**ΒΟΥΛΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ**

**ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΙΗ΄- ΣΥΝΟΔΟΣ Δ΄**

**ΔΙΑΡΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ**

 **Π Ρ Α Κ Τ Ι Κ Ο**

 **(Άρθρο 40 παρ. 1 Κ.τ.Β.)**

Στην Αθήνα, σήμερα, 28 Νοεμβρίου 2022, ημέρα Δευτέρα και ώρα 15.00΄, συνεδρίασε, στην Αίθουσα «Προέδρου Αθανασίου Κωνστ. Τσαλδάρη» (223) η Διαρκής Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων, υπό την Προεδρία του Προέδρου αυτής, κ. Βασιλείου Οικονόμου, με θέμα ημερήσιας διάταξης τη συνέχιση της επεξεργασίας και εξέτασης του σχεδίου νόμου του Υπουργείου Υγείας «Δευτεροβάθμια περίθαλψη, ιατρική εκπαίδευση, μισθολογικές ρυθμίσεις για τους ιατρούς και οδοντιάτρους του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας».(3η συνεδρίαση).

Στη συνεδρίαση παρέστησαν η Αναπληρώτρια Υπουργός Υγείας, κυρία Ασημίνα (Μίνα) Γκάγκα, καθώς και αρμόδιοι υπηρεσιακοί παράγοντες.

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

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

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Αρχίζει η τρίτη συνεδρίαση της Διαρκούς Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων, με θέμα ημερήσιας διάταξης τη συνέχιση της επεξεργασίας και εξέτασης του σχεδίου νόμου του Υπουργείου Υγείας «Δευτεροβάθμια περίθαλψη, ιατρική εκπαίδευση, μισθολογικές ρυθμίσεις για τους ιατρούς και οδοντιάτρους του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας».

Πριν ξεκινήσουμε με τους Εισηγητές και τους Ειδικούς Αγορητές, για τις επί των άρθρων τοποθετήσεις τους, θα προχωρήσουμε στην επί της αρχής ψήφιση του νομοσχεδίου.

Τον λόγο έχει ο Εισηγητής της Πλειοψηφίας, κ. Ζήσης Τζηκαλάγιας.

**ΖΗΣΗΣ ΤΖΗΚΑΛΑΓΙΑΣ (Εισηγητής της Πλειοψηφίας):** Υπέρ.

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

 **ΑΝΔΡΕΑΣ ΞΑΝΘΟΣ (Εισηγητής της Μειοψηφίας):** Κατά.

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Τον λόγο έχει ο Ειδικός Αγορητής του Κινήματος Αλλαγής, κ. Γεώργιος Φραγγίδης.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΦΡΑΓΓΙΔΗΣ (Ειδικός Αγορητής του Κινήματος Αλλαγής):** Επιφύλαξη.

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Τον λόγο έχει η Ειδική Αγορήτρια της Ελληνικής Λύσης, κυρία Μαρία Αθανασίου.

**ΜΑΡΙΑ ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ (Ειδική Αγορήτρια της Ελληνικής Λύσης-Κυριάκος Βελόπουλος):** Επιφύλαξη.

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Τον λόγο έχει η Ειδική Αγορήτρια του ΜέΡΑ25, κυρία Μαρία Απατζίδη.

**ΜΑΡΙΑ ΑΠΑΤΖΙΔΗ (Ειδική Αγορήτρια του ΜέΡΑ25):** Καταψηφίζουμε, κύριε Πρόεδρε.

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Πρόεδρος της Επιτροπής):**Συνεπώς, το σχέδιο νόμου του Υπουργείου Υγείας «Δευτεροβάθμια περίθαλψη, ιατρική εκπαίδευση, μισθολογικές ρυθμίσεις για τους ιατρούς και οδοντιάτρους του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας», γίνεται δεκτό, επί της αρχής, κατά πλειοψηφία.

Τον λόγο έχει ο Εισηγητής της Πλειοψηφίας, κ. Ζήσης Τζηκαλάγιας.

**ΖΗΣΗΣ ΤΖΗΚΑΛΑΓΙΑΣ (Εισηγητής της Πλειοψηφίας):** Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε. Στην πρώτη συνεδρίαση είχαμε την ευκαιρία να αναφερθώ και στη διάσταση που έχει, τη σπουδαιότητα που έχει αυτό το νομοσχέδιο, γιατί πραγματικά είναι ένας νόμος τομή, με τόλμη. Γιατί εμείς στη Νέα Δημοκρατία πιστεύουμε ότι πρέπει να κάνουμε βήματα μπροστά. Αναδείξαμε στην πρώτη συνεδρίαση την αναγκαιότητα αυτής της παρέμβασης, της νομοθετικής. Κυρίως δώσαμε την πολιτική διάσταση του θέματος, πόσο θα βοηθήσει τη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Και μιας και η σημερινή συνεδρίαση αναφέρεται στην κατ’ άρθρον συζήτηση, εδώ θα κάνουμε περισσότερες αναφορές στα άρθρα.

 Προσδοκούμε, λοιπόν, να ενισχύσουμε το Δημόσιο Σύστημα Υγείας με το κατάλληλο ανθρώπινο δυναμικό, προκειμένου να αντιμετωπίσουμε αποτελεσματικά τις ελλείψεις που διαπιστώθηκαν τα τελευταία χρόνια. Τόσο με τη φυγή επιστημόνων του ιατρικού κλάδου στο εξωτερικό, λόγω της οικονομικής κρίσης όσο και στις διαρκώς αυξανόμενες ανάγκες που προέκυψαν.

 Προάγουμε την «Επείγουσα Ιατρική», γιατί δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ο τομέας της «Επείγουσας Ιατρικής» χρήζει ενίσχυσης, όταν καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε ειδικές συνθήκες, με πλήθος έκτακτων περιστατικών. Από ένα τυχαίο και απρόβλεπτο γεγονός ή μια υγειονομική κρίση.

 Θέλουμε να διαμορφώσουμε ένα ασφαλές και σύγχρονο πλαίσιο, για τα επαγγελματικά δικαιώματα και τα καθήκοντα των επαγγελματιών υγείας. Καταληκτικά, να συμβάλουμε στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών στους πολίτες, να έχουμε αρκετούς γιατρούς, με επίπεδο, στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

 Ας πάρουμε επιγραμματικά μερικά από κάποια άρθρα. Σήμερα θα γίνουν αναφορές και σε άλλα θέματα που δεν μιλήσαμε τόσο στην πρώτη συνεδρίαση, ας πούμε για την ιατρική εκπαίδευση ή για τις τοποθετήσεις των γιατρών. Στο άρθρο 3 εισάγεται σε πιλοτική εφαρμογή πρόγραμμα προκαταρκτικής κλινικής άσκησης, έξι μηνών, σε κλινικές του παθολογικού χειρουργικού τομέα, καθώς και σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών σε επιλεγμένα νοσοκομεία του ΕΣΥ, εντός των Υγειονομικών Περιφερειών της χώρας.

 Στο άρθρο 4, με την προτεινόμενη διάταξη τροποποιείται η διαδικασία κρίσης και επιλογής ιατρών του ΕΣΥ, για θέσεις νοσοκομείων, η οποία εφεξής διαμορφώνεται σε δύο στάδια. Στην έδρα των διοικήσεων των Υγειονομικών Περιφερειών, συγκροτούνται τα αρμόδια συμβούλια, αλλά και στην έδρα των νοσοκομείων του ΕΣΥ, με τη διεξαγωγή της συνέντευξης και τη διαμόρφωση της τελικής βαθμολογίας των γιατρών που υποβάλλουν υποψηφιότητα για θέσεις που έχει προκηρύξει το συγκεκριμένο νοσοκομείο, γιατί αυτό ξέρει περισσότερο τις ανάγκες του.

 Αυτή είναι η αναγκαιότητα, λοιπόν, σε επίπεδο Διοικήσεων Υγειονομικών Περιφερειών δεν επιτρέπεται να συμμετέχουν στις κρίσεις και τοποθετήσεις ιατρών σε αυτά και να συνεισφέρουν τις γνώσεις τους για τις πραγματικές ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό. Αυτό που έλεγα πριν.

 Από το άρθρο 5 αναδεικνύεται η σπουδαιότητα του ότι ο κάθε γιατρός έχει δικαίωμα υποβολής μιας αίτησης, για να διεκδικήσει τρεις θέσεις, σε όποια Υγειονομική Περιφέρεια της χώρας επιθυμεί.

 Στο άρθρο 6 αντιμετωπίζονται οι περιορισμοί της υποβολής υποψηφιοτήτων για θέσεις ιατρών κλάδου του ΕΣΥ κι αυτοί οι περιορισμοί είναι γνωστοί ότι όταν κάποιος είτε επιλέγει και δεν αναλάβει τη θέση για την οποία επιλέγει, είτε παραιτηθεί πριν την παρέλευση της πενταετίας, πενταετία είναι η υποχρέωση, κανείς, να παραμείνει στη θέση για την οποία κρίθηκε, τότε υπάρχει ποινή αποκλεισμού από αυτή. Ο αποκλεισμός από τη διεκδίκηση θέσης είναι τα δύο πλέον έτη.

Στο άρθρο 7 έχω αναφερθεί και προχθές για την μερική απασχόληση την οποία θεωρούμε πάρα πολύ σπουδαία, γιατί υπάρχουν και ξαναλέμε είτε άγονες περιοχές, είτε άγονες ειδικότητες, είτε άγονες προκηρύξεις σε περιοχές που δεν είναι άγονες, όπως είναι η Αττική, ας πούμε. Εκεί χρειαζόμαστε και τους ιατρούς, που αποδείχτηκε από τον ιδιωτικό τομέα, να προσέλθουν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους, όπως το έκαναν και μέσα στην περίοδο του κορωνοϊού.

Το άρθρο 8 είναι σημαντικό. Θα ξεμπλοκάρει κάποια πράγματα. Προβλέπεται η κατάργηση των προκηρύξεων θέσεων ειδικευμένων ιατρών κλάδου ΕΣΥ που εκδόθηκαν με απόφαση Υπουργού ή Διοικητού Νοσοκομείου έως 31-12-2013 και εκκρεμούν στα αρμόδια όργανα. Αυτό το κάνουμε γιατί, όπως ξέρετε πολύ καλά, είναι μπλοκαρισμένες και δεσμευμένες έτσι, περίπου 500 θέσεις γιατρών.

Στο άρθρο 9 αναφέρονται τα κωλύματα διορισμού ιατρών του ΕΣΥ και αυτό έχει την αναγκαιότητα, για κάποια αδικήματα που συνιστούν λόγους αποκλεισμού του διορισμού για τους ιατρούς του ΕΣΥ, είτε για να εναρμονιστούν με τον κώδικα κατάστασης δημοσίων πολιτικών και διοικητικών υπαλλήλων, είτε να προσαρμοστούν στις ρυθμίσεις του ποινικού κώδικα.

Μετά να πούμε κάποια πράγματα για τους συντονιστές διευθυντές ξέρουμε πολύ καλά ότι υπάρχουν πάρα πολλές κλινικές, αυτά που λέμε οι δυσλειτουργίες του παρελθόντος, οι δυσπραγίες, οι αστοχίες. Υπάρχουν κλινικές που έχουν, σχεδόν αγγίζουν, το διψήφιο αριθμό διευθυντών και δεν υπάρχει συντονιστής. Θέλουμε, λοιπόν, σε κάθε τμήμα του νοσοκομείου που υπηρετούν περισσότεροι από του ενός διευθυντές να δημιουργηθεί θέση συντονιστή διευθυντή που θα έχει τη διοικητική και επιστημονική ευθύνη λειτουργίας του τμήματος. Η κάλυψη κενής ή κενούμενης θέσης συντονιστή διευθυντή πραγματοποιείται με ανοικτή προκήρυξη και γενικά λέμε ότι όπου κάποιος εκτελούσε χρέη συντονιστή διευθυντή εννοείται ότι εάν προκύψει συντονιστής διευθυντής, μετά από προκήρυξη της θέσης, καταλαμβάνει τη θέση ο συντονιστής διευθυντής, ο οποίος επελέγη.

Στο άρθρο 12 καθορίζουμε τη διαδικασία και τα όργανα για τον ορισμό προϊσταμένων και προσωρινού προϊσταμένου. Θεσπίζουμε τη διαδικασία και τα κριτήρια για να είναι αξιοκρατική η επιλογή όλων αυτών.

Στα άρθρα 13 και 14 ασχολούμαστε με τους επικουρικούς ιατρούς, δηλαδή τα άρθρα αφορούν στους επικουρικούς ιατρούς, τους οποίους πολλοί τους χρειαζόμαστε, προσφέρουν πολλά, αλλά θέλουμε να τα κάνουμε τα πράγματα πιο συγκροτημένα. Θα υπάρχει υπηρεσιακός φάκελος που θα τηρείται. Θεσμοθετούμε τον τρόπο του πειθαρχικού ελέγχου, όταν είναι αναγκαίος, πότε σταματά να ασκεί τα καθήκοντά του μέχρι να ολοκληρωθεί ο πειθαρχικός έλεγχος και τι γίνεται όταν έχουμε δύο αρνητικές κρίσεις με τον περιορισμό που υπάρχει, το πέναλτι στη διεκδίκηση άλλης θέσης άμα έχει δύο αρνητικές κρίσεις. Για τους ιατρούς λοιπόν.

Πάμε στο θέμα της που αφορά στους νέους ιατρούς, στο μέλλον δηλαδή, στη διαδικασία τοποθέτησης των ιατρών για άσκηση σε μια ιατρική ειδικότητα. Δημιουργείται ενιαία ψηφιακή πύλη και θα υπάρχουν τουλάχιστον, αυτά είναι τα άρθρα 15 και 16, δύο ομάδες νοσοκομείων. Το ένα νοσοκομείο είναι νοσοκομείο αναφοράς, όπου θα γίνεται κυκλική τοποθέτηση. Αυτό θα εφαρμοστεί από 1-1-2024.

Αυτό θεωρούμε ότι είναι πάρα πολύ καλό, γιατί ο νέος γιατρός, ο ειδικευόμενος, ο οποίος τότε εκπαιδεύεται, μαθαίνει, ασκείται, πρέπει να παίρνει ερεθίσματα διαφορετικά από διαφορετικές ομάδες γιατρών, γιατί κάποιες κλινικές ή τμήματα έχουν διαφορετικές εξειδικεύσεις. Ξέρουμε, λοιπόν, ότι η φάση αυτή του δημιουργικού εμπλουτισμού γνώσεων και εμπειριών, είναι πολύ σημαντική, γι’ αυτό και το φέρνουμε.

