, το τελευταίο διάστημα ο ΕΟΠΥΥ εγκαλεί οικογενειακούς γιατρούς, δίνοντας ουσιαστικά κλήση σε συνταγογράφηση, εκτός ειδικότητας. Δηλαδή, από τη μια κάνουμε τον οικογενειακό γιατρό με υπερεξουσίες παραπομπής, από την άλλη δεν θα μπορεί να κάνει τίποτα. Μήπως θα είναι «τροχονόμος – κόφτης»;

 Άρα, λοιπόν, σε εφεδρεία τίθενται οι γιατροί του ΕΟΠΥΥ, οι οποίοι αδικούνται από αυτό το νομοσχέδιο, το οποίο είναι δογματικό, καταστρατηγεί θεσμούς, δικαιώματα, την εκπαίδευση, τη φύση της πρωτοβάθμιας και δεν δίνει πολιτικές λύσεις στα προβλήματα των ασφαλισμένων.

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

ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΣΑΡΑΦΙΑΝΟΣ (Πρόεδρος της Πανελλήνιας Ένωσης Ιδιωτικών Κλινικών): Κύριε Πρόεδρε, κύριοι Υπουργοί, κύριοι βουλευτές, οι παρατηρήσεις μου, ως Πανελλήνια Ένωση Ιδιωτικών Κλινικών, που είναι η Ομοσπονδία του κλάδου, εστιάζονται σε τρία άρθρα του σχεδίου νόμου, στα άρθρα 19, 30 και 49.

Ειδικότερα, στο άρθρο 19 παρ.2 αναφέρεται ότι «οι ΤΟΜΥ παραπέμπουν, κατά προτεραιότητα, στα νοσοκομεία αναφοράς, εντός της οικίας ΥΠΕ με τα οποία είναι συνδεδεμένα, τους λήπτες υπηρεσιών υγείας. Αν υπάρχει αντικειμενική αδυναμία για κάλυψη υπηρεσίας υγείας από τα νοσοκομεία, τότε οι ΤΟΜΥ παραπέμπουν τους λήπτες υπηρεσιών υγείας, σε συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ παρόχους, συνεπώς και ιδιωτικές κλινικές».

Με το άρθρο αυτό, στερούμε από τον ασθενή - συνάνθρωπό μας το αναφαίρετο δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής γιατρού και θεραπευτηρίου, ο οποίος επιλέγει, αποκλειστικά και μόνο, λόγω της εμπιστοσύνης του για άμεση, αποτελεσματική και με ασφάλεια αποκατάσταση του προβλήματος υγείας, που αντιμετωπίζει. Επιλέγει ο ασθενής ιδιώτη γιατρό και θεραπευτήριο, παρότι γνωρίζει ότι θα επιβαρυνθεί οικονομικά, σε σχέση με το δημόσιο νοσοκομείο, σε μία περίοδο οικονομικής δυσκολίας για όλους.

Οι ιδιωτικές κλινικές, εξαπλωμένες σε όλη τη χώρα, δεν νοσηλεύουν μόνο πλούσιους βιομηχάνους, εφοπλιστές και επιχειρηματίες, αλλά ασθενείς μας είναι και οι γείτονες της διπλανής πόρτας, εργαζόμενοι, συνταξιούχοι, σπουδαστές και πολλές φορές, ανασφάλιστοι και άνεργοι.

Μην τους στερήσουμε αυτό το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής που στηρίζεται στην εμπιστοσύνη και την αποκατάσταση του πολυτιμότερου αγαθού της υγείας. Στο δεύτερο άρθρο που έχω παρατηρήσεις είναι οι ΜΗΝ. Στην παράγραφο 7β΄ του άρθρου 30 αναφέρεται ότι οι ΜΗΝ, ως τμήματα ιδιωτικών κλινικών, αναπτύσσονται σε ειδικές κλινικές οι οποίες διαθέτουν κατ’ ελάχιστο παθολογικό, καρδιολογικό και χειρουργικό τμήμα. Συμφωνώ, αλλά θα πρέπει να ληφθεί μέριμνα για τις ειδικές κλινικές, όπως, για οφθαλμολογικές κλινικές που επιθυμούν να αναπτύξουν ΜΗΝ της ειδικότητάς τους. Θα πρέπει να τους το επιτρέψουμε.

Επίσης, δεν διευκρινίζεται πώς και αν επηρεάζεται ο συνολικός αριθμός κλινών της κλινικής, αλλά και της αντίστοιχης ειδικότητας από τη δημιουργία ΜΗΝ εντός των κλινικών. Πρότασή μας είναι η δημιουργία ΜΗΝ κάποιας ειδικότητας σε ιδιωτική κλινική να μην απαιτεί αύξηση κλινών, αλλά να χαρακτηρίζονται κάποιες κλίνες της ειδικότητας ως κλίνες ΜΗΝ και φυσικά ο συνολικός αριθμός κλινών να παραμένει ανεπηρέαστος.

Στην παρ. 7γ΄ του ίδιου άρθρου, οι αυτοτελείς ιδιωτικές ΜΗΝ εντάσσονται στους φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και, ως εκ τούτου, έχουν εφαρμογή απαλλαγής του άρθρου 22 του ν.2859/2000. Σε αυτό είμαστε τελείως αντίθετοι. Η διενέργεια χειρουργικών πράξεων και η νοσηλεία χωρίς διανυκτέρευση δεν μπορεί να χαρακτηρίσει μια μονάδα υγείας ως πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Δηλαδή, η μόνη διαφορά με τις κλινικές είναι αυτή της διανυκτέρευσης του ασθενούς, χαρακτηρίζοντας έτσι την κλινική ως μονάδα δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Οι ανεξάρτητες ΜΗΝ είναι μονάδες δευτεροβάθμιας περίθαλψης, διότι ακόμη και ο έλεγχός τους, όπως προβλέπεται στο άρθρο 30, παράγραφος 11.2, θα διενεργείται από την επιτροπή του άρθρου 4 του π.δ. 247 που αφορά τις ιδιωτικές κλινικές και όχι από τους ιατρικούς συλλόγους που ελέγχουν και χορηγούν άδειες λειτουργίας ιατρείων και διαγνωστικών κέντρων.

Ακόμη, η ένταξή τους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η απαλλαγή τους από το Φ.Π.Α. 24% στο οποίο εντάσσονται οι ίδιες οι ιατρικές πράξεις και χειρουργεία που πραγματοποιούνται στις κλινικές, αποτελεί στρέβλωση του ανταγωνισμού και αντίκειται στην κοινοτική οδηγία 2006/112, περί όμοιας φορολογικής μεταχείρισης ίδιων ή παρόμοιων υπηρεσιών.

Τέλος, η ΠΟΛ. 1100/2010, σε εφαρμογή των διατάξεων του ν.3842/2010, άρθρα 59 και 22, διευκρινίζει ότι χειρουργικές επεμβάσεις για τις οποίες δεν απαιτείται διανυκτέρευση, υπάγονται στο φόρο με το χαμηλό συντελεστή Φ.Π.Α.. Ακόμη, θα πρέπει να προβλεφθεί από το Υπουργείο Οικονομικών η έκδοση ΚΥΑ των Υπουργείων Οικονομικών και Υγείας για υποχρέωση των ανεξάρτητων μονάδων ημερήσιας νοσηλείας στην ετήσια υποβολή καταστάσεων αμοιβών των γιατρών που αντικατέστησαν τα παλιά μεριδολόγια, όπως υποβάλλουν οι ιδιωτικές κλινικές προς αποφυγή φοροδιαφυγής.

Στην παρ. 11 προβλέπονται διαφορετικά παράβολα για την ίδρυση ανεξάρτητης ΜΗΝ και μη ιδιωτικής κλινικής. Θα πρέπει να μην προβλέπεται παράβολο για τις κλινικές, διότι ήδη επιβαρυνόμαστε με παράβολο ανά κλίνη νοσηλείας. Αλλιώς, προτείνουμε να εξισωθεί το παράβολο στα 500 ευρώ και να αφορά το σύνολο των ΜΗΝ που θα αναπτύξει μια κλινική, ανεξάρτητα του αριθμού των ειδικοτήτων.

Το άρθρο 49, για την προμήθεια φαρμάκων σε ιδιωτικές κλινικές, προβλέπει τη χρέωση των φαρμάκων σε κλινικές σε νοσοκομειακή τιμή, που αποτελεί την τιμή αγοράς, συν 5%, συν Φ.Π.Α 24%, αντί του 6% που έχουν ενταχθεί τα φάρμακα του φαρμακείου. Είναι και αυτό μια στρέβλωση. Με τη ρύθμιση αυτή, αν σκεφτεί κανείς ότι το 5% που μας δίνετε ως ποσοστό κέρδους αποτελείται από κρατικό rebate προς τον ΕΟΠΥΥ, τότε απομένει μηδενικό κέρδος. Αν υπολογίσουμε και το claw - back, που ανέρχεται σε 45% με 50%, τότε έχουμε μια αρχική ζημία της τάξεως του 45% με 50%, στην οποία θα πρέπει να προσθέσουμε το λειτουργικό κόστος μισθοδοσίας φαρμακοποιού και βοηθού, κόστος μείωσης τιμών των διατηρούμενων αποθεμάτων για ασφαλή και αδιάλειπτη λειτουργία όλων των τμημάτων και τότε το μικτό κέρδος οδηγεί σε μια ζημιά 70% με 75% από τη λειτουργία φαρμακείων εντός των κλινικών. Άρα, γιατί λειτουργούν φαρμακεία με αυτές τις συνθήκες; Προτείνουμε η χρέωση να επανέλθει σε χονδρική τιμή συν 3%, συν Φ.Π.Α. 6%, όπως προβλεπόταν στο άρθρο 27, παράγραφος 2, του ν.3846/2010 για την κάλυψη των λειτουργικών δαπανών, την υποβολή ξεχωριστού τιμολογίου στον ΕΟΠΥΥ σε ξεχωριστό υποκωδικό που να μην προβλέπει rebate και claw - back.

Ακόμη, στο ίδιο άρθρο 49 προβλέπεται η πρόσληψη φαρμακοποιού για τη λειτουργία των χώρων αποθήκευσης φαρμάκων για κλινικές δυναμικότητας μέχρι 60 κλίνες. Επειδή το κόστος θα είναι δυσβάστακτο – για αυτές τις κλινικές ανέρχεται περίπου στις 2.000 ευρώ το μήνα – προτείνουμε για κλινικές κάτω των 40 κλινών την πρόσληψη πτυχιούχου βοηθού φαρμακοποιού και όχι φαρμακοποιού.

Κύριε Πρόεδρε, κύριοι Υπουργοί, κύριοι Βουλευτές, ελπίζοντας οι προτάσεις και οι παρατηρήσεις μας να γίνουν αποδεκτές, θα πρέπει να τονίσω ότι εμείς δεν είμαστε ανταγωνιστές με το δημόσιο σύστημα υγείας αλλά συνεργάτες στα πλαίσια του εθνικού συστήματος, με σκοπό αποκλειστικά και μόνο την άμεση αποκατάσταση υγείας των συνανθρώπων που μας επιλέγουν. Γενικότερα, αυτή τη στιγμή έχουμε ένα ανεπτυγμένο δίκτυο ιδιωτικής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με εξοπλισμό τελευταίας τεχνολογίας και βεβαίως, έχουμε την οικονομική δυσπραγία που έχουμε ως χώρα. Πιστεύω ότι πάμε να δημιουργήσουμε προβλήματα παρά να λύσουμε τα υφιστάμενα.

Θα πρότεινα, επειδή, φυσικά, χρειάζεται μεταρρύθμιση η υγεία αναμφισβήτητα δεν είναι τέλεια, δεν λειτουργεί σωστά, να εστιάσετε την προσοχή σας στην μεταρρύθμιση του σημερινού συστήματος, να κάνουμε κάποιες περικοπές, κάποιες προτάσεις να δεχθείτε. Θα είναι πιο βιώσιμο παρά να ξεκινήσουμε από το μηδέν, με ένα σύστημα που θα είναι πιο κοστοβόρο και δεν υπάρχουν τα αναγκαία χρήματα. Σας ευχαριστώ πολύ.

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

ΙΩΑΝΝΗΣ ΔΑΤΣΕΡΗΣ (Αντιπρόεδρος της Πανελλήνιας Ένωσης Μονάδων Ημερήσιας Νοσηλείας (MHN)): Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε. Κύριε Υπουργέ, κυρίες και κύριοι Βουλευτές, ο θεσμός των Μονάδων Ημερήσιας Νοσηλείας, είναι ένα θεσμός που δεν υπήρχε στην Ελλάδα, ενώ εδώ και πάρα πολλά χρόνια υπήρχε στην Αμερική και στην Ευρώπη. Είμαστε η τελευταία χώρα όπου έγινε πραγματικότητα με το ν. 4025/2011 επί εποχής Υπουργού Λοβέρδου και στην συνέχεια, μετά από 3 χρόνια ο ν. 4254/2014 εποχής κυρίου Γεωργιάδη και Βορίδη και με τις υπουργικές αποφάσεις άνοιξε η πρώτη ΜΗΝ. Η πρώτη ΜΗΝ- παρότι ήμασταν εμείς οι οφθαλμίατροι λόγω της ειδικότητας μας ο κύριος Προέδρος το ξέρει επειδή είναι οφθαλμίατρος-που κάνουμε επεμβάσεις μόνο με σταγόνες σαν αναισθησία και πιέσαμε πολύ για να γίνει πραγματικότητα-έγινε στην Κρήτη και ήταν μικτή, από ένα αγγειοχειρουργό τον κύριο Κώστα και τη γυναίκα του μια δερματολόγο.

Στην συνέχεια φυσικά, ανοιχθήκανε πολλές οφθαλμολογικές ΜΗΝ σε όλη την Ελλάδα. Αυτή τη στιγμή λειτουργούν 30 ΜΗΝ έχει γίνει μια επένδυση πολύ μεγάλη, υπάρχουν πάρα πολλές σε αναμονή. Υπάρχουν άνθρωποι οι οποίοι έχουν κάνει επενδύσεις, προκειμένου να ανοίξουν πολλές μάλιστα είναι κα μικτές, οι οποίες θα αντιμετωπίσουν και ένα πρόβλημα σύμφωνα με αυτό το νόμο.

Εδώ θέλω να σας πω ότι οι προδιαγραφές με τις οποίες έγιναν οι ΜΗΝ, ήταν από μετάφραση του γερμανικού κώδικα που λειτουργούν οι ΜΗΝ. Ένας πολύ αυστηρός κώδικας λειτουργίας, ουσιαστικά είναι ότι υπάρχει μέσα σε ένα κτήριο υγείας και πρόνοιας χωρίς να υπάρχει η χρήση υγείας πρόνοιας. Η ΜΗΝ είναι πρωτοβάθμια περίθαλψη, γιατί δεν έχουν ούτε γενική ούτε ραχιαία ούτε επισκληρίδιο αναισθησίας, είναι απλή τοπική. Φυσικά, εμείς οι οφθαλμίατροι χειρουργούμε μόνο με σταγόνες σαν αναισθησία, και γι’ αυτό το λόγο μπορέσαμε και αναπτύξαμε τόσο πολύ γρήγορα πάρα πολλές οφθαλμολογικές ΜΗΝ. Όμως, αυτή τη στιγμή λειτουργούν και σε άλλες ειδικότητες.

Θα σας πω ένα παράδειγμα σε τι ωφελήθηκε η χώρα αυτά τα 3,5 χρόνια που λειτουργούν οι ΜΗΝ, μόνο στην οφθαλμολογία, έχουμε κάνει περίπου 30.000 καταρράκτες οι οποίοι αν αυτοί γίνονταν σε ιδιωτικά νοσοκομεία το ΚΕΝ είναι μόνο 13.200.000. Έχουν γίνει 5.000 συελοεκτομές σε αυτά τα 4 χρόνια με ΚΕΝ 3.300 δηλαδή, μόνο από αυτές τις δύο επεμβάσεις έχουν εξοικονομηθεί 16.000.000 ευρώ. Δεν μιλάμε για επεμβάσεις γλαυκώματος, βλεφαροπλαστικές που έχουν ακριβό ΚΕΝ. Μιλάμε για πολύ μεγάλο όφελος για το κράτος. Επίσης, αν λειτουργούσανε όλες τις ΜΗΝ σε όλες τις ειδικότητες, υπάρχει η μελέτη της Σχολής Δημόσιας Υγείας-θα την καταθέσω στα πρακτικά- που λέει τι όφελος πραγματικά θα υπήρχε για το κράτος.

Ερχόμαστε στο παρόν νομοσχέδιο, το οποίο θεωρώ ότι πάει να παραμορφώσει το θεσμό των ΜΗΝ, δημιουργώντας παραδείγματος χάρη ΜΗΝ δύο ταχυτήτων. Θα πω ένα απλό παράδειγμα, υπάρχουν οι ΜΗΝ που είναι στις ιδιωτικές κλινικές που δίνουν γενική ραχιαία και επισκηρίδιο αναισθησία και εμείς οι ιδιωτικές, που σωστά δεν δίνουμε αναισθησία και έχουμε μόνο τοπική γιατί είμαστε μέσα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Και φυσικά τι σημαίνει αυτό; Ότι έρχεται ο ασθενής, κάνει μια πράξη και φεύγει και πάει σπίτι του. Αυτό δημιουργεί μια ανισότητα. Τελικά αυτοί που θα είναι μέσα στις κλινικές οι ΜΗΝ ποιοι θα πάνε με κλειστό νοσήλιο, ποιοι θα πάνε από εδώ, ποιοι θα πάνε από εκεί. Αυτά είναι πράγματα, τα οποία θεωρώ ότι δημιουργούν δύο ταχύτητες.

Πάμε στα προβλήματα κατευθείαν του νόμου. Χρήση γης υγείας πρόνοιας. Προσέξτε χρήση γης υγείας πρόνοιας έχουν μόνο, οι ιδιωτικές κλινικές. Εάν υπάρχουν άνθρωποι, οι οποίοι κάνανε μια επένδυση αγοράσανε ένα ολόκληρο όροφο σε μια πολυκατοικία, και δεν έχουνε χρήση γης υγείας πρόνοιας. Παρότι έχουνε προδιαγραφές μέσα που είναι του κτηρίου Υγείας Πρόνοιας. Αυτούς τους καλεί αυτή τη στιγμή ο νόμος μέσα σε δώδεκα μήνες, να προσαρμοστούν. Τι θα κάνουν; Θα το πάρουνε στην πλάτη τους το ΜΗΝ και θα το πάνε λίγο παραπέρα να πάνε να αγοράσουν ένα κτήριο, για να πάρουνε χρήση γης υγείας πρόνοιας. Είναι αδιανόητο.

Οι κλινικές να ξέρετε σε παρόμοιες περιπτώσεις κάνανε προσαρμογή μέχρι και 20 χρόνια. Θέλω να πω ότι είναι λίγο άδικο αυτή τη στιγμή να καλείται μια δομή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας όπως λέει ο νόμος που είναι η ΜΗΝ, να ζητάμε χρήση γης υγείας πρόνοιας, ενώ έχει τις προδιαγραφές μέσα, ενώ θα μπορούσε να λειτουργεί, όπως λειτουργεί αυτή τη στιγμή.

Και ειδικά για τις ήδη υπάρχουσες αν θέλετε να βάλετε χρόνο προσαρμογής, και σε οποιεσδήποτε άλλες τεχνικές προδιαγραφές, πρέπει να βάλετε τουλάχιστον πέντε χρόνια. Αυτό είναι το πρώτο. Δεύτερον, μια μόνη ειδικότητα. Αυτή τη στιγμή όπως σας είπα στην Κρήτη λειτουργεί από δύο ανθρώπους με δύο διαφορετικές ειδικότητες μια ΜΗΝ. Τι το παράλογο; Εγώ ξέρω περίπτωση, τρία αδέλφια με διαφορετικές ειδικότητες, τα οποία θέλουν να φτιάξουν μια ΜΗΝ, να βάλουν δηλαδή όλοι μαζί τα χρήματα να κάνουνε μια επένδυση και να λήξουνε ένα κενό ΜΗΝ. Τι το παράλογο; Λειτουργούν πολυιατρεία με διαφορετικές ειδικότητες.

Επίσης αυτό αντίκειται στο νόμο 3919, που είναι το ελεύθερο επάγγελμα των γιατρών. Είναι κάτι που το θεωρώ, πρέπει να το προσέξετε μήπως είναι και αντισυνταγματικό; Είναι δύο τρεις συνάδελφοι, γιατί οι περισσότερες ΜΗΝ να ξέρετε κατά 99%, τις έχουνε κάνει γιατροί δεν είναι επιχειρηματίες από πίσω. Είναι απλοί γιατροί, οι οποίοι συνενώθηκαν, προκειμένου να μπορέσουν να λειτουργήσουν.

 Τρίτον, η συστέγαση. Άλλο παράλογο. Έχω περίπτωση γιατρού στη Ρόδο, έκανε το ΜΗΝ έφτιαξε ένα ΜΗΝ με πολλά τετραγωνικά, και μου λέει. Λέει ο νόμος τώρα εγώ πρέπει να βγω έξω να πάω να νοικιάσω άλλο χώρο, να πάρω και άλλα μηχανήματα και να έχω δίπλα ιατρείο. Μα εγώ έχω τόσα τετραγωνικά, τι το παράλογο, μέσα εκεί να κάνω και ιατρείο; Ούτε ΕΟΠΥΥ έχω, θα μπορούσε να πει κάποιος ότι ξέρεις υπάρχει προκλητή ζήτηση πες πως είσαι με σύμβαση από τον ΕΟΠΥΥ. Και τι προκλητή ζήτηση; Να πάρουμε το παράδειγμα του οφθαλμιάτρου που έχει σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ. Σου κάνω εγώ την εξέταση, αλλά τη βυθοσκόπηση δεν μπορεί να την κάνει ο κ. Δατσέρης, θα πας στον κ. Μανιό να σου κάνει τη βυθοσκόπηση, γιατί ξέρεις είναι ο νόμος έτσι και δεν επιτρέπεται. Εδώ πέρα όμως δεν υπάρχει καν σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ. Τι το παράλογο ένας γιατρός που κάνει μια ΜΗΝ μια επένδυση, να μην έχει και το προσωπικό του ιατρείο εκεί μέσα; Το θεωρώ ότι είναι καθαρά παράλογο.

Τέταρτον, συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ. Λέει η ΜΗΝ των κλινικών σύμβαση, οι μη ιδιωτικές όχι σύμβαση. Θέλω εδώ πέρα να πω ότι όποιος είναι πραγματικά δημοκράτης, πρέπει να καταλάβει ότι θα πρέπει να υπάρχει ελεύθερη επιλογή. Θέλω να κάνω σύμβαση; Ναι θέλω να κάνω. Δεν θέλω. Μην κάνεις.

Αλλά δεν μπορούμε να απαγορεύουμε στις ιδιωτικές ΜΗΝ να κάνουν σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ. Η αδειοδότηση. Εφόσον το λέμε ότι είναι πρωτοβάθμια, πρέπει να πάει από το φορέα της Πρωτοβάθμιας. Ποιοι είναι; Οι οικείοι ιατρικοί σύλλογοι. Δεν θέλουν τους οικείους ιατρικούς συλλόγους. Να πάει στο Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο. Εφόσον είναι Πρωτοβάθμια, πρέπει να πάρει αδειοδότηση από το φορέα που αδειοδοτεί την Πρωτοβάθμια.

Και τέλος ένα σοβαρό θέμα τα φάρμακα τύπου 1Α. Εδώ είναι άλλος παραλογισμός. Ειδικά σε μας στην Οφθαλμολογία είναι πολύ ξεκάθαρο. Το SPC του φαρμάκου. Προσέξτε μια πάθηση που στο δυτικό κόσμο είναι πιο συχνή που μειώνει την κεντρική όραση δεν τυφλώνει, μειώνει την κεντρική όραση. Η πιο συχνή πάθηση θεραπεύεται από το 2005 και μετά με φάρμακα, τα οποία γίνονται με μια απλή έγχυση μέσα στο μάτι. Αυτό γίνεται σε επίπεδο ιατρείου στην Αμερική, σε όλη την Ευρώπη γίνεται πανεύκολα το SPC του φαρμάκου. Όπως είναι σε όλο τον κόσμο έτσι είναι και στην Ελλάδα. Εδώ το ερμηνεύουμε ότι πρέπει να γίνει σε νοσοκομείο και μόνο. Είναι παραλογισμός. Δηλαδή όλος ο κόσμος το κάνει παντού και εμείς λέμε, πρέπει να γίνει σε νοσοκομείο αυτό. Για ποιο λόγο; Για να βάλω τις αναισθητικές σταγόνες και να κάνω μια απλή έγχυση; Και το βάλαμε και μέσα στο νόμο. Αφού υπάρχει το SPC του φαρμάκου. Είναι σαν ένας κώδικας. Θα πρέπει να το βάλουμε και σε ένα νόμο μέσα;

 Με αυτά τελειώνω θεωρώ ότι όλα αυτά είναι κάποιες στρεβλώσεις θα σας τα καταθέσω βέβαια, οι οποίες πρέπει να διορθωθούν, γιατί δεν μπορούμε να έχουμε και ΜΗΝ δύο ταχυτήτων και κάποια πράγματα, τα οποία τα θεωρώ εντελώς απλά ώστε να μην διορθωθούν, με θέμα κυριότερο τη συστέγαση και τη χρήση γης όπως σας είπα που θα πρέπει, εφόσον θέλετε να αλλάξετε και κάποιες τεχνικές προδιαγραφές να δώσετε τουλάχιστον μια πενταετία σε όλες τις Μ.Η.Ν..

Θεωρώ ότι οι Μ.Η.Ν. πρέπει να πάνε μπροστά. Ήμασταν οι τελευταίοι που το κάναμε στην Ευρώπη και είναι καλό και για το κράτος και για το κοινωνικό σύνολο. Ευχαριστώ πολύ.

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής) : Το λόγο έχει ο κ. Ψυχάρης.

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΨΥΧΑΡΗΣ (Πρόεδρος της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Συλλόγων Υγειονομικού προσωπικού Π.Ε.Δ.Υ.) : Ευχαριστώ πολύ κύριε Πρόεδρε. Να επισημάνω τα εξής, πριν μπω στην ουσία του νομοσχεδίου. Η ομοσπονδία έχει συναντηθεί μόνο μια φορά δυστυχώς με την ηγεσία του Υπουργείου Υγείας γι’ αυτό το νομοσχέδιο, γι’ αυτό εάν υπάρξει καθυστέρηση δύο λεπτών θα ζητήσω την ανοχή σας και τη συμπάθειά σας.

Σε αυτήν την αίθουσα υπάρχουν και σωματεία, υπάρχει μια δυσανάλογη εκπροσώπηση. Δηλαδή, έχουμε για παράδειγμα τον Πρόεδρο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου που εκπροσωπεί 60.000 γιατρούς, έχουμε τη δική μας Ομοσπονδία που εκπροσωπεί σχεδόν το σύνολο, το 80 % - 90% των γιατρών του Π.Ε.Δ.Υ. και υπάρχουν και σωματεία που εκπροσωπούν 50 γιατρούς, που αμφιβάλλω και αν είναι ταμειακά εντάξει. Αυτά σαν μια παρατήρηση.

Επίσης πριν μπω πάλι στην ουσία, θα ήθελα κύριε Υπουργέ να δεσμευτείτε στα εξής πράγματα. Έχουμε απλήρωτους γιατρούς που έχουν επιστρέψει με δικαστικές αποφάσεις. Δεν έχουν ενταχθεί στον τακτικό προϋπολογισμό και κάθε τόσο παρακαλάμε, κάνουμε φασαρίες για το πότε θα πληρωθούν δεδουλευμένους μήνες που έχουν εργαστεί. Ζητάμε λοιπόν, επειδή υπάρχει ενδεχομένως κάποιο σοβαρό νομικό κώλυμα, να ενταχθούν αυτοί οι γιατροί στον κρατικό προϋπολογισμό, ενδεχομένως με μια τροπολογία στο παρόν νομοσχέδιο. Είναι πάρα πολλοί οι γιατροί αυτοί, οι οποίοι πραγματικά εργάζονται κάθε μέρα, εξετάζουν 25 – 30 ασθενείς, έχουν ενταχθεί στο σύστημα, έχουν μπει και στις μεταβατικές διατάξεις του ν. 4461. Οι περισσότεροι από αυτούς θα παραμείνουν στο σύστημα και σιγά – σιγά πρέπει να ενταχθούν και στη μισθολογική κατάσταση του επίσημου κράτους.

Επίσης, υπάρχει μια γραφειοκρατική διαδικασία που αφορά τον ΕΟΠΥΥ, ο οποίος δεν πληρώνει χρέη σε γιατρούς που έχουν κερδίσει κάποια χρήματα, μέσω δικαστικών αποφάσεων. Αναφέρομαι στο νοσοκομειακό επίδομα αφορά περίπου 120 γιατρούς και αρνείται συστηματικά ο ΕΟΠΥΥ να ξοφλήσει αυτά που χρωστάει.

Επίσης, υπάρχει και μια κατηγορία γιατρών, 30 – 40 πανελλαδικά, οι οποίοι έχουν πιστοποιητικό γενικής ιατρικής, δηλαδή πιστοποίηση, εντάχθηκαν στο ν. 4461 και αυτοί μισθολογικά δεν έχουν εξομοιωθεί, όπως αναφέρει ο ν. 4461. Υπάρχουν και γιατροί, κυρίως στη Θεσσαλονίκη και σε άλλες περιοχές, οι οποίοι ενώ είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, περιμένουν πότε θα συνεδριάσουν τα συμβούλια κρίσης, ώστε να ενταχθούν και αυτοί στη διαδικασία της εξομοίωσης. Στο άρθρο 74 δίνεται μια παράταση, τουλάχιστον ας προσέξουμε να μην περάσει αυτή η παράταση.

Μπαίνω τώρα στην ουσία του νομοσχεδίου. Εκείνο που θα ήθελα να υπάρχει είναι ο υγειονομικός χάρτης. Το καταλαβαίνω είναι ένα επίπονο, ένα μεγάλο σχέδιο, το οποίο κάποια στιγμή πρέπει να εφαρμοστεί στη χώρα μας, δηλαδή να γίνει μια μελέτη για το ποιες είναι οι ανάγκες και όχι ποιες είναι οι υπάρχουσες δομές.

Όσον αφορά στο τοπικό δίκτυο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η Ομοσπονδία μας πιστεύει ότι κάθε επιστήμονας και κάθε εργαζόμενος που συμμετέχει στη διαδικασία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας πρέπει να έχει οριοθετημένα καθήκοντα. Ο φαρμακοποιός έχει συγκεκριμένα καθήκοντα. Εδώ θα σας πω, να γραφτεί στα πρακτικά με κεφαλαία γράμματα, κανένα φάρμακο χωρίς ιατρική συνταγή. Είμαστε σαφείς και κάθετοι αυτό! Κανένα, μα κανένα, όπως και κανένα παραπεμπτικό χωρίς ιατρική συνταγή.

Όσον αφορά στις τοπικές μονάδες υγείας και το ρόλο των γενικών γιατρών, αυτά τα εισαγωγικά που αναφέρονται στο άρθρο 5, είναι σωστά σε γενικές γραμμές. Θα σας πούμε στη συνέχεια που είναι η μεγάλη αντίρρηση.

Υπάρχει μια εμμονή, στο παρόν σχέδιο νόμου, στις δύο βάρδιες γιατρών, το οποίο αναφέρεται τρεις, τέσσερις, πέντε φορές. Δεν ξέρω γιατί υπάρχει αυτό τόσο έντονα. Επίσης, όταν λέμε εξομοίωση με τους νοσοκομειακούς γιατρούς καταλαβαίνω ότι δεν μπορεί να είναι οι εργασιακές σχέσεις επακριβώς ίδιες, αλλά, τουλάχιστον, ας μην αισθάνονται οι γιατροί του πρωτοβάθμιου συστήματος ότι αδικούνται, ότι θα δουλεύουν μια ζωή 2 - 10 π.χ. Επίσης, πρέπει να θεσμοθετηθεί, πιστεύω, στο παρόν νομοσχέδιο, το 15λεπτο ραντεβού όπως είναι στους γιατρούς του ΕΣΥ.

Στο άρθρο 8, για τα κεντρικά διαγνωστικά εργαστήρια, εμείς δε θα δεχθούμε σε καμία περίπτωση να κλείσει άλλο εργαστήριο ή να συρρικνωθεί και σε επίπεδο περιφέρειας πρέπει να ενταχθούν και κυτταρολόγοι, δηλαδή ο νομός Μαγνησίας να έχει τον κυτταρολόγο του.

Κάτι άλλο σημαντικό είναι ότι λείπει γιατρός φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης. Αυτό, ξέρετε, δημιουργεί μια αλυσιδωτή αντίδραση κακού τύπου, γιατί ενώ εμείς ονειρευόμαστε και θέλουμε να υπάρχει μια αποκατάσταση αρχικά στο πρωτοβάθμιο επίπεδο υγείας και στη συνέχεια να δημιουργηθούν δευτεροβάθμιες κρατικές μονάδες, εδώ τους καταργούμε τελείως. Πού θα πάνε αυτοί οι άνθρωποι; Αυτοί μπορούν κάλλιστα να διευθύνουν τα φυσικοθεραπευτήρια που υπάρχουν μέσα στις μονάδες και να παρέχουν και υπηρεσίες υψηλού επιπέδου.

Έχω την εντύπωση ότι το κράτος δαπανά πάρα πολλά χρήματα στις ιδιωτικές μονάδες αποκατάστασης. Πραγματικά, θα ήθελα να μας πει ο ΕΟΠΥΥ, κάποια στιγμή, ποιο είναι το ποσό που διαθέτει το κράτος κατ’ έτος.

Για το άρθρο 11, τα ανέφερε η κυρία Μαστοράκου πάρα πολύ καλά, στην παράγραφο 4 όσον αφορά στη σύμβαση με τον Π.Ι.Σ., θα ήθελα να αναφέρεται συγκεκριμένα μέσα στο νόμο ως συλλογική σύμβαση. Επίσης, το άρθρο ανοίγει ένα δρόμο στο ότι θα υπάρχει μια συνεργασία με μεγάλους ομίλους όσον αφορά κλινικούς γιατρούς. Αυτό, όχι δε μου αρέσει, αλλά θα δημιουργήσει μακροπρόθεσμα ένα μεγάλο θέμα - γιατί εδώ δε πρέπει να μιλάμε μόνο με οικονομικούς όρους, υπάρχουν και πολιτικοί και ηθικοί όροι - στους γιατρούς. Κάνω τον υπολογισμό ότι σε 2 χρόνια εάν υπάρχουν συμβάσεις με μεγάλους ομίλους, όσον αφορά το κλινικό κομμάτι, θα μεταναστεύσουν άλλοι 10.000 γιατροί στο εξωτερικό.

Στο άρθρο 12, ήμουν σαφής, συνταγογράφηση μόνο από γιατρούς. Στη διοικητική οργάνωση θα ήθελα να μην έχει τέτοιο γραφειοκρατικό χαρακτήρα, να γίνει πιο απλή. Όσο πιο απλό είναι διοικητικά ένα σύστημα, τόσο πιο λειτουργικό είναι.

Εκεί που θ’ αντιδράσουμε κάθετα κι ενώ, όπως γνωρίζετε, η Ομοσπονδία στο αρχικό σχέδιο που είχε δημοσιοποιηθεί ήμασταν κάθετα ενάντια, τώρα δε μιλάμε για απόσυρση του νομοσχεδίου, θα ζητήσουμε, όμως, απόσυρση του άρθρου 19.

Είμαστε ενάντια στο gate keeping.

 Έχουμε πάρα πολλούς ειδικούς γιατρούς και ο ασφαλισμένος ή ο ανασφάλιστος δικαιούται να διαλέξει το γιατρό που του αξίζει. Θα πάει στο γιατρό που πρέπει να πάει ο ίδιος και δεν χρειάζεται ούτε τροχονόμο ούτε gate keeping ούτε τίποτα.

Αυτό είναι το μόνο άρθρο, που λέμε « απόσυρση».

Να το ξανασυζητήσουμε από την αρχή θέλουμε. Δεν θα το καταργήσουμε εμείς οι γιατροί αυτό, αλλά η ίδια η κοινωνία θα το καταργήσει και να το θυμόσαστε.

Για τον ατομικό ηλεκτρονικό φάκελο υγείας μακάρι να εφαρμοστεί αύριο.

Τώρα, εάν ο λήπτης υγείας απαγορεύει την πρόσβαση στο γιατρό στον ηλεκτρονικό του φάκελο υγείας σημαίνει αυτόματα, ότι δεν μπορεί να είναι και θεράπων γιατρός, γιατί δεν μπορείς να κάνεις θεραπευτικό έργο χωρίς να έχεις το ιστορικό του ασθενή.

Τώρα σχετικά με τις ακαδημαϊκές μονάδες δεν έχει αναφερθεί καθόλου και θα ήθελα να ρωτήσω, εάν σχετίζεται απλά με το ν. 3329/2005 του τότε Υπουργού Υγείας του κ. Κακλαμάνη.