Στο άρθρο 17, μιλάμε για το δικαίωμα που υπάρχει μέσα στα πλαίσια της ειδικότητας που είναι και αυτό σημαντικό, αντίστοιχα, θα μπορούσε να πει κανείς, με τα Εράσμους που κάνουν οι φοιτητές στα πανεπιστήμια - εδώ ο γιατρός είναι, ήδη, επιστήμονας, είναι, ήδη, πτυχιούχος - να μπορεί να πάει έξι μήνες στο εξωτερικό, με πλήρη αναγνώριση και με πλήρεις αποδοχές.

Τα άρθρα 18 και 19, αναφέρονται στην Υπηρεσία Υπαίθρου και στη νόμιμη απαλλαγή. Η τομή που κάνουμε είναι, ότι η συμμετοχή στις εξετάσεις για την απόκτηση τίτλου ειδικότητας, είναι ανεξάρτητη από την υποχρέωση της Υπηρεσίας Υπαίθρου. Από την άλλη μεριά, η τομή είναι, ότι προβλέπεται ότι μπορεί κάποιος να έχει το δικαίωμα της συμμετοχής στις εξετάσεις για την απόκτηση τίτλου ειδικότητας, ανεξάρτητα αν έχει εκπληρώσει την Υπηρεσία Υπαίθρου. Επίσης, η νόμιμη απαλλαγή της Υπηρεσίας Υπαίθρου, προχωράει γι’ αυτούς που γράφτηκαν στο πρώτο έτος της Ιατρικής Σχολής κατά το ακαδημαϊκό έτος 2007 -2008 και είναι το τελευταίο έτος στο οποίο γίνεται απαλλαγή.

Κυρία Υπουργέ, νομίζω, ότι και εσείς αυτές τις μέρες θα γίνατε δέκτης πολλών αιτημάτων από πολλούς γιατρούς, από διάφορες περιοχές της Ελλάδας έως και το εξωτερικό, που ζητάνε την παράταση της νόμιμης απαλλαγής από την Υπηρεσία Υπαίθρου.

 Όσον αφορά στην υποχρέωση υπηρεσίας στο στρατό, ξέραμε ότι υπάρχει ένα όριο ηλικιακό και μετά από αυτό το όριο λέγαμε, ότι αυτός, αφού δεν υπηρέτησε στις Ένοπλες Δυνάμεις, απαλλάσσεται, εφόσον ήταν επιστήμονας, κάτοχος διδακτορικού και όλα αυτά που λέγαμε. Τώρα, όσον αφορά στην Υπηρεσία Υπαίθρου, το ακαδημαϊκό 2007- 2008, σημαίνει ότι ο γιατρός αυτός, αν τελείωσε κανονικά το λύκειο, θα είναι 33 χρονών. Σαφώς και πρέπει να υπάρχει ένα ηλικιακό όριο από το οποίο περιμένεις, μήπως επιστρέψει ο γιατρός και εκπληρώσει και αυτός, στα πλαίσια της ισοτιμίας, της ισοπολιτείας, την υποχρέωση Υπηρεσίας Υπαίθρου.

Βέβαια, εδώ τώρα μπαίνουν άλλα ζητήματα, ανάγκες, brain drain, τι ακριβώς χρειαζόμαστε, να το δούμε. Το βάζω έτσι, ως ερέθισμα προς συζήτηση, αν πρέπει να το επεκτείνουμε περισσότερο, αν, δηλαδή, λιγότερους να μπορούμε να αναζητούμε από αυτούς που δεν εκπλήρωσαν την Υπηρεσία Υπαίθρου, αμέσως μόλις τελείωσαν την Ιατρική Σχολή.

Κύριε Πρόεδρε, μιας και παρήλθε ο χρόνος, ολοκληρώνω για σήμερα και θα συνεχίσω στην 4η συνεδρίαση. Σας ευχαριστώ.

**ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΣ ΣΤΕΦΑΝΑΔΗΣ (Αντιπρόεδρος της Επιτροπής) :** Ευχαριστούμε κύριε Τζηκαλάγια.

Το λόγο ο Εισηγητής της Μειοψηφίας, κ. Ανδρέας Ξανθός.

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

Παρακολουθήσαμε την ακρόαση φορέων. Νομίζω ότι, προφανώς, υπάρχει μια διαβάθμιση των τοποθετήσεων και της κριτικής, αλλά σε αδρές γραμμές, οι άνθρωποι που εκπροσωπούν τους εργαζόμενους του ΕΣΥ - και η ΟΕΝΓΕ και η ΕΙΝΑΠ και η ΠΟΕΔΗΝ - είναι κατηγορηματικά αντίθετοι στο νομοσχέδιο. Μεγάλες εκπροσωπήσεις του ιατρικού κόσμου και του οδοντιατρικού κόσμου που, κυρίως, εκφράζουν τον ιδιωτικό τομέα υγείας, όπως είναι ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος και η Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, είναι επίσης αντίθετοι. Βλέπουμε μία εντυπωσιακή ταύτιση απόψεων, ότι είναι σε θετική κατεύθυνση το νομοσχέδιο από τους εκπροσώπους των πανεπιστημιακών γιατρών και υπάρχει και μια διάσταση απόψεων μεταξύ των εκπροσώπων των ασθενών.

Υπάρχουν απόψεις που λένε ότι δίνεται μια ευελιξία, η οποία θα είναι ευεργετική και υπάρχει και η άποψη της ΕΣΑμεΑ, η οποία λέει ότι, σαφώς, αυτή η αλλαγή υπονομεύει το δημόσιο χαρακτήρα και θα αυξήσει την ιδιωτική δαπάνη υγείας. Νομίζω, ότι και από την ακρόαση φορέων, ενισχύεται η αρχική πολιτική κριτική την οποία έχουμε κάνει. Ότι, δηλαδή, σε μία περίοδο που το σύστημα υγείας είναι αποδιοργανωμένο και έχει ανοιχτές πληγές, η κυβέρνηση επιλέγει να ενισχύσει την κουλτούρα της ιδιωτικής ιατρικής, να ενισχύσει την κουλτούρα του οικονομικού κινήτρου, το οποίο θα καταβάλλεται από την τσέπη του ασθενή για να υπάρχει εξυπηρέτηση, για να υπάρχει ποιοτική φροντίδα υποτίθεται, κλπ.

Θεωρώ ότι η κατάργηση των εργασιακών ορίων, ανάμεσα στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα υγείας, θα συρρικνώσει την πρωινή δωρεάν λειτουργία και παροχή υπηρεσιών και θα ενισχύσει σαφέστατα την επ’ αμοιβή παροχή υπηρεσιών. Άρα, σε μια χώρα που έχει τις υψηλότερες ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ευρώπη, θα τις αυξήσει ακόμη περισσότερο. Αυτό είναι μια παρέμβαση, ακραίας υπονόμευσης του δημόσιου συστήματος υγείας, τεράστιας ανατροπής του κεκτημένου, το οποίο είχε δημιουργηθεί από τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ και εντεύθεν και βεβαίως, μία παρέμβαση που θα ενισχύσει τις ανισότητες.

Είναι ενδιαφέρον να διαβάσει κανείς, αυτό το οποίο αναφέρεται μέσα στο άρθρο 10, πώς περιγράφει ο ιδρυτικός νόμος και οι μετέπειτα νόμοι, με τι μελανά χρώματα περιγράφουν, την με οποιονδήποτε τρόπο απασχόληση στον ιδιωτικό τομέα, των γιατρών του ΕΣΥ. Λένε, λοιπόν, ότι είναι πειθαρχικό παράπτωμα της χαρακτηριστικώς αναξιοπρεπούς ή ανάρμοστης ή ανάξια για υπάλληλο συμπεριφοράς, εντός, εκτός ή εκτός υπηρεσίας και συνεπάγεται την άμεση θέση του παραβάτη σε κατάσταση αναστολής καθηκόντων. Έτσι περιγράφει ο νόμος, επί 40 χρόνια, τη δυνατότητα άσκησης ιδιωτικού έργου για τους γιατρούς του ΕΣΥ. Και έρχεται τώρα η κυβέρνηση και λέει «αυτό δεν ισχύει, όμως, κατ’ εξαίρεση, δεν συνιστά πειθαρχικό παράπτωμα, εάν ο γιατρός αυτός συμμετέχει στην ολοήμερη και απογευματινή λειτουργία των νοσοκομείων».

Νομίζω, λοιπόν, ότι αυτές οι αλλαγές και το άρθρο 7 και το άρθρο 10, είναι μια τρομερή αναίρεση αυτού του, έστω με προβλήματα προφανώς και με παθογένειες και στρεβλώσεις, δημόσιου συστήματος υγείας, το οποίο είχε, όμως, διατηρήσει αυτό τον πυρήνα της καθολικής και ισότιμης φροντίδας των ανθρώπων, την ώρα της ανάγκης, χωρίς οικονομική επιβάρυνση. Αυτό αναιρείται και αυτό είναι κοινωνική οπισθοδρόμηση. Και βεβαίως, δεν ανατρέπεται μόνο το εργασιακό καθεστώς του ΕΣΥ.

Δυστυχώς, ανατρέπεται με τα άρθρα 4, 5, 6 και το καθεστώς των κρίσεων, για την πρόσληψη γιατρών στο ΕΣΥ. Στην πρώτη συζήτηση του νομοσχεδίου, η κυρία Υπουργός, επιχειρηματολόγησε για την ανάγκη –χύδην ειπώθηκε αυτό φαντάζομαι- να μην παίρνουμε «γουρούνι στο σακί» και να υπάρχει προφορική συνέντευξη. Προφανέστατα κυρία Γκάγκα και εμείς τη νομοθετήσαμε την προφορική συνέντευξη, για πρώτη φορά, στη διαδικασία των κρίσεων των γιατρών του ΕΣΥ. Εσείς, όμως, έχετε πολλαπλασιάσει τα μόρια της προφορικής συνέντευξης, έχετε περιορίσει τα αντικειμενικά κριτήρια και ουσιαστικά, δίνετε τη δικαιοδοσία στο δεύτερο όργανο επιλογής, που είναι σε επίπεδο νοσοκομείου, να επιλέγει τους γιατρούς της αρεσκείας των διευθυντών, της διοίκησης του νοσοκομείου. Δηλαδή, ενισχύεται το πελατειακό κράτος και η ευνοιοκρατία στο σύστημα και κατάφωρα καταστρατηγείται η διαφάνεια, η ισοτιμία και η αξιοκρατία.

Θα γίνουν πολύ πιο χρονοβόρες οι κρίσεις. Ειπώθηκε αυτό στην ακρόαση των φορέων, το είπε και ο Πρόεδρος του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου. Θα έχουμε δύο επίπεδα κρίσης, στο επίπεδο της ΥΠΕ και στο επίπεδο του νοσοκομείου, πιο γραφειοκρατικό το σύστημα, πιο χρονοβόρο και κυρίως πιο αναξιοκρατικό.

Η εικόνα που έχω αυτή την περίοδο από τη λειτουργία των συμβουλίων επιλογής, είτε αφορούν θέσεις γιατρών του ΕΣΥ είτε πανεπιστημιακούς γιατρούς, είναι ότι υπάρχει ένα όργιο πολιτικών παρεμβάσεων, όργιο πολιτικών παρεμβάσεων και το υπογραμμίζω, στη διαδικασία επιλογής. Είναι απαράδεκτα αυτά τα πράγματα. Είχαμε ένα πλαίσιο πολύ προσεκτικά δομημένο, αξιοκρατικό και όσοι συνάδελφοι συμμετείχαν ως εισηγητές και ως μέλη των συμβουλίων επιλογής το ξέρουν πάρα πολύ καλά αυτό, εσείς το ανατρέπετε πλήρως.

Στο άρθρο 11, για την επιλογή των συντονιστών διευθυντών. Υπάρχει σοβαρό πρόβλημα σήμερα με το γεγονός ότι οι συντονιστές διευθυντές επιλέγονται από τις διοικήσεις των νοσοκομείων. Αυτό δεν είναι εχέγγυο αξιοπιστίας και ας πούμε κύρους σε αυτή τη θέση. Λέγοντας, όμως, ότι θα προκηρύξετε, με ανοιχτή προκήρυξη, όλες τις θέσεις των συντονιστών διευθυντών, δηλαδή πάνω από 2.000 θέσεις σε όλη τη χώρα, ουσιαστικά ναρκοθετείτε τη δυνατότητα προκήρυξης θέσεων άλλων βαθμίδων και κυρίως εισαγωγικής βαθμίδας, δηλαδή επιμελητών β’, για να αιμοδοτηθεί με καινούργιο αίμα το σύστημα υγείας. Ουσιαστικά, θα δεσμεύσετε αριθμό προσλήψεων, γιατί η ανοιχτή προκήρυξη σημαίνει ότι παίρνει έγκριση από το Γενικό Λογιστήριο του Κράτους και από πράξη Υπουργικού Συμβουλίου και ουσιαστικά καλύπτει τον προβλεπόμενο αριθμό με βάση τον κανόνα 1 προς 1. Αν, λοιπόν, προκηρύξετε θέσεις που ουσιαστικά θα κάνουν μια εσωτερική ανακύκλωση στο σύστημα υγείας, θεωρώ ότι αυτό θα εμποδίσει την προοπτική νέοι γιατροί να ενταχθούν στο ΕΣΥ. Εμείς πιστεύουμε ότι πρέπει να παραμείνει η θέση, αλλά όχι ο βαθμός. Να παραμείνει ο θεσμός του συντονιστή διευθυντή, ο οποίος θα επιλέγεται με διαδικασία αξιοκρατική και ανοικτή από τη συνέλευση του τομέα του νοσοκομείου για τριετή θητεία και με δυνατότητα ανανέωσης. Θα έχει προφανώς μία επαύξηση στην αμοιβή, αλλά δεν θα είναι βαθμός, άρα η θέση αυτή δεν θα τρώει - επιτρέψτε μου τον όρο - προκηρύξεις που θα μπορούσαν να αφορούν άλλες βαθμίδες και να ενισχύσουν ουσιαστικά το σύστημα υγείας.

Πάμε στο θέμα της ιατρικής εκπαίδευσης, στο οποίο αναγνωρίζουμε όλοι ότι υπάρχει έλλειμμα. Λέμε πώς θα κρατήσουμε τους νέους γιατρούς και ότι για να έχουμε ειδικευόμενους, που το έλλειμμά τους είναι στρατηγικής σημασίας για το Σύστημα Υγείας, πρέπει να δώσουμε προτεραιότητα στη βελτίωση της εκπαίδευσης τους. Σοβαρά, πιστεύετε ότι με γιατρούς του ΕΣΥ που θα μπουν σε καθεστώς πολυαπασχόλησης, δηλαδή θα εφημερεύουν, θα κάνουν πρωινό ιατρείο, θα κάνουν απογευματινή λειτουργία, θα έχουν ιδιωτικό ιατρείο, θα δουλεύουν σε ιδιωτικές κλινικές, το ίδιο θα ισχύει και για τους πανεπιστημιακούς, θα υπάρχει χρόνος να ασχοληθεί κανείς στα σοβαρά με την εκπαίδευση των νέων γιατρών; Ποιος το πιστεύει αυτό; Τι είναι οι γιατροί; πολυεργαλεία; Ποιος θα ασχοληθεί ούτε καν με το κλινικό έργο της πρωινής, όπως είπαμε και προηγουμένως λειτουργίας, αλλά πολύ περισσότερο με το εκπαιδευτικό έργο; Στον «αυτόματο πιλότο» θα βρεθούν οι ειδικευόμενοι γιατροί και αυτό θα είναι επιπλέον ένας λόγος για να ενισχυθεί το brain drain, για να παραιτούνται οι νέοι συνάδελφοι και κυρίως να μην επιλέγουν να κάνουν ειδικότητα στη χώρα μας.

Αυτό που χρειαζόμαστε, είναι - το έχει πει πολλές φορές η Υπουργός - να κάνουμε σχεδιασμό παραγωγής με βάση τις ανάγκες που έχουμε σε ειδικότητες κ.λπ. Αυτό απολύτως. Πρέπει να ξεκαθαρίσουμε ποιες είναι οι στρατηγικές προτεραιότητες. Για παράδειγμα, δεν θα θέσουν ως στόχο, Εθνικό στόχο να τελειώσουμε με αυτό τον αναχρονιστικό θεσμό του αγροτικού γιατρού που δημιουργήθηκε τη δεκαετία του 50, για να έχουν οι άνθρωποι στην ύπαιθρο φροντίδα; Και πώς θα γίνει αυτό; Αυτό είναι θέμα παραγωγής. Από 1 στους 16 γιατρούς στη Χώρα που ειδικεύεται στην γενική οικογενειακή ιατρική, να πάμε στο μέσο όρο της Ευρώπης, που είναι ένας στους τέσσερις. Ταυτόχρονα, να ενισχύσουμε και άλλες ειδικότητες που είναι σε οριζόντια έλλειψη στο Σύστημα Υγείας ή είναι τελείως ανύπαρκτες και σε πολύ αναιμική φάση όπως είναι οι ενδοδοντολόγοι, οι φυσίατροι, οι εργαστηριακοί γιατροί, έχουν αρχίσει να εμφανίζουν προβλήματα, οι λοιμοξιολογοι, οι γηρίατροι. Πρέπει να δούμε ειδικότερα την εξειδίκευση στην γηριατρική, έχουμε αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Αυξάνεται ο πληθυσμός, ο οποίος πρέπει να έχει προοπτική υγιούς γήρανσης. Οι γιατροί Δημόσιας Υγείας, γιατροί εργασίας, υπάρχουν τεράστιες νέες ανάγκες που έρχονται στο προσκήνιο που πρέπει να συμπεριληφθούν στο σχεδιασμό.

Το πιο σημαντικό όμως είναι να βελτιωθούν και οι συνθήκες εργασίας και οι συνθήκες αμοιβής και οι συνθήκες εκπαίδευσης και επιστημονικής εξελίξεις στη χώρα. Όσο αυτό δεν συμβαίνει όσο (rotation) και να βάλουμε και όσες ρυθμίσεις και να κάνουμε αυτό δεν θα έχει κανένα αποτέλεσμα, ίσα ίσα θα ενισχύσει την τάση φυγής.

Τα άρθρα 18 και 19, είναι σε θετική κατεύθυνση και συμφωνούμε και το λέω πιο συγκεκριμένα με αυτό που είπε προηγουμένως ο Εισηγητής της Πλειοψηφίας, για το άρθρο 19, να διευρυνθεί το χρονικό διάστημα που προβλέπεται για την απαλλαγή από την εκπλήρωση υπηρεσίας υπαίθρου. Υπάρχουν άνθρωποι που ζουν πάνω από 10 χρόνια στο εξωτερικό. Είναι άνθρωποι εξειδικευμένοι που δουλεύουν και έχουν μεγάλη εμπειρία και που αν θέλουν να έρθουν στη χώρα μας και να διεκδικήσουν μια θέση στο Σύστημα Υγείας, πρέπει να έχουν την υποχρέωση να κάνουν υπηρεσία υπαίθρου. Αυτό είναι απαράδεκτο να διευκολύνουμε αυτόν τον κόσμο.

Στο άρθρο 22, συγνώμη, αλλά δεν μπορούμε να λέμε ότι θέλουμε να επενδύσουμε στην επείγουσα ιατρική και να περιορίζουμε τη δυνατότητα ανάπτυξης φορητών ΤΕΠ από 150 που είναι τώρα οι κλίνες, για να αναπτυχθεί ένα ΤΕΠ σε ένα δημόσιο νοσοκομείο το πάτε τώρα στις 300.Το άλλο θα έχει δυνατότητα.

 **ΑΣΗΜΙΝΑ ΓΚΑΓΚΑ (Αναπληρώτρια Υπουργός Υγείας ):** Έτσι ήταν*.*

  **ΑΝΔΡΕΑΣ ΞΑΝΘΟΣ (Εισηγητής της Μειοψηφίας):**  Κάνετε λάθος ήταν 250. Στο ν. 2889/2001, το νόμο του Αλέκου Παπαδόπουλου και μειώθηκε μετά, επί των ημερών μας και πήγε στις 150, να το ξαναδείτε σας παρακαλώ. Δεν γίνεται να περιορίζουμε τη δυνατότητα σε δημόσιες δομές, ιδιαίτερα της επαρχίας να έχουν ένα αυτοτελές οργανωμένο και στελεχωμένο ΤΕΠ, το οποίο να καλύπτει την πρώτη γραμμή άμυνας της δημόσιας περίθαλψης. Βεβαίως να πολλαπλασιαστούν τα κέντρα εκπαίδευσης στην επείγουσα ιατρική δεν είναι δυνατό, να έχουμε αφήσει δύο κέντρα εκπαίδευσης εμείς. Θα μπορούσαμε ενδεχομένως να έχουμε κάνει περισσότερα. Το 19. 2. είναι και τώρα. Υπάρχει μόνο στην Κρήτη και στο Αττικό, να προχωρήσει τάχιστα σε συνεργασία με την επιστημονική εταιρεία επείγουσας ιατρικής να μπουν οι προδιαγραφές και να εκπαιδευτούν περισσότεροι επιδοδοντολόγοι στη χώρα είναι ζωτική ανάγκη.

Για το άρθρο 40 το οποίο δίνει τη δυνατότητα σε ιδιωτικές εταιρείες που έχουν ασθενοφόρα να καλύπτουν τις δευτερογενείς διακομιδές θυμίζω ότι το πρόβλημα ξεκίνησε από μία παρέμβαση που έγινε σε αυτό το πεδίο των διακομιδών το 2013 – 2014, όπου καταργήθηκαν οι οργανικές θέσεις οδηγών στα νοσοκομεία και τα νοσοκομεία έχασαν τη δυνατότητα να έχουν αυτοτελώς την επιχειρησιακή δυνατότητα ανθρώπους που αποθεραπεύονται να τους πηγαίνουν στο σπίτι τους.

 Αυτό το κενό το ΕΚΑΒ έπρεπε να το καλύψει.

Δεν το καλύπτει σήμερα, κακώς, κατά την άποψή μας, και νομίζω ότι αντί να δώσουμε χώρο σε ιδιώτες πρέπει να ενισχύσουμε και να επενδύσουμε και στο ΕΚΑΒ, το οποίο θα έχει, ενδεχομένως, αναπτύξει μια Ειδική Υπηρεσία. Προφανώς, πρέπει να αποσυνδεθεί από τη διαχείριση του επείγοντος αυτό, έτσι ώστε πραγματικά εκτός από τα ασθενοφόρα που επιχειρούν και αντιμετωπίζουν το επείγον περιστατικό να υπάρχει και μια δυνατότητα αυτές οι καθημερινές ανάγκες μετακίνησης ασθενών από τα νοσοκομεία μετά την ολοκλήρωση θεραπείας τους να καλύπτονται με δημόσιο τρόπο και όχι με ιδιωτική συμμετοχή, γιατί ξέρουμε πολύ καλά ότι ακόμη και αν υπάρχει σύμβαση με το νοσοκομείο θα είναι καθημερινότητα ή επιπλέον μετακύλιση κόστους στην τσέπη του ασθενή και του συγγενή.

Τελειώνω για το θέμα του ιατρικού μισθολογίου με το άρθρο 54 και τα συνοδά άρθρα.

Πρώτον, δεν αποτελεί αυτό συμμόρφωση με την απόφαση του ΣτΕ για επάνοδο του ιατρικού μισθολογίου στην προ κρίσης κατάσταση.

Το σημαντικό όμως δεν είναι αυτό. Το σημαντικό για μένα είναι ότι η αύξηση αυτή μεσοσταθμικά 10% εκλαμβάνεται από την πλειονότητα, πλέον, των γιατρών ως μια κοροϊδία. Όταν μόνο ο πληθωρισμός αντισταθμίζει αυτή την αύξηση και όταν, βεβαίως, αυτή η αύξηση δεν συνοδεύεται από ανάλογη αναπροσαρμογή του μισθού στους υπόλοιπους υγειονομικούς - και επισημάνθηκε από την ΠΟΕΔΗΝ - νομίζω ότι το μήνυμα είναι ότι η πολιτεία δεν έρχεται να στηρίξει και να ανταμείψει με ένα ουσιαστικό και απλόχερο τρόπο τους ανθρώπους της πρώτης γραμμής, αυτούς που έδωσαν μάχη εδώ και τρία χρόνια στην υγειονομική κρίση.

 Νομίζω, ότι υπάρχουν και αδικίες και με τα επιδόματα τα οποία δίνονται. Για παράδειγμα, η καταβολή του επιδόματος των 400 ευρώ στους αναισθησιολόγους εξαιρεί τους αναισθησιολόγους του ΕΚΑΒ και μου έγινε πρόταση να συμπεριληφθεί και αυτό νομίζω ότι είναι σημαντικό, γιατί δεν είναι δυνατόν να υπάρχουν τέτοιες νομοτεχνικές αβλεψίες αγνοώντας μια μικρή ομάδα που πρέπει να είναι 30 - 40 άνθρωποι, δεν νομίζω ότι είναι παραπάνω, αλλά έχει σημασία η όποια ρύθμιση να είναι οριζόντια.

 Η περικοπή στο προσωπικό του ΕΟΔΥΥ - ειπώθηκε από τον εκπρόσωπο τους - που δουλεύουν στο Πρόγραμμα «ΦΙΛΟΣ» κατά 45% που έγινε πέρσι τον Δεκέμβρη δεν αποκαθίσταται με την αύξηση τη μικρή η οποία δίνεται σήμερα. Είναι εμπαιγμός και δημιουργεί τάσεις εγκατάλειψης ιατρικού και υγειονομικού προσωπικού από αυτό το Πρόγραμμα και άρα αδυναμίας φροντίδας μιας ευαίσθητης και ευάλωτης ομάδας, όπως είναι οι πρόσφυγες και οι μετανάστες.

 Το άρθρο 57 με τον τρόπο που διαμορφώνει το πλαφόν των αποδοχών συμπεριλαμβανομένων και των εφημεριών θα οδηγήσει σε απλήρωτες εφημερίες. Πέφτει το επίπεδο του πλαφόν και θα δημιουργήσει απλήρωτες εφημερίες που δεν θα μπορούν να αναπληρωθούν λόγω αυτής της ρύθμισης.

 Μια τελευταία λεπτομέρεια. Οι γιατροί Δημόσιας Υγείας εξαιρούνται για πρώτη φορά από την ισότιμη ρύθμιση σε σχέση με το ιατρικό μισθολόγιο. Υπάρχει το μισθολόγιο των γιατρών του ΕΣΥ και το μισθολόγιο των γιατρών και οδοντιάτρων Δημόσιας Υγείας. Μέχρι τώρα αυτό δεν υπήρχε. Είναι λάθος. Είναι διάκριση και είναι αντικίνητρο για να πάει κόσμος να κάνει την ειδικότητα της Δημόσιας Υγείας και της Κοινωνικής Ιατρικής που η πανδημία ανέδειξε την ανάγκη να αναπτύξουμε ισχυρούς μηχανισμούς πρόληψης, προαγωγής υγείας, επιδημιολογικής επιτήρησης κλπ..

Δεν είναι βήματα προς τα μπροστά αυτές οι αλλαγές, όπως είπε ο συνάδελφος της Πλειοψηφίας προηγουμένως, είναι βήματα προς τα πίσω, είναι βήματα στην προ ΕΣΥ περίοδο, όπου την υγεία του σε αυτή τη χώρα είχε όποιος είχε χρήματα και όποιος είχε πολιτικό μέσον.

Αυτή είναι μια κοινωνική οπισθοδρόμηση που δεν πρέπει να επιτρέψουμε να συμβεί.

Ευχαριστώ.

**ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΣ ΣΤΕΦΑΝΑΔΗΣ** (Αντιπρόεδρος της Επιτροπής): Κύριε Λαμπρούλη, ποια είναι η θέση σας επί της αρχής;

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΛΑΜΠΡΟΥΛΗΣ (Ειδικός Αγορητής του Κ.Κ.Ε.):** Είμαστε κατά, κύριε Πρόεδρε.

**ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΣ ΣΤΕΦΑΝΑΔΗΣ (Αντιπρόεδρος της Επιτροπής):** Ο κ. Φραγγίδης, έχει το λόγο.