Για τα κίνητρα στο νοσοκομείο Θήρας, πιστεύω ότι πρέπει να επεκταθούν σε όλο το χώρο για να μην υπάρχουν παρεξηγήσεις και για τις ΜΗΝ να υπάρξει θεσμοθέτηση και λεπτομερής καταγραφή της λειτουργίας τους για να μην υπάρχουν παρεξηγήσεις.

Να σας πω το όραμα της Ομοσπονδίας;

Να γίνουν ΜΗΝ σε ορισμένα συγκεκριμένα Κέντρα Υγείας, κάτι που έχω αναφέρει και σε άλλες ομιλίες μου.

Σχετικά με τα μπλοκάκια δημιουργείται μία αίσθηση.

Έχουμε κάνει μία συμφωνία να κλείσουν τα ιατρεία τους οι γιατροί και από την άλλη μεριά βλέπουμε μπλοκάκια σε ειδικές περιπτώσεις και αυτό δημιουργεί ένα ερώτημα.

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

ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΚΑΤΣΙΚΗΣ (Πρόεδρος της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας): Η Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία είναι ο Πανελλήνιος Οδοντιατρικός Σύλλογος.

Εκπροσωπώντας την Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία θέλω να πω, ότι εκπροσωπώ τους οδοντίατρους που υπηρετούν στο σύστημα και τους ελεύθερους επαγγελματίες.

Ο κ. Ψυχάρης με κάλυψε προηγουμένως για τους οδοντιάτρους που υπηρετούν στο σύστημα σχετικά με την εξομοίωση και όλες τις λεπτομέρειες, δεδομένου ότι υπηρετούν και οι οδοντίατροι όπως και γιατροί στην πρωτοβάθμια και άρα δεν θα αναφερθώ στο συγκεκριμένο.

Θα αναφερθώ, λοιπόν, στους ελεύθερους επαγγελματίες που πιστεύω, ότι έστω και την τελευταία στιγμή προλάβαμε να αναφερθούμε στο σχέδιο νόμου και στον ελεύθερο επαγγελματία οδοντίατρο, ο οποίος αποτελεί το 90% του δυναμικού των οδοντιάτρων στη χώρα μας. Το σχέδιο νόμου, βέβαια, παραπέμπει σε πολλές Υπουργικές Αποφάσεις, τις οποίες πρέπει να παρακολουθούμε συνεχώς και γνωρίζουμε τη διαδικασία και την τύχη αυτών των αποφάσεων.

Γνωρίζουμε επίσης την ανεπάρκεια του δημόσιου δυναμικού της Οδοντιατρικής στη χώρα μας, δεδομένου ότι 500-600 - ίσως να έχουν προσληφθεί και άλλοι 50-100 - να προσφέρουν οδοντιατρική περίθαλψη σε 10 εκατ. ασφαλισμένους, στους οποίους έχουν προστεθεί και οι ανασφάλιστοι, οι οποίοι είναι σημαντικός αριθμός που και αυτός ανεβαίνει.

Είμαστε, λοιπόν, πολύ μακριά από τα ευρωπαϊκά πρότυπα και για να μπω συγκεκριμένα σε ορισμένα άρθρα, θα πω τα εξής.

Στο άρθρο 11 στην παράγραφο 7 εκεί που λέτε « υπογραφή συμβάσεων με ελεύθερους επαγγελματίες, όταν δεν επαρκεί το σύστημα», δεν αναφέρετε ούτε με πόσους οδοντιάτρους, πώς θα υπογράφονται οι συμβάσεις και με ποια κριτήρια, γιατί θεωρώ, ότι όπως συζητάμε για τις συλλογικές συμβάσεις που θα υπογράφονται με τον Π.Ι.Σ. θέλω και σε εμάς να αναφερθεί η λέξη «συλλογικές συμβάσεις».

Έχει, λοιπόν, δικαίωμα και σωστό θα είναι να υπογράφονται με την Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, αλλά εδώ δεν ξέρουμε, όταν δεν επαρκεί το σύστημα πόσους θα παίρνουμε, δηλαδή, για να συμπληρώσουμε και τι κριτήρια θα έχουμε.

Επίσης, θέλω να πω, ότι σχετικά με τον ΕΟΠΥΥ, ο οποίος για μας είναι άπιαστο όνειρο, γιατί είμαστε είκοσι πέντε χρόνια εκτός συμβάσεως και όταν τις προάλλες προσπαθήσαμε να επικοινωνήσουμε, μας λέει, ότι « αμφιβάλλω για την εξέλιξή μας».

Εν πάση περιπτώσει, εμείς θέλουμε να μπούμε στον ΕΟΠΥΥ, δεδομένου ότι και οι γιατροί μπαίνουν με ένα δεκαδικό, δηλαδή συν 10 ευρώ, και δεν αποποιούνται από το σύστημα και κατά αυτήν την έννοια, θέλουμε και εμείς να μπούμε στον διάλογο και να συζητήσουμε με τον ΕΟΠΥΥ. Αναφορικά με τα αλλά άρθρα θα καταθέσω ένα υπόμνημα. Σε ορισμένα άρθρα γίνονται ορισμένες διορθώσεις, όπως στο άρθρο 1. Λέτε «οδοντίατρος» και «ορθοδοντικός». Δεν χρειάζεται η λέξη ορθοδοντικοί, οι ορθοδοντικοί είναι ειδικότητα της οδοντιατρικής. Στο άρθρο 11, επίσης, με τη λέξη «σύμβαση», να προστεθεί οπωσδήποτε η λέξη σύμβαση με την ελληνική οδοντιατρική ομοσπονδία, συλλογική.

Όσον αφορά τις ακαδημαϊκές μονάδες που θα παρέχουν συνεχιζόμενη εκπαίδευση, εδώ νομίζω ότι γίνεται μια πολύ καλή συζήτηση και υπάρχει ευκαιρία να συζητήσουμε και για το δικό μας ινστιτούτο, το οποίο θέλουμε να ιδρύσουμε και όπως ξέρετε, θα παρέχει συνεχιζόμενη εκπαίδευση προς αυτή την κατεύθυνση και θεωρώ ότι είναι απαραίτητο να περάσει η τροπολογία επιτέλους, την οποία συζητάμε σε τόσες συνεδριάσεις και τελικά παραπέμπεται στις καλένδες. Ευελπιστώ βέβαια, διότι έχουμε καλά μηνύματα και μπορούμε να το προχωρήσουμε αυτό το θέμα, δεδομένου ότι οι θέσεις μας στοχεύουν στη διασφάλιση του υψηλού επιπέδου επιμόρφωσης των επιστημόνων και αυτό είναι αγαθό του ελληνικού πληθυσμού και της προσφοράς που Έλληνα επιστήμονα.

Θα ήθελα να πω επίσης ότι στο άρθρο 30, στην παράγραφο 3β, εκεί όπου αναφέρεστε στις οδοντιατρικές ΜΗΝ, να επιτρέπεται η χρήση του οξειδίου του αζώτου. Αυτό το έχουμε ζητήσει και για τα οδοντιατρεία μας, δεδομένου ότι έχουμε άτομα με ειδικές ανάγκες, στους οποίους δεν μπορούμε με κανέναν άλλον τρόπο να τους καταστείλουμε και να τους προσφέρουμε οδοντιατρική περίθαλψη και βέβαια όλα αυτά να γίνονται κάτω από προϋποθέσεις, οι οποίες θα είναι σχετικές με την πιστοποίηση των γνώσεων, των εγκαταστάσεων και των ασφαλειών, οι οποίες υπάρχουν αυτή τη στιγμή και δεδομένου ότι έχουνε εξελιχθεί τα εργαλεία μας και τα συστήματα, έτσι που να μην κινδυνεύουμε από την αναισθησία.

Σε ορισμένα άρθρα στα οποία παραλείπεται η λέξη «οδοντίατρος», την οποία εγώ θεωρώ ότι εννοείτε, άλλωστε και ο νόμος 1397 όπου έλεγε όπου γιατρός και οδοντίατρος, αλλά εν πάση περιπτώσει, έχω κάνει μια αναφορά στα συγκεκριμένα άρθρα τα οποία θα τα καταθέσω για την οικονομία του χρόνου. Σας ευχαριστώ.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Και εμείς ευχαριστούμε τον κ. Κατσίκη, στη συνέχεια το λόγο έχει η κυρία Θεοδώρα Πρυμίδου, Πρόεδρος της Πανελλήνιας Ένωσης Ειδικών Παιδαγωγών. Δεν είναι εδώ, επομένως προχωρούμε στον κ. Σπυρίδονα Κανελλάκη, Πρόεδρο της Ένωσης Διαιτολόγων – Διατροφολόγων.

ΣΠΥΡΙΔΩΝ ΚΑΝΕΛΛΑΚΗΣ (Πρόεδρος της Ένωσης Διαιτολόγων - Διατροφολόγων): Σας ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε, θα ήθελα να σας ευχαριστήσω γενικότερα, γιατί είναι η πρώτη φορά που Διαιτολόγοι καλούνται να εκθέσουν τις απόψεις τους για θέματα μεταρρύθμισης υγείας. Αρχικά, ως Διαιτολόγοι εμείς θεωρούμε θετική την τροποποίηση του αρχικού σχεδίου νόμου, με την προσθήκη και της ειδικότητας των Διαιτολόγων - Διατροφολόγων, έπειτα από ένα αίτημα που σας κάναμε. Στο προσωπικό των κέντρων υγείας, όπως υπήρχε και στο παρελθόν, όπως επίσης η έμφαση που δίνεται στην πρόληψη και προαγωγή υγείας. Βέβαια, όταν μιλάμε για πρόληψη, ειδικά των χρόνιων νοσημάτων, όπως ο ζαχαρώδης διαβήτης και τα καρδιαγγειακά νοσήματα, είναι αδιανόητο να αφήσουμε έξω τη διατροφή.

Η ποιοτική διατροφή είναι παγκοσμίως αποδεκτό ότι είναι ο ακρογωνιαίος λίθος των χρόνιων νοσημάτων. Δεν θα αναφερθώ σε αυτό περισσότερο, νομίζω είναι κατανοητό. Αυτή τη στιγμή 3,5 εκατομμύρια. Έλληνες πάσχουν από υπερχοληστερολαιμία, 2,5 εκατομμύρια Έλληνες από υπέρταση, το 70% είναι υπέρβαροι και παχύσαρκοι, είμαστε 9οι παγκοσμίως και περίπου 800.000 Έλληνες πάσχουν από ζαχαρώδη διαβήτη τύπου δύο. Αυτά είναι δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Η επένδυση στην ποιότητα της διατροφής των πολιτών, είναι κάτι που είναι απαραίτητο και είναι κυρίως για τη διαφύλαξη καλής υγείας και της ποιότητας ζωής.

Η ποιότητα ζωής είναι το σημαντικότερο πράγμα που ίσως μας ενδιαφέρει, όταν συζητάμε για ανθρώπους, όμως, αυξάνει και το προσδόκιμο της ζωής και, βέβαια, μειώνοντας και τις επιπλοκές από τα χρόνια νοσήματα, όπως αυτά που αναφέραμε πιο πριν, μειώνει πάρα πολύ και τις δαπάνες υγείας.

 Η λίστα των ασθενειών που σχετίζονται με την διατροφή είναι πολύ μεγάλη. Συνοπτικά θα πω για κάποια πολύ βασικά χρόνια νοσήματα. Στον σακχαρώδη διαβήτη, με μείωση 10 κιλών σωματικού βάρους μειώνεται κατά 25% η θνησιμότητα. Η μείωση της χοληστερόλης μπορεί να έχει σημαντική μείωση στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Η μείωση κατά 10 κιλά του σωματικού βάρους μπορεί να μειώσει την υπέρταση, την αρτηριακή πίεση, κατά μία μονάδα. Όλα αυτά έχουν ως συνέπεια 30 – 40 % μείωση της θνησιμότητας και των επιπλοκών. Σκεφτείτε πόσο στοιχίζει ένα έμφραγμα στην δημόσια υγεία και από την άλλη μεριά, πόσο μπορεί να στοιχίζει η πρόληψη με τη μεγαλύτερη συμμετοχή των διαιτολόγων σε όλη τη διαδικασία. Σε μελέτες που έχουν γίνει στην Ευρώπη, στην Ισπανία για παράδειγμα, η μείωση από παχυσαρκία δευτέρου βαθμού σε φυσιολογικό σωματικό βάρος, συνεπάγεται 200 € κατ’ έτος, λιγότερη επιβάρυνση για ιατρική και φαρμακευτική φροντίδα.

Το κόστος, λοιπόν, είναι μικρό σε σχέση με το όφελος και πραγματικά αποτελεί μια επένδυση η συμμετοχή των διαιτολόγων. Ως λογικό αποτέλεσμα όλων αυτών: εμείς εκτός από την συμμετοχή των διαιτολόγων στα κέντρα υγείας, όπως ήδη έγινε, θα θέλαμε και την συμμετοχή στα Το.Μ.Υ., που βέβαια μπορεί να είναι μικρές ομάδες, αλλά οι διαιτολόγοι στα Το.Μ.Υ. μπορούν να προσφέρουν περισσότερα πράγματα, όπως να συμμετέχουν και σε άλλες δομές τοπικές, όπως τα διαιτολόγια στους παιδικούς σταθμούς, κάτι για το οποίο θα σας καταθέσουμε σύντομα και σχετικό υπόμνημα. Θα θέλαμε οι διαιτολόγοι να συμμετέχουν και στις ομάδες υγείας. Δεν γίνεται κάποια αναφορά για τους διαιτολόγους και παράλληλα βέβαια να θυμίσουμε, ότι έχει ήδη θεσμοθετηθεί στα νοσοκομεία μια ύπαρξη ομάδας υποστήριξης θρέψης. Άρα, λοιπόν, μπορεί η υποστήριξη θρέψης και η διατροφή να γίνει και σε μικρότερες ομάδες υγείας. Αναλυτικά στο τι μπορεί να κάνει θα σας καταθέσουμε στο υπόμνημα γιατί σέβομαι το δύσκολο του χρόνου.

Από εκεί και μετά, γίνεται αναφορά στο άρθρο 9 στα κέντρα ειδικής φροντίδας. Εμείς θα θεωρούσαμε ότι θα ήταν πάρα πολύ καλό και ιδανικό, σύμφωνα και με άλλα που είπαν προηγούμενοι συνάδελφοι, να δημιουργηθούν και κέντρα εκπαίδευσης χρόνιων νοσημάτων και σακχαρώδη διαβήτη. Για τον σακχαρώδη διαβήτη πραγματικά είναι πολύ μεγάλο το κόστος και θα μπορούσαν να υπάρχουν ειδικά κέντρα, που θα ασχολούνται με αυτό το ζήτημα και με χρόνια νοσήματα που έχουν να κάνουν με διατροφολόγους, διαιτολόγους, γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας. Θα θέλαμε την συμμετοχή των διαιτολόγων και στην μαιευτική φροντίδα. Η διατροφή κατά την εγκυμοσύνη έχει να κάνει και με την έκβαση της κύησης, αλλά ξέρουμε πια ότι έχει να κάνει και με την νοσηρότητα που μπορεί να εμφανίσει το έμβρυο-παιδί στην ενήλικη ζωή του αργότερα. Άρα, εκεί θα μπορούσε να είναι ουσιαστική η συμβολή.

Όσον αφορά τον ατομικό ηλεκτρονικό φάκελο υγείας, θα θέλαμε ο διαιτολόγος να έχει πρόσβαση και να μπορεί και αυτός να καταθέτει στοιχεία για την διατροφική αξιολόγηση του ασθενούς, όπως αυτή είναι πολύ χρήσιμη και για τους γιατρούς, αλλά και για τους διαιτολόγους στη δουλειά τους.

Τέλος, για τις ακαδημαϊκές μονάδες, πιστεύουμε ότι καλό θα ήταν, σε αυτές τις ακαδημαϊκές μονάδες, να συμμετέχουν και εκπρόσωποι από τα εκπαιδευτικά ιδρύματα, 4 στον αριθμό, που υπάρχουν στην Ελλάδα, στην Αθήνα, που βρίσκεται το Χαροκόπειο πανεπιστήμιο, στην Κρήτη, στη Θεσσαλονίκη και στην Καρδίτσα. Θέλουμε, λοιπόν, μεγαλύτερη συμμετοχή των διαιτολόγων, γιατί πιστεύουμε ότι είναι επένδυση και το όφελος είναι πολλαπλάσιο του κόστους. Σας ευχαριστώ.

 ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει η κυρία Θεοδώρα Πρυμίδου.

ΘΕΟΔΩΡΑ ΠΡΥΜΙΔΟΥ( Πρόεδρος της Πανελλήνιας Ένωσης Ειδικών Παιδαγωγών):

Στο νομοσχέδιο του Υπουργείου Υγείας για την μεταρρύθμιση στον χώρο της πρωτοβάθμιας υγείας, υπάρχει σχετικό άρθρο για την στελέχωση των κέντρων υγείας, το άρθρο 6, που ανάμεσα στις ειδικότητες επιστημονικού και άλλου υγειονομικού προσωπικού, προβλέπονται κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι και τα λοιπά παραλείπεται, όμως, εντελώς εσφαλμένα για εμάς, η ειδικότητα του ειδικού παιδαγωγού. Επιπρόσθετα στο άρθρο 8 στην παράγραφο 1 του ίδιου νομοσχεδίου, γίνεται αναφορά στα κέντρα ειδικής φροντίδας, που όπως προκύπτει από την διατύπωση του νομοσχεδίου, μπορούν να λειτουργήσουν σαν κέντρα ειδικής αγωγής.

Ωστόσο, στο πλαίσιο του παρόντος νομοσχεδίου, δεν προβλέπονται ειδικότητες με τις οποίες θα στελεχώνονται, γεγονός που εγείρει ερωτηματικά. Εδώ σημειώνουμε ότι οι ειδικοί παιδαγωγοί, που έχουν τα προσόντα και τους τίτλους σπουδών, στελεχώνουν ως λοιποί επαγγελματίες υγείας αντίστοιχες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας, όπως είναι τα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα, κέντρα ψυχικής υγείας, παιδοψυχιατρικά τμήματα και άλλες παρεμφερείς μονάδες σε νοσοκομεία κ.λπ. Επίσης, διορίζονται στο επιστημονικό πεδίο της ειδικής αγωγής σε δημόσια σχολεία ή ως μέλη της διεπιστημονικής ομάδας στα ΚΕΔΥ της χώρας.

Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι ειδικοί παιδαγωγοί διορίζονται και εξελίσσονται ως ειδικοί παιδαγωγοί στο δημόσιο τομέα, σε αντίστοιχες θέσεις είτε του Υπουργείου Υγείας είτε και του Παιδείας, αναφορικά με τη σαφή αναγνώριση των ειδικών παιδαγωγών και ως επαγγελματιών υγείας εκ μέρους του Υπουργείου Υγείας, οι οποίοι, με την ειδικότητά τους αυτή διορίζονται και εξελίσσονται ως επαγγελματίες υγείας στις προαναφερόμενες υπηρεσίες του.

Αρκούμαστε εδώ ενδεικτικά, να αναφέρουμε τις διατάξεις της παραγράφου 6 του άρθρου 3 του ν.2716/1999, όπου μιλάει για τον εκσυγχρονισμό υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις, όπως η διάταξη αυτή τροποποιήθηκε με το άρθρο 10 παρ. 1 του ν.4272/2014. Στις εν λόγω διατάξεις καθορίζεται η συγκρότηση τομεακών επιτροπών ψυχικής υγείας και ρητά μεταξύ άλλων ορίζεται ότι ο εν λόγω επιτροπές αποτελούνται από ψυχιάτρους ή παιδοψυχιάτρους, λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι είναι ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, επισκέπτες υγείας, νοσηλευτές με ψυχιατρική ειδικότητα, παιδαγωγοί κ.λπ., οι οποίοι υπηρετούν στις μονάδες ψυχικής υγείας του τομέα ψυχικής υγείας των νοσοκομείων, του Νομοθετικού Διατάγματος 2592/1953 και του ν.1397/1983, με τους νόμιμους αναπληρωτές τους ή κατά περίπτωση των πανεπιστημιακών ψυχιατρικών νοσοκομείων κ.λπ.

Επομένως, αφού οι ειδικοί παιδαγωγοί διορίζονται και εξελίσσονται με την εν λόγω ειδικότητα σε όλες τις αντίστοιχες θέσεις του Υπουργείου Υγείας, δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να εξαιρεθούν από τις ειδικότητες του επιστημονικού και λοιπού υγειονομικού προσωπικού, που θα στελεχώνουν τα κέντρα υγείας. Επιπρόσθετα η επαγγελματική ιδιότητα του ειδικού παιδαγωγού αναγνωρίζεται σε όλες τις χώρες της Ευρώπης ως απολύτως διακριτή επιστημονική ειδικότητα στο χώρο της ειδικής αγωγής.

Τέλος, ας σημειωθεί ότι σύμφωνα και με το τελικό πόρισμα της επιστημονικής επιτροπής, η οποία συστάθηκε με θέμα «σύσταση και ορισμός μελών της επιστημονικής επιτροπής για θέματα ειδικής αγωγής και θεραπείας», από το Φεβρουάριο μέχρι τον Απρίλιο και της οποία αποτελέσαμε μέλος της, ως φορέας ο ειδικός παιδαγωγός αναγνωρίστηκε ως ισότιμο μέλος της διεπιστημονικής ομάδας και προτάθηκε για αναγνώριση του ρόλου του. Πιο συγκεκριμένα αυτό που προέκυψε από την επιστημονική επιτροπή είναι ότι ο ειδικός παιδαγωγός αναλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα διαταραχών, όπως νοητικές διαταραχές, διάχυτες αναπτυξιακές και ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές μεικτά, μεικτές διαταραχές, νευροαναπτυξιακές, συμπεριφοράς, ειδικές μαθησιακές διαταραχές μεικτά, ειδικές μαθησιακές και αισθητηριακές διαταραχές.

Θεωρούμε, λοιπόν, αυτονόητη την ένταξη των ειδικών παιδαγωγών ως αναπόσπαστο μέλος των διεπιστημονικών ομάδων των κέντρων υγείας και κέντρων ειδικής φροντίδας τόσο σε επίπεδο αξιολόγησης όσο και σε επίπεδο παρέμβασης, αφού είναι οι μόνοι αρμόδιοι και πιο κατάλληλα καταρτισμένοι να εκτελούν την θεραπευτική πράξη της ειδικής διαπαιδαγώγησης.

 Ο ρόλος του ειδικού παιδαγωγού παγκοσμίως ξεκινάει ήδη από τη διαφοροδιάγνωση και αξιολόγηση των παιδιών, εφήβων, ενηλίκων. Ο ειδικός παιδαγωγός είναι ο πλέον αρμόδιος σε συνεργασία με τους άλλους ειδικούς λογοπαιδικούς, ψυχολόγους, εργοθεραπευτές, παιδοψυχίατρους, κοινωνικούς λειτουργούς, στη χορήγηση σταθμισμένων ψυχομετρικών τεστ, που αξιολογούν σφαιρικά την λειτουργικότητα ενός παιδιού σε όλα τα επίπεδα, όπως το γνωστικό, συναισθηματικό, κοινωνικό κ.λπ. ή με στόχο να σχεδιαστεί ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα θεραπευτικής παρέμβασης. Άλλωστε, και η Κοινοτική Οδηγία 92/51 της ΕΟΚ του Συμβουλίου Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, σχετικά με το Β’ Γενικό Σύστημα, «αναγνώριση επαγγελματικών εκπαιδεύσεων», βάσει του οποίου προτρέπεται η χώρα μας να εναρμονιστεί με την Ε.Ε., αναφέρει την περίπτωση των θεραπευτών – παιδαγωγών, δηλαδή των ειδικών παιδαγωγών, στη σελίδα 2786, κεφάλαιο Α’, άρθρο 2, παράγραφος 1, περίπτωση 2η.

Με όσα λοιπόν αναφέραμε, θεωρούμε σημαντικό και απαραίτητο να συμπεριληφθεί ο επαγγελματικός κλάδος των Ειδικών Παιδαγωγών στη στελέχωση των Κέντρων Υγείας και των Κέντρων Ειδικής Φροντίδας. Προχθές, στη συζήτηση επί της αρχής, 25 του μηνός, ειπώθηκε ότι θα προσληφθούν 3000 προσωπικό και ο κ. Υπουργός, είπε ότι θα προσληφθούν με το σύστημα ΑΣΕΠ. Προτείνουμε και ο Ειδικός Παιδαγωγός να είναι μέσα.

Επίσης, σαν ειδικότητα, δεν ζητάμε να «τετραγωνιστεί ο κύκλος» και να υπάρχει μια ισοτιμία και στην αμοιβή των συνεδριών αλλά και στον χρόνο των συνεδριών όλων των ειδικοτήτων.

Τελειώνοντας, να πω ότι κανένα πιστοποιητικό διαγνωστικό των παιδιών δεν μπορεί να είναι έγκυρο, χωρίς την υπογραφή του Ειδικού Παιδαγωγού. Ο ρόλος μας είναι τριπλός: Διαγνωστικός, Παρεμβατικός και Αξιολογητικός. Είναι ένας βασικός πυλώνας η ειδικότητα η συγκεκριμένη.

Ένα τελευταίο και τελειώνω. Όπως στο Υπουργείο Παιδείας έχουν διοριστεί τα τελευταία χρόνια και στελεχώνουν δομές Ειδικής Αγωγής όλες οι ειδικότητες των λογοθεραπευτών, φυσιοθεραπευτών, εργοθεραπευτών κ.λπ., και είναι πλέον υπάλληλοι και του Υπουργείου Παιδείας, έτσι εύλογα επιτέλους νομίζω, ότι «ήγγικεν η ώρα» και η ειδικότητα αυτή να πλαισιωθεί και να είναι πλέον και στο Υπουργείο Υγείας.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει η κυρία Αθανασίου.

ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΑ ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ (Πρόεδρος του Συνδέσμου Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος): Κύριε Πρόεδρε, κύριε Υπουργέ, κύριε Γενικέ Γραμματέα, αξιότιμοι κύριοι Βουλευτές, εκ μέρους του Συνδέσμου Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, να ευχαριστήσουμε για την πρόσκληση και να πω, κατ' αρχήν ότι, όταν προηγούμενα νομοσχέδια έβγαζαν τους Κοινωνικούς Λειτουργούς σε διαθεσιμότητα και υπάρχουν άνθρωποι αυτή τη στιγμή που το τρέχουν από κοινωνική υπηρεσία σε κοινωνική υπηρεσία για να βρουν βεβαιώσεις Κοινωνικών Λειτουργών, έρχεται αυτό το νομοσχέδιο να βάλει τους Κοινωνικούς Λειτουργούς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που θεωρούμε, λοιπόν, ότι είναι σε σωστή κατεύθυνση από αυτό το κομμάτι.

Οι υπόλοιποι φορείς έφεραν τις αντιρρήσεις τους. Εμείς θα μιλήσουμε, όμως για τον δικό μας κλάδο και θα πούμε ότι, μας αφορά η καλύτερη δυνατή πρόσβαση των ανθρώπων στο σύστημα υγείας. Θεωρούμε, λοιπόν, ότι δίνεται αυτή η πρόσβαση και δυνατότητα γιατί στις κοινωνικές υπηρεσίες έχουμε αντιμετωπίσει πραγματικά πολύ σοβαρά προβλήματα ανθρώπων που είχαν πολλά χρόνια να πάνε σε έναν γιατρό.

Ήρθε το σύστημα με τους ανασφάλιστους, όπου πραγματικά λύθηκε ένα πολύ σοβαρό πρόβλημα. Θεωρούμε ότι ένα πολύ μεγάλο πρόβλημα είναι το πρόβλημα της οδοντιατρικής φροντίδας και το βλέπουμε καθημερινά στις περιπτώσεις των ανθρώπων που έρχονται στις κοινωνικές υπηρεσίες και γίνεται μια προσπάθεια.

Βάζω εδώ το ζήτημα, όμως, της πιλοτικής βέβαια εφαρμογής, αλλά των συμβάσεων ορισμένου χρόνου, γιατί εμείς, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, έχουμε την εμπειρία του «Βοήθεια στο Σπίτι» και θεωρώ ότι θα γίνουν κατευθύνσεις, έτσι ώστε να υπάρχει η μόνιμη αποκατάσταση των εργασιακών σχέσεων των ανθρώπων που θα εργαστούν και θεωρώ ότι θα πρέπει να υπάρξει βούληση για αυτό.

Στο Καθηκοντολογίο των Κοινωνικών Λειτουργών, πραγματικά, έχει ληφθεί υπόψη η άποψη του Συνδέσμου Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος και θεωρούμε, ότι περνούν ζητήματα πολύ σημαντικά, όπως είναι τα ζητήματα της διασύνδεσης και της πρόσβασης σε κοινοτικές υπηρεσίες και της δικτύωσης των υπηρεσιών που ήδη υπάρχουν και είναι πολύ σημαντικός ο ρόλος των Κοινωνικών Λειτουργών εδώ, όπως και μπαίνουν ζητήματα παιδικής προστασίας.

Το λέω αυτό για να το βάλουμε όλοι «στο πίσω μέρος του μυαλού μας» ότι πως είναι εύκολο μέσα από μια φροντίδα, από τη στιγμή που ένα παιδί γεννιέται και ένας Κοινωνικός Λειτουργός πηγαίνει στο σπίτι, να προλάβουμε περιπτώσεις όπως αυτές που έχουμε δει, το τελευταίο διάστημα να έρχονται στην επιφάνεια της πολύ σοβαρής περίπτωσης κακοποίησης-παραμέλησης. Νομίζω, ο ρόλος των Κοινωνικών Λειτουργών μέσα από ένα σύστημα πρωτοβάθμιας, έχει και εκεί ρόλο στην πρόληψη της παιδικής κακοποίησης- παραμέλησης.

Θα θέλαμε να δούμε τη διασύνδεση, την καλύτερη διασύνδεση, με τις μονάδες ψυχικής υγείας, όπου και εκεί θεωρούμε ότι υπάρχει πολύ σοβαρό πρόβλημα πρόσβασης. Τα κέντρα ψυχικής υγείας δεν επαρκούν πια, οι άνθρωποι προσέρχονται στις υπόλοιπες υπηρεσίες προκειμένου να λάβουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Άρα, θα πρέπει το άνοιγμα στην κοινότητα και η διασύνδεση και με τις πρωτοβάθμιες να αφορά και την ψυχική υγεία.

Έχουμε τονίσει και θέλω να γίνει γνωστό σε όλους, ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι ΠΕ, ΤΕ, με τα ίδια επαγγελματικά δικαιώματα, την ίδια πρόσβαση στην άδεια άσκησης επαγγέλματος και αυτά έχουν ρυθμιστεί με το προεδρικό διάταγμα 23/1992. Δυστυχώς, όμως, παρότι το νομοσχέδιο βάζει ΠΕ και ΤΕ κοινωνικούς λειτουργούς στη στελέχωση των μονάδων, υπάρχει μια προηγούμενη υπουργική απόφαση, που για τα προσόντα αναφέρεται μόνο στους ΠΕ κοινωνικούς λειτουργούς που θα στελεχώσουν και λέει «ελλείψει, οι κοινωνικοί λειτουργοί ΤΕ». Θέλω αυτό να το δει το Υπουργείο και να αντιληφθεί ότι εκεί θα δημιουργηθεί μία άνιση διαχείριση της κατανομής των θέσεων, γιατί οι κοινωνικοί λειτουργοί ΠΕ και ΤΕ είμαστε ακριβώς το ίδιο και έχουμε τα ίδια επαγγελματικά δικαιώματα. Σας ευχαριστώ.

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

ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΚΑΤΣΙΚΗΣ (Αντιπρόεδρος Συνδέσμου Ιατρικών Διαγνωστικών Κέντρων): Κύριε Πρόεδρε, παρευρίσκομαι αντί του κ. Μάκα. Θα ήθελα να ευχαριστήσω τη Βουλή, διότι μας δίνεται η δυνατότητα για πρώτη φορά να εκφράσουμε δημόσια άποψη για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Τα διαγνωστικά εργαστήρια αυτή τη στιγμή, αποτελούν τη ραχοκοκαλιά του συστήματος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καθότι εκτελούν όλες τις διαγνωστικές εξετάσεις. Μετά την κατάργηση των ιατρείων του ΙΚΑ, στην ουσία, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας έχει ιδιωτικοποιηθεί πλήρως. Οφείλω να πω ότι έχει αρχίσει να λειτουργεί πολύ καλύτερα απ’ ότι πριν.

 Σε σχέση με το νομοσχέδιο θα θέλαμε να παρατηρήσουμε δύο πράγματα. Πρώτον, επαναλαμβάνει συνέχεια αναφορές περί δημόσιας δωρεάν υγείας. Το Σύνταγμά μας, δεν προβλέπει για δημόσια δωρεάν υγεία, δεν αναφέρεται σε δικαίωμα δωρεάν υγείας σε αντίθεση με την παιδεία, όπου εκεί προβλέπεται ρητά. Ως προς το νομοσχέδιο, η αντίθεσή μας βρίσκεται στην ουσία του, διότι αποτελεί μια προσπάθεια εξαντλητικής ρύθμισης ενός χώρου, ο οποίος εν πολλοίς δεν χρειάζεται ρύθμιση, διότι είναι ήδη εξαντλητικά ρυθμισμένος, έτσι ώστε, κάθε τέτοια προσπάθεια ρύθμισης, έχει αστοχίες που θα οδηγήσουν σε πολύ μεγαλύτερα προβλήματα. Για παράδειγμα, ενώ υπάρχει υπερπληθώρα προσφοράς υπηρεσιών και διαγνωστικών και ιατρικών στον ιδιωτικό τομέα, αντί να υιοθετηθεί ένα μοντέλο σύμπραξης δημοσίου – ιδιωτικού τομέα, υγιούς σύμπραξης, αντ’ αυτού προτείνεται η δημιουργία δημοσίων δομών. Οι δημόσιες δομές όπως έχει αποδείξει η ιστορία στη χώρα μας είναι αναποτελεσματικές, είναι εστίες διαφθοράς και οδηγούν σε κατασπατάληση του δημοσίου χρήματος. Αυτή τη στιγμή, η χώρα μας δαπανά μόνο το 10% των συνολικών δαπανών σε ιδιώτες παρόχους υγείας. Παρόλα αυτά, οι ιδιώτες πάροχοι υγείας κάνουν πολλαπλάσιο έργο, πολύ παραπάνω από το 70%. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι το σύνολο, είναι το 100% σχεδόν, με εξαίρεση τα νοσοκομεία και στις κλινικές είναι επίσης πάρα πολύ μεγάλο λόγω των εξειδικευμένων.

Θα ήθελα να αναρωτηθούμε όλοι, τι αποτελεί κράτος πρόνοιας. Από το να δημιουργούμε μονάδες σε ένα αστικό κέντρο, όπου στην αρχή θα προσληφθεί κόσμος, θα έχουν πάγιο κόστος, θα έχουν εξοπλισμό και όλα τα υπόλοιπα και από ένα σημείο και μετά, όπως έχει συμβεί δυστυχώς και με πολλά δημόσια νοσοκομεία, θα λειτουργούν μόνο εις όφελος των γιατρών, ή των στελεχών τους; Ή να επιδοτήσουμε, γλιτώνοντας χρήματα από εκεί που υπάρχει υπερπληθώρα ιδιωτών, εκεί που δεν μπορεί να δραστηριοποιηθεί ο ιδιωτικός τομέας και υπάρχουν πραγματικές ανάγκες, όπως στην παραμεθόριο. Για παράδειγμα, στην παραμεθόριο έχουν κλείσει πρόσφατα αιμοληπτήρια. Παρόλα αυτά προβλέπεται στο νομοσχέδιο δημιουργία ενός συστήματος αιμοληπτηρίων του δημοσίου.

Θα ήθελα, επίσης, να αναφερθώ πολύ σύντομα στις Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας. Θεωρούμε ότι η συγκεκριμένη ρύθμιση είναι ρουσφετολογική. Στις αρχές Οκτωβρίου, πρόκειται να εκδικαστεί στο Διοικητικό Εφετείο σχετική υπόθεση. Το Υπουργείο προσπαθεί να ρυθμίσει την κατάσταση, προλαμβάνοντας την απόφαση και την κρίση του δικαστηρίου.

Δίνει ρητή εξαίρεση από το Φ.Π.Α, ενώ πρόκειται για ομοειδείς υπηρεσίες.

Δίνει δυνατότητα αλλαγής των πολεοδομικών όρων και ειδικότερα της χρήσης κτιρίου, που ανέφερε και ο κ. Δατσέρης.

Αυτή τη στιγμή μια Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας μπορεί να λειτουργεί, κατά την άποψη του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, και σε όροφο κτιρίου, ενώ κατά την άποψη της περιφέρειας θέλει ειδικό κτίριο.