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

Κυρία Υπουργέ, θα ήθελα, κατ’ αρχήν, να απαντήσω σε κάποια πράγματα που είπατε στην τοποθέτησή σας, κατά την πρώτη συνεδρίαση της Επιτροπής και με αφορούν, γιατί αναφερθήκατε προσωπικά σε εμένα.

Ρωτήσατε, λοιπόν, γιατί ενδιαφέρομαι τόσο πολύ για τη βελτίωση του δημόσιου συστήματος υγείας, τη στιγμή που επέλεξα να εργάζομαι στον ιδιωτικό τομέα.

Να σας απαντήσω, ότι με ενδιαφέρει να λειτουργούν σωστά και με επάρκεια και τα δύο συστήματα, δημόσιο και ιδιωτικό, γιατί αυτό σημαίνει ότι θα έχουν καλές υπηρεσίες οι ασθενείς και καλές συνθήκες εργασίας οι εργαζόμενοι.

Ως Τομεάρχης Υγείας του ΠΑΣΟΚ, ενδιαφέρομαι εξίσου και για τους δύο τομείς και δεν αντιλαμβάνομαι τι σχέση έχει το ότι επέλεξα να εργάζομαι στον ιδιωτικό τομέα. Προς επίρρωσιν, όμως, αυτών που λέω, θα σας πω δύο πράγματα που, ενδεχομένως, δεν γνωρίζετε.

Πρώτον, υπηρέτησα δωδεκάμισι χρόνια στο δημόσιο τομέα υγείας και μάλιστα μου έτυχε να είμαι και διοικητής νοσοκομείου, αφού βέβαια έκλεισα το ιατρείο μου και έγινα διοικητής του νοσοκομείου, το 2010 - 2011. Εκεί, λοιπόν, τον Ιούλιο του 2010, τότε που γινόταν το Παρατηρητήριο Τιμών και η Επιτροπή Προμηθειών Υγείας υπήρχε, υπήρξε, λοιπόν, μια έκτακτη συνεδρίαση της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας, η οποία μου απένειμε έπαινο γραπτώς και κοινοποιήθηκε και σε διάφορες ΥΠΕ, σαν το νοσοκομείο και ο διοικητής που είχε τα καλύτερα αποτελέσματα για το Παρατηρητήριο Τιμών.

Επίσης, έτυχε και αφού εργάζομαι στον ιδιωτικό τομέα, μέχρι την εκλογή μου να είμαι πρόεδρος σε μια από τις μεγαλύτερες κλινικές στη βόρειο Ελλάδα, για πολλά χρόνια, η οποία κλινική είχε πάρει από πολύ νωρίς όλες τις πιστοποιήσεις εκτός από την πιστοποίηση ISO 9001, την Πιστοποίηση TELOS, που είναι διεθνής, για την ασφάλεια των ασθενών, για την ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας, την ευρωπαϊκή πιστοποίηση για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, την ποιότητα και την περίθαλψη του ασθενούς.

Επίσης, όταν το 2017 έγινε από το Υπουργείο ο έλεγχος των κλινικών για τις δαπάνες στον ΕΟΠΥΥ, η κλινική που ήμουν πρόεδρος εγώ ήταν η καλύτερη στη βόρειο Ελλάδα και 2η σε όλη την Ελλάδα, χωρίς να βρεθεί κανένα παράπτωμα απολύτως στη λειτουργία της σε σχέση με τον ΕΟΠΥΥ.

Τι σημαίνει αυτό;

Σημαίνει ότι, αν όχι τίποτα άλλο, έχω μια αρκετά σημαντική εμπειρία και από το δημόσιο και από τον ιδιωτικό τομέα.

Επίσης, είπατε ότι οι μειώσεις των μισθών έγιναν το 2012, με το ΠΑΣΟΚ στη συγκυβέρνηση. Να σας θυμίσω ότι οι μειώσεις των μισθών έγιναν σε μια εποχή που δεν ήταν όπως τώρα, περιορισμών και μνημονίων, στα οποία όμως, δυστυχώς, μας οδήγησε ο δημοσιονομικός εκτροχιασμός της διακυβέρνησης 2004 - 2009.

Η αύξηση που κάνετε τώρα στους μισθούς είναι περιπαικτική για τους γιατρούς και ούτε καν συμμορφώνεται με την απόφαση του ΣτΕ. Λέτε ότι δεν έχετε χρήματα να δώσετε. Για τις απευθείας, όμως, αναθέσεις στην υγεία, που γίνονται όλα αυτά τα τελευταία χρόνια, υπάρχουν χρήματα και τα δώσατε.

Η Κυβέρνησή σας, επίσης, φαίνεται ότι είχε χρήματα να δώσει αμοιβές 1.000.000 στον κ. Πάτση, για νομικές συμβουλές και δεν ήταν νομικές συμβουλές εκτός του τομέα υγείας, ήταν και στον τομέα υγείας, όπως στο Νοσοκομείο Καστοριάς και στην τρίτη 3η ΥΠΕ, αλλά στην υγεία, δυστυχώς δεν δώσατε τίποτα.

Μην ξεχνάμε ότι ένας από τους λόγους του δημοσιονομικού εκτροχιασμού του παρελθόντος ήταν και η τρύπα στην υγεία και αυτό έχει σχέση και με τις προμήθειες και με τη δαπάνη, όσον αφορά τη φαρμακευτική δαπάνη που ξέρετε ότι το 2009 είχε φτάσει στα 5,8 δις και το 2011 είχε φτάσει στα 2,8 δις.

Σας έχουμε ζητήσει, λοιπόν, επανειλημμένα λογοδοσία για όλα αυτά, αλλά δυστυχώς μέχρι σήμερα δεν υπάρχει. Αποφεύγετε συστηματικά. Είπατε, επίσης, ότι δεν είναι όλος ο ιατρικός κόσμος κατά του νομοσχεδίου και ότι εσείς, που μιλάτε με νοσοκομειακούς γιατρούς έχετε άλλη εικόνα. Η σημερινή συνεδρίαση με τους φορείς έδειξε κάτι άλλο. Ο ΠΙΣ, η ΕΙΝΑΠ, ο ΟΕΝΓΕ, η ΠΟΕΔΗΝ και πολλοί άλλοι φορείς είναι αντίθετοι με αυτό που λέτε. Αυτή δεν είναι η πλειοψηφία του εργατικού κόσμου;

Το κυριότερο, είπατε ότι πεποίθηση σας είναι πως ελάχιστοι γιατροί θα κάνουν ιδιωτικό έργο τελικά. Γιατί, λοιπόν, αλλάζετε τις εργασιακές σχέσεις στο ΕΣΥ και δημιουργείτε ολόκληρη αναστάτωση; Για τους ελάχιστους που θα επιλέξουν να κάνουν το ιδιωτικό έργο; Ή μήπως το κάνετε για το θεαθήναι, για να χρυσώσετε το χάπι στους γιατρούς που δεν θα δουν καμία σοβαρή αύξηση στους μισθούς τους;

Το 10%, το είπε προηγούμενα και ο κ. Ξανθός, ότι δεν καλύπτει ούτε τον πληθωρισμό. Είναι άξιο απορίας το σκεπτικό για την τοποθέτηση σας.

Σε σχέση με τα άρθρα, στο άρθρο 3, για εμάς είναι θετική η ρύθμιση για εξάμηνη προκαταρκτική κλινική άσκηση για τους αποφοίτους της ιατρικής πριν την απασχόληση τους στην υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου και την έναρξη της ειδικότητας, γιατί δίνει στο νέο γιατρό πολύτιμη κλινική εμπειρία και αυτοπεποίθηση, ώστε όταν πάει στην ειδικότητα ή στην υπηρεσία υπαίθρου, ειδικά στα νησιά και στις απομακρυσμένες περιοχές, να παρέχει καλές υπηρεσίες υγείας και να μην αισθάνεται ο ίδιος ανεπαρκής.

Είναι σημαντικό, λοιπόν, για την ασφάλεια των ασθενών. Έχετε κάνει πρόβλεψη για σαφές και στοχευμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης με βάση τα ευρωπαϊκά πρότυπα, με αξιολόγηση των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα, αλλά και της αποτελεσματικότητας του ίδιου του προγράμματος. Θα γίνεται αυτό; Ποια είναι τα κριτήρια επάρκειας για την επιλογή των νοσοκομείων που θα συμμετέχουν στο πρόγραμμα και ποιες οι διαδικασίες επιλογής τους;

Θεωρώ ότι είναι σημαντικό να δοθούν κίνητρα στους γιατρούς για να επιλέξουν για την κλινική άσκηση στα νοσοκομεία της περιφέρειας και όχι, μόνο των μεγάλων αστικών κέντρων. Επίσης, χρειάζεται να επιδοτούνται τα έξοδα διαμονής ή μετακίνησης εκπαιδευομένων όταν είναι εκτός έδρας.

Για το άρθρο 6, περιορισμοί στην υποβολή υποψηφιότητας στη θέση του γιατρού κλάδου Εθνικού Συστήματος Υγείας, αλλάξατε την παράγραφο και κάνετε ένας γιατρός μετά την παρέλευση πενταετίας. Ήταν διετία από το διορισμό του. Συνήθως μπορεί να διεκδικήσει θέση και βέβαια, μετά από πέντε χρόνια το πιθανότερο είναι ότι έχει εξελιχθεί μέχρι τον επιμελητή Ά σε βαθμό. Γιατί, λοιπόν, να μπαίνει περιορισμός να μην μπορεί να πάρει μέρος σε μια προκήρυξη, παρά μόνο όταν αφορά το ίδιο ή ανώτερο βαθμό από το δικό του;

Στην ουσία, δηλαδή, αποκλείετε από τα νοσοκομεία του κέντρου, όπου οι προκηρύξεις αφορούν την πλειονότητα τους και είναι θέσεις Επιμελητή Β΄. Η ρύθμιση, επίσης, θα μπορούσε, γιατί είναι πενταετία πλέον ο χρόνος, να λειτουργήσει ως αντικίνητρο για την κάλυψη θέσεων σε άγονες περιοχές.

Το άρθρο 7, όσον αφορά τις άγονες προκηρύξεις. Αξίζει να σημειωθεί ότι είναι αναγκαίο να απαντηθεί γιατί δεν εκδηλώνεται ενδιαφέρον από τους γιατρούς για την πλήρωση τους. Το Υπουργείο Υγείας προχωράει στην επιλογή των ιδιωτών γιατρών, χωρίς να έχει εξαντλήσει, κατά την άποψή μας, τις επιλογές που αφορούν στους γιατρούς του ΕΣΥ και προϋποθέτουν, βέβαια, τη θέσπιση πολλαπλών κινήτρων.

Επίσης, αποτελεί ένα ημίμετρο, γιατί πρόκειται για απασχόληση μόνο 3 ημερών από 7 ώρες πρωινής βάρδιας. Η μερική απασχόληση των γιατρών σημαίνει και μερική κάλυψη των αναγκών των ασθενών.

 Αυτό σας ικανοποιεί, κυρία Υπουργέ, σαν λύση; Και μη μου πείτε ότι είναι λύση ανάγκης, γιατί δεν εξαντλήσατε όλες τις δυνατότητες που έχετε. Ουσιαστικά, η ρύθμιση αυτή θα ωφελήσει κυρίως τους ιδιώτες γιατρούς, οι οποίοι θα βρουν μια ευκαιρία αύξησης του εισοδήματός τους και ενδεχομένως άγρας πελατών από το δημόσιο σύστημα υγείας.

Η δική μας θέση είναι ότι η κάλυψη των αναγκών από ιδιώτες γιατρούς θα πρέπει να γίνεται μόνο στις άγονες και προβληματικές περιοχές, όταν οι προκηρύξεις αποβαίνουν άγονες κατ’ επανάληψη και αφού προηγουμένως έχουν θεσπιστεί ουσιαστικά κίνητρα για την προσέλκυση γιατρών. Η πλήρωση των θέσεων πρέπει να γίνεται με διαφανείς και αξιοκρατικές διαδικασίες.

Με το άρθρο 10 και την κατάργηση της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των γιατρών του ΕΣΥ, τροποποιούνται οι εργασιακές σχέσεις των γιατρών και αλλοιώνεται η θεμελιώδης φιλοσοφία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, το οποίο μέχρι τώρα παρέχει δωρεάν υπηρεσίες στους πολίτες. Το Υπουργείο Υγείας προσπαθεί, χωρίς επιτυχία, να αντιμετωπίσει το πρόβλημα της υποχρηματοδότησης σε σχέση με τις αμοιβές των γιατρών. Αντί να δώσει, λοιπόν, σοβαρά μισθολογικά και άλλα κίνητρα, ωθεί τους γιατρούς του ΕΣΥ σε επιπλέον εργασία στον ιδιωτικό τομέα, πράγμα ανέφικτο με την κόπωση και το φόρτο εργασίας που ήδη έχουν και με βάση την ισχύουσα στελέχωση των υγειονομικών δομών. Έτσι αυξάνονται και οι κίνδυνοι των ιατρικών λαθών. Το δημόσιο και κοινωνικό αγαθό της υγείας, δυστυχώς, μετατρέπεται σε αντικείμενο ιδιωτικής αγοράς. Η Κυβέρνηση επιμένει στην ιδιωτικοποίηση του χώρου της υγείας από την οποία όφελος θα έχουν κυρίως τα μεγάλα ιδιωτικά funds, τα οποία ελέγχουν τις περισσότερες μεγάλες κλινικές που θα ονομαστούν νοσοκομεία, μέσω της πτώσης των αμοιβών και εξασφάλισης φθηνού εργατικού δυναμικού. Αυτοί που θα πληγούν είναι κυρίως οι ασθενείς που θα αναγκάζονται να πληρώνουν αδρά για την υγεία τους αφού οι αναμονές στο ΕΣΥ για χειρουργεία και ραντεβού είναι τεράστιες και οι υπηρεσίες ποιοτικά θα είναι υποβαθμισμένες.

Επιπλέον, με την παροχή δυνατότητας σε γιατρούς του ΕΣΥ για παράλληλο ιδιωτικό έργο, εγείρονται ζητήματα αθέμιτου ανταγωνισμού απέναντι στους ιδιώτες γιατρούς σε μια οικονομική συγκυρία που η ιδιωτική πρωτοβουλία δοκιμάζεται. Όμως και μέσα στο ίδιο το ΕΣΥ δημιουργούνται γιατροί πολλών ταχυτήτων, αφού με βάση τις προϋποθέσεις που τίθενται δεν δύναται η δυνατότητα άσκησης ιδιωτικού έργου σε όλους.

Εμείς, ως ΠΑΣΟΚ, είμαστε αντίθετοι με την ιδιωτική εργασία των γιατρών του ΕΣΥ.

Επίσης, γίνεται λόγος για πιθανή πιλοτική εφαρμογή στο άρθρο 10. Θα θέλαμε να μας εξηγήσετε τι σκοπεύετε να κάνετε ακριβώς, ποια νοσοκομεία και χειρουργεία θα επιλεγούν και με ποια κριτήρια.

 Άρθρο 11. Επιλογή αξιολόγησης των συντονιστών διευθυντών. Εκεί μπαίνει ένα ζήτημα. Ο Υπουργός διατηρεί το δικαίωμα αποπομπής, ενώ η επιλογή γίνεται από το Συμβούλιο Επιλογής Συντονιστών. Αυτό δεν στέκει. Επίσης, ο ορισμός προϊσταμένου στα ιατρικά τμήματα και μονάδες. Όλα αυτά και τα δύο άρθρα πρόκειται για μια προσπάθεια εγκαθίδρυσης, δυστυχώς, κομματικού κράτους στην υγεία.

Είμαστε αντίθετοι με τέτοιου είδους κομματικές πελατειακές λογικές. Σε αυτό το πνεύμα εξάλλου κινείται και η πρόταση του ΠΑΣΟΚ για αξιοκρατική ανάδειξη διοικητών νοσοκομείων.

 Άρθρο 16. Φέρνετε μία ρύθμιση ασαφή σε σχέση με τον καθορισμό ομάδων νοσοκομείων και θέσεων ιατρών για απόκτηση ειδικότητας. Δεν διευκρινίζετε με ποια κριτήρια και με ποια διαδικασία θα εφαρμοσθεί και ορίζετε την έναρξη εφαρμογής της την 1/1/2024.

Στο μέρος που μιλάτε για μαιευτική περίθαλψη - το άρθρο 38 και το 39 - υπηρεσίες κατ’ οίκον. Η δημιουργία κέντρων φυσικού τοκετού είναι μια θετική εξέλιξη, καθώς μέχρι τώρα δεν είχαμε στην Ελλάδα τέτοια κέντρα, ενώ ταυτόχρονα είμαστε μια χώρα με υψηλό ποσοστό καισαρικών. Ωστόσο, δεν περιγράφετε στις διατάξεις ποιος θα αναλαμβάνει το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών μαιευτικής φροντίδας. Το κράτος ή η ωφελημένη;

Τα άρθρα 54 και 62, που αφορούν μισθολογικές ρυθμίσεις, όπως ανέφερα και πιο πάνω στην τοποθέτησή μου, η αύξηση που κάνετε στους μισθούς είναι απειροελάχιστη και δεν συμμορφώνεται με την απόφαση του ΣτΕ.

Ούτε οι εν λόγω μισθοί, ούτε τα επιδόματα αποτελούν σοβαρό κίνητρο για να ανατρέψουν την αποψίλωση του ΕΣΥ από προσωπικό και τις άγονες ειδικότητες. Εδώ, είχε αναφερθεί πάλι ο κύριος Ξανθός προηγουμένως, σε σχέση με τους αναισθησιολόγους του ΕΚΑΒ, που νομίζω ότι πρέπει να δείτε αυτό το θέμα.

Ειδικότερα δε για τα άρθρα 61 και 62, θα ήθελα να παρατηρήσω ότι, πριν λίγο καιρό, φέρατε ερμηνευτική διάταξη, με την οποία παύσατε τη χορήγηση ενός επιπλέον μισθού, σε μηνιαία βάση, στους εργαζόμενους στις αναφερόμενες δομές, αποσαφηνίζοντας ότι ο νόμος προέβλεπε την καταβολή του άπαξ και όχι μηνιαίως, σε σχέση με το πρόγραμμα «PHILOS». Σας επισημάναμε τότε ότι αφαιρείτε ένα σημαντικό κίνητρο από αυτούς τους εργαζόμενους, με κίνδυνο να αποχωρήσουν από την εργασία τους, καθώς και να μην προσέρχονται νέοι γιατροί στις δομές αυτές. Απ’ ότι φαίνεται, το αντιληφθήκατε και δίνετε τώρα ως κίνητρο ένα 30% επιπλέον του μισθού μηνιαίως. Αυτό το 30% το θεωρείτε ότι είναι ικανοποιητικό ποσό προσέλκυσης και παραμονής των νέων γιατρών και εργαζομένων στον τομέα αυτό;

Ευχαριστώ πολύ.

**ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΣ ΣΤΕΦΑΝΑΔΗΣ (Αντιπρόεδρος της Επιτροπής):** Τον λόγο έχει ο κ. Λαμπρούλης.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΛΑΜΠΡΟΥΛΗΣ (Ειδικός Αγορητής του Κομμουνιστικού Κόμματος Ελλάδας):** Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε.

Έγινε κατανοητό, από την προηγούμενη συνεδρίαση με τους φορείς, η αναγκαιότητα απόσυρσης του νομοσχεδίου, κυρία Υπουργέ. Τουλάχιστον από τους φορείς, οι οποίοι άμεσα κι όχι μόνο εμπλέκονται με το νομοσχέδιο. Μιλώ για τους νοσοκομειακούς γιατρούς, αλλά και το νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό των νοσοκομείων της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πάει λέγοντας, που αξίωσαν και απαίτησαν την απόσυρση του νομοσχεδίου.

Έτσι, λοιπόν, οι ρυθμίσεις του νομοσχεδίου -όπως είπαμε και στην πρώτη Επιτροπή επί της αρχής- τι κάνουν; Αυτό το νομοσχέδιο κάνει ένα ακόμα πιο ποιοτικό βήμα ενίσχυσης της επιχειρηματικής λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων και της περαιτέρω ενίσχυσης της εμπορευματοποίησης των εργασιών των δημόσιων Μονάδων Υγείας.

Έτσι, στην ουσία, έχουμε: Πρώτον, την παραδοχή, μέσω του νομοσχεδίου, αλλά και συνέχεια της πολιτικής της υποστελέχωσης και την κάλυψη των αναγκών να γίνεται όπως όπως, είτε με σχέσεις εργασίας μερικής απασχόλησης, είτε με την εκπλήρωση 6μηνων από το αγροτικό υποχρεωτικά σε νοσοκομεία.

Δεύτερον, τη συνέχεια της πολιτικής συνύπαρξης και σύμπραξης του δημοσίου με τον ιδιωτικό τομέα, έτσι όπως αποτυπώνεται στα άρθρα.

Και τρίτον, την υλοποίηση της κατεύθυνσης λειτουργίας των νοσοκομείων ως αυτοχρηματοδοτούμενες μονάδες. Δηλαδή, ως συνέχεια της πολιτικής που έχει καταστήσει τα νοσοκομεία επιχειρήσεις που λειτουργούν με ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια, στα πλαίσια της αυτοτέλειας, της αυτοχρηματοδότησης και πάει λέγοντας.

Τώρα, σε ότι αφορά στα άρθρα. Για παράδειγμα, το άρθρο 3. Εδώ και 65 χρόνια, η καθιέρωση του θεσμού του αγροτικού ιατρού αξιοποιήθηκε από τότε που δημιουργήθηκε, αλλά και από τις μετέπειτα κυβερνήσεις έως και σήμερα. Για ποιο λόγο; Για να μπαλώσουν τρύπες στα νοσοκομεία και στα Κέντρα Υγείας. Φυσικά, την πρώτη περίοδο, όταν θεσπίστηκε, ήταν να καλυφθούν οι ανάγκες έστω με αυτού του τύπου τους γιατρούς –επιπέδου, εννοώ, δεν είναι υποτιμητικό για τους γιατρούς- η επαρχία, τα χωριά, η επικράτεια προφανώς.

Από εκεί και πέρα, τα επόμενα χρόνια, αξιοποιείται αυτός ο θεσμός -και οι αγροτικοί γιατροί, φυσικά- για να μπαλώνουν τρύπες στα νοσοκομεία και στα Κέντρα Υγείας κυρίως, υλοποιώντας την πολιτική της υποχρηματοδότησης, της υποστελέχωσης και, φυσικά, της εμπορευματοποίησης και της ιδιωτικοποίησης της υγείας.

Και έρχεται τώρα η Κυβέρνηση, σήμερα, και με το εφεύρημα της απόκτησης κλινικής εμπειρίας, προκειμένου οι γιατροί να ανταποκριθούν με επάρκεια στα καθήκοντά τους, αξιοποιεί ποιούς; Αξιοποιεί τους ανειδίκευτους γιατρούς, για να μπαλώσει όπως όπως τρύπες, εξαιτίας των τραγικών ελλείψεων σε ειδικευμένους γιατρούς, αλλά και σε ειδικευόμενους, σε εκείνα τα νοσοκομεία που είναι αναγνωρισμένα για να παρέχουν μερική ή πλήρη ειδικότητα. Τα νοσοκομεία αυτά δεν τα επιλέγουν οι ειδικευόμενοι, ακριβώς γιατί δεν εκπαιδεύονται.

Έτσι, επί της ουσίας, με το συγκεκριμένο άρθρο, η Κυβέρνηση έχει ως στόχο την εξασφάλιση φθηνού ιατρικού δυναμικού για τα νοσοκομεία κυρίως της επαρχίας.

Γεγονός, που συμβαίνει βέβαια, στα νοσοκομεία της Περιφέρειας, όπου οι ειδικευόμενοι γιατροί με «εντέλλεσθε», εξαναγκάζονται να καλύπτουν εφημερίες χωρίς, καν την παρουσία ειδικευμένου γιατρού. Αυτό εξάλλου, δεν έγινε και την περίοδο της πανδημίας που αντί για διορισμούς μόνιμων ειδικευμένων γιατρών όλων των αναγκαίων ειδικοτήτων, η Κυβέρνηση προσλάμβανε ανειδίκευτους γιατρούς. Απόφοιτους της ιατρικής χωρίς καθόλου κλινική εμπειρία για να στελεχώσουν τα τμήματα του covid.

 Τώρα, ας υποθέσουμε ότι, η Κυβέρνηση έχει, αγνές προθέσεις, ενδιαφέρεται για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στα Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά ιατρεία από τους αγροτικούς γιατρούς δηλαδή.

 Εδώ όμως, θα θέλαμε κάποιες απαντήσεις. Ποιος θα εκπαιδεύσει τους αγροτικούς γιατρούς; «Στου κασίδη το κεφάλι», δηλαδή, στου λαού θα αποκτήσουν κλινική εμπειρία.

Αν υπάρχει αυτό το ενδιαφέρον από την Κυβέρνηση, για την απόκτηση κλινικής εμπειρίας, γιατί δεν προχωράτε στην αναβάθμιση του περιεχομένου των προπτυχιακών σπουδών; Δεν ακούσαμε τους λαλίστατους πανεπιστημιακούς προηγούμενους, να βάζουν τέτοια ζητήματα.

Επίσης, αν ενδιαφερόσασταν ως Κυβέρνηση, όχι μόνο εσείς, όπως και οι προηγούμενες κυβερνήσεις, για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, θα αυξάνατε την κρατική χρηματοδότηση στην υγεία, θα προχωρούσατε σε μαζικές προσλήψεις γιατρών όλων των αναγκαίων ειδικοτήτων, θα αναπτύσσατε όλες τις απαραίτητες υποδομές και θα ενισχύατε φυσικά με σύγχρονο εξοπλισμό και άλλα και αλλά.

Ότι, δεν το κάνετε τόσο εσείς, όπως και οι προηγούμενες κυβερνήσεις είναι, διότι ταυτίζεστε στη βασική στρατηγική αντίληψη ότι ο τομέας της υγείας και πιο συγκεκριμένα την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, αλλά και τα νοσοκομεία αποτελούν πεδίο περικοπών των δαπανών και των παροχών από το κράτος και τον ΕΟΠΥΥ και φυσικά αυτό είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την ανάπτυξη την οποία υπηρετείτε με τις πολιτικές σας όχι μόνο εσείς και όλα τα άλλα κόμματα που κυβέρνησαν, δηλαδή, την καπιταλιστική ανάπτυξη.

Θεωρούμε σε ό,τι αφορά στο ζήτημα αυτό, του άρθρου 3, πως οι απόφοιτοι της ιατρικής χρειάζονται αμέσως. Μετά από την αποφοίτησή τους, την απόκτηση των πτυχίων να εντάσσονται στη διαδικασία του χρόνου ειδίκευσης, χωρίς κενά διαστήματα και φυσικά, πολύ δε περισσότερο χωρίς το αγροτικό, το οποίο είναι πλέον ένας θεσμός ο οποίος πλέον είναι αναχρονιστικός.

Τώρα σε ότι, αφορά τα άρθρα 4, 5, 6, αυτά αφορούν σε ρυθμίσεις, τροποποιήσεις που έχουν γίνει κατά διαστήματα. Μόνο τα τελευταία πέντε χρόνια έχει αλλάξει τρεις φορές, μία επί ΣΥΡΙΖΑ, δύο επί Νέας Δημοκρατίας αναζητώντας ή προσπαθώντας να κάνουν τι οι κυβερνήσεις; Μια ισορροπία και αντικειμενικότητας σε ένα σύστημα αξιοποίησης γιατρών και οδοντιάτρων, που είναι ανισόρροπο όμως, και άναρχο και όπως ούτε οι διαδικασίες επισπεύσθηκαν. Αυτό λέει η εμπειρία, ούτε ενισχύθηκαν τα νοσοκομεία με γιατρούς.

 Απόδειξη, αυτό που αναφέρεται στο άρθρο 8 του νομοσχεδίου, για τις θέσεις που προκηρύχθηκαν το 2013 πριν κοντά 10 χρόνια, των οποίων οι κρίσεις εκκρεμούν έως σήμερα. Αυτό συμβαίνει, διότι αυτή η ανισορροπία και η αναρχία έχει ως βάση ότι, ούτε η εκπαίδευση των γιατρών σε αριθμό και ειδικότητες γίνεται στη βάση του σχεδιασμού, με βάση όμως τις λαϊκές ανάγκες, ούτε η αξιοποίησή τους μετά την ειδικότητα στα νοσοκομεία και στις άλλες μονάδες, γίνεται ακριβώς με αυτό το κριτήριο, των αναγκών του λαού, αλλά γίνεται με βάση τις ανάγκες των δημόσιων νοσοκομείων, για παράδειγμα οργανογραμμάτων κτλ., οι όποιες όμως οι ανάγκες των νοσοκομείων δεν ταυτίζονται με τις ανάγκες του λαού και αυτό αποδεικνύεται περίτρανα.