Επίσης, περιορίζει τη δυνατότητα επέκτασης των ειδικών κλινικών, με αποτέλεσμα να ευνοεί τους οφθαλμίατρους, διότι αυτό είναι το συγκεκριμένο θέμα.

Τέλος, θα ήθελα να παρατηρήσω και να μας εξηγήσει το Υπουργείο, εάν πρόκειται περί λάθους. Στο νομοσχέδιο υπάρχει μια πρόβλεψη για παράβολο 500.000 ευρώ, για δημιουργία νέας Μ.Η.Ν. Φαντάζομαι ότι αυτό είναι λάθος.

ΠΑΥΛΟΣ ΠΟΛΑΚΗΣ (Αναπληρωτής Υπουργός Υγείας): Είναι λάθος, είναι 500 και 1000.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Δεν μου επιτρέπεται από τη θέση αυτή να σχολιάζω, αλλά ήθελα γενικώς να πω, να είμαστε πιο προσεκτικοί με κάποιες εκφράσεις. Εάν λέμε ότι το δημόσιο είναι κέντρο διαφθοράς, τότε αυτοί που εργάστηκαν στο δημόσιο, θα πουν ότι τα ιδιωτικά κέντρα είναι τα κέντρα διαφθοράς. Οπότε, αυτή η αντιπαράθεση δεν έχει να δώσει καμία λύση. Αυτό, ως γενική ευχή.

Το λόγο έχει ο κ. Μαριόλης.

ΑΝΑΡΓΥΡΟΣ ΜΑΡΙΟΛΗΣ (Πρόεδρος της Ελληνικής Ένωσης Γενικής Ιατρικής): Κύριοι Υπουργοί, κύριοι βουλευτές, ως επίσημος επαγγελματικός φορέας γενικής ιατρικής στην Ελλάδα, αποτέλεσε και αποτελεί διαχρονικό μας αίτημα, η στροφή του συστήματος υγείας στη χώρα μας προς την πρωτοβάθμια φροντίδα και τις θεμελιώδεις αρχές, βασισμένη βέβαια στην εγκαθίδρυση του γενικού οικογενειακού γιατρού, γιατί έχει αποδειχθεί σε πάρα πολλές χώρες, ότι επιτυγχάνονται καλύτερα αποτελέσματα υγείας για τον πληθυσμό και φυσικά με χαμηλότερο κόστος. Δυστυχώς, όμως, προβλήματα προκύπτουν κατά τη μετάβαση από τη θεωρία στην πράξη.

Υπάρχουν, βέβαια, παρεμβάσεις, που επιχειρούνται στο παρόν σχέδιο νόμου, που κινούνται προς τη σωστή κατεύθυνση. Θεωρούμε, όμως, ότι η στρατηγική μας σκόπευση πρέπει να είναι η ολική επαναφορά στη Διακήρυξη της Άλμα Άτα, πράγμα που σημαίνει έμφαση στην οικογένεια και την κοινότητα και διαχειριστή, κυρίως της υγείας αλλά και της ιατρικής περίθαλψης, το γενικό οικογενειακό γιατρό.

Το υπό συζήτηση σχέδιο, δεν υπηρετεί, όμως, αυτή την αρχή, δεν εμπνέει, δεν μπορεί να αποκτήσει επιστημονική και τεχνοκρατική υπεροχή και επίσης φαίνεται να μην έχει πολιτική ηγεμονία. Αντιθέτως, αντί της ευχερούς πρόσβασης και της διεύρυνσης των επιλογών για το χρήστη, εισάγει όπως φαίνεται πολύ έντονα, για πρώτη φορά, μια αδιευκρίνιστη φιγούρα «ιατρο-χωροφύλακα», ως δήθεν γιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας, αμφιλεγόμενης χρηματοδοτικής βάσης, δύο χρόνια από ΕΣΠΑ, με αμφισβητούμενη επιλεξιμότητα και δικαιολογημένα ισχνής ζήτησης από νέους γιατρούς.

Παράλληλα, προσθέτει εμπόδια στην πρόσβαση, παραπομπή και εντός της πρωτοβάθμιας, αυξάνει το διοικητισμό σε βάρος της αναγκαίας διαχείρισης, τόσο του ασθενούς, όσο και της ασθένειας, ενώ συμβάλλει στην περαιτέρω διάσπαση των τμημάτων του δημόσιου τομέα και αποτρέπει την αναγκαία ολοκλήρωση δημόσιου και ιδιωτικού, οικογενειακοί και άλλοι γιατροί συμβεβλημένοι, όπως είδαμε, και ιδιώτες.

Δηλαδή, αυτός ο διοικητισμός θέτει φραγμούς τους πολίτες, εμποδίζει τον συντονισμό και τη συνεργασία των τμημάτων της περίθαλψης, αυξάνει τις μονοπωλιακές τάσεις και το ανεξέλεγκτο από την κοινωνία και ωθεί προς την κυριαρχία και τον έλεγχο από το πολιτικό σύστημα. Αντιστρατεύεται το δημόσιο συμφέρον στο όνομα του δήθεν και δεν διασφαλίζει τη βιωσιμότητα και την αποδοτική χρήση των πόρων. Δεν έχουν την αποδοχή του ιατρικού σώματος και της κοινωνίας, γιατί, πέρα από αυτόν τον κλειστό κόσμο περιθωριακών ή και υστερόβουλων ιατρικών κύκλων, που έχουν συγκυριακή και ελπίζουμε προσωρινή συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, υπάρχει ο ανοιχτός ουρανός των μεταρρυθμίσεων που συντελούνται σε ολόκληρο τον κόσμο και κατατείνουν στη μεταφορά πόρων στην ΠΦΥ, στην ενίσχυση των επιλογών για τους πολίτες και τη μείωση του χρηματοδοτικού βάρους των νοικοκυριών.

Στον πυρήνα αυτών των αλλαγών, όπως έχουμε δει και στις δύο πλευρές του Ατλαντικού, τόσο σε οργανισμούς διατήρησης υγείας στις ΗΠΑ, όσο και σε συμπλέγματα πρωτοβάθμιας φροντίδας στο Ηνωμένο Βασίλειο, βρίσκεται η συμμετοχή της κοινότητας και η ανάδυση του κεντρικού ρόλου του γενικού γιατρού ως διαχειριστή των ιατροκοινωνικών δεδομένων των ασθενών, των παραγόντων κινδύνου, των ατόμων και της οικογένειας και της κοινότητας και, επίσης, των συμπεριφορικών στάσεων που συνδέονται με την υγεία.

Από μελέτες που έχουμε δει και στην Ελλάδα, από τον καθηγητή Κυριόπουλο, η διαχείριση του μικρού και μέσου κινδύνου και των χρονίων νοσημάτων φέρεται να συγκεντρώνει το πλαίσιο δράσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας και υπερκαλύπτει το 75% της ζήτησης σε ιατρική περίθαλψη. Η εισαγωγή που φέρεται να θεσμοθετηθεί, κλειστών κάθετων προϋπολογισμών, στον πληθυσμό αναφοράς και αντίστοιχων οριζόντιων, με βάση τη νόσο ή τη δραστηριότητα, μπορεί να υποστηρίξει τη διοικητική και διαχειριστική ολοκλήρωση των διασπασμένων μερών, δημοσίων, κοινωνικών και ιδιωτικών του υγειονομικού τομέα. Κρίσιμο σημείο, βέβαια, συνιστά η αύξηση της ισχύος των πολιτών διαμέσου των επιλογών και η μεταφορά εξουσίας στο γενικό οικογενειακό γιατρό μέσω της δυνατότητας διαχείρισης των υγειονομικών υποθέσεων των πολιτών.

Τα προβλήματα και τα ερωτηματικά σε αυτό το σχέδιο νόμου είναι πολλά. Συγκεκριμένα, δεν φαίνεται να αλλάζει τίποτε στην υποβαθμισμένη πρωτοβάθμια φροντίδα στην περιφέρεια της χώρας μας. Επιλέχθηκε η στελέχωση νέων δομών ΠΦΥ, των ΤΟΜΥ, σε μια χώρα που λειτουργεί στον αστικό της ιστό το πυκνότερο δίκτυο γιατρών στον κόσμο, κύρια ιδιωτών. Είναι άγνωστο αν θα βρεθούν οι γιατροί που χρειάζονται για τη στελέχωση των ΤΟΜΥ. Επιλέχθηκε ως μέθοδος αποζημίωσης των οικογενειακών γιατρών των ΤΟΜΥ η πάγια αντιμισθία, μέθοδος αποζημίωσης στις περισσότερες χώρες, αλλά και για τη χώρα μας, που είναι αναχρονιστική, γιατί το μόνο σίγουρο είναι ότι δεν προάγει την ποιότητα.

Παραμένουν πλήρως αδιευκρίνιστοι οι όροι σύμβασης των ιδιωτών οικογενειακών γιατρών και με τον ΕΟΠΥΥ. Ποιο θα είναι, δηλαδή, το ελάχιστο καθημερινό ωράριο που θα τους επιβληθεί; Ποιο θα είναι το ύψος της αποζημίωσής τους. Υπάρχουν, βέβαια, δηλώσεις σχετικές οι οποίες δεν προσεγγίζουν τις αμοιβές που θα ήθελε κανείς για αυτό το ρόλο που πάει να παίξει σε αυτό το καινούργιο σύστημα. Είναι άγνωστο αν θα μπορέσει ο ΕΟΠΥΥ να βρει τους ιδιώτες οικογενειακούς γιατρούς που χρειάζονται για να καλύψει το 70% του αστικού πληθυσμού, αν όντως οι όροι σύμβασης δεν είναι αυτοί που περίμενε κανείς.

Τι θα συμβεί αν οι ιατροί δεν υποκύψουν στους όρους αυτούς; Μέχρι τώρα δεν ακούστηκε από κανέναν. Δηλαδή, πώς θα λειτουργήσει ένα σύστημα που προϋποθέτει υποχρεωτική εγγραφή σε οικογενειακό γιατρό; Υπάρχουν δηλώσεις και ουσιαστικά απειλές για σκέψεις σχετικά με τον αποκλεισμό των μη συμβεβλημένων γιατρών από τη συνταγογράφηση. Αυτό θα το δούμε. Αδιευκρίνιστη παραμένει και η σχέση του δημόσιου συστήματος υγείας με το ιδιωτικό. Αν ένας πολίτης επιλέγει να έχει ως οικογενειακό γιατρό έναν ιδιώτη γιατρό οποιασδήποτε ειδικότητας, θα γίνονται δεκτές οι παραπομπές από τα δημόσια νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας ή και τους εξειδικευμένους γιατρούς του συστήματος; Ακόμη χειρότερα, θα μπορεί να συνταγογραφεί αυτός φάρμακα και εξετάσεις υπό την ασφαλιστική κάλυψη του ΕΟΠΥΥ; Ούτε αυτό το βλέπουμε.

Δεν φαίνεται από το νομοσχέδιο να υπάρχει σεβασμός στην ελευθερία επιλογής γιατρού, οικογενειακού ή εξειδικευμένου, από τον πολίτη. Δεν φαίνεται να υπάρχει οροφή στον αριθμό των εγγεγραμμένων ασθενών ανά οικογενειακό γιατρό. Τι νόημα έχει η διοικούσα τριμελής επιτροπή του τομέα πρωτοβάθμιας με τον πρόεδρό της να ορίζεται από το διοικητή της ΥΠΕ και με αδιευκρίνιστα τα κριτήρια επιλογής;

Το βιώσαμε το 1992 επί Υπουργίας Σούρλα, και είδαμε ότι ήταν κάτι καταστροφικό παρόλο που είχαν λίγα χρόνια αυτές οι μονάδες και πώς λειτούργησε. Οι τοπικοί παραγοντίσκοι να πάρουν αποφάσεις για τις μονάδες πρωτοβάθμιας και τα Κέντρα Υγείας. Όλα αυτά δείχνουν πως γνώμονας του σχεδίου νόμου δεν είναι η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας για όλους τους πολίτες, αλλά περισσότερο η κάλυψη των κοινωνικά και οικονομικά αδύναμων συμπολιτών και η δημιουργία ενός συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας χαμηλού κόστους.

Οι κοινωνικά και οικονομικά ισχυρότεροι θα καταφύγουν στην ιδιωτική ασφάλιση και στον ιδιωτικό τομέα υγείας. Ο μεγαλύτερος φόβος των γενικών γιατρών σε όλους εμάς που αρκετοί συμπλήρωσαν αρκετά ένσημα στα εργοτάξια της πρωτοβάθμιας και ειδικά σε απομακρυσμένες περιοχές θα περιμέναμε να δούμε ένα διαφορετικό θεσμό για το θεσμό του οικογενειακού γιατρού, που πιστεύουμε αλλά μάλλον μπορεί να είναι και ουτοπία. Ευχαριστώ.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει η κυρία Πλευράκη.

ΜΑΡΙΑ ΠΛΕΥΡΑΚΗ (Μέλος του Πανελλήνιου Συλλόγου Επισκεπτών Υγείας): Εκπροσωπώ την Πρόεδρο είμαι μέλος του ΔΣ και ταμίας του Πανελλήνιου Συλλόγου Επισκεπτών Υγείας. Ευχαριστώ για την πρόσκληση. Ο ΨΕΥ λειτουργεί ως ΝΠΔΔ και εκπροσωπεί αποκλειστικά του επισκέπτες υγείας, οι οποίοι από το 1932 παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, πρόληψης και προαγωγής της υγείας και προάσπιση της δημόσιας υγείας. Το συγκεκριμένο νομοσχέδιο, θεωρούμε ότι αναγνωρίζει το σημαντικότατο και πολυδιάστατο ρόλο μας σε αυτούς τους τομείς.

Γενικότερα, τις απόψεις μας τις έχουμε καταθέσει νωρίτερα στον κύριο Υπουργό. Θέλω εν συντομία και σεβόμενη το χρόνο των άλλων συναδέλφων να σταθώ σε κάποια συγκεκριμένα σημεία. Στο άρθρο 5 του νομοσχεδίου, αναφέρεται ότι υπεύθυνος του συντονισμού υγείας θα είναι ο γιατρός. Εμείς προτείνουμε ότι συντονιστής θα μπορούσε να είναι όποιος επαγγελματίας υγείας διαθέτει τα περισσότερα τυπικά προσόντα. Στο άρθρο 7 και κατά αντιστοιχία με το νοσηλευτικό προσωπικό, θεωρούμε ότι πρέπει να δοθεί η δυνατότητα στον επισκέπτη υγείας να καταχωρεί στον ατομικό ηλεκτρονικό φάκελο υγείας, πληροφορίες που αφορούν στις δραστηριότητες και ευθύνες του. Στο ίδιο άρθρο στην παράγραφο 8, αναφέρεται πολύ ορθά ότι δεν θίγονται κατοχυρωμένα επαγγελματικά δικαιώματα των επαγγελματιών. Πάρα ταύτα, πιο κάτω αναφέρεται ότι ο νοσηλευτής στα πλαίσια του επιστημονικού του πεδίου, παρέχει υπηρεσίες πρόληψης στην οικογένεια και την κοινότητα. Τα αντικείμενα αυτά είναι κατοχυρωμένα από τα επαγγελματικά δικαιώματα των επισκεπτών υγείας. Και εξάλλου, θεωρούμε ότι δεν υφίσταται η ειδικότητα του κοινωνικού νοσηλευτή καθώς δεν μπορεί να υπάρξει μια επιμέρους ειδικότητα που να καταργεί ένα ολόκληρο κλάδο.

Στο ίδιο άρθρο, αναφέρεται η εκπαίδευση φροντιστών από τους νοσηλευτές. Ποιος όμως κάνει την πιστοποίηση του φροντιστή ή μιας ομάδας εθελοντών; Προτείνουμε ότι λόγω σφαιρικότερης γνώσης δημόσιας και κοινοτικής υγείας, η πιστοποίηση θα μπορούσε να γίνεται από τον επισκέπτη υγείας. Στο άρθρο 44 σημαντικότατο σημείο για τον κλάδο μας, στις ειδικότητες επαγγελματιών συνεργαζόμενων με τους φορείς παροχής υγείας, προτείνουμε να προστεθεί και ο επισκέπτης υγείας. Στο άρθρο 45 αναφέρονται πρωτόκολλα νοσηλευτικά, νοσηλευτικές ειδικότητες, το ΕΣΑΝ, κάτι αντίστοιχο πρέπει να υπάρξει και για την δημόσια υγεία, το ΕΣΥΔΥ, ειδικότητες δημόσιας υγείας και ειδικά πρωτόκολλα.

Στο άρθρο 50 σχετικά με τη στελέχωση του ΕΟΠΥΥ, θα μπορούσε να έχει ρόλο σημαντικό ο επισκέπτης υγείας στο τμήμα επιχειρήσεων τομέα υγείας, καθώς και στο τμήμα πολιτικής σχεδιασμού εκτάκτου ανάγκης. Αναφέρθηκε πριν και το έχουμε αναφέρει και εμείς πολλές φορές, ότι αυτή τη στιγμή ο κλάδος υφίσταται μια αδικία, και έχει να κάνει με τους επισκέπτες υγείας οι οποίοι ασχολούνται στα ΠΕΔΥ. Αυτή τη στιγμή θα κληθούν οι 150-160 αυτοί άνθρωποι οι οποίο δεν παίρνουν αυτή τη στιγμή το ανθυγιεινό επίδομα, να δουλεύουν στην ίδια υπηρεσία με ένα άλλο συνάδελφο τους που το παίρνει. Καταλαβαίνετε ότι αυτό θα ήταν πολύ άδικο.

Κλείνοντας, σχετικά με τους εμβολιασμούς, ο επισκέπτης υγείας είναι ο επαγγελματίας υγείας ο οποίος με δική του ευθύνη να διενεργεί εμβολιασμούς επίσης κατοχυρωμένο από το 1989, και θεωρώ ότι στο συγκεκριμένο νομοσχέδιο μπορούμε και πρέπει όλοι μας να προσφέρουμε ότι καλύτερο μπορούμε επιδεικνύοντας πάνω απ’ όλα συνεργασία.

Με τους συναδέλφους μας με τις άλλες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας που διαθέτουν την επιστημονική επάρκεια να πράττουν αυτά που δεν μπορούμε να πράξουμε εμείς. Επομένως, αντί να ζητάμε να κάνουμε πράγματα τα οποία δεν μας ανήκουν, θα μπορούσαμε να προάγουμε την αγαστή συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Που θα μπορούσε να βοηθήσει και το συγκεκριμένο εγχείρημα, το οποίο είναι πολύ σημαντικό, αλλά και γενικότερα τον πολίτη. Τέλος, θα δηλώσουμε ότι οι επισκέπτες υγείας θα στηρίξουμε το έργο τους στο νέο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καταβάλλοντας κάθε δυνατή προσπάθεια προς την κατεύθυνση αυτή. Ευχαριστώ πολύ.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει η κυρία Αικατερίνη Αβραμιώτη-Λυκερίδου.

ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΑΒΡΑΜΙΩΤΗ-ΛΥΚΕΡΙΔΟΥ (Αντιπρόεδρος των ΤΕΙ Αθηνών): Κύριε Πρόεδρε, κύριοι Υπουργοί, κύριοι Βουλευτές, κυρίες και κύριοι συνάδελφοι. Κατ΄ αρχάς θα ήθελα να σας ευχαριστήσω εκ μέρους των ΤΕΙ Αθήνας για την πρόσκληση να συμμετέχουμε στη συζήτηση για το νομοσχέδιο που αφορά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Όπως γνωρίζετε το ΤΕΙ Αθήνας, φιλοξενεί τη μεγαλύτερη σχολή επαγγελμάτων υγείας και πρόνοιας της χώρας μας. Αποτελείται από 12 τμήματα από διαφορετικές ειδικότητες επαγγελματιών υγείας που καλύπτουν τις ανάγκες της κοινωνίας μας με επαγγέλματα υγείας μοναδικά στο χώρο εργασίας. Πολλά από αυτά, πλαισιώνουν τις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ως τούτου εκπαιδεύονται και ασκούνται σε αυτές. Γι’ αυτό, θεωρούμε ότι η δημιουργία των ακαδημαϊκών μονάδων είναι σημαντική και χρήσιμη, για την εκπαίδευση, θα θέλαμε όμως να κάνουμε κάποιες παρατηρήσεις, που θεωρούμε ότι θα πρέπει να τις λάβετε υπόψη σας.

Συγκεκριμένα στο άρθρο 7, αναφέρεστε στην ομάδα υγείας με συγκεκριμένες ειδικότητες που είναι ο οικογενειακός γιατρός, νοσηλευτής, ο επισκέπτης υγείας και ο κοινωνικός λειτουργός και στη συνέχεια στο ίδιο άρθρο στην παρ. 7 λέτε ότι η ομάδα αυτή συμμετέχει στην εκπαίδευση των φοιτητών, επιστημών και επαγγελμάτων υγείας στο πλαίσιο της βασικής τους εκπαίδευσης και σε δια βίου εκπαίδευση. Θα θέλαμε να σας επισημάνουμε ότι στις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας εκπαιδεύονται φοιτητές και σε μεταπτυχιακό επίπεδο σπουδών, όχι μόνο στη βασική τους εκπαίδευση, διότι έχουμε μεταπτυχιακά προγράμματα που αφορούν στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και ότι η εκπαίδευση περιλαμβάνει και άλλες ειδικότητες, όπως και εσείς γνωρίζετε. Θεωρώ ότι εκτός από αυτές που υπάρχουν στην ομάδα υγείας, όπως είναι οι φυσικοθεραπευτές, μαίες, ραδιολόγοι, ακτινολόγοι και άλλοι άρα θα πρέπει να υπάρχουν στο χώρο της εκπαίδευσης για να μπορούν να δίνουν σωστή εκπαίδευση στους επαγγελματίες υγείας του κλάδους τους.

Επίσης, κατά τη γνώμη μας να γίνει πρόβλεψη στο παρόν νομοσχέδιο όσον αφορά στην αποδοχή των φοιτητών για εκπαίδευση στις διάφορες δομές στον τομέα της υγείας. Εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις διαπροσωπικές σχέσεις των εκπαιδευτικών, με τους διευθυντές και τους επαγγελματίες υγείας στο χώρο, προκειμένου να δεχθούν τους φοιτητές για άσκηση.

Επίσης, κάθε χρόνο απαιτείται άδεια ειδική από την υπηρεσία του Υπουργείου για να στείλουν έγγραφο στα ιδρύματα προκειμένου να ξεκινήσουν την άσκηση. Αυτό είναι μια χρονοβόρα διαδικασία γραφειοκρατική διαδικασία, με αποτέλεσμα να στερείται στο χρόνο η εκπαίδευσή τους. Το θέμα της πρακτικής άσκησης νομίζουμε ότι θα πρέπει να λυθεί γενικότερα και θα πρέπει να συμπεριληφθεί στις γενικότερες διατάξεις του νομοσχεδίου του παρόντος. Δηλαδή, θα πρέπει να γίνονται δεκτοί οι φοιτητές για εκπαίδευση σε προπτυχιακό επίπεδο και σε μεταπτυχιακό, χωρίς τις γραφειοκρατικές διαδικασίες σε όλες τις δομές υγείας, ανάλογα φυσικά με τα προγράμματα σπουδών των τμημάτων και να λυθεί το πρόβλημα της πρακτικής άσκησης όπου δημιουργείται με το να συσσωρεύονται όλοι οι ασκούμενοι στην Αθήνα και γενικώς στην Αττική. Τα νοσοκομεία της επαρχίας έχουν ανάγκη, μπορούμε όμως να δώσουμε κίνητρα χορηγώντας δωρεάν στέγη αν γίνεται λόγω του ότι η οικονομική κρίση δυσκολεύει να πληρώνουν οι φοιτητές ενοίκιο για να ασκηθούν στην επαρχία και ενισχύουμε την επαρχία με προσωπικό.

Τέλος, θα ήθελα να πω ότι σχετικά με το άρθρο 24 στις ακαδημαϊκές μονάδες, ενώ η επιστημονική υποστήριξη γίνεται από τις ιατρικές σχολές και από ανάλογων ειδικοτήτων τμήματα των ΤΕΙ, περιορίζονται τα γνωστικά αντικείμενα μόνο στην ιατρική και στην κοινοτική νοσηλευτική. Πιστεύουμε ότι πρέπει να συμπεριλάβετε όλους τους επαγγελματίες υγείας που συμμετέχουν στις δομές αυτές. Σας ευχαριστώ.

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

ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΚΑΤΣΟΥΛΑΣ (Πρόεδρος Εργαζομένων ΕΟΦ): Κύριε Πρόεδρε, κύριοι Υπουργοί, Βουλευτές όλων των Κομμάτων σας ευχαριστούμε καταρχήν για την πρόσκληση. Θα θέλαμε αρχικά να σας ενημερώσουμε ότι ο ΕΟΦ, παρόλο που είναι ένα ΝΠΔΔ, δηλαδή ανήκει στο δημόσιο, ουσιαστικά πρόκειται για ένα οργανισμό ο οποίος παρουσιάζει υψηλότατη εξειδίκευση, λειτουργεί εναρμονισμένο στο Ευρωπαϊκό και Διεθνές Περιβάλλον και απώτερος στόχος είναι η προάσπιση της δημόσιας υγείας. Αυτό το καταλαβαίνετε όλοι. Θα αναφέρω ορισμένες από τις δραστηριότητες όπως είναι η αξιολόγηση και η έγκριση φαρμακευτικών προϊόντων, τα φάρμακα που παίρνουμε όλοι μας. Η αξιολόγηση των ανεπιθύμητων ενεργειών, μιας και βλέπω πλήθος γιατρών γύρω μου, όλοι ξέρετε τις κίτρινες κάρτες. Αυτές έρχονται σε εμάς, αξιολογούνται. Η έγκριση των κλινικών μελετών και ακόμα η επιτήρηση της αγοράς, ο εντοπισμός πλαστών φαρμάκων, αναβολικών. Όλα αυτά γίνονται σε συνεργασία με τις αρμόδιες διωκτικές αρχές και υπάρχει και πλήθος επιτυχιών το τελευταίο διάστημα.

Η επιθεώρηση εργοστασίων τόσο στο εθνικό περιβάλλον όσο και διεθνώς. Οι επιθεωρητές μας πηγαίνουν στην Ινδία, στην Κίνα, σε όλο τον κόσμο για να αξιολογήσουν, επιθεωρήσουν φαρμακευτικές εγκαταστάσεις. Παρόλα αυτά έχουμε και πλήθος νέων αρμοδιοτήτων, οι οποίες προστέθηκαν τα τελευταία χρόνια, όπως είναι η τιμολόγηση των φαρμακευτικών προϊόντων, η αξιολόγηση κοινωνικοποιημένων οργανισμών για να αναφέρω ενδεικτικά ορισμένες από αυτές και σχεδόν το σύνολο του επιστημονικού δυναμικού συμμετέχει σε εργασίες του ευρωπαϊκού οργανισμού φαρμάκων στο Λονδίνο. Εδώ να επισημάνω ότι εξαιτίας του Brexit ένας πολύ μεγάλος αριθμός εργασιών που θα φύγουν από τον αρμόδιο οργανισμό τον αγγλικό, θα έρθουν και στον ελληνικό οργανισμό.

Άρα βλέπουμε ότι από το σύνολο των δραστηριοτήτων και των νέων δραστηριοτήτων που θα προστεθούν, θα πρέπει οι εργαζόμενοι, το υψηλό εξειδίκευσης προσωπικό να ανταποκριθεί. Εδώ απλά να σας πω ότι ο οργανισμός το 2010 είχε 270 άτομα προσωπικό, κατέληξε γύρω στο 2012 με 120 άτομα εξαιτίας των αποχωρήσεων, των μαζικών αποχωρήσεων και πλέον βρισκόμαστε περίπου στα 190 άτομα με μετατάξεις και κάποιες προσθήκες από τον ΑΣΕΠ.

Έχει δημιουργηθεί μια στρέβλωση. Οι προσθήκες νέων συναδέλφων, περίπου 70 με 80 άτομα που έχουν έρθει εδώ δεν έχουν τις ίδιες αποδοχές με τους υπάρχοντες, με το παλιό προσωπικό. Άρα προσωπικό υψηλής εξειδίκευσης, το οποίο επιτελεί το ίδιο σημαντικό έργο για την προάσπιση της δημόσιας υγείας, έχει σημαντική διαφοροποίηση στις αποδοχές. Το άρθρο 52 στο παρόν νομοσχέδιο που έχει τον τίτλο «κίνητρο απόδοση στο προσωπικό του ΕΟΦ», εδώ έχω την αίσθηση ότι δεν χρειάζεται κανένα κίνητρο απόδοσης, το προσωπικό επιτελεί το έργο του με στόχο τη δημόσια υγεία και επαγγελματικά, παρόλα αυτά έρχεται να αντιμετωπίσει αυτό το πρόβλημα που υπάρχει. Το χαιρετίζουμε.

Εδώ θα θέλαμε να κάνουμε δύο προτάσεις για νομοτεχνική βελτίωση. Η μία αφορά στην τελευταία πρόταση που αναφέρεται στην «κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας» αν είναι δυνατόν να αντικατασταθεί «με απόφαση του ΔΣ του ΕΟΦ κατ’ αντιστοιχία του νόμου 4368/2016 στο άρθρο 90, παρ. 6 που αφορά την περίπτωση του ΕΟΠΥΥ» όπου υπάρχει αντίστοιχη περίπτωση. Αν αυτό δεν είναι δυνατόν θα ζητούσαμε η συγκεκριμένη νομοτεχνική βελτίωση να μην καθορίζεται ανά έτος, αλλά είτε άπαξ ή ανά τριετία, ώστε σε πρακτικό επίπεδο να μπορέσει να εφαρμοστεί η συγκεκριμένη διάταξη. Σας ευχαριστώ.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει η κυρία Βιβιλάκη.

ΒΙΚΤΩΡΙΑ ΒΙΒΙΛΑΚΗ (Πρόεδρος του Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών Αθήνας): Ευχαριστώ, πολύ κ. Πρόεδρε για την πρόσκληση. Θα θέλαμε να χαιρετίσουμε την πρωτοβουλία αυτή του Υπουργείου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τη δυνατότητα που δίνεται αυτή τη στιγμή σε ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού για άμεση πρόσβαση σε υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μέσα από αυτό το νομοσχέδιο. Αν και είμαστε ο μοναδικός κλάδος που αποκλειστήκαμε από τα ΤΟΜΥ, και δεν θα γίνουν προσλήψεις στο δικό μας κλάδο, είμαστε εδώ όμως για να δουλέψουμε. Αυτό κάναμε πάντα οι μαίες, όχι σήμερα στη δεδομένη οικονομική συγκυρία, αλλά πάντα. Έχει φανεί από πολύ παλιά, γιατί εμείς είμαστε νομικό πρόσωπο που υπάρχει από το 1950 και η μαία στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας υπάρχει από την εποχή του Ελευθερίου Βενιζέλου, που τότε είχε γίνει η μικρασιατική καταστροφή.

Υπάρχουν πολλές αντιστοιχίες στο πώς ήταν η κοινωνία τότε και πώς είναι σήμερα, με τους μετανάστες, που έχει φανεί το έργο των μαιών στους μετανάστες και στα camps και προβλέπεται και στο καινούργιο νομοσχέδιο ότι μπορούμε μέσα από το δίκτυο των μαιών να προσφέρουμε τις υπηρεσίες αυτές, οι οποίες έχει φανεί ότι είναι πολύ σημαντικές για τις γυναίκες. Υποστηρίζοντας την μαία υποστηρίζεις τη γυναίκα. Ένας στους δύο που θα πάει και θα ζητήσει υπηρεσίες υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι γυναίκα. Αυτό είναι πάρα πολύ σημαντικό γιατί ο ρόλος της μαίας είναι διττός, δεν αφορά μόνον τα μαιευτικά περιστατικά, αφορά και τα γυναικολογικά περιστατικά. Γι' αυτό, κύριε Υπουργέ, επειδή και στο διαδίκτυο υπήρξαν άρθρα που αμφισβήτησαν το δικαίωμα αυτό, θέλω να σας πω ότι αυτό το δικαίωμα υπάρχει στις μαίες από το 1950. Απλά, όταν ψηφίστηκε ο νόμος «ΗΔΙΚΑ» δεν δόθηκαν κωδικοί στις μαίες, δόθηκαν μόνο στους γιατρούς.

 Δημιουργήθηκαν πάρα πολλά προβλήματα κι έρχεται αυτό το καινούργιο νομοσχέδιο να τα λύσει, αλλά θα πρέπει να υπάρξει πρόβλεψη και για αλλαγή στον νόμο της ΗΔΙΚΑ για να δοθούν κωδικοί. Εμείς δεν είχαμε πρόβλημα όσον αφορά στο δικαίωμα της συνταγογράφησης. Δεν έχει καταργηθεί ο νόμος από το 1950 που συνταγογραφούν οι μαίες. Αυτό που συνέβη είναι ότι δεν μας δίνουν κωδικούς πια να συνταγογραφήσουμε ηλεκτρονικά και δεν θέλουμε τίποτα περισσότερο. Θέλουμε αυτά που προβλέπονται από την κείμενη νομοθεσία, η οποία, όπως είπα κι επαναλαμβάνω, υπάρχει από το 1950 και δημιουργήθηκαν πάρα πολλά θέματα.

Ο Πρόεδρος της Επιτροπής γνωρίζει, γιατί είναι από τη νησιωτική χώρα, πόσο σημαντικό είναι σε ένα νησί να υπάρχει μια μαία που να μπορεί να συνταγογραφήσει τις εξετάσεις της κύησης. Αυτή τη στιγμή δεν υπάρχει η δυνατότητα αυτή και θα πρέπει οι γυναίκες αυτές να ταξιδεύουν και να έρχονται στον Πειραιά για να τους γράψουν τις εξετάσεις οι γιατροί.

Συνεπώς, είναι πάρα πολύ σημαντικό να μας δοθεί αυτή η δυνατότητα. Για παράδειγμα, στην ΗΔΙΚΑ υπάρχει διαφορετικός κωδικός για την προληπτική μαστογραφία και διαφορετικός κωδικός για τη μαστογραφία όταν υπάρχει κάποια παθολογία. Θα πρέπει να δοθεί η δυνατότητα, για παράδειγμα, συνταγογράφησης προληπτικής μαστογραφίας. Θα πρέπει να δοθεί η δυνατότητα συνταγογράφησης εξετάσεων και στη λοχία, το οποίο το έχουμε. Λέτε μόνο για την κύηση. Να βάλουμε και τη λοχία και το νεογνό, γιατί για παράδειγμα ένα παιδί που βγαίνει από μια Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών και πηγαίνει σ’ ένα νησί, μπορεί να χρειασθεί να κάνει μια χολερυθρίνη. Είναι απλά πράγματα τα οποία τα συνταγογραφούμε, ξέρουμε να πάρουμε τη χολερυθρίνη από το νεογνό κατ’ οίκον. Μετανοσοκομειακή φροντίδα του νεογνού, για παράδειγμα, ή να πάμε σε μια γυναίκα που χρειάζεται να της κάνουμε έναν αιματοκρίτη, να της γράψουμε στη λοχία έναν αιματοκρίτη μετά τον τοκετό.

Θα ήθελα, επίσης, να πω ότι εμείς σαν σύλλογοι, γιατί είμαστε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου όλοι οι σύλλογοι που εδράζονται στην Ελλάδα, θα θέλαμε το μητρώο των μαιών και όσον αφορά το δίκτυο έχουμε κάποιες συγκεκριμένες προτάσεις πώς θα διαρθρωθεί μέσα από τα μητρώα που έχουμε στους συλλόγους μας, σε εκάστοτε υγειονομικές περιφέρειες και θα θέλαμε να τα δει αυτά το Υπουργείο, έχουν να κάνουν με technicalities.

 Σας ευχαριστούμε πάρα πολύ.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Ευχαριστούμε κι εμείς.

Μη μου πατάτε τον κάλο, γιατί ξέρετε ότι έχω ιδιαίτερη αδυναμία, επιστημονική και ιδεολογική, για τη λειτουργία των μαιών, έχουν περάσει 40 χρόνια από τότε που προσπαθούμε να τις βάλουμε στην κοινωνία. Δεν είναι ότι είμαι από νησί, είμαι το 8ο παιδί μιας μάνας που έκανε 9 παιδιά και δίδυμη κύηση με μαία μόνον, στην Αθήνα. Είμαστε λίγο πίσω ακόμα. Ελπίζω με την καινούργια κυβέρνηση να κάνουμε και δεύτερο και τρίτο βήμα, γιατί το πρώτο έχει γίνει.

 Το λόγο έχει η κυρία Μηλάκα.

ΜΑΡΙΑ ΜΗΛΑΚΑ (Μέλος Συλλόγου Εργαζομένων 2ης Υ.ΠΕ.): Κύριε Πρόεδρε, ευχαριστώ για το λόγο και δε θα μακρηγορήσω.