 Εδώ υπάρχει η εξής αντίφαση: Για παράδειγμα, ιδιαίτερα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, αλλά και στα δημόσια νοσοκομεία. Λοιπόν, τι νόημα έχουν τα Συμβούλια επιλογής, όταν την ίδια ώρα και προκειμένου να αναπτυχθούν οι τομείς πρόληψης, θεραπείας, αποκατάστασης, δεν φτάνουν ακόμα και αν προσληφθούν όλοι οι γενικοί γιατροί οι οποίοι υπάρχουν σήμερα. Μπορούμε να πούμε πάρα πολλά παραδείγματα για πάρα πολλές ειδικότητες.

 Άρα, το κύριο ζήτημα για την Κυβέρνηση, για όλες τις κυβερνήσεις και μέσω αυτών των διαδικασιών, είναι να επιλέγονται οι γιατροί και οδοντίατροι σε τέτοιο βαθμό, ώστε στην ουσία να αναπαράγεται το καθεστώς των μεγάλων ελλείψεων.

Και βέβαια εμείς υποστηρίζουμε πως οι ειδικευμένοι γιατροί και οδοντίατροι πρέπει να εντάσσονται στην εργασία μετά την ολοκλήρωση της ειδικότητας τους, ως μοναδικό προαπαιτούμενο. Τα οποία επιπλέον προσόντα που αποκτά κάποιος γιατρός -και θα πρέπει να παρέχεται η δυνατότητα αυτή σε όλους από το Κράτος- θα πρέπει να αξιοποιούνται φυσικά κατά τη διάρκεια του εργασιακού του βίου με την ανάληψη των αντίστοιχων επιστημονικών και διοικητικών αρμοδιοτήτων.

Τώρα, αναφορικά με τα άρθρα 7 και 8, εδώ τώρα η Κυβέρνηση προσθέτει έναν ακόμα κρίκο στην αλυσίδα της βαθύτερης προσαρμογής των δημόσιων δομών υγείας στους κανόνες της αγοράς, προβάλλοντας ως λύση την αιτία που δημιούργησε τα προβλήματα και απόδειξη για αυτό αποτελεί η πρόσφατη εμπειρία της πανδημίας με την επιστράτευση των αυτοαπασχολούμενων ιδιωτών γιατρών -το ακούσαμε και από την κυρία Παγώνη- αλλά και εμείς δηλαδή που συνεισφέραμε στην περίοδο εκείνη την κρίσιμη για το λαό στα νοσοκομεία, το πώς δηλαδή ανταποκρίθηκαν ή όχι οι αυτοαπασχολούμενοι, αλλά και τα προβλήματα που είχαν ενσωμάτωσης και λειτουργίας μέσα στα νοσοκομεία.

Έτσι λοιπόν και τα αποτελέσματα αυτής της αξιοποίησης των αυτοαπασχολούμενων είτε των συμβεβλημένων με τα νοσοκομεία και ιδιωτών γιατρών με δελτίο παροχής υπηρεσιών, στην καλύτερη περίπτωση αυτό που θα εξασφαλίζεται είναι η περιορισμένη και αποσπασματική κάλυψη των τραγικών ελλείψεων και η παροχή υποβαθμισμένων υπηρεσιών, σε πλήρη αναντιστοιχία με τις δυνατότητες που υπάρχουν σήμερα για εξασφάλιση υψηλού επιπέδου δωρεάν σύγχρονων υπηρεσιών υγείας για το λαό.

Τώρα, αλήθεια, με βάση και τα άρθρα, με συγχωρείτε, οι προβληματικές και άγονες περιοχές, όπως ονομάζονται, που δεν επιλέγουν οι γιατροί, από μόνες τους έγιναν άγονες; Για απαντήστε μου, όλοι σας, όχι μόνο η Κυβέρνηση και όσοι κυβέρνησαν. Είναι ή δεν είναι αποτέλεσμα της γενικότερης πολιτικής που υπηρετείτε χρόνια τώρα στα πλαίσια αυτού του δρόμου ανάπτυξης, του καπιταλιστικού δρόμου ανάπτυξης, γιατί ούτε οι απαράδεκτες συνθήκες εργασίας, οι επιστημονικές ανάγκες, οι κοινωνικές ανάγκες που υπάρχουν σε αυτές τις περιοχές, φτιάχτηκαν μόνες τους. Μη μου πείτε ότι πέσανε από τον ουρανό.

Άρα, λοιπόν, τι κάνετε; Έρχεστε τώρα και αξιοποιείτε ως πρόσχημα την έλλειψη ενδιαφέροντος για τη θέση γιατρών πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, που προκηρύσσονται χωρίς να απαντάτε όμως για ποιο λόγο συμβαίνει αυτό. Και ρωτάμε –ρητορικό, αν θέλετε το ερώτημα, κι ας αναρωτηθεί ο καθένας και από αυτούς που μας ακούν, όχι εσείς- γιατί να επιλέξει ένας γιατρός να εργαστεί σε ένα νοσοκομείο, γνωρίζοντας εκ των προτέρων ότι θα έχει εξαντλητικά ωράρια, αφού δεν προκηρύσσονται στο σύνολό τους οι θέσεις; Δεύτερον, τους απαράδεκτους μισθούς, τα απάνθρωπα ωράρια, χωρίς τη δυνατότητα άσκησης της ιατρικής με σύγχρονους όρους, αυτό δηλαδή που εκπαιδεύεται ο νέος ειδικευμένος γιατρός.

Αντίστοιχα, το πώς θα εξελίσσεται επιστημονικά και φυσικά κανένα περιθώριο για ελεύθερο χρόνο για να ικανοποιήσει ως άνθρωπος και αυτός τις κοινωνικές του ανάγκες και από τη στιγμή που διαχρονικά οι κυβερνήσεις με τις πολιτικές τους διαμορφώνουν ένα συνολικά άθλιο σύστημα εργασίας, μισθών, κοινωνικών παροχών, στο σύνολο, όχι μόνο για τους γιατρούς και στα δημόσια νοσοκομεία, συμβάλλουν ώστε αυτές οι θέσεις οι λεγόμενες άγονες, να αποτελούν την τελευταία επιλογή κάποιου ιατρού και αυτό δεν μπορεί να το αμφισβητήσει κανένας.

Έτσι, λοιπόν, δεν παίρνετε κανένα μέτρο βελτίωσης της κατάστασης και αναθέτετε τη λεγόμενη «λύση» -σε εισαγωγικά- σε ποιους; Στους ιδιώτες, το ενδιαφέρον των οποίων κατά κύριο λόγο θα εξαρτάται από τα οικονομικά οφέλη και μόνο. Θα έχουν ειδικό κριτήριο το αν κερδίζουν ή όχι. Όμως εδώ προκύπτουν κάποια ζητήματα, τα οποία τα θέσαμε και στη συνεδρίαση την πρώτη: Πρώτον, η απασχόληση των ιδιωτών γιατρών θα είναι περιορισμένη, εξ αντικειμένου, λόγω του ότι θα έχουν ιδιωτικό ιατρείο. Οι ανάγκες όμως των ασθενών και των δημόσιων κατ’ επέκταση νοσοκομείων είναι ή δεν είναι πάγιες και διαρκείς; Είναι κατά τη γνώμη μας. Πώς θα καλύπτονται τις μέρες και τις ώρες της απουσίας αυτών των ιδιωτών γιατρών οι ανάγκες, για παράδειγμα, γιατί ανέφερε ο κύριος Πλεύρης εδώ όταν παρουσίαζε το νομοσχέδιο σε αντίστοιχες συζητήσεις για άλλα νομοσχέδια, το επανέφερε πάλι το παράδειγμα περί παιδιάτρου, ο οποίος σε ένα νησί είναι ιδιώτης, το νοσοκομείο δεν έχει, άρα γιατί ο ιδιώτης να μην μπορεί να μπει μέσα για αυτές τις ώρες που θα δουλέψει με μερική απασχόληση, δηλαδή ένα τετράωρο;

Από τη στιγμή, λοιπόν, που είναι δεδομένες οι τραγικές ελλείψεις σε υποδομές, εξοπλισμό, άλλες αναγκαίες ειδικότητες, για την ολοκληρωμένη ολόπλευρη αντιμετώπιση των ασθενών, τι να σου κάνει τέσσερις ώρες ο παιδίατρος ή όποια ειδικότητα θέλετε βάλτε!

Δεύτερον, τα ζητήματα της συνέχειας του επιστημονικού έργου, της συστηματικής παρακολούθησης των ασθενών, πώς το εξασφαλίζετε για πείτε μου! Είστε τώρα πόσοι γιατροί εδώ μέσα. Υπάρχει ή δεν υπάρχει συνέχεια στο θέμα παρακολούθησης που έχει να κάνει με τη θεραπεία, την αντιμετώπιση του περιστατικού του συγκεκριμένου, την ολοκλήρωση, την αποθεραπεία και την έξοδο του ασθενούς από μία ομάδα, από έναν συγκεκριμένο γιατρό, επιτρέψτε μου τη λέξη, που χρεώνεται, με την καλή έννοια το λέω αυτό, τον άρρωστο αυτόν; Ναι ή όχι; Ναι! Δεν μιλάμε μόνο για τα νησιά. Τι θα γίνεται στις περιοχές, για παράδειγμα, που θα επιλέξει ένας ιδιώτης ογκολόγος να πάει να κάνει τη δουλειά με μερική απασχόληση μέσα στο δημόσιο νοσοκομείο και έναν καρκινοπαθή τον οποίο θα τον βλέπει, θα τον κουράρει ή, τέλος πάντων, θα του χορηγεί την θεραπεία, θα φεύγει για να πάει στο ιδιωτικό του και τι θα γίνεται στην πορεία νοσηλείας αυτού του ασθενούς μέσα στο νοσοκομείο; Ποιος γιατρός θα ασχοληθεί μαζί του; Να μην πούμε και άλλα παραδείγματα, γιατί δεν έχουμε και πολύ χρόνο.

Άλλο ερώτημα, οι γιατροί του ΕΣΥ οι πανεπιστημιακοί που θα επιλέξουν να εργαστούν στον ιδιωτικό τομέα, πότε θα αναπληρώσουν τις δυνάμεις τους πνευματικά, ψυχικά, σωματικά, ώστε να μπορούν με ασφάλεια να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε ασθενείς, αφού θα πρέπει να συνδυάζουν την εργασία τους στο νοσοκομείο, πρωινό ωράριο, απογευματινά ιατρεία στα πλαίσια ολοήμερης λειτουργίας, εφημερίες, διδακτικό και εκπαιδευτικό έργο - δείτε φοιτητές, ειδικευόμενους - συν την άσκηση του ιδιωτικού έργου!

Δημιουργείται ακόμη περισσότερο πρόσφορο έδαφος, ώστε να αξιοποιείται το νοσοκομείο ως δεξαμενή άντλησης πελατείας με τους ασθενείς-πελάτες φυσικά να εκβιάζονται την ώρα της ανάγκης και να υποχρεώνονται να βάζουν το χέρι βαθιά στην τσέπη, διαφορετικά θα συνεχίζουν να υφίστανται το καθεστώς των τεράστιων αναμονών για τα πρωινά ιατρεία, θέτοντας σε κίνδυνο την υγεία τους και, ενδεχομένως, την ίδια τους τη ζωή. Ουσιαστικά αυτό που θεσμοθετεί η κυβέρνηση είναι το επίσημο και νόμιμο πλιάτσικο στους ασθενείς, που ένα μεγάλο μέρος των αναγκών τους ή καθόλου μπορεί να ικανοποιήσει έγκαιρα ή καθόλου μάλλον, λόγω της άθλιας κατάστασης των δημόσιων νοσοκομείων. Βέβαια, το επιχείρημα που ακούγεται και όχι μόνο από την κυβερνητική πλειοψηφία περί δυνατότητας ελεύθερης επιλογής τρόπου αντιμετώπισης του προβλήματος υγείας είναι και εξοργιστικό, αλλά συγχρόνως βγάζει και όλο τον κυνισμό της πολιτικής που εφαρμόζετε και εσείς αλλά και οι προηγούμενοι που κυβέρνησαν, υπηρετώντας πιστά αυτό το απάνθρωπο σύστημα. Τώρα, πείτε μου αλήθεια, πόσο ελεύθερος να επιλέξει γιατρό είναι ο άνεργος, ο χαμηλοσυνταξιούχος, ο εργάτης που αμείβεται με εξευτελιστικούς μισθούς, ο ανασφάλιστος, το άτομο με ειδικές ανάγκες που παρακαλάει στα ΚΕΠΑ και προσπαθεί να παίρνει τον βαθμό αναπηρίας για να πάρει το ισχνό επίδομα των 300€; Τι λέτε σε όλους αυτούς, αλλά και σε άλλους που για να κλείσουν ένα ραντεβού χρειάζονται μήνες με αυτό το άθλιο σύστημα υγείας που έχετε διαμορφώσει όλοι σας; «Εάν θέλεις να βρεις γιατρό, πλήρωσε, βάλε βαθιά το χέρι στην τσέπη, διαφορετικά περίμενε στις ατελείωτες λίστες των εξωτερικών ιατρείων ή στις τεράστιες λίστες των χειρουργείων των δημόσιων νοσοκομείων εάν δεν έχεις να πληρώσεις»! Μάλιστα, το θράσος φτάνει στο σημείο να παρουσιάζετε πως δίνετε δυνατότητα επιλογής σε όσους το επιθυμούν και δεν τσιγκουνεύονται να πληρώσουν για την υγεία τους. Μέχρι αυτό το σημείο φτάνετε! Ωμός εκβιασμός στους ασθενείς, εκβιασμός και στους γιατρούς του δημόσιου συστήματος υγείας αφού τους στέλνετε, στην ουσία τους σπρώχνετε, αν και εφόσον θέλουν, όπως λέτε, να ενισχύσουν το εισόδημά τους, να βγουν, δηλαδή, παγανιά στην πιάτσα της αγοράς και να χρησιμοποιήσουν ως δεξαμενή πελατείας τα δημόσια νοσοκομεία.

Και φυσικά θα έρθετε μετά, η Κυβέρνηση, απέναντι - ενδεχόμενα, λέμε –στις διεκδικήσεις για μισθούς των γιατρών του νοσοκομείου, το προσωπικό των νοσοκομείων και άλλα βέβαια αιτήματα, αξιοποιώντας δηλαδή το πρόσχημα της δυνατότητας που τους δίνετε να αρμέγουν τους ασθενείς, να τους μεταφέρετε και την ευθύνη, στους ίδιους τους γιατρούς που δεν αξιοποίησαν αυτή τη δυνατότητα που τους δίνετε. Γιατί και οι τελευταίες αλλαγές, στο νομοσχέδιο που κάνατε, οι προσθήκες μάλλον, αφού για το ιατρικό μισθολόγιο, είναι απροκάλυπτη ομολογία πως δεν είστε διατεθειμένοι να διακινδυνεύσετε ούτε στο ελάχιστο την περίφημη δημοσιονομική σταθερότητα που από κοινού, Νέα Δημοκρατία, ΣΥΡΙΖΑ, ΠΑΣΟΚ, ψηφίσατε και υλοποιήσατε και υλοποιείτε. Αφού είναι όρος απαραίτητος για να συνεχίσουν τα τρελά κέρδη των λίγων και να γιατί, δεν περισσεύουν λεφτά για την υγεία του λαού και για αξιοπρεπείς μισθούς των υγειονομικών, γιατί δίνονται απλόχερα για τις μπίζνες των επιχειρηματικών ομίλων, του ΝΑΤΟ ή όποιου άλλου κάνει γνωστές «αγαθοεργίες», πολέμους δηλαδή, πλειστηριασμούς, κατασχέσεις σπιτιών και άλλα.

 Να γιατί, λοιπόν, ακόμα και να θέλατε - που δεν θέλετε - δεν μπορείτε να ενισχύσετε το εισόδημα των γιατρών, των υγειονομικών, δεν αυξάνετε τους μισθούς, δεν εφαρμόζετε τις τελεσίδικες αποφάσεις του Συμβουλίου της Επικρατείας και του Αρείου Πάγου για επαναφορά των μισθών στα επίπεδα του 2012. Επαναφορά του 13ου και 14ου μισθού. Δεν προσλαμβάνετε ούτε και προσωπικό. Έτσι, με το μισθολόγιο που καταθέσατε στο νομοσχέδιο, οι ελάχιστες αυξήσεις που προβλέπονται, αφενός μεν, δεν αποκαθιστούν το πετσοκομμένο εισόδημα, τα τελευταία 10 χρόνια. Αφετέρου εξανεμίζονται από την ακρίβεια και την άγρια φορολογία.

Ακούσαμε εξάλλου ότι οι εξαγγελίες του Πρωθυπουργού περί 10% ήδη πλέον αντανακλούν στο 5%.

Θα επανέλθουμε στην Επιτροπή της Τετάρτης, στη β΄ ανάγνωση, για μερικά άρθρα και για αυτά τα ζητήματα του μισθολογίου, αλλά και για κάποια ακόμα άρθρα.

Κύριε Πρόεδρε, ευχαριστώ πολύ για την ανοχή.

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

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

**ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΣ ΣΤΕΦΑΝΑΔΗΣ(Αντιπρόεδρος της Επιτροπής):** Τον λόγο έχει η κυρία Μαρία Αθανασίου.

**ΜΑΡΙΑ ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ (Ειδική Αγορήτρια της Ελληνικής Λύσης-ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΒΕΛΟΠΟΥΛΟΣ):** Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε.

Το παρόν νομοσχέδιο ανοίγει επικίνδυνες κερκόπορτες διευκολύνοντας την υποβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, της παραπέρα ενίσχυσης της εμπορευματοποίησης της δημόσιας υγείας και της γιγάντωσης του ιδιωτικού τομέα υγείας.

Τα μέτρα που προωθούνται, με αυτό το νομοσχέδιο, όχι μόνο δεν πρόκειται να βελτιώσουν τους όρους περίθαλψης των ασθενών, αλλά θα τους επιδεινώσουν ακόμα παραπέρα.

 Το Ε.Σ.Υ. θα αφεθεί να λειτουργήσει μεταβατικά, ως ένα αυτορρυθμιζόμενο σύστημα, όπου θα επέλθει νομοτελειακά η διεύρυνση της ιδιωτικής λειτουργίας του τομέα υγείας, σε βάρος της δημόσιας. Τα πρωινά χειρουργεία θα ξεπέσουν τελικά σε ένα είδος ελεημοσύνης προς τους αδύναμους, έως ότου να εξοστρακιστούν, δια παντός από το ΕΣΥ, όσοι φορολογούμενοι πολίτες δεν διαθέτουν ιδιωτική ασφάλιση και οι οποίοι, σύμφωνα με τη νεοφιλελεύθερη αντίληψη, παρουσιάζονται ως τζαμπατζήδες. Είναι τζαμπατζής κάποιος που περιμένει δύο μήνες για να κλείσει ένα ραντεβού με έναν οφθαλμίατρο; Όπως μας πληροφόρησαν, επίσης, κύριοι Υπουργοί ότι προσωπικοί γιατροί του ΤΟ.Μ.Υ., με 2.000 εγγεγραμμένους, είναι απλήρωτοι από το μήνα του Σεπτεμβρίου, ενώ σε αντίθεση με τους ιδιώτες που ήδη έχουν πληρωθεί κανονικά. Θα θέλαμε να μάθουμε αν αληθεύει;

 Διαβλέπουμε ότι στο εγγύς μέλλον η πρόσβαση σε επιλεγμένα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. τα οποία δρομολογούνται ήδη για να λειτουργήσουν ως νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου θα είναι εφικτή μόνο για τον ασθενή που θα διαθέτει ιδιωτική ασφάλιση. Τα υπόλοιπα νοσοκομεία που δεν εντάσσονται σε αυτόν τον σχεδιασμό, βάσει του νέου Χάρτη Υγείας, τον οποίον έχει εκπονήσει το αρμόδιο υπουργείο είτε θα υποβιβαστούν σε Κέντρα Υγείας είτε θα κλείσουν οριστικά, ώστε να μη δημιουργούν ανταγωνισμό στην ιδιωτική υγεία.

Η Σύμπραξη του Δημοσίου και Ιδιωτικού Δικαίου, Σ.Δ.Ι.Τ., που δρομολογήθηκε επί καθεστώς πανδημίας, με εφαλτήριο τη βίαιη ανατροπή των εργασιακών σχέσεων και την καταπάτηση των εργασιακών δικαιωμάτων, του υγειονομικού προσωπικού, όπως αναστολές εργασίας, μετακινήσεις προσωπικού, παράνομες καθαιρέσεις προϊσταμένων, επιβολή εξοντωτικών ωραρίων εργασίας, στέρηση αδειών και μη καταβολή δεδουλευμένων, δείχνουν την πρόθεση για τη νέα νομοθεσία, με κατάργηση του κοινωφελή χαρακτήρα του Ε.Σ.Υ..

Στο άρθρο 4, τα συμβούλια κρίσης και επιλογής γιατρών Ε.Σ.Υ. ήταν δυσλειτουργικά εξαρχής και η συνέντευξη που εισήχθη, επιδείνωσε περισσότερο αυτή τη δυσλειτουργία, αντί να δράσει βελτιωτικά. Οι πολυάριθμες ακυρωτικές αποφάσεις των διοικητικών εφετείων καταδεικνύουν ότι το πρόβλημα εξακολουθεί να υφίσταται, κυρίως διότι οι γιατροί μέλη των συμβουλίων δεν τεκμηριώνουν τις κρίσεις τους, με πληρότητα και στη λεπτομέρεια.

 Επιπλέον, η συνέντευξη δεν διασφαλίζει την ισότητα, την αντικειμενικότητα και την αμεροληψία στην επιλογή, όσο κι αν στο παρόν άρθρο επιχειρείται προσπάθεια διασφάλισης διαφανούς διαδικασίας. Στην πραγματικότητα η παθογένεια δεν έχει αντιμετωπιστεί και η ανάγκη δικαιότερης πρότασης είναι επιβεβλημένη.

Άρθρο 5. Παρέχεται δικαίωμα για επιλογή τριών θέσεων σε όλη την Ελλάδα. Δεν νομίζω να αυξηθεί η ζήτηση για θέσεις στις άγονες περιοχές. Η συντριπτική πλειοψηφία των θέσεων Επιμελητών Β΄ στα μεγάλα νοσοκομεία Αθήνας και Θεσσαλονίκης δεν προκηρύχθηκαν ποτέ, αλλά καλύπτονται μέσω μετατάξεων υπαλλήλων δημοσίου σε προσωποπαγείς θέσεις ή μέσω επικουρικών θέσεων, οι οποίες αντικαθιστούν τις οργανικές θέσεις μέσω προκήρυξης του ΕΣΥ ή ΑΣΕΠ. Έτσι κάποιος ιατρός που επιθυμεί να ενταχθεί στο ΕΣΥ δεν μπορεί να υποβάλει καν αίτηση. Οι ίδιοι οι διορισμένοι, μέσω μετάταξης, επιστρέφουν στις αρχικές οργανικές θέσεις τους. Οι θέσεις μέσω προκήρυξης πρέπει να επαναπροσδιοριστούν με όσους είχαν αιτηθεί με κάθε τρόπο στο ΕΣΥ ή να προκηρυχθούν εκ νέου.

Το ίδιο συμβαίνει και με τους ειδικευόμενους. Επικουρικός ιατρός καλύπτει το κενό που αφήνει, λόγου χάρη, μια ειδικευόμενη που βρίσκεται σε άδεια ανατροφής τέκνου. Γιατί επικουρικός και όχι ένας από τους πτυχιούχους ιατρικής που «λιμνάζουν» σε πολυετείς αναμονές, παραδείγματος χάρη στη δερματολογία, για να κάνουν ειδικότητα; Γνωρίζετε ότι αυτές οι πολυετείς αναμονές αποτελούν μια αίτια φυγής στο εξωτερικό για τους νέους ιατρούς μας; Τι έχετε πράξει για να ανασχέσετε και αυτό το αίτιο φυγής; Στο αρχικό σχέδιο ο επικουρικός ιατρός προβλεπόταν για άγονη περιοχή με θητεία ενός έτους. Τώρα έχει παρερμηνευθεί. Οι μόνιμες θέσεις επιμελητών πρέπει να προκηρύσσονται ως μόνιμες θέσεις και να μην καταλαμβάνεται αυτομάτως από τους επικουρικούς, παρά μόνο σε άγονες ειδικότητες. Οι μόνιμες θέσεις πρέπει να ολοκληρώνονται εντός διετίας. Η θητεία του επικουρικού είναι επικουρική για προσωπική εμπειρία, εκπαίδευση και για επαγγελματική αποκατάσταση το διάστημα αυτό. Η αφοσίωση στην επιστημονική έρευνα είναι το κύριο κίνητρο για την πραγματοποίησή της. Ωστόσο, τόσο η οικονομική κατάσταση των ιατρών όσο και το γεγονός ότι αποτελεί δαπάνη χρόνου, χωρίς αντίστοιχη αύξηση των πιθανοτήτων ταχύτερης ανέλιξης, δεν επιτρέπει στην ουσιαστική επιδίωξη και υλοποίηση επιστημονικής έρευνας μέσα στο ΕΣΥ στην πράξη.

Μια νομοθεσία που θα ευνοούσε την ιατρική έρευνα στα νοσοκομεία θα βοηθήσει τόσο στη συνολική ανύψωση του επίπεδου επιστημονικής έρευνας στη χώρα, στην ανάπτυξη της συνεργασίας μεταξύ των επιμέρους τμημάτων, καθώς επίσης και στη βελτίωση του επιπέδου εκπαίδευσης και των ειδικευόμενων ιατρών.

Άρθρο 7. Η ταχεία πλήρωση των θέσεων αποτελεί ενδυνάμωση στο σύστημα υγείας και την αποτελεσματικότητα στην περίθαλψη των συμπολιτών μας. Ωστόσο, πριν καταφύγετε στην επιλογή της μερικής απασχόλησης, οφείλετε να εξετάσετε το αίτιο που αυτές παραμένουν άγονες. Δίνετε κίνητρα για να πληρωθούν οι θέσεις; Παρέχετε, λόγου χάρη, αποδοχές διπλές ή μεταβάσεις δωρεάν; Αυτοί οι άνθρωποι πρέπει να πάνε να κάνουν εξειδίκευση για λόγους υγείας, για λόγους ότι θέλουν να δουν τους γονείς τους. Είναι πάρα πολλά τα έξοδα όταν είναι σε νησιά. Αυτές είναι οι κινήσεις που κάνουν ελκυστικές τις θέσεις στις δύσκολες γεωγραφικά περιοχές και δηλώνουν τον σεβασμό της πολιτείας και στον ασθενή, αλλά και στο ιατρό. Όταν η εξασφάλιση περίθαλψης υπερτερούσε απέναντι στην επιβάρυνση της κρατικής δαπάνης τότε το κράτος είχε κοινωνικό πρόσωπο, ενδιαφέρεται έμπρακτα για τους πολίτες του και σέβεται ταυτόχρονα το ιατρό. Η αλλαγή που προτείνεται όμως, αντίθετα, υιοθετεί τη λανθασμένη επιλογή της μερικής απασχόλησης ως επίλυση τάχα του προβλήματος της υποστελέχωσης των επαρχιακών νοσοκομείων. Τι προκρίνει; Ο ιατρός που ιδιωτεύει θα μπορεί να χρησιμοποιεί τις εγκαταστάσεις του δημόσιου νοσοκομείου για να νοσηλευτεί τους ασθενείς του που είχε αποκτήσει από την ιδιωτική άσκηση ιατρικής. Θα εργάζεται τρεις μέρες τη βδομάδα, όποτε θέλει, ενώ είναι άγνωστο αν θα συμμετέχει στο πρόγραμμα εφημεριών.