Ενώ σε όλα τα κράτη με προηγμένα συστήματα υγείας η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί τον πυλώνα του συστήματος, η επιτυχής λειτουργία της οποίας σηματοδοτεί και την ποιότητα της υγείας και μειώνει το κόστος στα οικονομικά συστήματα της υγείας, στη χώρα μας δυστυχώς, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας έχει βρεθεί συνεχώς νομοθετούμενη και διαρκώς από το 2012 μεταρρυθμιζόμενη.

Παρόλα αυτά, για πρώτη φορά έρχεται ένα νομοσχέδιο που προσπαθεί να μην είναι ιατροκεντρικό, να αναβαθμίσει το ρόλο της ομάδας υγείας και να θέσει ως επίκεντρό του τον άνθρωπο.

Η προσπάθεια, όμως, οφείλει να γίνει με στόχο όχι τις ανάγκες της κάθε συντεχνιακής ομάδας, αλλά τις ανάγκες του ατόμου και της οικογένειάς του.

Κατά τη γνώμη μας, δύο είναι τα στοιχήματα που πρέπει να δοθούν και να κερδηθούν, ώστε να πετύχει το νομοσχέδιο αυτό.

Πρώτον, η αποφυγή αλληλοεπικάλυψης των υπηρεσιών, κάτι για το οποίο το νομοσχέδιο δεν μας δίνει μια βεβαιότητα πώς θα επιτευχθεί αυτό από τη στιγμή που δημιουργούνται περισσότερες δομές και περισσότεροι συντονιστές, έχουμε και την τριμερή διοικούσα επιτροπή, έχουμε και τον περιφερειακό συντονιστή, έχουμε και τον συντονιστή της οδοντιατρικής ομάδας, έχουμε πολλούς συντονιστές και ποιος θα συντονίσει τους συντονιστές.

Επίσης, αυτή τη στιγμή το φαινόμενο που υπάρχει είναι, ότι, ήδη, στην κοινότητα δρουν, ταυτόχρονα, οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης με τις υπηρεσίες που έχουν, οι ΜΚΟ, η Εκκλησία, η Περιφέρεια, το ΠΕΔΥ, οι ιδιώτες γιατροί και το στοίχημα, λοιπόν είναι να κερδηθεί αυτός ο συντονισμός και η καλή διασύνδεση μεταξύ τους.

Πιστεύουμε, ότι θα πρέπει το άρθρο 2 που αφορά την ηλεκτρονική εφαρμογή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας να τεθεί άμεσα σε εφαρμογή, ούτως ώστε να μπορέσουμε να αποφύγουμε αυτό το φαινόμενο της αλληλοεπικάλυψης.

Επίσης, να γίνει η άμεση καταγραφή των αναγκών των πληθυσμών, ο υγειονομικός χάρτης, όπως έχει προειπωθεί και η σύσταση οργανισμού με διευθύνσεις ιατρικού, νοσηλευτικού, διοικητικού και παραϊατρικού προσωπικού αυτόνομες, όπως ακριβώς συμβαίνει και στα δημόσια νοσοκομεία.

Μια επιφύλαξη διατηρούμε όσον αφορά τη συμμετοχή των συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ φαρμακείων στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, κάτι το οποίο, ενδεχομένως, στις παραμεθόριες και τις νησιωτικές περιοχές είναι αναγκαίο και θα έχει μια αποτελεσματικότητα. Δεν μπορούμε να κατανοήσουμε πώς θα είναι αποτελεσματικό και δεν θα δημιουργηθούν περαιτέρω προβλήματα από τη στιγμή που στον πυκνό αστικό ιστό απέναντι από τις δομές υγείας υπάρχουν πληθώρα φαρμακείων.

Επίσης, ο δεύτερος πυλώνας θα είναι να μη δημιουργηθούν επιμέρους ανισότητες όσον αφορά τα εργασιακά δικαιώματα των επαγγελματιών που δρουν στο πρωτοβάθμιο δίκτυο φροντίδας υγείας, διότι αν καταφέρουμε να έχουμε δυσαρεστημένο προσωπικό και προσωπικό που θεωρεί ότι ως κλάδος αδικείται, αυτό θα έχει απώτερο αρνητικό αντίκτυπο στην παροχή της ποιότητας.

Για το λόγο αυτό έχουμε μια επιφύλαξη όσον αφορά τα άρθρα 13,19 και 5.

Σαν υπεύθυνος συντονιστής στα ΤΟΜΙ θα μπορεί κανονικά να διεκδικεί τη θέση οποιοσδήποτε από τους κλάδους έχει τα απαραίτητα προσόντα και όχι μόνο ο γιατρός.

Το άρθρο 13 θεωρούμε, ότι παραγκωνίζει και υποβιβάζει τους νοσηλευτές, οι οποίοι μέχρι τώρα αποτελούσαν τον πυλώνα και στο πρωτοβάθμιο δίκτυο υγείας και μάλιστα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας και την κουλτούρα του κόσμου, ο οποίος είχε συνηθίσει μέχρι τώρα να έχει ελεύθερη επιλογή του γιατρού και θα πρέπει, ενδεχομένως, να υπάρξει μια στάδιο ποίηση ως αναφορά στην επιλογή και στο gate keeping.

Επιπλέον, τα οικονομικά είναι περιορισμένα και αυτό που θέλαμε να τονίσουμε, είναι ότι οι λειτουργικές δαπάνες και έσοδα που θα πρέπει να προβλεφθούν για τα οδοιπορικά των εργαζομένων που εκτελούν εξωτερική εργασία.

Το επίδομα επικίνδυνης και ανθυγιεινής εργασίας για τους άλλους κλάδους που δεν έχουν πάρει, όπως οι επισκέπτες υγείας, οι οδοντοτεχνίτες και οι φυσικοθεραπευτές.

Η έλλειψη προσωπικού, η οποία αποτυπώνεται σε μεγάλη λίστα αναμονής των χρηστών υπηρεσιών υγείας θα αντιμετωπιστεί με προσλήψεις γιατρών ειδικοτήτων και υγειονομικού και εργαστηριακού και διοικητικού προσωπικού.

Ενίσχυση με ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό νέας γενιάς των μονάδων και στελέχωση όσων Τμημάτων πρόκειται να λειτουργήσουν σε 24ωρη βάση.

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

 ΠΕΡΙΚΛΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ (Πρόεδρος της Ένωσης Οπτικών και Οπτομετρών Ελλάδας): Κύριε Πρόεδρε, θα ήθελα να πάρει το λόγο πρώτα ο κ. Δαρβίρας και μετά στο τέλος θα μπορούσα να συμπληρώσω κάποια πράγματα.

 ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΔΑΡΒΙΡΑΣ (Αντιπρόεδρος της Ένωσης Οπτικών και Οπτομετρών Ελλάδας): Κύριε Πρόεδρε, κύριοι βουλευτές, ευχαριστούμε πολύ για την πρόσκληση. Θέλω να πω ότι εκπροσωπούμε τρεις συλλόγους που λειτουργούν νόμιμα και έχουν μέλη περίπου το 70% των ενεργών οπτικών.

Μιλάμε για το ΝΠΔΔ που κατεβαίνει σαν νομοσχέδιο, μαζί με το νομοσχέδιο για την πρωτοβάθμια υγεία και θέλαμε να δηλώσουμε ότι είμαστε αντίθετοι στην κατάθεση του νομοσχεδίου, το οποίο έρχεται γραμμένο πολύ ευκαιριακά και χωρίς να παίρνει υπόψη του ότι υπάρχουν 2.500 οπτικά καταστήματα που έχουν αντίθεση με το συγκεκριμένο νομοσχέδιο, όπως επίσης και 3.000 οικογένειες που απασχολούνται στα οπτικά καταστήματα.

Θέλω να πω ότι χωρίς καμία γενική συνέλευση πάρθηκε μια απόφαση να ανατραπεί σε πολύ βασικές αρχές του κλάδου, ενώ δεν βάζει προϋποθέσεις, που είναι βασικές για τον κλάδο μας, όπως η αναγνώριση των επαγγελματικών δικαιωμάτων μας στην οπτομετρία. Ενώ τα επίσημα τμήματα των ΤΕΙ χορηγούν πτυχίο οπτικών οπτομετρών στα επαγγελματικά δικαιώματα δεν υπάρχει λύση.

Είχαμε επισκεφθεί το γραφείο του Υπουργού, κ. Ξανθού, εκφράσαμε το πρόβλημά μας ότι τα ΤΕΙ δίνουν πτυχίο οπτικού – οπτομέτρη, όταν όμως πάμε να πάρουμε την άδεια ασκήσεως επαγγέλματος, παίρνουμε μόνο του οπτικού, του οπτομέτρη κόβεται, δεν υπάρχει. Είπαμε, λοιπόν, ότι θέλουμε κάποια βοήθεια ούτως ώστε αυτό να μην ισχύει, δηλαδή, όταν παίρνουμε ένα πτυχίο που λέει οπτικός – οπτομέτρης να είναι οπτικός – οπτομέτρης, όχι μόνο οπτικός.

Ο κ. Υπουργός μας έστειλε στον κ. Πολάκη, ο κ. Πολάκης μας είπε να μιλήσουμε με τον ιδιαίτερο του, τον κ. Νιάγκα. Εκ των υστέρων, δεν έγινε τίποτα βέβαια. Μας κάλεσαν στον ΕΟΠΥΥ να κάνουμε σύμβαση. Στον ΕΟΠΥΥ που πήγαμε να κάνουμε σύμβαση μας είπαν ότι πρέπει να κάνετε ένα Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου για να μπορείτε να εκπροσωπείσθε. Μπήκαμε στη διαδικασία να συζητήσουμε κάποια άρθρα στο Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου, αλλά δεν προλάβαμε να κάνουμε τίποτα.

Έρχεται ένα νομοσχέδιο, το οποίο δεν έχει πάρει έγκριση από τη γενική συνέλευση ούτε έχει πάρει έγκριση από τους συλλόγους, ούτε συμμετέχουμε όλοι, κ. Υπουργέ. Είναι ένα μικρό μέρος το οποίο συμμετέχει και δεν μπορώ να καταλάβω πώς μπαίνει αυτό το νομοσχέδιο τώρα να ψηφιστεί γρήγορα το καλοκαίρι, χωρίς να υπάρχει καμία ενημέρωση και καμία συμφωνία από τους ανθρώπους, οι οποίοι ασχολούνται με αυτό το πράγμα.

Εμείς έχουμε έρθει στο γραφείο σας, σας εκφράσαμε το πρόβλημά μας και σας είπαμε για την οπτομετρία, σας είπαμε ότι πρέπει κάπως να διευθετηθούν κάποια πράγματα και εκ των υστέρων μας στέλνετε ένα ΝΠΔΔ, για το οποίο ούτε έχουμε ενημερωθεί, ούτε έχουμε πάρει απόφαση, βλέπουμε κάποια άρθρα. Θα σας διαβάσω μέσα από ένα πολύ βασικό άρθρο για το πόσο πρέπει να πληρώνει ο οπτικός για να συμμετέχει σ΄αυτό το πράγμα το οποίο δεν είναι καθορισμένο. Ακούστε το: Η ετήσια εισφορά κάθε τακτικού μέλους στο σύλλογο ορίζεται με απόφαση του Δ.Σ. και καταβάλλεται με την υποβολή της ετήσιας δήλωσης. Δηλαδή, δεν θα ξέρουμε ούτε πόσο θα πληρώνουμε για να είμαστε σε αυτό το πράγμα. Θα υπάρχει ένα Δ.Σ. που θα παίρνει μία απόφαση, αλλά τι θα λέει αυτή τη απόφαση και πόσα χρήματα θα πληρώνουμε ούτε καν το ξέρουμε.

 Είναι γραμμένο, λοιπόν, εντελώς στο πόδι. Δεν υπάρχουν ούτε οι νομικές διευθετήσεις μεταξύ της Περιφέρειας, η οποία μας έχει εγκρίνει τις άδειες λειτουργίας καταστήματος. Δεν λέει ότι η Περιφέρεια πάει μέχρι εκεί ή δεν πάει, δεν το αναφέρει πουθενά αυτό το πράγμα και έχει 8 σελίδες για το πειθαρχικό. Στις 15 σελίδες που υπάρχουν εδώ, υπάρχουν 8 σελίδες για το πειθαρχικό, ποιος θα πηγαίνει πειθαρχικό, τι θα γίνεται και όλα αυτά. ΄Ετσι προσπαθούμε να λύσουμε το πρόβλημα; Να κάνουμε έναν κλάδο να κάνει ένα ΝΠΔΔ και να έρθει να κάνει σύμβαση; Αν είναι αυτό που θέλουμε, εντάξει το καταλαβαίνουμε, αλλά τουλάχιστον να υπάρχει μια διαβούλευση, να υπάρχει κάτι, να μας καλέσετε, να μας πείτε συμφωνείτε, δεν συμφωνείτε, τι γίνεται. Όχι αυτό το πράγμα. Δηλαδή, ντε και καλά ελάτε να κάνετε σύμβαση, ελάτε να κάνετε ένα Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου. Δεν είπαμε να μην γραφτούμε να μην υπάρχει όλο αυτό το πράγμα που περιγράφεται μέσα στο νομοσχέδιο, το οποίο όμως δεν είναι ξεκάθαρο. Είναι γραμμένο στο πόδι. Με συγχωρείτε , δηλαδή, αλλά από τα λίγα νομικά που μπορώ να ξέρω είναι γραμμένο στο πόδι. Και μας επιβάλλετε γρήγορα να γίνει αυτό το πράγμα για να πάμε σε σύμβαση.

Εμείς για τη σύμβαση εκφράσαμε την άποψή μας, είμαστε 2500 καταστήματα και είναι και οι 2500 εναντίον της σύμβασης. Τώρα ξανά το ίδιο έλα να κάνουμε ΝΠΔΔ, να κάνουμε τη σύμβαση. Να κάνουμε σύμβαση εφόσον υπάρχουν οι προϋποθέσεις. Ακόμα το δημόσιο χρωστά λεφτά σε εμάς από το 2010. Εάν συζητήσουμε για την οποιαδήποτε σύμβαση θα πρέπει και αυτά να έχουν εξοφληθεί, αλλά να υπάρχουν και δικλείδες πως θα πάμε παρακάτω.

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, Μιχαηλίδης Ανδρέας, Μιχελογιαννάκης Ιωάννης, Μουσταφά Μουσταφά, Μπάρκας Κώστας, Παπαδόπουλος Σάκης, Παπαηλιού Γιώργος, Παραστατίδης Θόδωρος, Σκούφα Ελισσάβετ, Στογιαννίδης Γρηγόρης, Τζούφη Μερόπη, Βλάχος Γεώργιος, Βρούτσης Ιωάννης, Γιόγιακας Βασίλειος, Καράογλου Θεόδωρος, Κατσανιώτης Ανδρέας, Μαρτίνου Γεωργία, Οικονόμου Βασίλειος, Φωτήλας Ιάσονας, Γρηγοράκος Λεωνίδας, Μπαργιώτας Κωνσταντίνος, Χριστοφιλοπούλου Παρασκευή, Αΐβατίδης Ιωάννης, Σαχινίδης Ιωάννης, Λαμπρούλης Γεώργιος, Λαζαρίδης Γεώργιος, Παπαχριστόπουλος Αθανάσιος, Φωκάς Αριστείδης και Μαυρωτάς Γεώργιος.

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

ΠΕΡΙΚΛΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ (Πρόεδρος της Ελληνικής Ένωσης Οπτικών και Οπτομετρών): Με αυτό τον τρόπο θα γίνει πολύ μεγάλη συρρίκνωση -εάν περάσει το νομοσχέδιο- του οπτικού κόσμου, γιατί όπως καταλαβαίνετε και οι οπτικοί θα συρρικνωθούν, που όλοι εσείς πηγαίνετε και εμπιστεύεστε τα μάτια σας και την υγεία των ματιών σας και οι υπάλληλοι που δουλεύουν στα καταστήματα αυτά, αναγκαστικά θα μειωθούν. Οπότε, όλοι αυτοί θα βρεθούν στο δρόμο και θα υπάρξει μια αντιπαλότητα και θα μπουν τα μεγάλα ξένα τραστ που θα μπορέσουν και μεγάλες αλυσίδες καταστημάτων.

Ευελπιστούμε ότι θα σκεφθείτε πολύ καλύτερα την πρόταση και θα έρθετε σε μια διαβούλευση μαζί μας για να μπορέσουμε να καθίσουμε να βρούμε μια καλύτερη λύση. Σας ευχαριστώ.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει η κυρία Γώγου.

ΜΑΡΙΑ ΓΩΓΟΥ(Γενική Γραμματέας της Ομοσπονδίας Ιατρών Πλήρους και Αποκλειστικής Απασχόλησης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας): Κύριε Πρόεδρε, πρώτα – πρώτα, να πω ότι δυστυχώς τελευταία στιγμή ήρθαμε και δυστυχώς, δεν έχουμε και καμία επικοινωνία με το Υπουργείο, παρόλο που είμαστε η μοναδική Ομοσπονδία που στηρίζει το δημόσιο σύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Έχουμε μπει στη διαβούλευση, έχουμε δώσει τις σχετικές μας παρατηρήσεις. Θα ξεκινήσω με τις γενικές αρχές του συγκεκριμένου σχεδίου νόμου, αναφέροντας το γεγονός ότι θα ήμασταν απόλυτα θετικοί σε ένα τέτοιο νομοσχέδιο που θα αφορούσε την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η οποία τα τελευταία χρόνια κατακερματίζεται, αντί να διορθώνεται, εάν και εφόσον οι αποκεντρωμένες δομές, τις οποίες θεσπίζει δεν είναι δημόσιες δομές, οι οποίες υπήρχαν, υπάρχουν και παρόλα αυτά όμως, είναι σε πλήρη αποσύνθεση.

Ζητάμε τον εξορθολογισμό και τη στήριξη των υπαρχουσών δομών που υπάρχουν, τόσο στην Περιφέρεια, όσο και στα κέντρα, οι οποίες μπορούν να αποδώσουν τα προσδοκόμενα αποτελέσματα. Κατά τη γνώμη μας, το προτεινόμενο σχέδιο νόμου παρουσιάζει πάρα πολλά κενά. Ξέρετε πολύ καλά ότι τα τωρινά κέντρα υγείας, όπως τα λέτε νυν ΠΕΔΥ, έχουν γιατρούς παθολόγους, γενικούς γιατρούς, αλλά και ένα πολύ μεγάλο ποσοστό ειδικευμένων γιατρών. Ζητάμε την πλήρη εξομοίωση των γιατρών της πλήρους αποκλειστικής με τους νοσοκομειακούς, την ευελιξία κινήσεως ανάμεσα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στη δευτεροβάθμια, αυτή των νοσοκομειακών, άμεση αποκατάσταση και οριστική, επίλυση του εργασιακού των γιατρών του τέως ΙΚΑ, τέως ΕΟΠΥΥ και ενίσχυση με επικουρικούς, αλλά και με μόνιμο προσωπικό.

Τα κενά λοιπόν που παρουσιάζονται στο συγκεκριμένο σχέδιο νόμου, κατά την άποψή μας, είναι στη χρηματοδότηση και τον υπολογισμό κόστους, καθώς εκτός από προσλήψεις προσωπικού, που δεν είναι όλα του υγειονομικού ενδιαφέροντος, είναι ένα νομοσχέδιο το οποίο αφορά κυρίως διοικητικές δομές και λιγότερο δομές που αφορούν την υγεία, κόστος στέγασης και λειτουργικό κόστος.

Κατά τη γνώμη μας, για να καταστεί αποτελεσματική η αποσυμφόρηση της δευτεροβάθμιας και της τριτοβάθμιας περίθαλψης, θα πρέπει ο σχεδιασμός του πρώτου του εισαγωγικού επιπέδου, να είναι τέτοιος που να προβλέπει ένα μεταβατικό στάδιο. Η στέγαση των δομών θα απαιτεί νέους πόρους και δεδομένων των δημοσιονομιών συνθηκών, θα πρέπει να προβλέψει τη σταδιακή στέγαση σε πολλές περιπτώσεις και επίπεδα. Η αναγκαιότητα της τοπικής μονάδας για την καταγραφή των πληθυσμιακών δεδομένων, τη συμπλήρωση του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας και την παρέμβαση πρόσληψης και προαγωγής υγείας, είναι προφανής, αλλά για να αποδώσει τα αναμενόμενα, σαν αναμενόμενη μείωση φόρου του στα επόμενα προνοσοκομειακά και νοσοκομειακά επίπεδα, οφείλει να έχει πανελλαδική κάλυψη, να κερδίσει την εμπιστοσύνη των χρηστών, ώστε να μην καταφεύγουν απευθείας στα επόμενα επίπεδα φροντίδας υγείας.

Να πλαισιώνεται από αποτελεσματικά κέντρα υγείας που θα περιορίσουν τη ροή των περιστατικών, μειώνοντας την ανάγκη εισαγωγής και αντιμετωπίζοντας τα απλά περιστατικά σε προ-νοσοκομειακό επίπεδο. Για το λόγο αυτό και επειδή η χώρα διαφέρει στο δυναμικό του ΕΣΥ πλήρους ειδικευμένων γιατρών, πρέπει συγχρόνως να επιλυθούν τα παρακάτω. Η αύξηση της προσέλευσης για συνταγογράφηση και λοιπές ανάγκες περιπατητικών ασθενών από το εισαγωγικό επίπεδο, δημόσιου-ιδιωτικού χαρακτήρα με την σταδιακή μετατροπή σε gate kipper.

Ο περιορισμός της παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από τα δευτεροβάθμια σωματεία, με ένταξη σταδιακά των κέντρων υγείας και γενικότερα των ΤΕΠΣ με τομές διασύνδεσης που θα έχουν κατεξοχήν το ρόλο του ρυθμιστή της ροής ασθενών, μεταξύ του εισαγωγικού και τελικού επιπέδου φροντίδας.

Αυτό σημαίνει τη σταδιακή διαφοροποίηση του χαρακτήρα των εκάστοτε κέντρων υγείας, ανάλογα δε με τις κατά τόπους ανάγκες και δεδομένης της πληθώρας των δομών, θα είναι δυνατόν να ειδικεύονται ή να συστεγάζονται με κέντρα υγείας, τα κέντρα υγείας μάνας και παιδιού, παιδιών και εφήβων, ψυχικής υγείας, απεξάρτησης, παρακολούθησης χρονίων πασχόντων, οδοντιατρικά ή μαιευτικά κέντρα και κοινωνικές υπηρεσίας, κάνοντας χρήσεις εντός του προσωπικού των ΤΟΜΥ, αλλά και ειδικών γιατρών.

Μόνο μετά από αξιολόγηση των μονάδων και διασύνδεση των επιπέδων φροντίδας υγείας, θα μπορεί να καταστρωθεί ένας οργανωμένος και πλήρης χάρτης υγείας. Οι ειδικευόμενοι γιατροί μπορούν να αποτελέσουν το σύνδεσμο και να προσδώσουν αναβαθμισμένη ποιότητα φροντίδας και ταχύτητας στην βελτίωση της διάρθρωσης των υπηρεσιών. Για τον λόγο αυτό συνιστούμε την παραπέρα αξιοποίησή τους με την πλήρη εξίσωση και την ώσμωση με απλούστερο τρόπο των γιατρών κλάδου ΕΣΥ, της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τους νοσοκομειακούς.

Αποσπάσεις, διαθέσεις και μετατάξεις για κάλυψη οργανικών κενών και κλινικές ΕΣΥ, οικονομικά και άλλα κίνητρα για στελέχωση αγώνων περιοχών και κενών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με ειδικούς γιατρούς. Οι διορισμοί, τέλος, αορίστου χρόνου γιατρών στα κέντρα υγείας να γίνεται με σαφή κριτήρια και συμβούλια κρίσεων, όπως στα νοσοκομεία. Οι επικουρικοί γιατροί να τοποθετούνται όπως επιβάλλουν οι ανάγκες και να αφορούν κυρίως ειδικότητες υποδοχής. Αποκατάσταση των ελάχιστων γιατρών άνευ ειδικότητας που εργάζονται άνω της δεκαετίας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, με ένταξή τους στον κλάδο ΕΣΥ, σαν γιατροί υποδοχής, για παράδειγμα, ιατρού θεραπευτή.

Χρήση καινούριων ειδικοτήτων κατά τα πρότυπα άλλων χωρών με παρόμοιες ειδικές δυσκολίες στις νησιωτικές περιφέρειες ή στις απομονωμένες περιοχές. Έμφαση στην εκπαίδευση των γενικών γιατρών για την συνεχιζόμενη επιμόρφωση τους από ειδικούς γιατρούς. Απαιτείται οργανόγραμμα δομών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Στο άρθρο 3, καταργείται ο όρος ΠΕΔΥ, τελευταία καταργούνται όλοι οι όροι που έχουν χρησιμοποιηθεί στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Τι σημαίνει αυτό για το μέλλον των συναδέλφων; Οι πλήρους και αποκλειστικοί ιατροί εντάσσονται σαν ιατροί των κέντρων υγείας του ΕΣΥ, οι υπόλοιποι μετά τη λήξη των προθεσμιών αίτησης ένταξης πώς θα αντιμετωπιστούν; Θα είναι θέμα της ΥΠΕ ή θα ρυθμιστεί νομικά; Τα ΤΟΜΥ, δεν διασφαλίζεται μακροπρόθεσμα ο δημόσιος χαρακτήρας τους. Όλα τα ιατρεία εφόσον η σύνθεση το επιτρέπει, τείνεται να μετονομάζονται σε ΤΟΜΥ, με απόφαση διοικητού ΥΠΕ ή μετά από εισήγηση του ΚΕΣΥΠΕ.

Ζητάμε ένα πλαίσιο οργάνωσης με προϋποθέσεις στελέχωσης και αυτά θα γίνονται πώς; Με Κοινή Υπουργική Απόφαση; Δεν είναι όλοι οι ασθενείς περιπατητικοί και δεν είναι όλοι δυνατόν να εξυπηρετηθούν από τα κέντρα υγείας, έχετε κάνει κάποια μελέτη σχετικά με το πώς θα εξυπηρετούνται οι χρόνιοι πάσχοντες κατακεκλισμένοι ασθενείς, από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και πως αυτοί θα μετέχουν των δομών;

Ζητάμε την άμεση στελέχωση επιλεγμένου ιατρικού προσωπικού στα κέντρα υγείας ώστε να επιτευχθεί η διεύρυνση του ωραρίου με αποτελεσματική μείωση της ροής των περιστατικών και την αύξηση του ωραρίου των ραντεβού, τουλάχιστον στα 15 - 20 λεπτά. Ενίσχυση των κέντρων υγείας και των νοσοκομείων με θάλαμο βραχείας νοσηλείας.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Αυτά μπορείτε να τα καταθέσετε και σε υπόμνημα.

ΜΑΡΙΑ ΓΩΓΟΥ (Γενική Γραμματέας της Ομοσπονδίας Ιατρών Πλήρους και Αποκλειστικής Απασχόλησης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.)): Τα έχουμε ήδη καταθέσει.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Δεν χρειάζεται να μας τα διαβάσετε όλα.

ΜΑΡΙΑ ΓΩΓΟΥ (Γενική Γραμματέας της Ομοσπονδίας Ιατρών Πλήρους και Αποκλειστικής Απασχόλησης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.)): Είναι πάρα πολύ σοβαρά τα θέματα αυτά και δυστυχώς, δεν μας έχετε καλέσει στο Υπουργείο για να μπορέσουμε να συζητήσουμε. Κανένα νομοσχέδιο, θεωρούμε, που αφορά την υγεία, δεν αφήνει έξω θεσμικούς παράγοντες. Δεν πειράζει, θα σας τα ξανά καταθέσουμε πάλι, σας ευχαριστούμε πάρα πολύ, αλλά ένα νομοσχέδιο που μπαίνει μέσα από συρτάρια, δεν είναι δυνατόν αυτό να γίνει πρακτικό, οποιασδήποτε πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Ευχαριστούμε την κ. Γώγου. Έχει τελειώσει ο κατάλογος των προσκεκλημένων φορέων. Πριν πάω στους Εισηγητές κάτι θέλει ο κ. Πολάκης να πει, έχει το λόγο. Να λάβουμε όλοι μας υπόψη ότι στις 15.00΄ θα πραγματοποιηθεί η άλλη Επιτροπή.

ΠΑΥΛΟΣ ΠΟΛΑΚΗΣ (Αναπληρωτής Υπουργός Υγείας): Κύριε Πρόεδρε, κάνω μια παράκληση. Προφανώς από λάθος, δεν έχει κληθεί σήμερα κάποιο άλλο Σωματείο, ενώ είναι εδώ η Πανελλήνια Ένωση Οπτικών και Οπτομετρών. Η αίσθηση μου είναι ότι η Πανελλήνια Ένωση Οπτικών και Οπτομετρών που είναι εδώ, είναι «έξω» και προφανώς από λάθος, δεν κλήθηκε το άλλο Σωματείο που αντιπροσωπεύει την συντεχνία των οπτικών. Θέλω να πω ότι είναι άλλη Ένωση, είναι άλλος φορέας. Θα έλεγα αν μπορούν να προσκληθούν.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ(Πρόεδρος της Επιτροπής): Είναι 30 οι φορείς, θα πάνε στους 31. Δεν ξέρω ποιοι είναι για να τους εκφωνήσω. Θα τους ειδοποιήσουμε να μιλήσουν. Το λόγο έχει ο Σάκης Παπαδόπουλος. Έχετε πέντε λεπτά για ερωτήσεις και τοποθετήσεις αυστηρά.

ΣΑΚΗΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ( Εισηγητής του ΣΥ.ΡΙΖ.Α.): Νομίζω ότι η ακρόαση φορέων είναι πολύτιμη στη διαδικασία της τελικής μας κατάληξης, η οποία θα γίνει τις ημέρες που στην Ολομέλεια της Βουλής, Τετάρτη και Πέμπτη, θα καταλήξουμε για την τελική μορφή ενός πάρα πολύ σημαντικού σχεδίου νόμου, με μεγάλες τομές και στο πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας και σε αρκετά άλλα ζητήματα. Πρόσεξα για τα τμήματα επειγόντων περιστατικών, στα οποία δίνουμε τη δυνατότητα τώρα να στελεχωθούν με 465 νέες θέσεις γιατρών, ώστε να αποτελέσουν μια βάση, ώστε το επείγον περιστατικό, το οποίο θα έρχεται και από τον οικογενειακό γιατρό της Το.Μ.Υ. και από παραπομπή των κέντρων υγείας αλλά και αυτόβουλα για τον Έλληνα πολίτη, ο οποίος αισθάνεται την ανάγκη, ότι για κάποιο περιστατικό της υγείας του που χρειάζεται επείγουσα αντιμετώπιση, ότι δεν υπάρχει κανένα gatekeeping που να τον σταματά. Αγαπητέ Πρόεδρε του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, αγαπητοί άλλοι φίλοι, δεν υπάρχει κανένα σύστημα που να σταματούσε το επείγον περιστατικό. Σας μιλάει ένας γιατρός 35 χρόνων, διευθυντής παθολογικής κλινικής, που έκανε στα επείγοντα ιατρεία, δεν σταματούσε κανένας το επείγον περιστατικό, το οποίο έρχονταν στα επείγοντα ιατρεία για να αντιμετωπιστεί ως επείγον.

Μετά από όλη την διαχρονική προσπάθεια, την οποία είδαμε μετά την ψήφιση του ιδρυτικού νόμου για το ΕΣΥ και μιλάμε για το διάλογο για το ν. 1397/1983 για την εισηγητική έκθεση για το τι πρέπει να οργανωθεί στο Πρωτοβάθμιο Σύστημα Υγείας και ομιλίες εμβληματικές στη Βουλή και από τον Παρασκευά τον Αυγερινό και από τον Γιώργο τον Γεννηματά, προσπάθειες διαχρονικές, διάλογος χρόνων. Το τελευταίο σχέδιο νόμου που έγινε νόμος του κράτους, ήταν από τον αείμνηστο Στεφανή το οποίο δεν εφαρμόστηκε ποτέ. Το ζήτημα, λοιπόν, που προκύπτει είναι ότι τώρα που έρχεται ένα σχέδιο νόμου, έτοιμο να εφαρμοστεί, βλέπω με περιέργεια τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, τον Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών και άλλους αξιότιμους φορείς να λένε πάρτε το πίσω.

ΙΑΣΩΝ ΦΩΤΗΛΑΣ (Εισηγητής της Ν.Δ.): Που τον βλέπετε τον Ιατρικό Σύλλογο;

ΣΑΚΗΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ (Εισηγητής του ΣΥ.ΡΙΖ.Α.): Στα κείμενά του, αγαπητέ μου. Έχω και τα κείμενα του. Ερωτήσεις θα τους κάνω.

Τί εννοείτε απόσυρση ενός σχεδίου νόμου, το οποίο ετοιμάζεται ήδη να προκηρύξει 1.300 θέσεις γιατρών και άλλες 1.700 επαγγελμάτων υγείας, το οποίο χρηματοδοτείται για δύο χρόνια, με επιπλέον χρηματοδότηση από το Ευρωπαϊκό Κοινοτικό Ταμείο; Ένα ζήτημα χρηματοδότησης, το οποίο κύριε Αγοραστέ, που θέτετε και εσείς, πώς θα χρηματοδοτηθεί από το ΕΣΠΑ κ.λπ., σε όλη την προηγούμενη περίοδο, αν δεν αμφισβητήσουμε την πολιτική βούληση, τουλάχιστον να έμπαινε το ζήτημα χρηματοδότησης. Ο κ. Κρεμαστινός δεν προώθησε ποτέ παρά του ό,τι έφερε επτά σοφούς εδώ, γιατί δεν έβρισκε την χρηματοδότηση, που είχε προτείνει στην τότε κυβέρνηση Παπανδρέου και όλες οι επόμενες προσπάθειες στα ζητήματα της χρηματοδότησης «κολλούσαν».

Τώρα έχουμε έτοιμη μια χρηματοδότηση, η οποία προβλέπει και για το άμεσο σχέδιο, το οποίο θα καλύψει τα 2.300.000 πολιτών σε αυτές τις περιοχές που προβλέπουμε και το οποίο έχει και μεσοπρόθεσμο πρόγραμμα και μακροπρόθεσμο μέχρι το 2027, χρηματοδοτούμενο και από τον Κρατικό Προϋπολογισμό και από δαπάνες του ΕΣΠΑ. Ερωτώ, λοιπόν, όλους που θέτουν το ζήτημα «κάτι διαφορετικό ήθελα στο πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας». Τί θέλατε; Την ελεύθερη επιλογή των 200 επισκέψεων στους ιδιώτες συμβεβλημένους γιατρούς, ώστε να αποτελεί την βάση για την αντιμετώπιση των καθηκόντων, που έχουμε στο πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας; Αυτό ήταν ο οικογενειακός γιατρός; Αυτά οραματιζόμασταν οι γιατροί, που εδώ και πάρα πολλά χρόνια, θέλαμε να οργανωθεί ένα πλήρες, καλά οργανωμένο από το πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας μέχρι το θεραπευτικό του σκέλος, μέχρι την αποκατάσταση και να έχει και την ομάδα υγείας;

Μπήκε ποτέ σε όλες τις προηγούμενες προσπάθειες η ομάδα υγείας από κοινωνικούς λειτουργούς, από επισκέπτες υγείας, από τους νοσηλευτές, που με αιφνιδιασμό ακούω εδώ ότι δεν προβλέπεται ο ρόλος τους; Πώς δεν προβλέπεται ο ρόλος τους; Δεν έχω το χρόνο να απαντήσω, αλλά αγαπητέ Πρόεδρε και κυρίες και κύριοι, σε λίγο διάστημα η Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων, θα συζητήσει και τις εισηγήσεις μας στην κατ’ άρθρον συζήτηση, αυτού του σημαντικού τρόπου, με τον οποίο παρεμβαίνει τώρα η Κυβέρνηση για να οργανώσει στο σύνολο το σύστημα υγείας με τα κενά που είχε. Τώρα λέτε, λοιπόν, για απόσυρση μετά από όλη αυτή την μακρόχρονη προσπάθεια που την επόμενη εβδομάδα παίρνει υλοποίηση;

ΜΙΧΑΗΛ ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ (Πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου): Ακούσατε από εμένα;

ΣΑΚΗΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ (Εισηγητής του ΣΥ.ΡΙΖ.Α.): Σας άκουσα με ιδιαίτερη περιέργεια να λέτε όμως, ότι πρέπει να αποσυρθεί.

ΜΙΧΑΗΛ ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ (Πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου): Είπα εγώ;

ΣΑΚΗΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ (Εισηγητής του ΣΥΡΙΖΑ): Ναι.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Πρόεδρέ μας, διότι είσαι Πρόεδρός μας, γιατροί είμαστε, θα έχετε το χρόνο να απαντήσετε μετά.

ΣΑΚΗΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ (Εισηγητής του ΣΥΡΙΖΑ): Γιατί, λέει, αδικεί πάγιες θέσεις του ιατρικού κόσμου. Ποιες πάγιες θέσεις; Τον μύθο περί ελεύθερης επιλογής γιατρού και θεραπευτηρίου, τον οποίο τον ζήσαμε τόσα χρόνια; Αυτό τον μύθο; Υπήρξε ποτέ ελεύθερη επιλογή γιατρού και θεραπευτηρίου από όλες τις διαχρονικές κυβερνήσεις που πέρασαν; Ποια ελεύθερη επιλογή; Το να πάει κάποιος σε μια ιδιωτική κλινική. Άκουσα με πολύ μεγάλη προσοχή, τον κ. Σαραφιανό, όμως στο να ξέρει και τι τιμές θα αντιμετωπίσει ο μη ασφαλισμένος. Τι μπιλιετάκια θα του έρθουν σε κάποια ειδικά θεραπευτήρια, στα οποία πηγαίνουν για 2 με 3 μέρες και τους έρχεται με αιφνιδιασμό ένα μπιλιετάκι πανάκριβο.

Να ακούσουμε κανόνες με τους οποίους ο ιδιωτικός τομέας με το δημόσιο τομέα, θα συνεργαστούν, διότι αυτά που λέγονται ότι αποκλείονται οι ιδιώτες γιατροί, τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, οι ιδιωτικές κλινικές, είναι μύθος. Ίσα ίσα, επειδή δεν κατορθώνουμε να εξασφαλίζουμε την χρηματοδότηση από την πρώτη περίοδο εφαρμογής, να έχουμε παντού οργανωμένα δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε όλη την Ελλάδα, η συνεργασία του ιδιωτικού τομέα υγείας είναι για εμάς αναγκαία. Πώς, λοιπόν, μιλάμε με τέτοιους μύθους;

Σας ευχαριστώ.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Η διαδικασία τώρα είναι η εξής: θα τελειώσουν οι εκπρόσωποι των κομμάτων τις ερωτήσεις τις οποίες θέλουν να θέσουν και οι εκπρόσωποι των φορέων θα σημειώσουν και θα απαντήσουν συνολικά.

Το λόγο έχει ο κ. Μπαργιώτας.

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΜΠΑΡΓΙΩΤΑΣ (Ειδικός Αγορητής της Δημοκρατικής Συμπαράταξης (ΠΑ.ΣΟ.Κ.-ΔΗΜ.ΑΡ.)): Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε. Να ευχαριστήσω και τον κ. Φωτήλα, ο οποίος μου παραχώρησε τη σειρά ευγενώς.

Νομίζω ότι προέκυψαν σοβαρά συμπεράσματα και πολλά ερωτηματικά, κυρίως ερωτηματικά, θα έλεγα. Ως γενική παρατήρηση θα έλεγα ότι, οι επαγγελματικοί κλάδοι και οι εκπρόσωποι των φορέων, έχουν παρόμοιες ανησυχίες με τα λεγόμενά της αντιπολίτευσης σχετικά με το πόσο βιώσιμο και πόσο εφαρμόσιμο είναι το όλο σύστημα που πάει να αναπτυχθεί.

Δεν θα μπω σε αντιπαράθεση με κανέναν, με πολλούς διαφωνώ, με κάποιους συμφωνώ, νομίζω ότι πήρα το λόγο κυρίως για να επισημάνω ένα πράγμα. Οι παρατηρήσεις φυσικά κι έχουν κρατηθεί και από αυτές θα προκύψει η συζήτηση στη κατ’ άρθρον, θα προκύψουν ερωτήματα, έχουν προκύψει και θα τεθούν, όπως έχει να κάνει με την λειτουργία των Μονάδων Ημερήσιας Νοσηλείας, για παράδειγμα ή με τον ρόλο των μαιών στο Πρωτοβάθμιο Σύστημα Υγείας, για να σταχυολογήσω που έχω πρόχειρα. Αλλά, αυτά θα γίνουν στη συνέχεια, στην επόμενη συνεδρίαση.

Θεωρώ, όμως, κάτι που έθιξε ο κ. Αγοραστός, ως εκπρόσωπος της Δευτεροβάθμιας Τοπικής Αυτοδιοίκησης πολύ σημαντικό. Είναι το θέμα της αυτοδιοίκησης και του ρόλου της στην Πρωτοβάθμια. Κακώς, και αυτό είναι παράληψη όλων μας και του ομιλούντος, ότι δεν υπάρχει σήμερα εκπρόσωπος των Δήμων εδώ. Δέχτηκα κάποια τηλεφωνήματα ανθρώπων που έχουν αναπτύξει υπηρεσίες υγείας και προσπαθούν στους δήμους τους, ως παραπονούμενοι και νομίζω, ότι ήταν παράλειψή μας το ότι δεν ήρθαν εδώ να μας πουν.

Θα απευθυνθώ αναγκαστικά στον κ. Αγοραστό, που είναι στο δεύτερο βαθμό, αλλά είναι ο μόνος διαθέσιμος και ήθελα να θέσω το ερώτημα: Υπάρχουν δίκτυα Ιατρείων Δημοτικών, που αναπτύσσονται με διάφορους τρόπους και με διαφορετικές ταχύτητες, από το λίγο που ξέρω, ακόμα και με διαφορετικούς σκοπούς ενδεχομένως, παρόλα αυτά, το ερώτημα είναι σημαντικό.

Θα ήθελα να καταθέσει την άποψή του ο κ. Αγοραστός, στο κατά πόσο φρονεί ότι η Αυτοδιοίκηση σήμερα, θα μπορούσε να παρέχει, εκτός από πόρους και υποστήριξη στις ΤΟΜΗ ή στις Κρατικές Δομές Υγείας, που φιλοδοξεί να αναπτύξει το Υπουργείο, κατά πόσο θα μπορούσε να είναι η ίδια πάροχος ή να αναλάβει τη λειτουργία και την φροντίδα Μονάδων και Κέντρων Υγείας που βρίσκονται κυρίως στην επαρχία.

Ο ρόλος της αυτοδιοίκησης στην Πρωτοβάθμια και στην ανάπτυξή της, είναι ένα μεγάλο θέμα, η θέση του κόμματός μας, της παράταξης, ήταν πάντα υπέρ της σταδιακής αποκέντρωσης, ακόμη και της Δευτεροβάθμιας Υγείας, αν ήταν δυνατόν. Υπάρχουν τέτοιες εκφρασμένες θέσεις από καιρό, που μέσα στη διάρκεια της κρίσης υποχώρησαν λόγω της υποχρηματοδότησης και της έλλειψης πόρων. Όμως, οι Δήμοι κάνουν δουλειά και θα ήθελα να ακούσω απόψεις για το πώς αυτή θα μπορούσε να ενσωματωθεί στην Πρωτοβάθμια Υγεία.

Σας ευχαριστώ.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Ευχαριστούμε τον κ. Μπαργιώτα.

Εχθές το απόγευμα, δέχθηκα τηλεφώνημα από τον Γραμματέα του κυρίου Πατούλη και είπε, ότι ως ΚΕΔΕ, δεν μας έχετε καλέσει. Λέω, ότι «αν έχει γίνει αυτή η παράλειψη, θα είσαστε στον κατάλογο των ομιλητών και έρθετε αύριο το πρωί στις 10 παρά δέκα εδώ». Είναι στον κατάλογο, δεν ήλθε όμως, έχει κάποια δουλειά. Δεν θα κάνω σχόλια πάνω σ' αυτό, αλλά ήταν καλεσμένος, επειδή, έχουμε άποψη οι παλιοί εδώ, τι ρόλο μπορεί και πρέπει να παίξει η Τοπική Αυτοδιοίκηση.

Το λόγο έχει ο κ. Κατσαβός.

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΚΑΤΣΑΒΟΣ (Πρόεδρος της Πανελλήνιας Ένωσης Οπτικών- Οπτομετρών): Καλησπέρα σας.

Αγαπητέ κύριε Πρόεδρε, αγαπητοί κύριοι Βουλευτές.

Καταρχάς, να σας συστηθούμε η Πανελλήνια Ένωση Οπτικών, είναι ένα Σωματείο από το 1924, εκπροσωπεί την πλειοψηφία των Οπτικών- Οπτομετρών. Φανταστείτε 1500 μέλη επί συνόλου 2500 Οπτικών- Οπτομετρών και καλύπτουμε, φυσικά, όλη την ελληνική επικράτεια. Μάλιστα, είμαστε μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης Οπτικών- Οπτομετρών.

Με το σχέδιο νόμου, το οποίο κατατέθηκε, εκπληρώνεται μια πολύ παλαιά και συγκεκριμένα από το 1983 διεκδίκηση του σωματείου μας για τη δημιουργία νομικού προσώπου. Γιατί πιστεύαμε και πιστεύουμε σε αυτήν, σαν το μοναδικό δρόμο αναβάθμισης του επαγγέλματός μας. Ένα νομικό πρόσωπο κατ’ αρχάς, ενώνει τις δυνάμεις μας. Αυτή τη στιγμή, έχουμε πολλά σωματεία τα οποία, φυσικά, ξέρετε ότι νομικά δεν έχουν και πολλά δικαιώματα. Ελέγχει αποτελεσματικά τη νομιμότητα των καταστημάτων τηρώντας μητρώο, ένα νομικό πρόσωπο που θα γίνει. Αυτή τη στιγμή που σας μιλάμε, τουλάχιστον 500 καταστήματα είναι παράνομα και σε σύνολο περίπου 3000 νοικιασμένες άδειες χωρίς υπεύθυνο οπτικό. Είναι σα να υπάρχει φαρμακείο, χωρίς υπεύθυνο φαρμακοποιό.

 Επίσης, ένα νομικό πρόσωπο θα εξοικονομήσει και χρήματα για το ελληνικό κράτος γιατί αναλαμβάνει δαπάνες, όπως η έκδοση αδειών λειτουργίας, τήρηση του μητρώου και όλα αυτά και αυξάνει την επιρροή του συλλογικού μας οργάνου ως κοινωνικού εταίρου, ενώπιον των κρατικών φορέων που επιδρούν στους κανόνες λειτουργίας του κλάδου μας. Βάζει με άλλα λόγια τους κανόνες του παιχνιδιού προστατεύοντας τη δημόσια υγεία που είναι και το ζητούμενο. Σε όλα τα κράτη της Ε.Ε. αυτή τη στιγμή, οι φορείς του αντίστοιχου επαγγέλματος έχουν νομική σχέση με το νομικό πρόσωπο που πάμε να κάνουμε και εμείς, όπως ας πούμε το Association of Dispersive Opticians, Association of Optometrics, στο Ηνωμένο Βασίλειο.,

 Τέλος, το νομικό πρόσωπο μέσω της επιστημονικής επιτροπής η οποία θα πρέπει να υπάρχει μέσα στο νόμο, έχουμε καταθέσει σχετικό υπόμνημα για τη δημιουργία ενός οργάνου μέσα στο νομικό πρόσωπο το οποίο θα παίξει ένα ρόλο γνωμοδοτικό, όπως η επιστημονική επιτροπή σε συνεργασία με τα εκπαιδευτικά ιδρύματα, τα ΤΕΙ Οπτικής, Οπτομετρίας, θα δημιουργήσει τις κατάλληλες προϋποθέσεις για τη βελτίωση του επιστημονικού επιπέδου του Έλληνα οπτικού – οπτομέτρη, αλλά και θα βοηθήσει και την πολιτεία στην έκδοση των επαγγελματικών δικαιωμάτων της οπτομετρίας η οποία εκκρεμεί. Εκκρεμεί σε δύο νόμους.

 Για όλους αυτούς τους παραπάνω λόγους με την ψήφιση του νόμου για την ίδρυση του νομικού προσώπου απ΄όλα τα κόμματα, λαμβάνοντας υπόψη και το υπόμνημα το οποίο έχουμε καταθέσει, γιατί μόνο με αυτό τον τρόπο θα θωρακιστεί ένα επάγγελμα υγείας που την υπηρετεί. Ευχαριστώ πολύ.

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

ΙΑΣΟΝΑΣ ΦΩΤΗΛΑΣ (Εισηγητής της Νέας Δημοκρατίας): Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε. Θέλω να ευχαριστήσω για την παρουσία σας όλους του φορείς σήμερα εδώ στην Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων. Πιστεύω ότι οι παρεμβάσεις που κάνατε, αλλά και οι διευκρινίσεις που θα δώσετε στη συνέχεια στις ερωτήσεις μας, συνεισφέρουν τα μέγιστα ώστε να καταλάβουμε σημεία του παρόντος σχεδίου νόμου που χρήζουν περαιτέρω εξηγήσεων, για ένα τόσο σοβαρό ζήτημα για τους πολίτες, όπως αυτό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

 Να πω μόνο ότι εμείς, ως Νέα Δημοκρατία, υποστηρίζουμε τη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με ελεύθερη επιλογή οικογενειακού γιατρού και αξιοποίηση του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα προς όφελος του πολίτη ασθενή. Όχι όπως κάνει η κυβέρνηση με μίζερες κατά τη γνώμη μας κρατικές δομές. Επιπλέον, θα ήθελα και εδώ να τονίσω, ότι το νομοσχέδιο που αναρτήθηκε σε δημόσια διαβούλευση μεταξύ Μαρτίου και Απριλίου του 2017, αφορούσε μόνο τα πρώτα 26 άρθρα. Έκπληκτοι λίγες μέρες πριν την ολοκλήρωση των εργασιών της Βουλής, δηλαδή πριν κλείσουμε, βλέπουμε ότι ήρθαν προς συζήτηση στην Επιτροπή άλλα 68 άρθρα, σχεδόν άλλα τρία νομοσχέδια αν το ένα είναι τα 26, που καταλαβαίνετε ότι δεν επαρκούν οι λίγες μέρες συζήτησης. Το επισημαίνω γιατί πέραν των άλλων, θέλω να επιδείξω την έλλειψη του απαιτούμενου σεβασμού και προς εσάς τους φορείς, αλλά και προς το Κοινοβούλιο που κατ’ αυτό τον τρόπο τέλος πάντων, υποβαθμίζεται θεωρούμε η λειτουργία του.

 Έρχομαι πιο συγκεκριμένα στις ερωτήσεις. Κατ’ αρχάς, θέλω να θέσω κάποιες ερωτήσεις οι οποίες είναι γενικότερες και θα ήθελα να ακούσω τη γνώμη όσο το δυνατόν περισσότερων φορέων. Επειδή, όμως δεν θα λάβουν το λόγο όλοι, αλλά μόνο εκείνοι που θα ερωτηθούν, θα αναφέρω ενδεικτικά κάποια ονόματα, ώστε να έχουν τη δυνατότητα να απαντήσουν. Θα ήθελα λοιπόν μια απάντηση από τον κ. Αγοραστό, τον κ. Βλασταράκο, τον κ. Κατσίκη, την κυρία Μαστοράκου, από τον εκπρόσωπο των Διαγνωστικών, από τον κ. Σαραφιανό, από τον κ. Μερκούρη και από τον κ. Μαργιόλη.

Η ερώτηση είναι η εξής. Πρώτον, η Κυβέρνηση, κατά τη γνώμη μας για λόγους ιδεοληψίας προφανώς, συγχέει τη δημόσια με την κρατική υγεία. Εμείς λέμε ότι, δημόσια υγεία είναι η υγεία που παρέχεται σε όλους τους Έλληνες πολίτες, για την οποία επιβαρύνεται το κράτος, αλλά δεν μας ενδιαφέρει ποιος θα την παρέχει. Αυτό που ένα σωστό και σύγχρονο κράτος πρέπει να κάνει είναι να δει, ποιος θα παρέχει τις καλύτερες υπηρεσίες, στην καλύτερη τιμή και να μην ενδιαφέρεται, εάν θα είναι ιδιώτης ή κράτος, αυτός που θα την παρέχει. Ακόμη και αν την παρέχει ιδιώτης είναι δημόσια υγεία. Θα ήθελα τη γνώμη σας, γι' αυτό.

Δεύτερον, το νομοσχέδιο αυτό βοηθάει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, αυτό που είναι το βασικό ζητούμενο, η αποσυμφόρηση, δηλαδή, των νοσοκομείων; Όλοι μας λέμε, ότι επτά στους δέκα ανθρώπους, που περνούν το κατώφλι ενός νοσοκομείου, δεν θα έπρεπε να το περνούν. Θα έπρεπε να έχουν βρει τη λύση του προβλήματός τους, και θα μπορούσαν να έχουν βρει τη λύση του προβλήματός τους, έξω από το νοσοκομείο. Εδώ, όμως, προβλέπεται, ότι μετά το κέντρο υγείας, ο ασθενής θα πηγαίνει στα νοσοκομεία, είτε για να τον δουν οι ειδικευμένοι γιατροί είτε για να κάνει εξετάσεις και τελευταία επιλογή, εφόσον δεν και δεν, μπαίνουν οι ιδιώτες. Κατά πόσο, λοιπόν, αυτό είναι σωστό;

Ένα άλλο ερώτημα. Κατά πόσον αυτό το νομοσχέδιο βοηθάει στην ελεύθερη επιλογή γιατρού του ασθενή; Κατά πόσο ο ασθενής έχει το δικαίωμα να διαλέξει τελικά το γιατρό του;

Υπάρχει ανάγκη περαιτέρω κρατικών δομών ή θα έπρεπε να βρούμε τρόπο να λειτουργήσουν καλύτερα αυτά που έχουμε, οι υπάρχουσες δομές, να εκμεταλλευτούμε τις ήδη υπάρχουσες δομές υψηλότατου επιπέδου, όπως αυτές των ειδικών γιατρών των ιδιωτικών κλινικών και των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, βοηθώντας έτσι στην πραγματική οικονομία του τόπου;

Επίσης, τι μέλλον θα έχει ένας γιατρός, ο οποίος δεν θα καταφέρει να συμβληθεί, γιατί το κράτος δεν θα του δώσει αυτή τη δυνατότητα; Μήπως τελικά αυτό το νομοσχέδιο, στην ουσία βοηθάει το brain drain, αντί να πολεμάει το brain drain;

Ειδικότερα, προς τους νοσοκομειακούς ιατρούς. Τελικά, αυτό το οποίο προσπαθεί η Κυβέρνηση είναι πραγματικά μια πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ή τελικά είναι μπαλώματα για να βολέψουμε τις εφημερίες των νοσοκομείων;

Προς τους νοσηλευτές. Τι λέτε για αυτή την εξομοίωση, την οποία πραγματικά βλέπουμε; Δηλαδή, εάν δούμε το άρθρο 2 σε συνδυασμό με το άρθρο 5, θα δούμε ότι μπορεί να συσταθεί μια ΤΟΜΥ, η οποία θα έχει επισκέπτη υγείας, παιδίατρο και διοικητικό υπάλληλο. Κατά τη γνώμη σας, μπορεί να λειτουργήσει μια ΤΟΜΥ, που δεν θα έχει γιατρό για ενήλικες; Δηλαδή, θα έχουμε μια ΤΟΜΥ, η οποία θα εξετάζει μόνο ανήλικους ή οι παιδίατροι θα εξετάζουν και ενήλικες; Δεν θα λειτουργεί με νοσηλευτή; Δηλαδή, πώς θα λειτουργήσει αυτή η ΤΟΜΥ;

Προς τους εκπροσώπους των διαγνωστικών κέντρων. Είπατε ότι η διάταξη στο νομοσχέδιο περί ΜΗΝ είναι ρουσφετολογική και προσπαθεί να προλάβει κάποια δικαστική απόφαση. Θα ήθελα να καταλάβω περισσότερο τι εννοείτε.

Προς την Ελληνική Εταιρία Γενικής Ιατρικής. Θα ήθελα να μας διευκρινίσετε, πέραν των πρώτων ερωτήσεων που σας αφορούν, γιατί θεωρείτε ότι μέσω του ΕΣΠΑ θα ήταν πιο αποτελεσματική η δημιουργία group practices, από τους οικογενειακούς γιατρούς και όχι η δημιουργία των ΤΟΜΥ; Γι' αυτό το θέμα, θα ήθελα και για τη γνώμη της Ελληνικής Ένωσης.

Προς την κυρία Μαστοράκου. Θα ήθελα να ρωτήσω, με ποιο τρόπο πιστεύει, ότι η Κυβέρνηση με το παρόν νομοσχέδιο και ειδικά τις ΤΟΜΥ, προβάλλει εμπόδια πρόσβασης των ασφαλισμένων σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με καταστρατήγηση της ελεύθερης επιλογής; Διεκδικείτε, επίσης, όπως διάβασα και στα δικά σας σχόλια, στη διαβούλευση κυρίως, αξιοπρεπή αμοιβή, κατά πράξη και περίπτωση του ιατρικού έργου. Δηλαδή, κυρία Μαστοράκου, με το παρόν νομοσχέδιο, δεν συμβαίνει αυτό; Εάν ναι, για ποιους λόγους;

Προς την Ένωση Περιφερειών Ελλάδος, τον κ. Αγοραστό. Δηλώσατε, ότι παρά την αισιοδοξία της Κυβέρνησης για έναρξη του προγράμματος της υλοποίησης της ΠΦΥ μέσα στο 2017, αυτό δεν πρόκειται να συμβεί, παρά στα μέσα του 2018. Που εδράζετε αυτή την πεποίθηση;

Προς τον κύριο Σκουτέλη. Αναφερθήκατε στην υποβάθμιση του ρόλου του νοσηλευτή στο παρόν νομοσχέδιο και ειδικά στην ομάδα υγείας που συγκροτείται, σε αντίθεση με τις καλές πρακτικές σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Θα θέλαμε να μας εξηγήσετε λίγο τι συμβαίνει σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

Προς τον κύριο Σεραφιανό. Θα ήθελα να ρωτήσω κατά πόσον η καθιέρωσή του οικογενειακού γιατρού μέσω ΤΟΜΥ, θα επηρεάσει την ελεύθερη πρόσβαση επιλογής ιδιώτη γιατρού ή και ιδιωτικής κλινικής, αν προτείνετε εναλλακτικό μοντέλο και γιατί αυτό θα είναι περισσότερο ωφέλιμο για τους πολίτες;

Τέλος, προς τον εκπρόσωπο της ΕΣΑΜΕΑ, στη Ν.Δ. κατανοούμε πραγματικά το ζήτημα ζωής και θανάτου που περιγράψατε για τους χρονίως πάσχοντες. Βρισκόμαστε, ήδη, σε επικοινωνία με συλλόγους, ομοσπονδίες, οργανώσεις και έχουμε επισκεφθεί δομές χρονίως πασχόντων και παρηγορητικής φροντίδας. Θα θέλαμε, όμως, να ακουστεί δημόσια και δυνατά η φωνή σας και να μας αναλύσετε πώς θα έπρεπε ως Πολιτεία να φροντίζουμε τους χρονίως πάσχοντες, κάτι που δεν φαίνεται, όπως και εσείς είπατε, να επιτυγχάνεται με το παρόν νομοσχέδιο, στο οποίο δεν γίνεται πουθενά σαφής αναφορά σε δομή πρωτοβάθμιας φροντίδας είδες υγείας χρόνιων νόσων, καθώς και σε ποιοτικές υπηρεσίες από εξειδικευμένο προσωπικό. Και πάλι σας ευχαριστώ για την παρουσία σας εδώ για την πολύτιμη βοήθειά σας.

Τέλος, θα ήθελα να ρωτήσω τον Πρόεδρο του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου, γιατί πραγματικά και εγώ έχω ένα ερώτημα. Αυτά που είπε ο κύριος Παπαδόπουλος νομίζω ότι σας εκφράζουν, γιατί έχω διαβάσει τις ανακοινώσεις του Πανελλήνιου Συλλόγου και είναι αυτά που είπε ο κύριος Παπαδόπουλος – δεν είναι κάτι άλλο – ότι θα πρέπει να αποσυρθεί το νομοσχέδιο.

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

ΙΩΑΝΝΗΣ ΑΪΒΑΤΙΔΗΣ (Ειδικός Αγορητής του Λαϊκού Συνδέσμου - Χρυσή Αυγή): Κύριε Πρόεδρε, θέλω να πω κάτι επί της διαδικασίας αρχικά. Έχουμε δύο αντιδιαμετρικές απόψεις από δύο συλλόγους των οπτικών και οπτομετρών. Προκειμένου και εμείς να οδηγηθούμε σε μια σοβαρή απόφανση, θα πρέπει να γνωρίζουμε ποιος εκπροσωπεί ποιον. Δηλαδή, αν κατάλαβα καλά, η μία ένωση είναι η Πανελλήνια Ένωση Οπτικών και Οπτομετρών. Ποια είναι η επωνυμία της άλλης και πόσα μέλη έχει η καθεμία από τις ενώσεις; Διότι είναι, πράγματι, παράδοξο, εκτός αν εξυπηρετούνται διαφορετικά συμφέροντα. Με τη δική σας αρωγή, κύριε Πρόεδρε και παρέμβαση, να το ακούσουμε αυτό. Το λέω αυτό, χωρίς να θέλω να κατηγορήσω τους κυρίους Υπουργούς, διότι για θέματα ιατροδικαστικής επιστήμης – έχω υπηρετήσει ιατροδικαστής στο Υπουργείο Δικαιοσύνης 16 χρόνια – εμπιστεύτηκαν οι κύριοι Υπουργοί ένα άτομο παντελώς αναρμόδιο για τα θέματα ιατροδικαστικής, ο οποίος εμφανιζόταν ως Πρόεδρος της Πανελλήνιας Ένωσης Ιατροδικαστικής και, τελικώς, τον εμπιστεύτηκαν κακώς και θα το καταλάβουν στην πορεία αυτό.

Ως Χρυσή Αυγή, ευθύς εξαρχής δηλώσαμε ότι καταψηφίζουμε επί της αρχής το συγκριμένο σχέδιο νόμου, το οποίο, μάλιστα, χαρακτηρίσαμε ως μια κενόδοξη νομοθετική πρωτοβουλία. Σε κάθε περίπτωση, φρονούμε ότι ένα σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι εξ ορισμού ιατροκεντρικό. Δηλαδή, δεν αντιλαμβάνομαι κάποια εναλλακτική σε αυτό το ζήτημα. Εμείς επιμείναμε να κληθεί ο κύριος Πατούλης, αλλά, δυστυχώς, δεν προσήλθε για να υποστηρίξει την άποψή του, όμως ο κύριος Πρόεδρος του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου – και αυτό είναι το πρώτο ερώτημα – θα ήθελα να πάρει ρητή θέση αν, εκπροσωπώντας περίπου 60.000 γιατρούς της χώρας μας, ζητά ρητώς ή όχι την απόσυρση του νομοσχεδίου στο σύνολό του.

Το δεύτερο ερώτημα αφορά τον εκπρόσωπο του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου, σχετικά με το αν δεχθούμε ότι, πράγματι, ο επιστήμων φαρμακοποιός είναι δυνατόν να συμμετάσχει ενεργά στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας με ένα δημόσιο χαρακτήρα.

Αυτό προϋποθέτει ανά πάσα ώρα και στιγμή, την παρουσία του επιστήμονα φαρμακοποιού στο φαρμακείο. Δεν μπορώ να διανοηθώ ότι ο βοηθός του φαρμακείου, ο οποίος έχει συγκεκριμένο γνωστικό αντικείμενο θα είναι αυτός ο οποίος θα συμμετάσχει στην πρόληψη και προαγωγή υγείας του Έλληνα πολίτη με κάποιο δημόσιο χαρακτήρα. Άρα, λοιπόν, γνωρίζει να μας πει στατιστικά τουλάχιστον, οι φαρμακοποιοί βρίσκονται στο φαρμακείο τους ανά πάσα ώρα και στιγμή ναι ή όχι ή υποκαθίστανται από τους βοηθούς σε μεγάλα χρονικά διαστήματα εντός του ωραρίου λειτουργίας;

Το τρίτο ερώτημα αφορά τον εκπρόσωπο των Ιδιωτικών Διαγνωστικών Κέντρων. Το έθεσε το θέμα και ο κύριος Φωτήλας. Αν αντιλήφθηκα καλά υπήρξε ένα υπονοούμενο για παρέμβαση στη δικαιοσύνη, μια εκκρεμής δικαστική διαμάχη. Θα ήθελα να αποσαφηνιστεί αυτό, διότι έχει κατηγορηθεί η κυβέρνηση-θεωρώ δικαίως-με κάποιες δηλώσεις ότι παρεμβαίνει με ένα τρόπο στην δικαιοσύνη. Μήπως δηλαδή, αυτή η νομοθέτηση των συγκεκριμένων άρθρων που αφορά τις Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας, προσπαθεί εμμέσως πλην σαφώς να παρέμβει σε αυτή τη δικαστική διαμάχη και να επηρεάσει την απόφαση; Αυτό πρέπει οπωσδήποτε να αποσαφηνιστεί.

Θα επανέλθω στο θέμα των οπτικών και οπτομετρών διότι, από τη στιγμή που από το άρθρο 76 έως το άρθρο 94 αφορούν τον συγκεκριμένο κλάδο, θα επιφυλαχθώ να πάρω θέση. Ερωτώ ευθέως τους δύο φορείς που επαναλαμβάνω έχουν αντιδιαμετρικές απόψεις, η πρώτη που ακούστηκε ρητά καταδίκαζε τη μεθοδολογία που ακολούθησε το Υπουργείο, παραγκωνίζοντας και αγνοώντας τη θέση τους και ήταν υπέρ της απόσυρσης των συγκεκριμένων άρθρων 76-94. Μας κάνει ιδιαίτερη εντύπωση ότι κάποιες σελίδες αφορούν στο πειθαρχικό του συγκεκριμένου κλάδου. Η δε δεύτερη άποψη που ακούστηκε είναι υπέρ της υπερψήφισης των συγκεκριμένων άρθρων.

Ως Χρυσή Αυγή λοιπόν και παίρνοντας υπεύθυνη θέση, θέλω να ακούσω ποιο αριθμό μελών έχει η κάθε μια από τις Ενώσεις και αν υπάρχουν κάποια μέλη που ανήκουν και στις δύο Ενώσεις. Διότι, περιπλέκεται ιδιαίτερα το ζήτημα και αφού μιλάμε για απόψεις που είναι τελείως διαφορετικές, δεν μπορώ να πάρω θέση. Πρέπει να λυθεί αυτό το πρόβλημα. Αρά, λοιπόν, ερωτώ ευθέως, πόσα έχει η πρώτη Ένωση και πώς επονομάζεται και πόσα μέλη έχει η δεύτερη Ένωση ούτως ώστε να πάρουμε θέση. Ευχαριστώ κύριε Πρόεδρε.

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

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΜΑΥΡΩΤΑΣ (Ειδικός Αγορητής του ΠΟΤΑΜΙΟΥ): Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε, θα ευχαριστήσω με τη σειρά μου τους φορείς που ήρθανε αυτό το πρωινό για να μας πουν την άποψη τους για τις διατάξεις του νομοσχεδίου. Όντως, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της δημόσιας υγείας και νομίζουμε ότι θα πρέπει να αφιερώνουμε περισσότερο κοινοβουλευτικό χρόνο, όταν ασχολούμαστε με αυτά τα θέματα και να μην έρχονται στο τέλος του καλοκαιριού, μαζί με άλλα 4 νομοσχέδια.

Αυτό που θα ήθελα να θίξω και αυτό που βγήκε από τη σημερινή συζήτηση, είναι ότι έρχεται ένα νομοσχέδιο σε ότι έχει να κάνει με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας που είναι τα πρώτα 21, 22 άρθρα από τα 90, το οποίο έχει καλές προθέσεις, αλλά απ΄ ότι κατάλαβα, και από αυτά που είπαν οι φορείς, περιλαμβάνει και κάποιες ασάφειες τις οποίες θα πρέπει να τις δούμε κατά τη διάρκεια της συζήτησης.

Επίσης, να πούμε ότι από πολλούς ακούστηκε ότι στα κριτήρια στελέχωσης των διαφόρων δομών που δημιουργούνται, δεν υπάρχουν σαφή κριτήρια επιλογής στη στελέχωση, έτσι ώστε να ευνοείται μια ας την πούμε αδιαφάνεια ή ευνοιοκρατία, όταν δεν υπάρχουν σαφή αντικειμενικά κριτήρια επιλογής. Επίσης, υπάρχουν αρκετές, πάνω από 70 μετρήσαμε σε όλο το νομοσχέδιο, υπουργικές αποφάσεις και 10 κοινές υπουργικές αποφάσεις, που θα πρέπει να υπογραφούν χωρίς κάποιο χρονικό περιθώριο, το οποίο αυτό επηρεάζει σαφώς το χρονοδιάγραμμα εφαρμογής του συγκεκριμένου νομοσχεδίου.

Αρκετή συζήτηση έγινε για την ελεύθερη επιλογή των γιατρών και για το άρθρο 19 που έχει να κάνει με την παραπομπή και αυτά είναι θέματα, τα οποία θα θέλαμε να ακούσουμε τη γνώμη των φορέων, αν ουσιαστικά ισχύει αυτό το gate keeping ή όχι σε ότι έχει να κάνει με τον ρόλο πραγματικά του οικογενειακού γιατρού ή και μετά την ελεύθερη επιλογή των ασθενών για ειδικότητες γιατρών. Και θα πάω σε λίγο πιο συγκεκριμένες ερωτήσεις.

Προς τον κ. Βλασταράκο, αλλά και προς τον κ. Μποδοσάκη και τον κ. Μαργιώλη όταν έρθει. Μια πρώτη ερώτηση είναι ότι υπάρχουν κάποια ποσοτικά δεδομένα στο νομοσχέδιο, ένας γιατρός για 2 χιλιάδες περίπου ασθενείς. Αν θεωρείτε ότι έχουμε τόσους γενικούς γιατρούς και παθολόγους ειδικά στην επαρχία, ώστε να καλύψουν αυτές τις ανάγκες και μάλιστα, κύριε Μποδοσάκη και ο κύριος Μαργιώλης, όταν έρθει, πόσοι είναι οι γενικοί γιατροί που έχουμε στην Ελλάδα;

Μια δεύτερη ερώτηση έχει να κάνει προς τον κ. Σεραφιανό, από την Πανελλήνια Ένωση Ιδιωτικών Κλινικών. Αν κατάλαβα καλά απ’ αυτά που είπατε, υπάρχει ένα θέμα ας το πούμε στρέβλωσης του ανταγωνισμού σε σχέση με το ότι όταν η ίδια πράξη γίνεται σε μια κλινική έχει ΦΠΑ, ενώ όταν γίνεται σε μια μονάδα ημερήσιας νοσηλείας δεν έχει ΦΠΑ. Αυτό είναι κάτι το οποίο, θα πρέπει να το εναρμονίσουμε κατά τη δική μου άποψη.

Προς τον κ. Δατσέρη, από την Πανελλήνια Ένωση των Μονάδων Ημερήσιας Νοσηλείας. Αν καταλαβαίνω καλά η μεγάλη ένσταση είναι στο γεγονός ότι σε 12 μήνες δεν θα μπορείτε να εναρμονιστείτε με τις προδιαγραφές τις νέες που θα υπάρχουν και ζητάτε κάποιο μεγαλύτερο διάστημα και αν μπορείτε να μας εξηγήσετε, ποιοι ευθύνονται για τη μεγάλη καθυστέρηση στην αδειοδότηση των μονάδων ημερήσιας νοσηλείας στην Αττική;

Και τέλος, κάποιες ερωτήσεις ήδη γίνανε από τους προηγούμενους συναδέλφους, κάποιοι από τους φορείς έχουν φύγει για τους οποίους είχα ερώτηση.

Προς τον κ. Κατσούλα από τον ΕΟΦ, αν κατάλαβα καλά το κίνητρο αποδοτικότητας είναι ουσιαστικά μια εξίσωση μισθών μεταξύ παλαιών και νέων εργαζομένων του ΕΟΦ. Αν θα μπορούσατε να μας δώσετε μια εικόνα της τάξης μεγέθους των μισθών αυτών; Ευχαριστώ.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Ευχαριστούμε τον κ. Μαυρωτά. Έχουμε τρεις συναδέλφους που έχουν ζητήσει τοποθέτηση και ερωτήσεις, ο χρόνος τρέχει. Παρακαλώ αυστηρά τρία λεπτά για τον καθένα από τους τρεις ομιλητές, για να δώσουμε το λόγο στους επισκέπτες, στους προσκεκλημένους να μιλήσουν όσο μπορούν.

Το λόγο έχει ο κ. Ηγουμενίδης.

ΝΙΚΟΣ ΗΓΟΥΜΕΝΙΔΗΣ: Νομίζω ότι, κατ’ αρχήν, η συζήτηση που γίνεται εδώ βοηθάει πέρα από όλα τον καθένα μας και τους εκπροσώπους του Κοινοβουλίου, αλλά και τους ίδιους τους φορείς, μια που ακούγονται οι απόψεις των φορέων και έτσι βοηθάει τον κάθε εκπρόσωπο του φορέα «να βγει από το καβούκι του», επιτρέψτε μου την έκφραση, και να έχει και μια πιο σφαιρική και πιο ολοκληρωμένη γνώση των θεμάτων τα οποία μπαίνουν, από τους υπόλοιπους φορείς, επαγγελματίες υγείας κ.λπ.

Μια παρατήρηση σε σχέση με τις σκέψεις που είπατε και έτσι και αλλιώς εμείς θα συνεχίσουμε τη συζήτησή μας, την οποία μπορείτε να την παρακολουθήσετε ή να την δείτε αποκρυσταλλωμένη στο νομοσχέδιο που θα ψηφιστεί. Δεν ξεκινούμε από το μηδέν, δηλαδή συζητάμε για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στον αστικό ιστό της πατρίδας μας, αλλά δεν πάμε να πρωτοφτιάξουμε ένα δίκτυο άρδευσης στην έρημο.

Καλώς ή κακώς, με τις αδυναμίες, με αυτά τα αρνητικά ή θετικά που έχει, οι πολίτες που ζουν στον αστικό ιστό της Ελλάδας, καλύπτονται από αυτές τις δομές υγείας, με αυτές τις αδυναμίες, με αυτές τις ελλείψεις. Άλλος πάει στο κέντρο υγείας το κοντινό, άλλος πάει στο ΠΕΔΥ που υπολειτουργεί, άλλος πάει στο κοντινό νοσοκομείο, υπάρχουν όμως όλα αυτά και δεν ξεκινάμε από το μηδέν.

Ένα ερώτημα που θα ήθελα να πω σε όσους θέλουν να απαντήσουν. Μας αρέσει αυτή η περίθαλψη που υπάρχει; Και εάν πρέπει να αλλάξει, τι και σε ποια κατεύθυνση;

Επίσης, δεν κατάλαβα πώς ξέφυγε η συζήτηση. Έχω την αίσθηση στην αρχή με την τοποθέτηση του κ. Αγοραστού, ότι δεν είναι άποψη του δεύτερου βαθμού της τοπικής αυτοδιοίκησης ότι παίρνουμε ψευδαισθησιογόνα για να ψηφίζουμε στη Βουλή. Πιστεύω, βλέποντάς το πιο ψύχραιμα, ότι αυτή η απρέπεια εκφράζει ουσιαστικά έλλειψη σεβασμού στον κόσμο, ο οποίος θεσμικά έστειλε τον κ. Αγοραστό εδώ και πιστεύω στην απάντηση που θα δώσει να επανορθώσει σε αυτό το θέμα.

Έχω άλλες τρεις ερωτήσεις, δεν τις υποβάλλω, απλά τις λέω για να καταγραφούν στα πρακτικά. Είναι προς αυτούς που αυτοπροσδιορίζονται πρωτομάχοι της δημόσιας υγείας και άλλες δύο ερωτήσεις για την ΠΟΕΔΗΝ, που δυστυχώς έφυγε. Ευχαριστώ πολύ.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει η κυρία Τζούφη.

ΜΕΡΟΠΗ ΤΖΟΥΦΗ: Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε. Θεωρώ αυτές τις συνεδριάσεις με τους φορείς από την εμπειρία μου στον κοινοβουλευτικό βίο, τις πιο χρήσιμες, γιατί δίνουν τη δυνατότητα να εκφραστούν όλα τα λουλούδια να ανθίσουν, αλλά βεβαίως αυτό απαιτεί να μπορεί κανείς να ζυγιάσει τις διαφορές που υπάρχουν εδώ. Υπάρχουν ακόμη και εκείνοι που έχουν διαφορετικές απόψεις και έρχονται με προτάσεις συναινετικές. Νομίζω ότι αυτό είναι χρήσιμο και ιδιαίτερα ενδιαφέρον.

Θέλω να κάνω δύο ή τρία σχόλια, τα οποία θα καταλήξουν και σε ερώτηση σε αυτούς που τοποθετήθηκαν, με αυτόν τον τρόπο.

Κατ΄ αρχήν αυτός ο μύθος της ελεύθερης επιλογής, είναι σαν να βρισκόμαστε σε κενό. Να θυμηθούμε εδώ ότι 2.500.000 ανασφάλιστοι πολίτες δεν είχαν καμία δυνατότητα ελεύθερης επιλογής, παρά μόνο τα κοινωνικά ιατρεία. Αυτή ήταν η ελεύθερη επιλογή της προηγούμενης κατάστασης. Να θυμίσω ότι αυτή η ελεύθερη επιλογή γίνεται αυτή η μεγάλη διαπάλη αυτή τη στιγμή στις ΗΠΑ για να καταρρεύσει μια μικρή προσπάθεια εξορθολογισμού αυτού του τοπίου, της ιδιωτικής ιατρικής, δηλαδή των ασφαλιστικών εταιρειών που κρατά εκατομμύρια πολίτες χωρίς καμία πρόσβαση σε καμία υπηρεσία υγείας. Αυτό όσον αφορά την ελεύθερη επιλογή.

Να πω ότι το σύστημα που στήνουμε δεν είναι εν κενώ. Πάρα πολλά συστήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τα οποία διαπραγματεύτηκε το Υπουργείου, έγιναν συζητήσεις, ήρθε εδώ η παγκόσμια οργάνωση υγείας, μελετήθηκαν διάφορα συστήματα με παλαιότερο αυτών το σύστημα της Μεγάλης Βρετανίας, το οποίο εντάξει γνωρίζουν αρκετοί. Μπορεί να υπάρξουν προβλήματα; Μπορεί να υπάρξουν. Αυτή η ιστορία του gate keeping είναι ένα από τα θέματα πολύ μεγάλης συζήτησης, αλλά πώς αλλιώς μπορεί να γίνει. Εμείς που έχουμε υπηρετήσει τα δημόσια νοσοκομεία, εδώ και πολλά χρόνια, πάνω από 30 χρόνια, το βασικό και κύριο ερώτημα, ποιο ήταν; Ότι να μην προσέρχονται όλοι οι πολίτες με πρωτοβάθμια προβλήματα υγείας μαζί με τους πολίτες που είχαν πολύ σοβαρότερα προβλήματα την ίδια στιγμή ώστε να μην μπορεί να γίνεται η διαλογή. Άρα, να υπάρχει παραπομπή από το γιατρό με βάση το πρόβλημά του. Αυτό ήταν ένα αίτημα διαχρονικό πάρα πολλών χρόνων.

Πραγματικά εκπλήσσομαι με τοποθετήσεις, ίσως και του κ. Φωτήλα, επειδή είναι νομικός και δεν είναι γιατρός, ότι είναι μπάλωμα γιατί δεν βγαίνουν οι εφημερίες των νοσοκομείων. Αυτό είναι αίτημα πάρα πολλών χρόνων, όλων των ανθρώπων που έχουν υπηρετήσει στα νοσοκομεία, ώστε να γίνεται σωστή διαλογή, άρα δυνατότητα σωστής αντιμετώπισης των σοβαρών προβλημάτων.

Να προχωρήσω παρακάτω, γι’ αυτό που ειπώθηκε, ότι δεν θα υπάρχουν κριτήρια επιλογής. Αγαπητοί συνάδελφοι, μην ανησυχείτε! Παντού όπου έχουμε πάρει προσωπικό έχουμε βάλει αυστηρά κριτήρια επιλογής και επιτρέψτε μου να πω, παρά τις τοποθετήσεις συναδέλφων από τον ΕΟΠΥΥ ότι δε θα υπάρξουν οι γιατροί να στελεχώσουν το σύστημα, η δική μου εντύπωση και εμπειρία από νέους γιατρούς που αποφοιτούν από τις ιατρικές σχολές και με τα κίνητρα που υπάρχουν είναι ότι θα είναι κάτι το οποίο θα θελήσουν να το υπηρετήσουν και να σας το πω και αλλιώς; Αυτό νομίζω ότι είναι και το στοίχημα. Να μπει η νέα γενιά μέσα στο σύστημα αυτό και να δώσει ένα όραμα και μια προοπτική για να γενικευθεί και να προχωρήσει το σύστημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Μια τελευταία παρατήρηση προς τον κ. Μποδοσάκη, που μίλησε για το σοβιετικό πολυιατρείο. Είναι μια αγαπημένη έκφραση. Στη συζήτηση που κάνουμε στο άλλο νομοσχέδιο για την τριτοβάθμια παιδεία, οι ιδιώτες εκπαιδευτικοί μας είπαν ότι κι εκεί σοβιεοτοποιούμε το σύστημα και θα χρησιμοποιήσω την απάντηση του κ. Ζουράρη, ο οποίος είπε «Να σας πω κάτι; Ξέρετε γιατί έπεσε η Σοβιετική Ένωση; Διότι είχε πολύ μορφωμένους πολίτες!». Δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι τα συστήματα αυτά είχαν απαντήσει στα ζητήματα της υγείας και ακόμη και σήμερα, εκεί που είναι πολύ μικρές χώρες όπως η Κούβα, το σύστημα υγείας που παρέχουν είναι πολύ υψηλού επιπέδου και, μάλιστα, κάνουν και εξαγωγή γιατρών, οπότε προτείνω να μη τον προλυχρησιμοποιείτε αυτόν τον όρο ως συστήματα κακοπαθημένα.

Αυτά ήθελα να πω και θέλω κυρίως την απάντηση από τον κ. Βλασταράκο, που είπε ότι είναι αντίθετος από το gatekeeping. Με ποιον τρόπο θα μπορούσαν να γίνονται, εν πάση περιπτώσει, οι παραπομπές;

 ΙΑΣΩΝΑΣ ΦΩΤΗΛΑΣ (Εισηγητής της Ν.Δ.): Έχετε βάλει αυστηρά κριτήρια, λέει, για την επιλογή. Νόμιζα ότι τα κριτήρια δεν τα βάζετε εσείς, τα βάζει ο ΑΣΕΠ. Τελικά να μάθουμε ποιος θα τα βάλει αυτά τα κριτήρια, εσείς ή ο ΑΣΕΠ;

 ΜΕΡΟΠΗ ΤΖΟΥΦΗ: Κύριε Φωτήλα, λέω ότι σε όλες τις προκηρύξεις, όπου έχουν γίνει προσλήψεις, έχουμε βάλει αυστηρά κριτήρια και είναι κριτήρια ΑΣΕΠ.

 ΑΝΔΡΕΑΣ ΞΑΝΘΟΣ (Υπουργός Υγείας) (εκτός μικροφώνου): Εμείς τα βάζουμε, κ. Φωτήλα, με την έγκριση του ΑΣΕΠ. Σας το έχουμε εξηγήσει. Έχει βγει απόφαση, αλλά δε διαβάζετε.

 ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει η κυρία Σκούφα.

ΜΠΕΤΤΥ ΣΚΟΥΦΑ: Θέλω να θέσω τρεις σύντομες ερωτήσεις προς τους εκπροσώπους φορέων, οι οποίοι αντιτάσσονται στο συγκεκριμένο νομοσχέδιο.

Η πρώτη είναι κατά πόσον πιστεύουν ότι, με το μέχρι τώρα υπάρχον σύστημα, εξυπηρετούνταν όντως η ελεύθερη επιλογή, όταν, για παράδειγμα, ο κάθε συμβεβλημένος ιδιώτης γιατρός είχε ένα πλαφόν επισκέψεων και μετά παρέπεμπε τους ασθενείς στα κανονικά του ιατρεία. Όταν για παράδειγμα, ακόμη περισσότερο, υπήρχαν τα 5 € στα δημόσια νοσοκομεία με αποτέλεσμα εκατομμύρια συμπολιτών μας που αδυνατούσαν να πληρώσουν και τα ιδιωτικά ιατρεία, αλλά και τα 5 € στο δημόσιο νοσοκομείο, η μόνη τους ελεύθερη επιλογή ήταν να μείνουν στο σπίτι και να σαπίζουν τα δόντια τους, να υποφέρουν από ασθένειες και να μη μπορούν να έχουν καμία πρόσβαση σε κανέναν απολύτως γιατρό.

Δεύτερον, θα ήθελα να απευθύνω μια αθώα, πραγματικά, ερώτηση, στο συνάδελφο κ. Φωτήλα. Λέει ότι η Ν.Δ. υπερασπίζεται το δημόσιο, όχι όμως κρατικό σύστημα υγείας. Θέλω να ρωτήσω συγκεκριμένα για να πληροφορηθούμε, ποιο το πρόβλημα της Ν.Δ. με δημόσιες δομές, όπως τα δημόσια νοσοκομεία, όπως τα δημόσια κέντρα υγείας; Για ποιο λόγο να καταργηθούν, εάν σας εννόησα σωστά, αγαπητέ συνάδελφε, όλες αυτές οι, πραγματικά, δημόσιες δομές;

ΙΑΣΩΝΑΣ ΦΩΤΗΛΑΣ (Εισηγητής της Ν.Δ.) (εκτός μικροφώνου): Είπα εγώ να καταργηθούν; Εγώ είπα να τις αξιοποιήσουμε!

 ΜΠΕΤΤΥ ΣΚΟΥΦΑ: Nα μας διευκρινίσετε περισσότερο τι εννοείτε ως δημόσιο, όχι κρατικό σύστημα υγείας.

Μια τρίτη ερώτηση προς όλους τους φορείς, τι εννοείτε ή για ποιους λόγους πιστεύετε ότι το συγκεκριμένο νομοσχέδιο έρχεται να συρρικνώσει ή να καταργήσει τον ιδιωτικό τομέα.

Κατά τη γνώμη μου, τουλάχιστον, αυτό το νομοσχέδιο εκ παραλλήλου θέτει κανόνες λειτουργίας τόσο στο δημόσιο πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας όσο και στην ιδιωτική άσκηση της ιατρικής και αυτή η θέσπιση των κανόνων φαίνεται ξεκάθαρα με την ίδρυση του Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου στο χώρο των οπτικών - οπτομετρών, όταν με μεγάλη έκπληξη ακούσαμε από οπτομέτρες και οπτικούς, ότι λειτουργούν αυτή τη στιγμή στη χώρα 500 οπτικά καταστήματα χωρίς πραγματική άδεια λειτουργίας.

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

ΠΕΡΙΚΛΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ (Πρόεδρος της ένωσης Οπτικών και Οπτομετρών): Θα ήθελα να σας ενημερώσω, ότι εμείς αυτή τη στιγμή εκπροσωπούμε τρεις Συλλόγους και όταν μιλάμε για 1500 άτομα που είπαν οι κύριοι, πόσα είναι τα ενεργά μέλη; Γιατί πραγματικά, όταν έγιναν τώρα πρόσφατα εκλογές, ούτε 70 ενεργά μέλη δεν ήταν αυτοί που πήγαν για να ψηφίσουν ενόψει καλοκαιριού.

Τέλος πάντων, όμως, δεν είναι αυτό το θέμα.

Το θέμα είναι, ότι το άθροισμα των μελών μας αυτή τη στιγμή είναι παραπάνω από 2500 και αυτό το έχουμε αποδείξει καταθέτοντας τις υπογραφές, κάτι το οποίο έχει δει και ο κ. Υπουργός.

Εμείς ζητάμε μια διαβούλευση εφ' όλης της ύλης, να καθίσουμε σε ένα τραπέζι όλοι οι Σύλλογοι και να πάρουμε κοινές αποφάσεις. Δεν ζητάμε να μας βάλετε στην άκρη και να αποφασίσει μόνο η ΠΕΟ, γιατί και εμείς είμαστε επαγγελματικά σωματεία, ο ΣΟΒΕ είναι από το 1966 και η ΣΟΕ είναι επίσης από το 1989. Η Ακαδημία Οπτομετρίας είναι τα τελευταία χρόνια που ασχολείται με την οπτομετρία και προσπαθούμε να κάνουμε σεμινάρια οπτομετρίας στα μέλη μας. Μάλιστα, προτιθέμεθα να δημιουργήσουμε δωρεάν τμήματα ανά τη χώρα για να βοηθήσουμε όλους τους πολίτες, δημιουργώντας δωρεάν παροχές πρωτογενούς υγείας όσον αφορά την Οπτομετρία. Γι’ αυτό μπορούμε να έρθουμε σε συζήτηση βάζοντας αυτό το θέμα, κύριε Πρόεδρε.

Θα θέλαμε, όμως, να ενημερωθούμε και εμείς σε όλα τα θέματα, αλλά το νομοσχέδιο αυτό είναι κατάπτυστα αρνητικό στη δεοντολογία, όπως βρίσκεται αυτή τη στιγμή.

Είπα, λοιπόν, ότι τα μέλη μας είναι αρκετά και παραπάνω από αυτό που αρμόζει σε ένα Σωματείο, αλλά δεν θα καθίσουμε να αναλύσουμε, εάν είμαστε 700 ή 800 μέλη σε κάθε Σωματείο και δεν θα κάνουμε αντιπαράθεση.

Αυτό το έχουμε καταθέσει, είναι σημαντικό και αποτελεί το 75% του συνόλου όλου του οπτικού κόσμου και μιλάμε για όλους τους οπτικούς, που απευθύνεστε εσείς καθημερινά και εμπιστεύεστε τα μάτια σας.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει ο κ. Κατσαβός. ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΚΑΤΣΑΒΟΣ (Πρόεδρος της Πανελλήνιας Ένωσης Οπτικών και Οπτομετρών): Κύριε Πρόεδρε, δεν θα μπω σε αριθμολογία τώρα, αλλά θέλω να σας τονίσω ότι αυτό το σωματείο είναι από το 1924 και τα 1.500 είναι σε όλη την Ελλάδα. Οι υπόλοιποι σύλλογοι, οι οποίοι μάλιστα λέγονται και διαφορετικά απ΄ ό,τι παρουσιάστηκε στην τηλεόραση, δηλαδή, Σύλλογος Οπτικών – Οπτομετρών Ελλάδας… Να δούμε και πότε έχει κάνει εκλογές, να δούμε δηλαδή, αν αυτός ο σύλλογος είναι νόμιμος.

 Όσο για τα μέλη που ψήφισαν ξέρετε το νόμο όλοι. Δεν θα σταθώ εδώ, θεωρώ ότι δεν είναι πρέπον να μιλήσω για το πόσα μέλη ψήφισαν κ.λπ.. Το μόνο που θέλω να σας πω είναι ότι κάναμε δύο γενικές συνελεύσεις με 500 μέλη παρόντα.

 ΙΩΑΝΝΗΣ ΑΪΒΑΤΙΔΗΣ (Ειδικός Αγορητής του Λαϊκού Συνδέσμου – Χρυσή Αυγή): Κοινά μέλη έχετε;

 ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΚΑΤΣΑΒΟΣ (Πρόεδρος της Πανελλήνιας Ένωσης Οπτικών και Οπτομετρών): Έχουμε κοινά μέλη, ναι.

 ΙΩΑΝΝΗΣ ΑΪΒΑΤΙΔΗΣ (Ειδικός Αγορητής του Λαϊκού Συνδέσμου – Χρυσή Αυγή): Εδώ είναι το παράδοξο.

 ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΚΑΤΣΑΒΟΣ (Πρόεδρος της Πανελλήνιας Ένωσης Οπτικών και Οπτομετρών): Ε, ναι τι να κάνουμε; Υπάρχει δημοκρατία και υπάρχουν πολλοί σύλλογοι. Δεν το βρίσκω εγώ παράλογο να είναι κάποιος σε έναν σύλλογο και να είναι και σε έναν άλλο και είναι στην κρίση του να δει ποια είναι τα οφέλη του ενός και του άλλου και τι προτείνει ο ένας και τι ο άλλος.

 Υπήρξε ένα θέμα με μια σύμβαση στον ΕΟΠΥΥ. Μαζεύτηκαν 2.500 υπογραφές. Αυτές οι υπογραφές είναι για τη σύμβαση του ΕΟΠΥΥ. Είχαμε κάποια θέματα με τη σύμβαση και είπαμε ότι δεν δεχόμαστε να υπογράψουμε αυτού του είδους τη σύμβαση. Υπήρχε ένα έλλειμμα εμπιστοσύνης από παλιότερες ιστορίες που μας χρώσταγαν λεφτά κ.λπ., το τι θα γίνει και το πώς θα μπορέσουμε να έρθουμε σε συνεννόηση με το Υπουργείο για οποιοδήποτε θέμα μας αφορά. Αυτό πιστεύω ότι θα γίνει πολύ καλύτερα και έχοντας το σύνολο των οπτικών κάτω από τη σκέπη του νομικού προσώπου. Όποιοι διαφωνούν να σκεφτούν και την άλλη πλευρά, αυτό που τόνισε και η κυρία βουλευτής, τα 500 παράνομα μαγαζιά που δεν μπορούν να μαζευτούν. Δηλαδή, πάτε εσείς σε ένα μαγαζί, φτιάχνετε τα γυαλιά σας και σας τα φτιάχνει άνθρωπος που δεν είναι οπτικός οπτομέτρης, αλλά έχει μια νοικιασμένη άδεια. Αυτό εμείς δεν μπορούμε να συνεχίσουμε να το ανεχόμαστε.

 Η Πανελλήνια Ένωση Οπτικών είναι ένα θεσμικό σωματείο, γιατί αναφέρεται σε δύο νόμους ότι θα φτιάξει το μητρώο των οπτικών – οπτομετρών, το οποίο θα δώσει στο Υπουργείο Υγείας. Αυτό υπάρχει σε δύο νόμους. Τέλος συμμετέχουμε στις επιτροπές ελέγχου. Μόνο η Πανελλήνια Ένωση Οπτικών συμμετέχει στις επιτροπές ελέγχου των καταστημάτων που εκεί υπάρχει το μεγάλο πρόβλημα.

 ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει ο κ. Κωνσταντίνος Αγοραστός.

 ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΑΓΟΡΑΣΤΟΣ (Πρόεδρος του Δ.Σ. της Ένωσης Περιφερειών Ελλάδος, ΕΝ.Π.Ε.): Κύριε Πρόεδρε, πρώτα απ΄όλα πρέπει να πω ότι σέβομαι το Κοινοβούλιο και τους θεσμούς και το έχουμε αποδείξει, τουλάχιστον ως Ένωση Περιφερειών και εγώ ως Πρόεδρος ανά πάσα στιγμή.

 Κάποιοι, τώρα, οι οποίοι θέλουν να παίξουν με τους θεσμούς είναι δικαίωμά τους. Γι’ αυτό και βρίσκομαι τόσες ώρες εδώ για να μιλήσω τρία λεπτά. Να ακούσω όλους για να έχω εικόνα και ήχο της πραγματικότητας. Απευθύνθηκα όχι στο Κοινοβούλιο, αλλά συγκεκριμένα σε έναν βουλευτή του Κοινοβουλίου, ο οποίος διέκοπτε συνεχώς και χωρίς να γνωρίζει τη συνέχεια των πραγμάτων, προσπαθούσε να εμποδίσει τη ροή της σκέψης μου και της παρέμβασής μου, λέγοντας όχι βέβαια την αλήθεια, γιατί δεν ήταν κάτοχος της αλήθειας. Γι΄αυτό και χρησιμοποίησα μία έκφραση η οποία δεν θίγει το Κοινοβούλιο, ούτε κανέναν από τους παριστάμενους.

Το θέμα πρωτοβάθμιας υγείας είναι θέμα μνημονίου, είναι υποχρέωση του μνημονίου. Γι’ αυτό και πριν έρθει το νομοσχέδιο στη Βουλή, με ερώτημα που έκανε ο Γενικός Γραμματέας του ΕΣΠΑ, ο κ. Κορκολής, πήρε την απάντηση 27.6.2017 από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή όσον αφορά για την πρωτοβάθμια υγεία. Το λέει ξεκάθαρα. Η πρωτοβάθμια υγεία, οι αλλαγές και η μεταρρύθμιση στην πρωτοβάθμια υγεία, είναι ήδη μέσα στο συμπληρωματικό σχέδιο της συμφωνίας του μνημονίου, αλλά χρειάζεται μια ειδική και προσοχή λεπτομερέστατη διαδικασία στον έλεγχο και στην εξασφάλιση της χρηματοδότησης, η οποία πρέπει να είναι σύμφωνα με τις δεσμεύσεις του μνημονίου.

Αυτό το λέω γιατί εμείς, όσον αφορά από τον κωδικό 09 καταπολέμησης της φτώχειας από το ευρωπαϊκό κοινωνικό ταμείο, δεν έχουμε καμία αντίρρηση μέσα στα νομικά πλαίσια να χρηματοδοτήσουμε ως περιφέρειες. Βέβαια, θέλουμε το νομοθετικό πλαίσιο, τη χαρτογράφηση και το σχέδιο δράσης για την πρόταση ανά περιφέρεια. Στο τελευταίο Δ.Σ. πήραμε απόφαση να ζητήσουμε να συναντηθούμε με την ηγεσία του Υπουργείου. Ειπώθηκε ότι υπάρχει χαρτογράφηση και με κριτήρια τα οποία δεν εστάλησαν. Θέλουμε την αλληλογραφία με την Ε.Ε., είπαν ότι είναι εντάξει, αλλά υπάρχουν κάποια κενά και βέβαια, θέλουμε ακριβώς να δώσουμε αναλυτική κοστολόγηση δράσεων, να κλείσουμε τον αριθμό και χωροθέτηση των δομών όπως η Ε.Ε.. Βέβαια, στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή έχει κατατεθεί και ο φάκελος, ο οποίος λέει ότι στα 10.816.000 κατοίκους της Ελλάδος, τα 3.861.000 απειλούνται από τη φτώχεια και έτσι δημιουργούνται τα ΤΟΜΥ, τα οποία στηρίζονται πάνω στη διαδικασία αυτή.

Αυτό το κάνουν διότι μέσω της χρηματοδότησης από το ΕΣΠΑ, για τα επόμενα δύο χρόνια, το οποίο καθιστά επικίνδυνο το εγχείρημα – το καθιστά επικίνδυνο, γιατί αυτή τη στιγμή έχουμε ζήσει τέτοιες καταστάσεις και στο παρελθόν, όπως με τη βοήθεια στο σπίτι, με τα κοινωνικά παντοπωλεία, τα κοινωνικά ιατρεία, τα κοινωνικά φαρμακεία, τα κοινωνικά εστιατόρια και όλα αυτά τα οποία βρέθηκαν εν κενώ και μετά έτρεχαν να τα τακτοποιήσουν – θέλουν να χρηματοδοτήσουν το 35,7% που είναι λέει κάτω από το όριο της φτώχειας για να χρηματοδοτηθούν τα λεφτά και να έχουν αυτή τη διαδικασία.

Επίσης, θέλω να σας πω, ότι εμείς θέλουμε μια ανεπτυγμένη χώρα και ανεπτυγμένη χώρα δεν είναι εκείνη στην οποία οι φτωχοί προσφεύγουν σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, αλλά εκείνη στην οποία οι πλούσιοι προσφέρουν στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, γι’ αυτό στηρίζουμε τη δημόσια υγεία όσο μπορούμε. Βέβαια, εδώ είναι ένα νομοσχέδιο το οποίο υπόσχεται πολλά, αλλά εμείς δεν θέλουμε να μείνει ένα νομοσχέδιο υποσχόμενο πολλά. Αν δείτε στο άρθρο 30, για του λόγου το αληθές, χρειάζονται πέντε αποφάσεις ή υπουργικές ή των ΥΠΕ για να εφαρμοστεί. Πότε όλες αυτές οι 30 και πλέον αποφάσεις υπουργικές, διϋπουργικές ή αποφάσεις των ΥΠΕ;

Απαντώ σε μια ερώτηση. Ναι εμείς ζητάμε τώρα, σήμερα και ήταν διαχρονικό αίτημα της Ένωσης Περιφερειών στο άρθρο 186 του «Καλλικράτη» από 1.7.2013, έρχονταν οι διοικήσεις των ΥΠΕ στις Περιφέρειες. Τώρα, μετά το 2013 βγήκε ένας νόμος, ο οποίος το πήρε πίσω. Για ποιο λόγο το πήρε πίσω; Για τον ίδιο λόγο που δεν ξαναγυρίζει πίσω στις Περιφέρειες, γιατί θέλουν να ελέγχουν τους ΥΠΕάρχες και τη δημόσια υγεία. Εάν πιστεύουμε στην αποκέντρωση, και πιστεύουμε ότι μπορεί να υπάρχει συνεργασία, συνέργεια και αν έχουμε καθαρές θέσεις, όπως πρέπει να έχει ένα νομοσχέδιο όταν έρχεται. Καθαρές θέσεις για να μπορεί να υλοποιείται την άλλη μέρα, όχι την άλλη μέρα να χρειάζονται υπουργικές αποφάσεις.

Εκεί ήταν και η διαφωνία μου που δημιούργησε πρόβλημα, γιατί περιμένουμε εμείς ως Ένωση Περιφερειών Ελλάδος εδώ και πέντε μήνες, απόφαση για το τι σημαίνει εποπτεία στους ΓΟΕΒ και εκεί αναφέρθηκε κι ένας Βουλευτής και είπε διαφορά, χωρίς να γνωρίζει κιόλας και δημιούργησε όλη τη κατάσταση, και για αυτό το αναφέρω αυτό.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Κύριε Πρόεδρε, κ. Αγοραστέ. Πρέπει να έχουμε υπόψη μας ότι αυτό που λέμε διαδικασία είναι για να βοηθηθεί η συζήτηση. Εάν εσείς που πήρατε το λόγο για 3 λεπτά, μιλήσετε 13, ξέρω ότι έχετε πολλά να πείτε, το γνωρίζω, τότε οι άλλοι δεν θα μιλήσουν.

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΑΓΟΡΑΣΤΟΣ (Προέδρος του Δ.Σ. της Ένωσης Περιφερειών Ελλάδος (ΕΝ.Π.Ε.)): Όλοι θα μιλήσουμε και εμείς είμαστε εδώ και έχουμε και την υπομονή. Υπομονή δεν έχουν άλλοι οι οποίοι έρχονται, πετούν μια φωτοβολίδα και φεύγουν. Εμείς είμαστε εδώ παρόντες. Είναι ξεκάθαρο αυτό το πράγμα και συμμετέχουμε, διότι η πρωτοβάθμια υγεία είναι σημαντική για τον πολίτη.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Μισό λεπτό, κ. Αγοράστε. για να συνεννοηθούμε. Δεν υπάρχει τρόπος, μέθοδος κατανομής της διαδικασίας που να λέει στην αρχή ότι ο Α, ο Β και ο Γ όπου θα μιλήσουν και θα φύγουν, δεν τους ξέρουμε, θα μιλήσουνε λιγότερο χρόνο και ο Δ, ο Ε και ο Ζ θα μιλήσουνε παραπάνω. Οι διαδικασίες είναι αυτές, δεν τις ανακάλυψα εγώ, τις ακολουθώ.

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΑΓΟΡΑΣΤΟΣ (Προέδρος του Δ.Σ. της Ένωσης Περιφερειών Ελλάδος (ΕΝ.Π.Ε.)): Κατανοητό, κύριε Πρόεδρε.

 Τέλος, σας λέω ότι καλύτερα είναι να δούμε, το προβλέπει το νομοσχέδιο μέσα, ενίσχυση των ήδη δομών, γιατί τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία και τα νοσοκομεία έχουν πρόβλημα. Εάν ενισχυθούν με τους γιατρούς οι οποίοι προβλέπονται από το νομοσχέδιο να προσληφθούν, νομίζω ότι θα πετύχουμε μεγαλύτερη προστιθέμενη αξία στη δημόσια υγεία και στην πρωτοβάθμια. Εξετάστε το, ευχαριστώ.

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

ΜΙΧΑΗΛ ΒΛΑΤΣΑΡΑΚΟΣ (Πρόεδρος του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου): Κύριε Πρόεδρε, θα προσπαθήσω να απαντήσω στις ερωτήσεις που μου υπεβλήθησαν συγκεντρωτικά, καταρχήν με σεβασμό στο ρόλο του Κοινοβουλίου και των εκπροσώπων του. Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, δια του προσώπου μου, δεν καταθέτει προσωπικές απόψεις, δικές μου. Δεν συμπολιτεύεται, δεν αντιπολιτεύεται, δεν επαναστατεί, εκφράζει πάγιες θέσεις του ιατρικού σώματος, όπως έχουν ληφθεί μέσα από συλλογικές αποφάσεις, μέσα από συναντήσεις επανειλημμένες προέδρων, ημερίδων κ.λπ.. Ποιες είναι οι θέσεις αυτές;

Οι θέσεις, γι' αυτό είπα και μετά την συνάντηση που είχαμε στο Υπουργείο, έβγαλα κ. Φωτήλα, δελτίο τύπου το οποίο ίσως να το είχατε δει, όπου ανέφερα την αντίθεσή μου σε κάποιες θέσεις που ήταν στη διαβούλευση του νομοσχεδίου και είχα αναφέρει ότι το νομοσχέδιο θα έπρεπε να τύχει ευρείας διαβούλευσης. Δεν είναι η θέση μου εδώ, για να πω ότι χρειάζεται να αποσυρθεί το νομοσχέδιο, ποιος το υποθάλπει; Δεν έχω την εξουσιοδότηση εγώ και να πω απόσυρση του νομοσχεδίου. Πως θα μιλήσω για την οδοντιατρική ομοσπονδία, όπου μέσα στο νομοσχέδιο περιέχονται διατάξεις, για να μπορεί να αποσυρθεί το νομοσχέδιο;

 Ή για τον άλλο τομέα, όπου υπάρχουν διατάξεις και υπάγονται στο νομοσχέδιο; Μπορώ να πω για τις αντιθέσεις στο χώρο τον ιατρικό που έχουμε ή τις απόψεις με τις οποίες συμφωνούμε. Ποιες είναι οι απόψεις μας; Οι απόψεις μας, γιατί ξέρετε, εδώ, έχουμε ένα μεικτό σύστημα, το νότιο ευρωπαϊκό στην Ελλάδα. Τέσσερα είναι τα συστήματα τα ευρωπαϊκά, είναι το αγγλοσαξονικό του «Μπέβερις», του «Μπίσμαρκ» της κεντρικής Ευρώπης και της Γερμανίας, το Σκανδιναβικό και είναι και το νότιο ευρωπαϊκό όπου έχει «Μπίσμαρκ – Μπέβερι» και ιδιωτικές δαπάνες υγείας στο 40% των ολικών δαπανών υγείας.

Πάμε να εφαρμόσουμε στην χώρα των ειδικών, κάναμε μια στρέβλωση τα προηγούμενα χρόνια, στρέψαμε τον κόσμο στους ειδικούς, στις ειδικότητες και βγάλαμε πάρα πολλούς και επενδύσαμε και υπάρχει το brain train, κ. Φωτήλα, το οποίο λέτε, ακούστε, υπάρχει γιατί στρέψαμε τον κόσμο. Άλλες χώρες, όπως πολλοί στρέφουν το μάτι τους στην Δανία και λένε, τι ωραία που είναι Δανία, και η οποία και εκείνη παρά την κρίση το ΄80 και την ξεπέρασε και τώρα ένα πάρα πολύ ωραία, την έστρεψαν στους γενικούς γιατρούς. Και ο γενικός γιατρός σήμερα παίρνει τον μήνα 14.000 ευρώ, ενώ ο ειδικός γιατρός παίρνει 10.000 ευρώ τον μήνα.

Αυτή είναι η διαφορά, εστράφη, δεν πηγαίνουν ειδικοί γιατροί, οι ειδικοί γιατροί καλύπτουν τα νοσοκομεία. Τι λέει ο Πανελλήνιος , γιατί είναι οι αντιθέσεις; Ελεύθερη επιλογή του γιατρού. Βεβαίως ελεύθερη επιλογή, αλλά με κατά πράξην και περίπτωση αμοιβή, μέσα από συλλογικές συμβάσεις με τον Π.Ι.Σ. και τους κατά τόπους ιατρικούς συλλόγους. Όταν λέμε συλλογικές συμβάσεις, το εξήγησα στην πρωτολογία μου, τι εννοούμε συλλογικές συμβάσεις. Όχι με δεσμεύσεις με γιατρούς που θα προκηρύσσονται κάποιοι γιατροί από το Υπουργείο, αλλά θα γίνονται οι συλλογικές συμβάσεις μεταξύ του ΕΟΠΥΥ και του Π.Ι.Σ., ανάλογα με τις ανάγκες των επισκέψεων, είτε είναι καρδιολογικές, είτε είναι παθολογικές, είτε ψυχιατρικές, σε κάθε γωνιά της χώρας, που ελεύθερα θα προσέρχονται οι γιατροί και βεβαίως με το μυαλό μας και την εικόνα στον νέο γιατρό που φεύγει, διότι αυτόν πρέπει να στηρίξουμε, θα πρέπει να βοηθήσουμε για να γίνουν οι συμβάσεις.

Άρα, λοιπόν, είναι αντίθεση, διότι έρχεται εδώ με τους ειδικούς γιατρούς του ΕΟΠΥΥ με πάγια αντιμισθία, δεν έχει κατά πράξη και περίπτωση.

Δεύτερο, έχουμε πει όχι gatekeeping. Το gatekeeping εφαρμόστηκε στο αγγλοσαξονικό σύστημα το 1947 και εφαρμόστηκε αργότερα, αλλά τι απέφερε; Παρενέργειες στο σύστημα. Ο μη ειδικός δημιουργεί προβλήματα που τα επιφορτίζεται η δευτεροβάθμια και η τριτοβάθμια περίθαλψη. Λέμε αξιοποίηση των γιατρών, των ειδικοτήτων, που πρέπει να αξιοποιηθούν. Ηλεκτρονικόποίηση του συστήματος, ηλεκτρονική κάρτα υγείας, όχι φάκελο μόνο. Ο ηλεκτρονικός φάκελος του ασθενούς απαραίτητος, αλλά και η ηλεκτρονική κάρτα, ώστε με μια κάρτα να πηγαίνει στο γιατρό του. Όλα να είναι στη «φόρα». Να σταματήσει η σπατάλη, η διαφθορά που γίνεται και η προκλητή ζήτηση- και αυτήν την εποχή ακόμα της κρίσης-να σταματήσει η προκλητή ζήτηση και να σταματήσει βέβαια και η κατασυκοφάντηση όλου του ιατρικού σώματος από κάποιους που δεν κάνουν καλά τη δουλειά τους.

Όσον αφορά για τη δημόσια υγεία ή κρατική υγεία. Για όσους εργάζονται στον τομέα της υγείας για την δημόσια υγεία, άλλο είναι ο κρατικός τομέας όποιος είναι και άλλο είναι η ευρύτητα του δημόσιου τομέα. Ξέρετε, όπως είπα είναι μικτό το σύστημα, είναι και ΕΟΠΥΥ είναι κοινωνική ασφάλιση είναι και επιχορήγηση από το κράτος, από την φορολογία των πολιτών. Στην Ελλάδα έχουμε περισσότερες δαπάνες από την κοινωνική ασφάλιση και λιγότερα έχουμε από την κρατική επιχορήγηση. Βέβαια, έχουμε τις ιδιωτικές δαπάνες με τις οποίες καλείται ο κόσμος να αναπληρώσει τα κενά του κράτους, γιατί όπως γνωρίζετε οι δαπάνες υγείας έχουν πέσει στο 5% του Α.Ε.Π. και η επιχορήγηση του ΕΟΠΥΥ είναι 326 εκατ., που έπεσε από τα 526 εκατ. και δεν ξέρω τώρα με την έκθεση Χουλιαράκη που είδα, εάν κύριε Υπουργέ, εάν θα περιοριστούν οι δαπάνες; Είδα σε ένα site ότι έστειλε μια έκθεση, ο κ. Υπουργός, ότι πρέπει ο προϋπολογισμός να περιορίζεται. Αυτό βέβαια δεν αφορά τη συζήτηση, απλώς το σημειώνω, αλλά για να έχουμε σύστημα υγείας, οι δαπάνες υγείας που είναι κάτω του ορίου ασφαλείας, που το όριο ασφαλείας είναι 6% του Α.Ε.Π.- ο μέσος ευρωπαϊκός όρος είναι 7% έως 7,5% του Α.Ε.Π.- πρέπει να αυξηθούν. Και γι' αυτό θα πρέπει οι Υπουργοί Υγείας με τον Υπουργό Οικονομικών, εάν είναι δυνατόν να δουν πώς θα αυξηθούν οι δαπάνες υγείας και ο εξορθολογισμός βεβαίως των δαπανών, για να μην γίνεται η προκλητή ζήτηση και η κατασπατάληση πόρων.

 ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει ο Μποδοσάκης-Μερκούρης.

ΠΡΟΔΡΟΜΟΣ ΜΠΟΔΟΣΑΚΗΣ ΜΕΡΚΟΥΡΗΣ (Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Γενικής Ιατρικής (ΕΛ.Ε.ΓΕ.ΙΑ.)): Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε. Πρώτη ερώτηση από τον κ. Φωτήλα. Εν κατακλείδι πιστεύουμε στην δημόσια παροχή υπηρεσιών υγείας, αλλά όχι στον γιατρό δημόσιο υπάλληλο. Ο Πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου, ο φίλος μου ο κύριος Βλασταράκος μιλάει για κατά πράξη και περίπτωση. Τρεις είναι οι τρόποι αμοιβής των γιατρών κύριε Βλασταράκο. Στην κατά πράξη και περίπτωση, ο γιατρός είναι ικανοποιημένος από τις αμοιβές, ο πολίτης είναι ικανοποιημένος από την εν γένει λειτουργία του γιατρού, όμως παρατηρήθηκε παντού που εφαρμόστηκε, πλασματική παροχή και χρήση ιατρικών υπηρεσιών, με τελικό αποτέλεσμα την οικονομική αποτυχία αλλά και αποτυχία αναφορικά με τους δείκτες υγείας.

Δεύτερος τρόπος, πάγια αντιμισθία. Αυτήν επιλέξατε. Οι αμοιβές πάντα σμικρύνονται, ο γιατρός γίνεται αδιάφορος μην αναγνωρίζοντας τον ρόλο του ασθενούς, ο ασθενής δεν είναι ικανοποιημένος. Η πολιτεία ελέγχει απολύτως το σύστημα, αδυνατεί όμως να πείσει πολίτες και υγειονομικό προσωπικό για την επιτυχία του. Οι δείκτες υγείας τελικά δείχνουν πτώση. Κατά κεφαλήν, οι αμοιβές είναι λογικές, ικανοποιούν το γιατρό, αλλά επιπλέον το σύστημα θέτει τον πολίτη στη θέση του αξιολογητή, γεγονός που οδηγεί στην αλλαγή στάσεως του γιατρού και στην ικανοποίηση του πολίτη. Το σύστημα απεδείχθη οικονομικότερο και αποτελεσματικότερο, βελτιώνει τους δείκτες υγείας και εφαρμόζεται ήδη σε όλες τις προηγμένες χώρες.

Όσον αφορά στη δεύτερη ερώτηση του κ. Φωτήλα, αξία ΠΦΥ, δύο μελέτες πριν από την Alma-Ata, η μελέτη Γουάιτ στην Αμερική και Μπέικερ στην Κοπεγχάγη. Η μελέτη ήταν σε 1.000 κατοίκους τυχαίο δείγμα, στο τί γίνεται; Αποτέλεσμα, 500 δεν έχουν πρόβλημα, 250 έχουν πρόβλημα και το θεραπεύουν μόνοι τους, 240 αποτείνονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα, 9 στη δευτεροβάθμια και 1 στην τριτοβάθμια. Σε ερώτηση στους εκπαιδευομένους μου, πόσοι για την πρωτοβάθμια; Όλοι, διότι και οι πρώτοι χρειάζονται πρωτογενή πρόληψη.

Φοβόμαστε την λειτουργία των μονήρων, solo practice. Μάλιστα, κύριε Φωτήλα. Διότι, υπάρχει ένα πράγμα, που δεν μπαίνει στο νομοσχέδιο και ποιο είναι αυτό; Επισκέψεις κατ’ οίκον. Ο παθογνωμονικός δείκτης επιτυχίας της πρωτοβάθμιας, πώς, πού, με ποια μέσα; Πληρώνονται εξτρά, τί γίνεται, υπάρχει on call. Δεν θέλουμε, λοιπόν, solo practice, θα τον κόψουμε κομματάκια εκείνον τον γιατρό, θέλουμε group practice.

 Όσον αφορά στην ερώτηση του κ. Μαυρωτά, gate keeping. Κύριε Βλασταράκο, δεν θέλουμε gate keeping. Έχω μισήσει αυτή την αισχρή, επιθετική, αγγλοσαξονική ορολογία. Θέλουμε σύστημα παραπομπής. Όταν εγώ έχω έναν άρρωστο, τον βλέπω σε όλα τα πράγματα και ξαφνικά κάνει ένα θετικό …, τί θα του πω; Πήγαινε στην ευχή του Θεού; Τί συνολικός γιατρός του είμαι; Πείτε μου, στείλε τον στην Γ’ Χειρουργική του ΑΧΕΠΑ, όμως πρέπει να έχουμε reference system. Δεν υπάρχει σύστημα χωρίς reference system.

Μελέτη ,η απάντηση σε εσάς κ. Μαυρωτά. Οι γενικοί γιατροί στην Ελλάδα είναι 3.500, δυστυχώς, όμως βαλλόμαστε άσχημα από το brain day, σας είπε αμοιβές, ο κ. Βλασταράκος. Η πανευρωπαϊκή μελέτη, για την Ελλάδα ζητά 20.000 ειδικούς και 7.000 οικογενειακούς γιατρούς.

Όσον αφορά την κυρία Τζούφη, λυπάμαι πολύ, αν την έθιξα, δεν το ήθελα καθόλου. Εγώ δεν είμαι πολιτικός, εγώ είμαι επιστήμονας στο χώρο σχεδιασμού υπηρεσιών υγείας. Δέκα χρόνια συνεργάστηκα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας είτε θέλετε είτε δεν θέλετε, όπως και αν τα πείτε, υπάρχουν τριών ειδών Μονάδες Πρωτοβάθμιας. Το «Health Center», κανονικά δεν είναι το εγγλέζικο είναι το σκανδιναβικό, το «Group Practice», που είναι το εγγλέζικο και η σοβιετική «Polyclinica». Εγώ μίλησα με όρους επιστημονικούς. Δεν έχω τίποτα εναντίων κανενός σοβιέτ, κανενός. Αυτά είναι τα τρία είδη. Ρωτήστε τον ΠΟΥ να σας πει, όταν υπάρχει σε μια μονάδα πληθώρα, προβλέπονται 18 ειδικοί, ειδικών πώς το λέμε; Το λέμε Polyclinica σοβιετικού τύπου, δεν φταίω εγώ για την ορολογία, δεν την έκανα εγώ.

ΣΑΚΗΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ (Εισηγητής τους ΣΥ.ΡΙΖ.Α.): Εσείς το λέτε.

ΠΡΟΔΡΟΜΟΣ ΜΠΟΔΟΣΑΚΗΣ ΜΕΡΚΟΥΡΗΣ (Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Γενικής Ιατρικής): Να σας βοηθήσω σε ό,τι θέλετε αυτό που σας λέω όμως…

ΣΑΚΗΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ (Εισηγητής τους ΣΥ.ΡΙΖ.Α.): Δεν το λέει κανένας άλλος.

ΠΡΟΔΡΟΜΟΣ ΜΠΟΔΟΣΑΚΗΣ ΜΕΡΚΟΥΡΗΣ (Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Γενικής Ιατρικής): Κάνετε λάθος. Πηγαίνετε στον τρίτο όροφο του Υπουργείου και ρωτήστε τον Σύλβιο, το Μολδαβό, να σας πει πως λέγεται η πρωτοβάθμια μονάδα της Σοβιετικής Ένωσης, θα σας το πει. Ναι, υπάρχει εκπρόσωπος της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας.

Όσον αφορά στις δυο ερωτήσεις που έθεσε προς εμένα η κυρία Σκούφα. Σχετικά με την πρώτη, δεν υπήρξε ποτέ ελεύθερη επιλογή στην Ελλάδα, με το νόημα, δε, που τη δίνουν για όλες τις ειδικότητες, δεν θα μπορέσει να υπάρξει ποτέ. Μπορεί να υπάρξει ελεύθερη επιλογή οικογενειακού γιατρού και σας την περιέγραψα.

 Σχετικά με τη δεύτερη ερώτηση, όχι, δεν πρόκειται να συρρικνώσει τον ιδιωτικό τομέα, πολύ φοβάμαι ότι θα τον απλώσει.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Θα ήθελα να ενημερώσω το Σώμα ότι η προγραμματισμένη συνεδρίαση για τις 15:00 η ώρα, θα γίνει στις 16:00.

Το λόγο έχει η κυρία Μαστοράκου.

ΑΝΝΑ ΜΑΣΤΟΡΑΚΟΥ (Προέδρος της Ένωσης Ιατρών ΕΟΠΥΥ): Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε.

Ξεκινώντας από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, επειδή είχα κάποια επαφή με την Παγκόσμια Οργάνωση, η Παγκόσμια Οργάνωση- απαντώντας στο ερώτημα του κ. Φωτήλα- δεν τους ενδιαφέρει εάν θα είναι κρατικός ή δημόσιος ο φορέας που θα υλοποιεί ένα έργο, τους ενδιαφέρει να υπάρχει αξιολόγηση, να υπάρχουν προδιαγραφές, στόχευση και ουσιαστικά απόδοση του συστήματος. Επομένως, το ερώτημα είναι λανθασμένο.

Όσον αφορά την ερώτηση, αν καταργείται κατά πράξη και περίπτωση. Βεβαίως, καταργείται κατά πράξη και περίπτωση. Ο Οικογενειακός Γιατρός θα είναι per capita, δηλαδή, η αμοιβή του θα είναι ανάλογα με τον πληθυσμό ευθύνης και ο Ειδικός γιατρός, θα είναι κατά πάγια αντιμισθία. Το οποίο είναι μια δημοσιοϋπαλληλική αντιμετώπιση, πραγματικά, χωρίς κίνητρα η οποία πιστεύω ότι θα έχει μεγάλη επίδραση στην ποιότητα υπηρεσιών.

Όσον αφορά τώρα το ερώτημα που τέθηκε σχετικά με το φραγμό ροής προς τα νοσοκομεία. Το είχα πει και στη συνάντηση που είχα με τον Υπουργό. Υπάρχει ένα οξύμωρο στο νομοσχέδιο, όπου λέει το εξής: Ότι θα υπάρχει ένας συντονιστής ΠΦΥ, ο οποίος θα παραπέμπει κατά προτεραιότητα στο κρατικό σύστημα υγείας, που σημαίνει: Κέντρα υγείας ή το πρώην ΠΕΔΥΚ και τα νοσοκομεία. Μόνο σε περίπτωση που δεν βρει ανταπόκριση θα παραπέμπει στον ιδιωτικό τομέα, στον Ειδικό. Προσέξτε, όμως. Ο Ειδικός αμείβεται πλέον με πάγια αντιμισθία. Δηλαδή, τι κάνουμε εδώ; Έναν γιατρό τον πληρώνουμε ούτως ή άλλως με πάγια αντιμισθία στον ιδιωτικό τομέα, από την άλλη, όμως, βάζουμε φραγμό να μην του στείλουμε δουλειά, να τον βάλω να κάθεται γιατί έχουμε τη στόχευση να πηγαίνει στον κρατικό τομέα και στα νοσοκομεία.

Στα νοσοκομεία, όπου στη χώρα μας απασχολεί, δεσμεύει η νοσοκομειακή περίθαλψη το 42% των δαπανών, ενώ ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ είναι 30%, ενώ αντιθέτως η Πρωτοβάθμια δεσμεύει 22%, ενώ ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ είναι 30%. Τι σημαίνει; Ότι στέλνουμε πολλά περιστατικά ΠΦΥ στα νοσοκομεία, έχουμε πάρα πολλές ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, έχουμε αλόγιστη χρήση αντιβιοτικών και ανθεκτικότητα στα αντιβιοτικά. Γι' αυτό ζητούμε κατοχύρωση του ιατρικού έργου. Δεν έχει εφαρμοστεί ποτέ το φάρμακο χωρίς ιατρική συνταγή και το πληρώνουμε σε ανθρώπινες ζωές και κρίμα, αυτή τη στρέβλωση.

Τέταρτη παρατήρηση. Βεβαίως και υπάρχει μείωση των Ειδικών γιατρών στο σύστημα. Στην προηγούμενη διαβούλευση που είχε και σαφέστατη την αναλογία 1/25.000 οι καρδιολόγοι, παράδειγμα της Πάτρας. Αυτή τη στιγμή είναι 250.000 κάτοικοι στην ευρύτερη περιοχή της Πάτρας, έχουμε 50 καρδιολόγους μέσα στο δημόσιο σύστημα ΠΕΔΥ-ΕΟΠΥΥ, που σημαίνει ότι θα βρεθούν με 10 καρδιολόγους αυτοί οι άνθρωποι, και πραγματικά, θα υπάρχουν εμπόδια χρόνου, δηλαδή, τα ραντεβού πρόσβασης των ασφαλισμένων σ' αυτούς τους γιατρούς θα είναι τεράστια, όπως επίσης, δεν είναι σίγουρο ότι θα μπορούν να απορροφηθούν οι 2000 επισκέψεις σε γιατρούς του ΕΟΠΥΥ καθημερινά στην Πάτρα και οι 2000 αιμοληψίες. Πώς θα βρεθεί ο τρόπος να καλυφθούν αυτά.

Για το σημείο της παραπομπής, έχω να σας πω το εξής: Καταργείται το δικαίωμα της παραπομπής από Ειδικό γιατρό σε Ειδικό γιατρό. Οι χρόνιοι πάσχοντες θα αναφέρονται, προσέξτε, στον Οικογενειακό τους γιατρό. Δηλαδή, θα πρέπει να έχουν βάση αναφοράς στον Οικογενειακό και όχι τον Ειδικό τους γιατρό.

Τέλος, όσον αφορά τους νέους γιατρούς. Αυτή τη στιγμή έχουμε μια λαίλαπα που λέγεται ΕΦΚΑ. Οι νέοι γιατροί δεν μπορούν να αντέξουν στον ιδιωτικό τομέα, εδώ, υπάρχουν εγκατεστημένα ιατρεία που φεύγουν από τη χώρα. Καθημερινά, επειδή είμαι και Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου, δέχομαι χιλιάδες ερωτήματα σχετικά με θέσεις εργασίας στην Βρετανία και αλλού, όπου θέλουν Οικογενειακούς γιατρούς και οι αμοιβές είναι 5000 με 10.000 € και ζωή χαρισάμενη.

Ξέρουμε πολύ καλά τι σημαίνει ΕΣΠΑ, τι σημαίνουν πληρωμές, μας είχε υποσχεθεί ο Υπουργός συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ για τους νέους γιατρούς, και πραγματικά θα ήταν ευχής έργον. Έχουν όλοι δει, τι σημαίνει επικουρικός γιατρός και τι προοπτική δίνει το σύστημα σ’ αυτούς τους γιατρούς και επιμένω και πραγματικά θεωρώ, ότι δεν θα υπάρχει ενδιαφέρον.

Ευχαριστώ.

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

ΠΕΤΡΟΣ ΛΥΜΠΕΡΙΔΗΣ (Πρόεδρος του Πανελλήνιου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών Ελλάδος): Επειδή, ερωτηθήκαμε γενικώς όλοι οι φορείς από τους εκπροσώπους των κομμάτων για το νομοσχέδιο για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, είναι γεγονός ότι, όταν μια κυβέρνηση παίρνει απόφαση να αλλάξει κάτι οφείλουν οι φορείς να είναι εδώ και να υποβάλλουν τις προτάσεις τους. Εμείς νομίζουμε, ότι γίναμε σαφείς καταθέτοντας, όπως θα έπρεπε να είναι η διατύπωση, όσον αφορά το ρόλο για τους φυσικοθεραπευτές.

 Εγώ έχω να σας πω, επειδή βλέπω αρκετά το ρόλο του νομοσχεδίου και των ΤΟΜΥ, όσον αφορά την πρόληψη ότι ο φυσικοθεραπευτών, όσον αφορά τα κατ’οίκον, υπήρχαν μονάδες στο πρώην ΙΚΑ φυσικοθεραπευτές που επισκέπτονταν τους αρρώστους που δεν μπορούσαν να μετακινηθούν τα εγκεφαλικά κλπ.. Μετά με τη μόδα των κέντρων αποκατάστασης και τις παραπομπές, τη μεγάλη μάστιγα άρχισαν να χάνονται οι συνάδελφοι, να πληρώνουμε 4.500 και 5000 ευρώ το μηνα για σχεδόν γηροκομεία. Λοιπόν χάθηκε αυτό.

 Επίσης, ο κ. Πολάκης θυμάμαι που έλεγε, ότι από 16 εκατομμύρια πήγε στα 53 η δαπάνη για τις κατακλίσεις, για τα επιθέματα. Ο φυσιοθεραπευτής έχει ρόλο και έπρεπε να είναι εκεί στην πρόληψη των κατακλίσεων σε ασθενείς που είναι κλινήρεις, μειωμένης κινητικότητας. Σε όλους αυτούς νομίζω έχει ρόλο για αυτό ακριβώς προτείνουμε αυτό που προτείναμε στο άρθρο 14 σαν πρόσθετα στον επιστημονικό ρόλο του φυσιοθεραπευτή. Βέβαια, στην αρχή σας είπαμε πως πρέπει να δούμε πώς είναι το αγγλοσαξωνικό, πώς είναι το αμερικάνικο σύστημα, το νορβηγικό και το σουηδικό με διαγνωσμένες παθήσεις για την απευθείας παραπομπή του ασθενή διαγνωσμένης νόσου στο φυσιοθεραπευτή και βεβαίως και την πρόληψη.

 Πέρυσι, συμμετείχαμε στο πρόγραμμα «ΗΠΙΟΝΗ», καταθέσαμε προτάσεις, υλοποιήθηκε όσον αφορά την πρόληψη των πτώσεων, πολύ απλά τεστ που τα ξέρουν όλοι οι φυσικοθεραπευτές, που θα βοηθήσουν πάρα πολύ τους πληθυσμούς. Γιατί ένας ηλικιωμένος είναι προτιμότερο να τον εκπαιδεύεις να μην πέφτει παρά να πληρώνεις μετά χειρουργεία κλπ.. Νομίζουμε, ότι αυτός είναι ο ρόλος μας. Αναφέρθηκαν και οι προηγούμενοι και ο κ.Βλασταράκος, βεβαίως για την ηλεκτρονική κάρτα υγείας και το έχουμε συζητήσει με τον κ. Πολάκη. Νομίζω,είναι επιβεβλημένη τώρα να εφαρμοστεί ,ούτως ώστε, ότι υπάρχει επιλήψιμο μεταξύ ιδιώτη και ασθενή να περιοριστεί στο μηδέν. Ευχαριστώ.

ΣΠΥΡΟΣ ΡΟΥΜΕΛΙΩΤΗΣ (ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ): Κύριε Πρόεδρε, επιτρέψτε μου να συμπληρώσω κάτι.

 Κύριε Υπουργέ, ως Υπουργείο Υγείας μην απεμπολείτε το ρόλο σας να έχετε άποψη στα νομικώς κατοχυρωμένα επαγγέλματα στο χώρο της υγείας. Το λέω αυτό, διότι στις επόμενες μέρες θα ψηφιστεί το νομοσχέδιο που αφορά την επαγγελματική ισοδυναμία και αυτοί οι νέοι, οι οποίοι θα πάρουν επαγγελματική ισοδυναμία με τον πτυχιούχο φυσιοθεραπευτή των ΤΕΙ και των ισοτίμων σχολών, θα εργαστούν στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Πρέπει να έχετε καθοριστικό ρόλο και άποψη στα νομοθετικώς κατοχυρωμένα επαγγέλματα, με ποιο τρόπο θα πάρουν την επαγγελματική ισοδυναμία, αν τυχόν και ψηφιστεί αυτό το νομοθέτημα. Σας ευχαριστώ.

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

ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΣΑΡΑΦΙΑΝΟΣ (Πρόεδρος της Πανελλήνιας Ένωσης Ιδιωτικών Κλινικών): Να ξεκινήσω πρώτα με την τοποθέτηση του ΣΥΡΙΖΑ του κ.Παπαδόπουλου, που μίλησε για κάποια θεραπευτήρια τα οποία χρεώνουν πολλά μηδενικά. Ναι, θα συμφωνήσω ότι συμβαίνει αυτό. Βέβαια αυτά τα θεραπευτήρια εκτιμούνται στα δάχτυλα του ενός χεριού και είναι εν γνώσει των ασθενών που καταφεύγουν σε αυτά. Επιπλέον, ένα 8% του τζίρου τους, αφορά ασφαλισμένους στον ΕΟΠΥΥ. Το υπόλοιπο 92% είναι ιδιωτικές ασφάλειες και πληρωμή.

 Για τις ερωτήσεις του Εισηγητή της Νέας Δημοκρατίας του κ. Φωτήλα, πιστεύω ότι το ΕΣΥ περιλαμβάνει και τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα. Στην αποκατάσταση του αγαθού της υγείας, δεν έχει σημασία ποιος παρέχει, ποια δομή υγείας παρέχει την υπηρεσία, αλλά, ποιος είναι ο ιδιοκτήτης αυτής της μονάδας και ποιος την πληρώνει. Στη συγκεκριμένη περίπτωση της Ελλάδας, πληρώνει ο ΕΟΠΥΥ, γιατί όλοι μας είμαστε ασφαλισμένοι στο μοναδικό ασφαλιστικό ταμείο. Σημασία έχει, ποιος παρέχει με ασφάλεια με αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα τις υπηρεσίες υγείας. Για αυτό υπάρχουν και οι περιορισμοί, τα νομοθετήματα και οι έλεγχοι από το αρμόδιο Υπουργείο Υγείας.

Πιστεύω, ότι καλύτερη λύση, στη συγκεκριμένη στιγμή, με τη δημοσιονομική προσαρμογή, θα ήταν οι συμπράξεις ιδιωτικού με δημόσιο τομέα, από τις οποίες θα προέκυπταν κάποιες συνέργειες και θα είχαμε εξοικονομήσεις πόρων, για να μπορέσουμε να διορθώσουμε το σύστημα, που φυσικά κανένας δεν πιστεύει ότι λειτουργεί σωστά.

Αναφορικά με την ερώτηση, εάν θα δημιουργηθεί πρόβλημα με την ελεύθερη πρόσβαση προς τις κλινικές. Ναι. Όταν από τον οικογενειακό γιατρό, τον στέλνουμε στο δημόσιο νοσοκομείο, ποιος γιατρός δημόσιου νοσοκομείου θα υπογράψει παραπομπή προς ιδιωτική κλινική; Κανένας. Άρα, αυτό είναι μια λύση για να μειωθούν οι δαπάνες του ΕΟΠΥΥ προς τις κλινικές και να αλλάξει το δικό μας το πελατολόγιο και να χρεώνουμε τους ασθενείς ιδιωτικά. Εκεί θα πάει, διότι οι ιδιωτικές ασφάλειες δεν καλύπτουν όλους και όλες τις κλινικές, άρα θα πάμε προς ιδιωτική πληρωμή και τελικώς χαμένος θα είναι ο ασθενής.

Σχετικά με τη δικαστική διαμάχη, που υπάρχει για τις Μ.Η.Ν.. Πρόκειται για μια προσφυγή μιας ιδιωτικής οφθαλμολογικής κλινικής, ειδικής, δικάζεται στο Διοικητικό Εφετείο Αθηνών στις 10 Οκτωβρίου. Αφορά τις μεταβατικές διατάξεις υπουργικής απόφασης του κ. Βορίδη και είναι αίτηση ακύρωσης για τις άδειες που χορηγεί ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών. Υπήρξε μια μεταβατική υπουργική απόφαση, που προέβλεπε ότι όποιοι γιατροί διατηρούν ιατρείο, μπορούν να το μετατρέψουν σε Μ.Η.Ν., αρκεί να δώσει άδεια ο οικείος ιατρικός σύλλογος. Αφορά, λοιπόν, την προσφυγή μιας συγκεκριμένης κλινικής της Αττικής, στο Διοικητικό Εφετείο, για τις άδειες του ιατρικού συλλόγου Αθηνών.

Σχετικά με την ερώτηση του κ. Μαυρωτά. Η κοινοτική οδηγία για τις Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας είναι η υπ’ αριθ. 112/2006, που προβλέπει όμοια φορολογική μεταχείριση ίδιων ή παρόμοιων υπηρεσιών, κάνω πιστή μετάφραση.

Αναφορικά με κάποιες ερωτήσεις βουλευτών. Εάν μας αρέσει η σημερινή κατάσταση στο χώρο της περίθαλψης και τι πρέπει να αλλάξει; Φυσικά, δεν είναι ευχάριστη κατάσταση, όλοι το αναγνωρίζουμε, αλλά με τα σημερινά οικονομικά δεδομένα της χώρας, που μακάρι να ήταν τελείως διαφορετικά, θα πρέπει να αξιοποιήσουμε τις σημερινές δομές, τόσο στην πρωτοβάθμια, όσο και στη δευτεροβάθμια.

Στην πρωτοβάθμια υπάρχει ο ιδιωτικός τομέας, ο οποίος έχει εξοπλισμό τελευταίας τεχνολογίας και θα μπορούσαμε να τον αξιοποιήσουμε και να τον τελειοποιήσουμε και φυσικά να αναπτύξουμε κέντρα υγείας αστικού τύπου, τα οποία θα έχουν μικρότερο κόστος.

Στο δευτεροβάθμιο τομέα, θα μπορούσε να υπάρξει, όπως υπάρχει και μέχρι σήμερα, συνεργασία δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα και να γίνεται ελεύθερη επιλογή. Μην ξεχνάμε ότι μέχρι το 2011 το Ι.Κ.Α. δεν επέτρεπε απευθείας νοσηλεία σε ιδιωτικές κλινικές, αλλά έπρεπε να υπάρχει η σφραγίδα του επείγοντος, για να μπορέσουμε να κάνουμε εισαγωγή ασθενούς. Βέβαια, στην πράξη αυτό, όσο περνούσαν τα χρόνια, δεν εφαρμοζόταν.

Σχετικά με την ερώτηση της κυρίας Τζούφη. Ναι, θα συμφωνήσω μαζί της, ότι τα κέντρα υγείας αστικού τύπου είναι μια καλή ιδέα και θα προκαλούσε αποσυμφόρηση νοσηλείας και στα νοσοκομεία, που καταφεύγουμε όλοι μας.

Όσον αφορά στους νέους γιατρούς, επειδή έχω κι εγώ ιδιωτική κλινική, το πιο δύσκολο σήμερα είναι να βρεις γιατρό και νοσηλευτή. Δεν υπάρχουν, έχουν φύγει όλοι στο εξωτερικό, ακόμη και οι δικοί μου γιατροί έχουν φύγει. Στην Αγγλία δίνουν 7.000 με 10.000 το μήνα, όπως και στη Γαλλία. Είναι μεγάλα τα ποσά, που δίνουν έξω και τα νέα παιδιά που δεν έχουν οικογένειες φεύγουν πολύ εύκολα, δεν είναι στη δική μας ηλικία, που δύσκολα φεύγουμε, εάν και ο ορθοπεδικός μου, ο οποίος είναι 50αρης, για μια βδομάδα, για να κάνει κάποια χειρουργεία στη Γερμανία, παίρνει 5000 ευρώ και έχει την οικογένειά στη Θεσσαλονίκη.

ΠΑΥΛΟΣ ΠΟΛΑΚΗΣ (Αναπληρωτής Υπουργός Υγείας): Πόσο του δίνετε εσείς;

ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΣΑΡΑΦΙΑΝΟΣ (Πρόεδρος της Πανελλήνιας ΄Ένωσης Ιδιωτικών Κλινικών): Ρωτήθηκα για τα φαρμακεία και επειδή τυγχάνει να είμαι και φαρμακοποιός, με φαρμακείο εν λειτουργία, υπάρχει υποχρέωση να έχουμε φαρμακοποιό, έστω μισθωτό. Εγώ, σήμερα που λείπω, έχω φυσικά φαρμακοποιό μισθωτό, ο οποίος είναι σε φαρμακείο μου και επειδή εφαρμόζω διευρυμένο ωράριο, έχω δύο φαρμακοποιούς, όταν απουσιάζω ή είμαι στην κλινική.

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

ΙΩΑΝΝΗΣ ΔΑΤΣΕΡΗΣ (Αντιπρόεδρος Πανελλήνιας Ένωσης Μονάδων Ημερήσιας Νοσηλείας – Μ.Η.Ν.): Όσον αφορά στο Διοικητικό Εφετείο, όντως είναι μια οφθαλμολογική κλινική, η οποία στρέφεται εναντίον των Μ.Η.Ν., που πήραν με τις μεταβατικές διατάξεις άδεια από τον Ιατρικό Σύλλογο. Στράφηκε εναντίον όλων των Μ.Η.Ν., που πήραν άδεια, πλην μιας δικής της, γιατί και αυτή η κλινική έχει κάνει μια Μ.Η.Ν. στο Περιστέρι, που έχει πάρει και αυτή άδεια από τον Ιατρικό Σύλλογο, όλα αυτά όμως θα πάρουν τη δικαστική οδό.

Όσο αφορά την ερώτηση του κυρίου Μαυρωτά, για ποιο λόγο ζητάμε λίγο μεγαλύτερο χρόνο προσαρμογής. Θεωρούμε ότι αν κάτι αλλάξει φοβερά μέσα από τις προδιαγραφές, οι 12 μήνες είναι λίγοι. Ήδη, σας ανέφερα ότι οι κλινικές, σε παρόμοιες περιπτώσεις, έχουν πάρει πάρα πολύ χρόνο προσαρμογής και θεωρούμε ότι μπορεί να φτάσει μέχρι τα 5 χρόνια ο χρόνος προσαρμογής, γιατί είναι πολύ δύσκολο για ανθρώπους που έχουν κάνει μεγάλη επένδυση, και έχουν ξοδέψει σε κτίρια. Το να μεταφερθούν μέσα σε 12 μήνες να πάνε να βρουν χώρο, να μεταφέρουν τις δομές τους, είναι πάρα πολύ δύσκολο. Για αυτό το λόγο το ζητήσαμε. Τέλος, για την καθυστέρηση αδειοδότησης που υπάρχει στην Αθήνα, όντως, υπήρχε ένα πρόβλημα στην Αττική και είχε πάει ο Πρόεδρος μας, ο κύριος Χρονόπουλος, στην Περιφέρεια Αττικής. Νομίζω αυτήν τη στιγμή έχει αρχίσει η αδειοδότηση στην Αττική και είμαστε σε φάση που σιγά - σιγά παίρνουμε καινούργιες άδειες.

Θέλω να επαναλάβω τελειώνοντας, για το θέμα της συστέγασης. Θέλω να κάνω μια πρόταση, γιατί είπαμε ότι η συστέγαση δεν υπάρχει σε ΚΦΥ με ΜΗΝ. Θα μπορούσε, ειδικά για να μην υπάρξει πρόβλημα με πολλές ειδικότητες και χαλάσει ο θεσμός, να υπάρξει συστέγαση μόνο με ίδιες ειδικότητας. Δηλαδή, αν ένας οφθαλμίατρος θέλει να έχει και το ιατρείο του μέσα, να είναι της ίδιας ειδικότητες. Αν είναι κανείς παθολόγος σε παθολογική ΜΗΝ, να κάνει και το ιατρείο του μέσα. Είναι μια λύση που μπορούμε να βάλουμε, τη συστέγαση με ίδιας ειδικότητας ΚΦΥ. Όσο αφορά τη χρήση κτιρίου, πρέπει να υπάρχει ειδικό κτίριο, όπως αυτά που έχουμε τώρα στα ιατρεία μας. Ευχαριστώ πολύ.

ΚΩΣΤΑΣ ΜΠΑΡΚΑΣ (Αντιπρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει ο κύριος Κατσίκης.

ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΚΑΤΣΙΚΗΣ (Πρόεδρος της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας): Θέλω να μεταφέρω τη θέση του Δ.Σ. της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, η οποία, μάλιστα, έγινε χθες. Δεν υπήρξε απόφαση για την απόσυρση του σχεδίου νόμου. Αποφασίσαμε, μέσα από τη συζήτηση, να αναδείξουμε το σοβαρό αυτό θέμα της πρωτοβάθμιας, το οποίο μας αφορά καθοριστικά και το οποίο θεωρούμε ότι δεν αποσαφηνίζεται στο συγκεκριμένο νομοσχέδιο, δεδομένου ότι παραπέμπει σε πολλές υπουργικές αποφάσεις, έχει αδυναμίες ή ασάφειες, τις οποίες δεν μπορούμε να αγνοήσουμε και για αυτό άλλωστε έχουμε υποβάλει και τις ερωτήσεις μας και τις δικές μας εισηγήσεις.

Είπα στην εισήγησή μου ότι τελευταία προστέθηκε στο σχέδιο νόμου για το θέμα του ελεύθερου επαγγελματία, ότι δεν αποσαφηνίζει και εδώ σαφώς τι γίνεται. Υπάρχουν ερωτηματικά τα οποία καταθέσαμε και σε υπόμνημα. Πιστεύω πως θα υπάρξουν απαντήσεις όταν γίνει η συζήτηση κατ’ άρθρο. Ενώ η στοματική υγεία είναι δείκτης πολιτισμού για μια χώρα, οι παροχές για τη χώρα μας την αδικούν και την υποβαθμίζουν. Πιστεύω, λοιπόν, πως η πολιτική για τη στοματική υγεία στη χώρα μας, δεν προσφέρεται για αξιολόγηση υπηρεσιών κατά γενική ομολογία, διότι πάσχει, κουβαλάει αμαρτίες από το παρελθόν, όπως ξέρετε και είμαστε σε πολύ δύσκολη θέση.

Είπαμε ότι θα μας δινόταν η ευκαιρία να βρεθούμε εδώ, να βελτιώσουμε τις θέσεις μας και πιστεύω ότι, αν μπορέσουμε κάτι να καταφέρουμε. Βέβαια, είναι πολύ δύσκολο με τις συνθήκες τις οποίες διέρχεται αυτή τη στιγμή η χώρα μας. Θα πρέπει να ξέρουμε ότι συμβάσεις δεν υπάρχουν. Υπάρχει μόνο το δημόσιο σύστημα. Βέβαια, δεν υπάρχουν για 25 χρόνια. Πριν από 25 χρόνια δεν έχουμε συμβάσεις. Επίσης, στο πρώην σύστημα, που ήταν το Ι.Κ.Α., προσέφευγαν μόνο το 15% για να πάρουν οδοντιατρική περίθαλψη. Οι υπόλοιποι προσέφυγαν στον οδοντίατρο και προσπαθούσαν με τα υφιστάμενα τότε βιβλιάρια να έχουν περίθαλψη.

Όσο αφορά την πρόληψη και αγωγή για το επάγγελμά μας, την κάνουμε εθελοντικά οι οδοντιατρικοί σύλλογοι και η Οδοντιατρική Ομοσπονδία. Από μόνοι μας έχουμε φτιάξει τον επιδημιολογικό χάρτη της χώρας μας και έχουμε κάνει για την αγωγή στοματικής υγείας δωρεάν στα δημοτικά σχολεία, για να υπάρξει βιωματική μάθηση. Δηλαδή, προσφέρουμε όπου ζητάνε τη βοήθειά μας και με δεδομένο ότι τώρα με την κρίση και με τους μετανάστες είμαστε πάντα παρόντες. Από την άλλη πλευρά, όμως, δεν βρίσκουμε να υπάρχει ανταπόκριση από την Πολιτεία για τις θέσεις μας αυτές. Εμείς ζητάμε ένα ξεκάθαρο τοπίο, το οποίο θα προταθεί και στο οποίο επιγραμματικά θέλω να πω ότι η ειδική αναφορά γίνεται στον ΠΙΣ και στους γιατρούς. Για τους οδοντιάτρους, βλέπω ότι υπάρχει μια διαφορετική διατύπωση στο νομοσχέδιο.

Θέλω να ξέρω αν εκεί που λένε για συλλογικές συμβάσεις του ΠΥΣ, θεωρεί και συλλογικές συμβάσεις με την Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία ή αν εννοεί κάτι άλλο. Θεωρώ ότι πρέπει να αποσαφηνιστεί αυτό. Επίσης, λέμε ότι θα προσλαμβάνονται οδοντίατροι στον ΕΟΠΥΥ. Πως θα προσλαμβάνονται; Και σε ένα άρθρο του νομοσχεδίου λέει ότι όταν υπάρχει αδυναμία παροχής, τότε θα συναποφασίζουν με τους φορείς για την πρόσληψη οδοντιάτρων στον ΕΟΠΥΥ. Ποιος θα καθορίζει την αδυναμία της παροχής και ποια θα είναι τα κριτήρια με τα οποία θα προσλαμβάνονται αυτοί οι συνάδελφοι;

Στο έντυπο που πήραμε όταν επισκεφτήκαμε το Υπουργείο αναφορικά με τις συμβάσεις, έλεγε ότι δεν θα είναι το κρατικό τιμολόγιο αλλά τιμές ανά κοστολόγηση που θα συμφωνούνται μεταξύ μας. Εδώ πάλι, στο νομοσχέδιο κάνει αναφορά για το κρατικό τιμολόγιο και αν πάμε εκεί πάμε σε 5 ευρώ το σφράγισμα. Τι θα μπορούμε να κάνουμε με 5 ευρώ το σφράγισμα με το κρατικό τιμολόγιο να δώσουμε; Στο σύστημα προβλέπεται ένας οδοντίατρος ανά 10.000 κατοίκους, είναι πολύ μικρή αυτή η αναλογία. Υπάρχει αδυναμία παροχής περίθαλψης με αυτή την αναλογία. Έχουμε καταθέσει προτάσεις για όλα αυτά και παρακαλούμε να τις λάβετε υπόψη.

ΚΩΣΤΑΣ ΜΠΑΡΚΑΣ (Αντιπρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει ο κύριος Κατσούλας.

ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΚΑΤΣΟΥΛΑΣ (Πρόεδρος του Συλλόγου Εργαζομένων ΟΕΦ): Στο ερώτημα του κυρίου Μαυρωτά για την εξίσωση των αποδοχών των εργαζομένων του ΕΟΦ, θα αναφέρω ότι οι εργαζόμενοι είναι ενταγμένοι στο ενιαίο μισθολόγιο με όλες τις προβλέψεις που υπάρχουν εκεί δηλαδή, δεν υπάρχουν επιδόματα, δώρα Χριστουγέννων, Πάσχα και αδείας όπως και η πλειοψηφία των εργαζομένων στο δημόσιο. Θα αναφέρω ότι με το πρώτο Μνημόνιο που ενταχθήκαμε στο ενιαίο μισθολόγιο, ήμασταν από τις υπηρεσίες που ενταχθήκαμε άμεσα χωρίς καθυστέρηση, προβλεπόταν ότι αν η μείωση των αποδοχών ήταν πάνω από 25%, τότε θα μπορούσε να διατηρείται η υπερβάλλουσα μείωση ή ως προσωπική διαφορά και μάλιστα προσωρινά, έως ότου επιτευχθούν τα κίνητρα επίτευξης στόχων. Ως γνωστόν κίνητρα επίτευξης στόχων δεν ήρθαν ποτέ, και παρέμεινε η υπερβάλλουσα μείωση.

Οι νέοι συνάδελφοι που έχουν έρθει και εδώ χαίρομαι για το ερώτημα γιατί θα μου δοθεί η δυνατότητα να πω για την υψηλή εξειδίκευση και θα δώσω παραδείγματα, γιατρός με 20 χρόνια προϋπηρεσία και με εμπειρία στο ελεύθερο επάγγελμα, φαρμακοποιός με διδακτορικό χωρίς προϋπηρεσία, χημικός μηχανικός δηλαδή απόφοιτος Πολυτεχνείου με μεταπτυχιακό και με προϋπηρεσία στον ιδιωτικό τομέα, χημικός με δύο διδακτορικά, φαρμακοποιός με τρία μάστερ, τι κοινό έχουν; Όλοι αυτοί έχουν μηνιαίες αποδοχές κάτω από 1.000. Δεν συζητώ για διοικητικούς υπαλλήλους.

Άρα, με αυτό το άρθρο, έρχεστε και εμείς επικροτούμε για να υπάρξει η εξομοίωση αυτών των αποδοχών. Και μάλιστα, μόνο στην περίπτωση ότι θα έχει υπάρξει υπέρβαση του θετικού ετήσιου αποτελέσματος στόχων, άρα υπάρχουν και προϋποθέσεις. Επισημαίνοντας ότι μιλάμε για μια υπηρεσία, φέρνει έσοδα είναι αυτοχρηματοδοτούμενη, δεν επιβαρύνει τον προϋπολογισμό και μιλάμε για έσοδα των 20.000.000 το χρόνο. Μια παράκληση στον κύριο Υπουργό, αυτό το άρθρο όταν ψηφιστεί εφόσον έχει την ΚΥΑ θα πρέπει να συνεργαστούμε να εφαρμοστεί το συγκεκριμένο και να μην μείνει στα χαρτιά. Ευχαριστώ πολύ.

ΚΩΣΤΑΣ ΜΠΑΡΚΑΣ (Αντιπρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει η κυρία Βιβιλάκη.

ΒΙΚΤΩΡΙΑ ΒΙΒΙΛΑΚΗ (Πρόεδρος του Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών Αθήνας): Σε δύο σημεία θα ήθελα να σταθώ, επειδή πραγματικά μου προκάλεσε έκπληξη ιδιαίτερα από τον εκπρόσωπο της ΝΔ, η έμφαση που δίνεται στην ιατρικοποίηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Όλες οι ερωτήσεις αφορούσαν τους γιατρούς και τις διάφορες αντιξοότητες που ίσως προκύψουν μέσα από τον καινούργιο αυτό νόμο.

Θέλω να πω, ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε όλη την Ευρώπη και αυτό το λέω όχι μόνο για τις μαίες που εκπροσωπώ επειδή λείπουν και οι νοσηλευτές και οι επισκέπτες και θεωρώ ότι έχουν την ίδια θέση σε αυτό το θέμα με εμάς, όπως και οι φυσιοθεραπευτές παντού ασκείται από επαγγελματίες υγείας, πλην του ιατρικού κλάδου, γιατί αφορά υγιή πληθυσμό. Αυτό θα πρέπει ως φιλοσοφία, να εννοηθεί και από την Νέα Δημοκρατία. Δεν μπορούμε αυτή τη στιγμή να μιλάμε μόνο για γιατρούς.

Το δεύτερο, που θα ήθελα να πω είναι ότι όσον αφορά στα θέματα της δημόσιας υγείας, ένα βασικό θέμα δημόσιας υγείας, είναι οι καισαρικές τομές και το υψηλό ποσοστό καισαρικών τομών. Για αυτό το λόγο χαιρετίζουμε αυτή την προσπάθεια από το Υπουργείο, που δίνει έμφαση στις υπηρεσίες πρόληψης και ενημέρωσης των γυναικών στην προγεννητική περίοδο που γίνεται από τις μαίες.

Έχει φανεί από την παγκόσμια βιβλιογραφία ότι η μείωση των καισαρικών τομών, γίνεται και αυτό το είχε πει και ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας που έβγαλε τώρα πρόσφατα, μετά από πρόσκληση του Υπουργείου, μια έκθεση για το πώς θα μειωθούν οι καισαρικές τομές. Είπε, βάλτε μαίες στην πρωτοβάθμια. Πως θα τις βάλετε τις μαίες, δεν θα πρέπει να τους δώσετε τις δυνατότητες, για να μπορέσουν να βοηθήσουν τις γυναίκες; Πως θα τις βοηθήσουν τις γυναίκες; Και αυτό δεν είναι κάτι που εισάγεται τώρα, υπάρχει από το ΄50 που σας είπαμε, απλά με την ΗΔΙΚΑ, δεν είχε δοθεί η δυνατότητα στις μαίες να κάνουν αυτό που από το ρόλο τους. Υπάρχει και σε ευρωπαϊκή οδηγία από το 1980. Ερχόντουσαν εδώ οι μαίες να βοηθήσουν τους μετανάστες στα camps και μας έλεγαν ότι δεν μπορούμε να συνταγογραφήσουμε στις μετανάστριες. Δεν μπορούμε να βοηθήσουμε τον πληθυσμό αυτό που ερχόντουσαν, ως εθελόντριες εδώ πέρα. Δηλαδή έχουμε και παράβαση της ευρωπαϊκής οδηγίας, αναφορικά με το ρόλο της μαίας.

Συνεπώς, όσον αφορά αυτό που ρώτησε ο κ. Μαυρωτάς για την ποσόστωση υπάρχει τεκμηρίωση από την βιβλιογραφία, ότι πρέπει να έχουμε μια μαία ανά δύο χιλιάδες γυναίκες. Δηλαδή εμάς ο στόχος και η αναφορά μας στον πληθυσμό, δεν έχει να κάνει με το γενικό πληθυσμό ευθύνης στο κέντρο υγείας ή στην πρωτοβάθμια δομή. Έχει να κάνει με τις γυναίκες. Γιατί οι μαίες είμαστε εδώ για τις γυναίκες και για αυτό το λόγο, θα ζητήσω αυτό το βήμα που γίνεται από το Υπουργείο, να μην είναι μετέωρο. Και να βάλετε και υπόλοιπες προληπτικές εξετάσεις για το γυναικολογικό καρκίνο, όπως η μαστογραφία, δεν ξέρω εάν το γράψατε κύριε Βαρδαρέ, όπως η καλλιέργεια του κολπικού υγρού, όπως και το υπερηχογράφημα που είναι πολύ σημαντικό και που είμαστε εκπαιδευμένες να το κάνουμε.

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

ΧΑΡΙΣΗΣ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ (Πρόεδρος του Συλλόγου Εργαζομένων Πρώτης και Δεύτερης ΥΠΕ): Εγώ θα ήθελα να τοποθετηθώ και θα τα πάρουμε τα πράγματα εξ αρχής. Ότι τα δημόσια εργαστήρια προσφέρουν ποιότητα, ας το πούμε στο σύστημα υγείας. Υπάρχουν κεντρικά εργαστήρια, δεν υπάρχουν αιμοληπτήρια. Υπάρχουν δηλαδή εργαστήρια ανά μονάδα και ανά κέντρο υγείας, που εκτελούν τις εξετάσεις και από εκεί και πέρα οι κοστοβόρες εξετάσεις μεταφέρονται με προδιαγραφές, με εταιρεία courier πιστοποιημένη. Και ας βρεθούν και τα διαγνωστικά κέντρα και τα μικροβιολογικά της γειτονιάς να πληρώσουν τον courier, όπως τον πληρώνουμε εμείς, για να πάνε τα αίματα ασφαλή με όλες τις προδιαγραφές στο κεντρικό εργαστήριο.

Ενημερώνουμε ακόμη ότι και οι πιο δύσκολες εξετάσεις, εκτελούνται μέσα στο πρώτο 8ωρο.

Από εκεί και πέρα, εμείς στηρίζουμε την μεταρρύθμιση του Υπουργείου Υγείας, στηρίζουμε τα ΤΟΜΥ, γιατί είναι ένα νομοσχέδιο, το οποίο μας έχει βοηθήσει, έχει βοηθήσει τον πληθυσμό. Εξυπηρετούμε 2,5 εκατ. ανασφάλιστους που περνάνε από εμάς και με τις νοσηλεύτριες και με τις μαίες και με το προσωπικό. Μια βοήθεια λίγο στους γιατρούς ειδικοτήτων θέλουμε και από εκεί και πέρα εγώ νομίζω ότι είναι προς τη σωστή κατεύθυνση. Θέλουμε ακόμα πολύ δρόμο. Εμείς ως σύλλογος εργαζομένων θα βάλουμε πλάτη, είμαστε ο μεγαλύτερος σύλλογος και αντιπροσωπεύουμε όλη την Αττική. Δεν θέλουμε διχόνοιες και διαμάχες. Ο ιδιωτικός τομέας θα κάνει αυτό που πρέπει. Ο δημόσιος τομέας θα κάνει αυτό που πρέπει. Δεν υπάρχει κρατικοποίηση του τομέα υγείας. Τα κέρδη είναι πάρα πολύ μεγάλα και στον ιδιωτικό τομέα. Σωστή διαχείριση να γίνει και από εκεί, να μην υπάρχει προκλητή ζήτηση, να γίνει ο φάκελος και η κάρτα υγείας όπως πρέπει.

Αυτά ήθελα να πω, δεν θέλω να καταχραστώ τον χρόνο. Και πάλι στηρίζουμε ως Σύλλογος Εργαζομένων όλη αυτή την προσπάθεια του Υπουργείου και μπράβο.

ΚΩΣΤΑΣ ΜΠΑΡΚΑΣ (Προεδρεύων της Επιτροπής): Το λόγο έχει ο κ. Γαλανόπουλος.

ΙΩΑΝΝΗΣ ΓΑΛΑΝΟΠΟΥΛΟΣ (Μέλος της Εκτελεστικής Γραμματείας της Ομοσπονδίας Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδας ΟΕΝΓΕ): Ευχαριστώ πολύ. Σε καμία περίπτωση επειδή ετέθη το ερώτημα δεν θεωρούμε ότι το υπάρχον σύστημα περίθαλψης, όπως αυτό είναι διαμορφωμένο, καλύπτει τις ανάγκες του πληθυσμού, κάθε άλλο μάλιστα και οπωσδήποτε θα έπρεπε να αλλάξει. Εμείς, ως Ομοσπονδία Νοσοκομειακών Γιατρών έχουμε συγκεκριμένες διεκδικήσεις. Λέμε, δηλαδή, ότι πρέπει να αναπτυχθεί πλήρως ένα αποκλειστικά δημόσιο και δωρεάν σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με κέντρα υγείας που θα είναι πλήρως στελεχωμένα με μόνιμο προσωπικό, το οποίο θα δουλεύει με πλήρη και αποκλειστική απασχόληση, με γιατρούς όλων των ειδικοτήτων και με υγειονομικούς όλων των κλάδων. Θα πρέπει να δουλεύει σε 24ωρη βάση, για να μπορεί να παρέχει υψηλού επιπέδου υπηρεσίες.

Αυτό που έρχεται σήμερα με αυτή τη δομή, όπως διαβάσαμε, φαίνεται να είναι μια υποστελεχωμένη κατάσταση, με προσωπικό που ως επί το πλείστον, θα εργάζεται με ελαστικές σχέσεις εργασίας και με αμφίβολη χρηματοδότηση που θα προέρχεται από το ΕΣΠΑ για ένα διάστημα και μετά από αυτό ποιος ξέρει τι. Εμπλέκονται μέσα οι δήμοι ως προς την χρηματοδότηση. Αυτό ανοίγει άλλες διαδικασίες που δεν είναι καλές, γιατί τα λεφτά των δήμων είναι και λεφτά των πολιτών, είναι έμμεση ή άμεση φορολογία και οπωσδήποτε και η κινητικότητα των γιατρών που θα υπηρετούν σε αυτές τις δομές σε ότι αφορά τις μετακινήσεις στα νοσοκομεία ή στα κέντρα υγείας, αλλά πολύ περισσότερο και η συμμετοχή στα απογευματινά ιατρεία, είναι μια εξέλιξη, τουλάχιστον, αρνητική. Δηλαδή, υπάρχει έλλειψη, υπάρχουν τρύπες που δεν έχουμε πώς να τις μπαλώσουμε και παίρνουμε προσωπικό από τις δομές της πρωτοβάθμιας και για να μην διαμαρτύρονται και μας χαλάσουν την κατάσταση, τους βάζουμε στα απογευματινά ιατρεία, για να βγάζουν λεφτά. Αυτό φαίνεται στα δικά μας τα μάτια. Έτσι επιγραμματικά, αυτά τα στοιχεία.

Σε καμία περίπτωση, ξαναλέω, δεν υπερασπιζόμαστε αυτή την κατάσταση. Πρέπει να αλλάξει, όχι όμως με βάση αυτό που προτείνετε.

Ένα τελευταίο σχόλιο. Δεν νομίζουμε ότι ζημιώνεται ο ιδιωτικός τομέας, κάθε άλλο, μέσα απ’ αυτό το νομοσχέδιο. Η καλύτερη απάντηση αν θέλαμε να μιλήσουμε για ένα σύστημα υγείας που θα υπηρετούσε τις ανάγκες των πολιτών, είναι να προσληφθεί εδώ και τώρα μόνιμο προσωπικό και γιατροί και νοσηλευτές και όλα τα επαγγέλματα που χρειάζονται, να δουλέψουν και να αναπτυχθούν όλες οι δημόσιες δομές, όπως πρέπει, για να υπηρετούν τις ανάγκες των πολιτών. Όλα τα υπόλοιπα νομίζουμε ότι δεν οδηγούν στη σωστή κατεύθυνση.

Ευχαριστώ πολύ.

ΚΩΣΤΑΣ ΜΠΑΡΚΑΣ (Προεδρεύων της Επιτροπής): Το λόγο έχει ο κ. Υπουργός.

ΑΝΔΡΕΑΣ ΞΑΝΘΟΣ (Υπουργός Υγείας): Ευχαριστώ πολύ για την πολύωρη συζήτηση. Νομίζω ότι όντως είναι χρήσιμος αυτός ο διάλογος. Εμείς δεν αποδεχόμαστε την κριτική, ότι δεν υπήρξε διαβούλευση. Θυμίζω ότι αυτή η συζήτηση έχει ξεκινήσει εδώ και πάνω από 1,5 – 2 χρόνια. Από το αρχικό προσχέδιο της Ομάδας Εργασίας που είχαμε συστήσει υπήρξαν επανειλημμένες συζητήσεις με τους βασικούς φορείς που ασχολούνται με το θέμα της υγείας και ιδιαίτερα της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Στην τελική του κατάληξη το νομοσχέδιο, όταν πια τέθηκε σε δημόσια διαβούλευση, κάναμε ένα πολύ μεγάλο γύρο συζητήσεων, ως Υπουργείο Υγείας, με πάρα πολλούς από εσάς. Είχαμε τη δυνατότητα να συνομιλήσουμε επί του νομοσχεδίου.

Κάναμε πολύ εκτεταμένη διαβούλευση με όλες τις αιρετές περιφέρειες και με τις 13 αιρετές περιφέρειας, εξηγήσαμε τη φιλοσοφία της παρέμβασης, εξηγήσαμε όλο τον τρόπο άντλησης πόρων από το ΕΣΠΑ κ.λπ. κ.λπ. και ζητήσαμε τη συνδρομή της αιρετής περιφέρειας και, μάλιστα, οφείλω να πω – λείπει ο κ. Αγοραστός – ότι όταν κάναμε την αρχική συζήτηση μαζί τους δεν υπήρχε τότε η προτεραιοποίηση στο ΕΣΠΑ από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και αυτό, οι ίδιοι οι Περιφερειάρχες, μας το είχαν επισημάνει ως πρόβλημα και το ενσωματώσαμε στη συνέχεια στον νέο σχεδιασμό. Πραγματικά, πιστεύω ότι έχουν αντιληφθεί σήμερα οι αυτοδιοικητικοί και της δευτεροβάθμιας αυτοδιοίκησης, αλλά και της πρωτοβάθμιας, την κοινωνική ανταποδοτικότητα αυτής της παρέμβασης και γι' αυτό, στην πλειονότητά τους, θεωρούν ότι είναι προς τη σωστή κατεύθυνση Βεβαίως, μπορεί να εκφράζουν κάποιες επιφυλάξεις για την βιωσιμότητα, τη συνέχεια κ.λπ. που είναι βάσιμες, αλλά δεν αμφισβητούν ότι είναι μια παρέμβαση η οποία μπορεί να έχει θετική επίδραση στη λειτουργία του συστήματος υγείας.

Θεωρώ ότι από τη συζήτηση, αυτό το οποίο προκύπτει είναι ότι αυτό το νομοσχέδιο είναι μια καλή βάση συζήτησης για μια αλλαγή που εκκρεμεί εδώ και χρόνια, για μια θεσμική μεταρρύθμιση στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας, η οποία, στην πραγματικότητα, ποτέ δεν επιχειρήθηκε.

Θεωρώ ότι η προσπάθεια που έγινε από κάποιους φορείς, στο προηγούμενο διάστημα, να υπάρξει μια γραμμή απόσυρσης του νομοσχεδίου, ότι δεν αποτελεί βάση συζήτησης, αυτό, ανεξάρτητα από τις πολιτικές τοποθετήσεις των ανθρώπων που είναι στις πολλαπλές εκπροσωπήσεις που υπάρχουν, τις επιστημονικές και τις συνδικαλιστικές, νομίζω ότι είναι μια βάση συζήτησης και υπάρχουν κατά την άποψή μου δύο επίπεδα κριτικής:

Το ένα επίπεδο κριτικής λέει ότι είναι σε γενικές γραμμές προς τη σωστή κατεύθυνση, επιχειρεί να καλύψει ένα πραγματικό κενό το οποίο υπάρχει στην πρωτοβάθμια φροντίδα στη χώρα μας και στη λειτουργία του συστήματος, αλλά έχουμε επιφυλάξεις για τους όρους, τις προϋποθέσεις, την προοπτική, τη συνέχεια, τη χρηματοδότηση, τη στελέχωση κ.λπ. Απολύτως θεμιτή αυτή η κριτική και την παίρνουμε πάρα πολύ σοβαρά υπόψη μας.

Υπάρχει και μια άλλη κριτική η οποία λέει ότι είναι σε λάθος κατεύθυνση για δύο, όμως, βασικούς λόγους: Είτε διότι μια κριτική, επιτρέψτε μου, σχηματικά να την πω, από τα αριστερά λέει ότι είναι μια αλλαγή η οποία θα επιδεινώσει την ήδη προβληματική λειτουργία του συστήματος υγείας, θα οδηγήσει σε περικοπή παροχών, θα οδηγήσει σε εμπόδια πρόσβασης, θα οδηγήσει, μάλιστα, σε ιδιωτικοποίηση. Ασκείται και αυτή η κριτική, ότι θα είναι μια πιο ιδιωτικοποιημένη, ας πούμε, εκδοχή του συστήματος υγείας μετά από αυτό το νομοσχέδιο. Αυτή είναι η μία κριτική και η άλλη κριτική είναι αυτή η οποία λέει ότι εδώ έχουμε να κάνουμε με έναν άκρατο κρατισμό, ο οποίος εμποδίζει την ελεύθερη επιλογή, βάζει εμπόδια, βάζει ένα ασφυκτικό πλαίσιο, θα δυσκολέψει την εξυπηρέτηση των πολιτών.

Δεν θέλω να μπω επί της ουσίας να αναπτύξω επιχειρήματα σ’ αυτά και νομίζω ότι ο λόγος σήμερα της συζήτησης δεν είναι να απαντήσουμε εμείς ως πολιτική ηγεσία στην επιχειρηματολογία των κοινωνικών φορέων. Αυτό το έχουμε κάνει ως διαβούλευση κατ' ιδίαν με τους φορείς, νομίζω ότι θα έχουμε την ευκαιρία και στις επόμενες Επιτροπές να δώσουμε όσο γίνεται πιο πλήρεις απαντήσεις, αλλά οφείλω να κάνω μια κριτική, να δώσω μια πολιτική απάντηση μάλλον, στην κριτική περί εμποδίων πρόσβασης.

Λοιπόν, κοιτάξτε να δείτε, αγαπητοί συνάδελφοι και αγαπητοί φίλοι, κριτική για εμπόδια πρόσβασης στην κυβέρνηση η οποία πήρε ένα κοινωνικό σώμα με τεράστια προβλήματα αποκλεισμού εκατομμυρίων πολιτών από οποιαδήποτε υπηρεσία υγείας και το έλυσε θεσμικά και κάνει μάχη για να το εφαρμόσει στην πράξη και να λειτουργήσει με όσο γίνεται μεγαλύτερη ισοτιμία, συγνώμη, αλλά είναι λίγο άτοπη.

Αυτή η παρέμβαση ενισχύει τη λογική της καθολικής κάλυψης και της ισότητας στη φροντίδα και αυτό το κάνουν όλα τα μοντέλα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε όλο το σοβαρό και τον αναπτυγμένο κόσμο.

Αυτή είναι, ευτυχώς ή δυστυχώς, η αλήθεια.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, λοιπόν, είναι ένα προοδευτικό πρόγραμμα που είναι συνδεδεμένο με την άρση των ανισοτήτων, με τη διασφαλισμένη και εγγυημένη καθολική και ισότιμη και ποιοτική φροντίδα και επιτρέψτε μου να πω, ότι μπορεί να υπηρετεί μόνο από πολιτικό σχέδιο, πολιτικές δυνάμεις και πολιτικά πρόσωπα που πιστεύουν στην ισότητα.

Όποιος πιστεύει στην ελεύθερη αγορά, στον ανταγωνισμό, στη μη ύπαρξη συστήματος, διότι φοβάμαι, ότι υπάρχει μια κριτική που έχει στον πυρήνα της τη μη ύπαρξη συστήματος, νομίζω, ότι είναι υποκριτικό να λέει, ότι είναι σημαντικό πράγμα η πρωτοβάθμια φροντίδα. Αυτή είναι η αλήθεια.

Επίσης, ακούστηκε μέχρι και κριτική περί ιατροκεντρικότητας αυτής της παρέμβασης.

Εντάξει, πρέπει να αποφασίσουμε.

Ή είναι ιατροκεντρική η παρέμβαση ή υπάρχει αντιποίηση ιατρικού επαγγέλματος και απαξίωση του ρόλου του γιατρού, όπως μας ασκείται κριτική από μια άλλη πλευρά.

Θα έχουμε, λοιπόν, τη δυνατότητα στις επόμενες ημέρες να δώσουμε αναλυτικότερες απαντήσεις.

Είναι σοβαρή η παρέμβαση αυτή, έχει προηγηθεί σοβαρός σχεδιασμός.

Εμείς καλέσαμε προχθές δημόσια και τώρα το οριστικοποιήσαμε αυτές τις μέρες τις πολιτικές δυνάμεις να έρθουν στο Υπουργείο πριν την τελική ψήφιση στη Βουλή να τους εξηγήσουμε με ποια κριτήρια έγινε η χωροθέτηση των δομών, ποια είναι τα κριτήρια πρόσληψης του προσωπικού, ποιο είναι όλο το χρηματοδοτικό πλάνο από το ΜΔΤ, το ΕΣΠΑ, το ΠΔΕ, τον κρατικό προϋπολογισμό, πώς έχει οργανωθεί και έχει δομηθεί όλη αυτή η παρέμβαση.

Θυμίζω, ότι οι προηγούμενες παρεμβάσεις που είχαν γίνει στο όνομα της πρωτοβάθμιας φροντίδας ή ήταν κάποια νομοθετήματα, τα οποία δεν είχαν συνοδευτεί με κανένα βήμα υλοποίησης και έμειναν στα χαρτιά ή η τελευταία παρέμβαση που έγινε στο όνομα της πρωτοβάθμιας φροντίδας, δηλαδή, ο ν. 4238 με Υπουργό τον Άδωνι Γεωργιάδη οδήγησε σε μια ταυτόχρονη διάλυση της στρεβλής και παθογενούς - λέω εγώ - λειτουργίας και δομής που υπήρχε στο σύστημα υγείας.

 Οδήγησε σε εξώθηση απομάκρυνσης μαζικά εν μία νυκτί 3000 γιατρών από το σύστημα υγείας, οδήγησε σε διαθεσιμότητες, οδήγησε σε συρρίκνωση δομών και οδήγησε σε μια τρομερή υποβάθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας στα αστικά κέντρα, την οποία προσπαθούμε τώρα να αντιμετωπίσουμε και να επουλώσουμε σταδιακά, προφανώς, με αυτή την παρέμβαση.

Εγώ λέω ευθέως, ότι αυτό που κάνουμε είναι η εφικτή, ρεαλιστική και οικονομικά υποστηρίξημη παρέμβαση αναβάθμισης και διεύρυνσης της δημόσιας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αυτό είναι.

Έχουμε συγκεκριμένο πλαίσιο δημοσιονομικό στο οποίο κινούμαστε και υπάρχουν δεσμεύσεις μνημονιακές.

Φυσικά αναφέρεται στο μνημόνιο η ανάγκη μεταρρύθμισης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, αλλά επιτρέψτε μου να πω, ότι δεν είναι μνημονιακή δέσμευση, με την έννοια αυτή ούτε είναι ένα εργαλείο περικοπών ούτε το κάνουμε επειδή μας το επέβαλε η Τρόικα.

Αυτό είναι ένα αίτημα δεκαετιών, το οποίο εκκρεμεί και που θα πρέπει με σοβαρότητα και με διασφαλισμένη την υλοποίησή του να προχωρήσουμε.

ΠΑΥΛΟΣ ΠΟΛΑΚΗΣ (Αναπληρωτής Υπουργός Υγείας): Και με χρηματοδότηση…

 ΑΝΔΡΕΑΣ ΞΑΝΘΟΣ (Υπουργός Υγείας): Ακριβώς και με χρηματοδότηση αυτό είναι το κομβικό σημείο. Οι πολιτικές δυνάμεις ξέρουν πάρα πολύ καλά πώς κινούνται τα πράγματα. Στο σύστημα υγείας έχουμε συγκεκριμένο όριο δαπανών, είτε αυτό αφορά τα νοσοκομεία, είτε τις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας, είτε τις εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες, που καλύπτει ο ΕΟΠΥΥ. Είναι συγκεκριμένα τα ποσά αυτά. Εμείς λοιπόν, αξιοποιήσαμε πόρους ευρωπαϊκούς, δημόσιους πόρους δηλαδή, για να ενισχύσουμε μια λειτουργία που προσθέτει και δεν αφαιρεί από το σύστημα υγείας. Προσθέτει δομές, προσθέτει ανθρώπους, αλλά κυρίως, κατά την άποψή μας, προσθέτει αλλαγή στοχοθεσίας, φιλοσοφίας, αλλαγή οράματος, με έμφαση στην πρόληψη, στην αγωγή υγείας. Τα είπατε κάποιοι από σας πάρα πολύ καλά.

 Είναι, λοιπόν, μία σημαντική επένδυση αυτή. Θα προσπαθήσουμε, στο επόμενο διάστημα να διασφαλίσουμε τους όρους υλοποίησής της. Εμείς το λέμε ευθέως, δεν είμαστε εδώ για να κάνουμε τους διαιτητές στην αντιπαράθεση δημόσιου και ιδιωτικού. Δεν είμαστε διαιτητές. Εμείς είμαστε με το δημόσιο σύστημα υγείας. Μας έχουν κατηγορήσει ότι αυτό είναι, κάποιοι μας είπαν ότι αντίκειται και στο Σύνταγμα.

Εμείς, λοιπόν, λέμε ότι ναι, η απάντηση στην κρίση του συστήματος υγείας, στις ακάλυπτες ανάγκες των ανθρώπων, στην κοινωνική και οικονομική κρίση που είναι παρατεινόμενη στη χώρα μας και διεθνώς, αυτό λέει η βιβλιογραφία, είναι ένα σοβαρό σύστημα υγείας με επίκεντρο την πρωτοβάθμια φροντίδα και με αξιόπιστους φυσικά μηχανισμούς ελέγχου και ορθολογικότερης αξιοποίησης των περιορισμένων ανθρώπινων και υλικών πόρων. Αυτή είναι η άποψη μας. Εμείς δεν θεωρούμε ότι το δημόσιο είναι ταυτόσημο με την εντιμότητα και την ποιότητα και ο ιδιωτικός τομέας είναι ταυτόσημος με την ανεντιμότητα και την κακή ποιότητα υπηρεσιών. Δεν υπάρχει τέτοιο θέμα. Σαφέστατα δεν υπάρχει, αλλά και άρα χρειάζονται μηχανισμοί και πλαίσιο και κανόνες και για το ένα και για το άλλο κομμάτι, αλλά οφείλουμε να πούμε ότι ο ιδιωτικός τομέας έχει αυτό που λέμε το γονίδιο της ζήτησης της σπατάλης περισσότερο από το δημόσιο σύστημα, γιατί λειτουργεί με όρους αγοράς, με όρους κερδοσκοπίας, με όρους επένδυσης που πρέπει να αποσβεστεί κ.λπ.. Νομίζουμε, λοιπόν και ίσως και η μεγάλη στρέβλωση της προηγούμενης περιόδου στο δομημένο αυτό σύστημα το οποίο υπήρχε του ΙΚΑ και μετέπειτα ΕΟΠΥΥ ήταν ακριβώς ότι υπήρχε μία αμφίδρομη, υπήρχαν συγκοινωνούντα δοχεία, ανάμεσα στη δημόσια και στην ιδιωτική λειτουργία και αυτό δημιούργησε παθογένειες και στρεβλώσεις. Και αυτό που πρέπει να είναι απολύτως σαφές είναι ότι δεν υπάρχει πουθενά στον κόσμο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας χωρίς σύστημα παραπομπών. Άλλο ένα gatekeeping, όπου δεν περνάει κουνούπι αν δεν πάει απ΄ τον οικογενειακό γιατρό. Δεν έχουμε τέτοια αντίληψη. Ίσα ίσα ρητά εξαιρούνται τα έκτακτα και τα επείγοντα περιστατικά, το είπε ο Σάκης ο Παπαδόπουλος. Δεν υπάρχει κανέναν σύστημα υγείας που μπορεί το προκάρδιο ή το οξύ κοιλιακό άλγος να του επιβάλλει να πάει από τον οικογενειακό γιατρό και να μην πάει στα επείγοντα του νοσοκομείου ή του γειτονικού κέντρου υγείας.

Άρα θα προσπαθήσουμε να πάρουμε από τις παρατηρήσεις τις σημερινές, όσες είναι δυνατόν για να γίνουν κάποιες διορθωτικές κινήσεις, έστω της τελευταίας στιγμής. Πάντα είναι χρήσιμη αυτή η συζήτηση. Θα μελετήσουμε τα υπομνήματά σας και πιστεύω ότι θα έχουμε τη δυνατότητα τις επόμενες μέρες, με κατάληξη την επόμενη Πέμπτη, να ολοκληρώσουμε μια σημαντική παρέμβαση που βεβαίως το στοίχημα της εφαρμογής της παραμένει ανοικτό.

ΚΩΣΤΑΣ ΜΠΑΡΚΑΣ (Αντιπρόεδρος της Επιτροπής): Ευχαριστούμε. Λύεται η συνεδρίαση.

Στο σημείο αυτό γίνεται η γ’ ανάγνωση του καταλόγου των μελών της Επιτροπής. Παρόντες ήταν οι Βουλευτές κ.κ.: Αθανασίου Νάσος, Γεννιά Γεωργία, Ηγουμενίδης Νίκος, Θραψανιώτης Μανώλης, Μανιός Νίκος, Μαντάς Χρήστος, Παπαδόπουλος Σάκης, Σκούφα Ελισσάβετ, Τζούφη Μερόπη, Γιόγιακας Βασίλειος, Μαρτίνου Γεωργία, Φωτήλας Ιάσονας, Μπαργιώτας Κωνσταντίνος, Αΐβατίδης Ιωάννης, Παπαχριστόπουλος Αθανάσιος και Μαυρωτάς Γεώργιος.

Τέλος και περί ώρα 15.45΄ λύθηκε η συνεδρίαση.

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ**

 **ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ ΜΕΡΟΠΗ ΤΖΟΥΦΗ**