Σας ρωτώ ευθέως και σε συνάφεια μάλιστα με τους προτεινόμενους, κυρίως, περιορισμούς στο άρθρο 10. Πόσο ακόμα θα απαξιώσετε τους ιατρούς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης που τους εμπαίζετε ότι δήθεν θα έχουν δυνατότητα να ιδιωτεύσουν, αφού θα πρέπει πρώτα να έχουν περάσει από σαράντα κύματα; Που τους έχετε μετατρέψει σε επαίτες της υγείας με την απροκάλυπτη και θρασύ άρνησή σας να συμμορφωθεί με τις δικαιωτικές αποφάσεις του ΣτΕ; Και επειδή τίποτα δεν είναι αυτό που φαίνεται όσον αφορά στα νομοθετήματα σας και στους απώτερους τους στόχους, διερωτώμεθα μήπως τελικά η εν λόγω διάταξη του άρθρου 7 είναι πιλοτική λειτουργία του οράματός σας για ΣΔΙΤ στην υγεία; Δηλαδή το ξεκινάτε στην επαρχία με σκοπό την επέκτασή του σε όλη την Ελλάδα; Αν ναι, τότε ποιος ο λόγος να γίνονται κρατήσεις για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη; Ποιον εξυπηρετεί; Αποδώστε σε όλους τους μισθωτούς και συνταξιούχους τις κρατήσεις και αφήστε να επιλέξουν οι ίδιοι τον τρόπο που θα καλύπτονται ιατροφαρμακευτικά.

 Άρθρο 8. Μέχρι το τέλος του 2010, οι προκηρύξεις θέσεων ιατρών ΕΣΥ, περιείχαν τον εξοντωτικό για τους γιατρούς ΕΣΥ, όρο της προηγούμενης παραίτησής τους από το ΕΣΥ, για να διεκδικήσουν οποιαδήποτε θέση, οποιασδήποτε βαθμίδας.

Στη συνέχεια, η νομοθεσία μεταβλήθηκε, γιατί ο νομοθέτης έκρινε απαράδεκτη την ρύθμιση αυτή και αρχικά, εξαιρέθηκαν από τον περιορισμό, οι θέσεις διευθυντών ΕΣΥ και με το υπό διαβούλευση νομοσχέδιο μένει μόνο ο περιορισμός, σύμφωνα με τον οποίον, η διεκδίκηση θέσης να αφορά στην ίδια ή σε ανώτερη βαθμίδα.

Ο παλαιότερος περιορισμός, επιβάλλοντας την παραίτηση, απέτρεψε πολλούς γιατρούς ΕΣΥ, από τη συμμετοχή τους στη διαδικασία διεκδίκησης θέσης, επιτρέποντας σε γιατρούς εκτός ΕΣΥ, να κριθούν για θέσεις, όπου δεν θα είχαν καμία ελπίδα, απλά και μόνο γιατί εξέλιπε η συμμετοχή ιατρών ΕΣΥ, που είχαν περισσότερα προσόντα.

Στη συνέχεια, πολλά νοσοκομεία δεν προέβησαν σε προκήρυξη θέσεων διευθυντών, με αποτέλεσμα, στην παρούσα φάση, να υπηρετούν προσωρινοί προϊστάμενοι ή μοναδικοί διευθυντές από εξέλιξη, οι οποίοι, παρά τις προβλεπόμενες μεταβατικές διατάξεις του υπό διαβούλευση νομοσχεδίου, αναμένεται να βρεθούν σε δυσμενή θέση, έναντι ιατρών με θέση διευθυντή ΕΣΥ από προκήρυξη.

Για τη διασφάλιση της αξιοκρατίας, προτείνεται να εξαφανιστούν όλες οι προκηρύξεις και κρίσεις που εκκρεμούν για λόγο που σχετίζεται με την απαίτηση προηγούμενης παραίτησης ιατρού ΕΣΥ, συμπεριλαμβανομένων και των σχετικών δικαστικών αποφάσεων για τις εκκρεμείς προκηρύξεις και κρίσεις και όπου οι σύγχρονες ανάγκες το επιβάλλουν να προκηρυχθούν οι αντίστοιχες θέσεις, χωρίς τον εξοντωτικό όρο της προηγούμενης παραίτησης του γιατρού ΕΣΥ από τη θέση που κατέχει.

Άρθρο 10. Τα προτεινόμενα στο άρθρο 10, φοβούμαστε ότι θα αποτελέσουν βάση για την απόκλιση ως και κατάργηση του ειδικού μισθολογίου των γιατρών ΕΣΥ, που επιβάλλεται κατά την κρίση του ΣτΕ και από το καθεστώς της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Θα επιτευχθεί η εξάρτηση από τον διοικητή, αφού αυτός ορίζεται να δίνει την άδεια. Θα δημιουργήσει πρόβλημα ασφαλών εφημεριών, αφού στους ιδιωτεύοντες γιατρούς θα προστεθεί νέο βάρος – κόπωση, από την ανταπόκρισή τους να εκμεταλλεύονται ιδιωτικό ιατρείο ή να παρέχουν υπηρεσίες σε ιδιωτικές κλινικές. Θα αποτρέπει τους γιατρούς που πραγματοποιούν απογευματινά ιατρεία, να ιδιωτεύσουν. Αναιρεί την πολιτική κτήσης εσόδων από τα νοσοκομεία δια των απογευματινών ιατρείων και έτσι, πρόσθετη αδυναμία πληρωμής πρόσθετων εφημεριών.

Άρθρο 11. Επιλογή και αξιολόγηση συντονιστών διευθυντών. Σαφέστατα, πρέπει να καθοριστεί μια αξιοκρατική διαδικασία για τον καθορισμό του συντονιστή ενός τμήματος ή κλινικής, όταν υπηρετούν σε αυτά περισσότεροι του ενός σε θέση βαθμό διευθυντή, που προήλθαν, όμως, από εξέλιξη. Επί δέκα χρόνια, όμως, δεν είχαν προκηρυχθεί θέσεις στη βαθμίδα του συντονιστή, αλλά στο βαθμό του διευθυντή, ως ανώτατη βαθμίδα. Αυτός είναι ο λόγος, που υπάρχουν τμήματα και κλινικές, όπου ο διευθυντής τους προήλθε, μετά από πανελλήνια προκήρυξη σε οργανική θέση στο βαθμό του διευθυντή, για το συγκεκριμένο τμήμα ή κλινική. Αυτοί οι διευθυντές για μια, τουλάχιστον, τριετία, θα πρέπει να καθίστανται συντονιστές διευθυντές του συγκεκριμένου τμήματος ή κλινικής, γιατί δεν προέρχονται από εξέλιξη, μετακίνηση ή μετάθεση, αλλά έλαβαν τη θέση μετά από ανοιχτή προκήρυξη σε οργανική θέση διευθυντή, που ήταν αυτά τα χρόνια ο ανώτερος βαθμός που έβγαινε σε προκήρυξη και μετά να αξιολογηθούν. Μπορεί να είναι και οι μοναδικοί υπηρετούντες σε βαθμό διευθυντή, στο συγκεκριμένο τμήμα ή κλινική.

Επιπλέον, τα καθήκοντα του συντονιστή διευθυντή είναι, πρωτίστως, διοικητικά. Γι’ αυτό, η παλαιότητα σε συνδυασμό με τις καλές σχέσεις με ασθενείς, προσωπικό, συναδέλφους, θα πρέπει να παίζει πρωτεύοντα ρόλο και να τυγχάνει του σεβασμού των υπολοίπων.

Άρθρο 12, ορισμός προϊσταμένων σε ιατρικά τμήματα ή μονάδες. Υπάρχουν προσωρινοί προϊστάμενοι, οι οποίοι έδωσαν την ψυχή τους. Θεωρώ, ότι πρέπει να δοθεί η δυνατότητα σε όσους υπηρετούν ως προσωρινοί προϊστάμενοι πάνω από 5 - 10 χρόνια, να ανέλθουν στη βαθμίδα του συντονιστή διευθυντή, με κρίση και αν κριθούν ανεπαρκείς, τότε να προκηρυχθεί η θέση του συντονιστή διευθυντή. Το μεγαλύτερο ποσοστό επιστημονικά υπευθύνων ιατρικών τμημάτων και κλινικών, σήμερα, είναι προσωρινοί προϊστάμενοι, καθώς έχουν γίνει ελάχιστες προκηρύξεις για συντονιστές διευθυντές, την τελευταία δωδεκαετία.

Σκόπιμο, λοιπόν, θα ήταν να υπάρξουν μεταβατικές διατάξεις γι’ αυτούς που υπηρετούν πολλά χρόνια τώρα, ως προσωρινοί προϊστάμενοι, καθώς δεν τους δόθηκε ποτέ η δυνατότητα, να υποβάλουν συμμετοχή σε θέσεις συντονιστή διευθυντή. Για παράδειγμα, όσοι υπηρετούν, τουλάχιστον μια πενταετία, ως προσωρινοί προϊστάμενοι και είναι κάτοχοι διδακτορικού τίτλου ή εξειδικεύσεων, να προαχθούν σε συντονιστές διευθυντές, μετά από εσωτερική κρίση του κλινικού τους έργου, στο επιστημονικό συμβούλιο.

Άρθρο 13. Δεν αμφιβάλλει κανείς, ότι είναι χρήσιμη και ωφέλιμη η αξιολόγηση του επικουρικού προσωπικού, η οποία δέον να διενεργείται με διαφάνεια και αξιοκρατία. Στο σημείο αυτό, όμως, αντιτιθέμεθα στο γεγονός, να συμμετέχουν στις επιτροπές αξιολόγησης τα όργανα διοίκησης, τα οποία έχουν τοποθετηθεί απευθείας από την κυβέρνηση, κατά την προσφιλή της τακτική.

Επί παραδείγματι, το ακούσαμε αυτό και από τους φορείς, ότι οι διοικητές νοσοκομείων και υγειονομικών περιφερειών, δεν έχουν την αρμοδιότητα για την κρίση. Το ενδεχόμενο να κρίνουν πρόσωπα τοποθετημένα με κομματικά κριτήρια, θέτει σε κίνδυνο την αξιοπιστία των διαδικασιών αξιολόγησης. Η σκέψη μας οδηγείται στο ότι, όπως η τοποθέτηση των κρινόντων διευθυντών γίνεται από την κυβέρνηση με κομματικά κριτήρια, έτσι και η κρίση στην οποία θα καταλήξουν ως προς τα αξιολογούμενα πρόσωπα, θα γίνεται με τα ίδια κριτήρια, ευνοώντας φίλους και ημετέρους, σε βάρος της αξιοκρατίας. Επιπροσθέτως, είναι ανάγκη να εισαχθεί ως κριτήριο το επιστημονικό επίπεδο ή τυχόν η προηγούμενη εργασιακή εμπειρία, σε αντικατάσταση του τυχαίου κριτηρίου της χρονικής προτεραιότητας υποβολής του φακέλου συμμετοχής. Κριτήριο το οποίο δεν προάγει την αξιοκρατία και δύναται να οδηγήσει σε επιλογές κατώτερες των αναγκών.

Στο άρθρο 16 τέλος, καθορισμός ομάδων νοσοκομείων και θέσεων ιατρών για απόκτηση ειδικότητας. Η διάταξη περιέχει επικίνδυνες αοριστίες, ως προς το κριτήριο αξιολόγησης των αποφοίτων των ιατρικών σχολών, όπως επίσης και ως προς τη διατύπωση του όρου κάλυψη αναγκών. Ποιες είναι οι ανάγκες, με ποια κριτήρια αξιολογούνται; Η μέχρι τώρα εμπειρία μας, ως προς την πολιτική της κυβέρνησης, ως προς τον τομέα της κάλυψης υγειονομικών αναγκών, παραπέμπει σε προσωρινές μετακινήσεις προσωπικού, σε μεταφερόμενους ιατρούς από δομή σε δομή και από νοσοκομείο σε νοσοκομείο, σαν να είναι νομάδες. Με λήψη ημιμέτρων και μέτρων προσωρινής ισχύος και πνεύματος, με τη λογική του όπως έρθουν τα πράγματα, χωρίς μακρόπνοο σχεδιασμό. Αυτό φοβόμαστε, κύριοι, ότι έχετε κατά νου. Το κριτήριο σας είναι, όντως, η άρτια εκπαίδευση των ειδικευομένων, η απόκτηση ουσιαστικής εμπειρίας τους και η μελλοντική στελέχωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας με στελέχη ικανά, έμπειρα, αρτίως εκπαιδευμένα και εξειδικευμένα; Φοβούμαστε ότι αυτό το θεωρείτε δευτερεύον, αν κρίνουμε από τις μέχρι τώρα πολιτικές σας, πολιτικές ημιμέτρων και προσωρινότητας.

Αλήθεια, πως σκέφτεστε να καλύψετε ανάγκες παραμεθόριων και δυσπρόσιτων περιοχών; Το αναφέρω διότι, ούτε στο υπό εξέταση άρθρο βλέπουμε να λαμβάνεται πρόνοια ή έστω να γίνεται μνεία στις ανάγκες των δυσπρόσιτων ή παραμεθόριων περιοχών. Ή μήπως το κριτήριο ανάγκες, αφορά σε πληθυσμιακά δεδομένα; Πώς θα καλύψετε τα κενά και τις ανάγκες των λίγων εναπομεινάντων ακριτών μας; Δεν έχετε διαπιστώσει το μικρό ενδιαφέρον για την κάλυψη των θέσεων των ακριτικών και δυσπρόσιτων περιοχών; Και είναι επόμενο, από τη στιγμή κατά την οποία η πολιτεία δείχνει μηδενικό ενδιαφέρον, για την ενίσχυση των περιοχών αυτών. Πώς να περιμένουμε εκδήλωση ενδιαφέροντος για κάλυψη θέσεων; Εσείς πάτε να ενισχύσετε τα ιδιωτικά μεγαλοσυμφέροντα. Πώς να περιμένουμε να έχετε πρόθεση να ενισχύσετε τον ελληνικό πληθυσμό της παραμεθορίου ή της υπαίθρου ή άλλων δυσπρόσιτων περιοχών της πατρίδας μας; Πώς να ανασχέσετε το κύμα της δραματικής μείωσης του ελληνικού πληθυσμού, ιδιαίτερα στην περιφέρεια και δη στα σύνορα μας; Με την αδιαφορία και την εγκατάλειψη, την οποία επιδεικνύεται; Για να μην εισέλθω στο κύμα φυγής των νέων μας στο εξωτερικό και την απομάκρυνση της προοπτικής επιστροφής τους στην πατρίδα. Σας ευχαριστώ κύριε Πρόεδρε.

**ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΣ ΣΤΕΦΑΝΑΔΗΣ(Αντιπρόεδρος της Επιτροπής):** Τον λόγο έχει η Ειδική Αγορήτρια του ΜέΡΑ25, κυρία Μαρία Απατζίδη, μέσω Webex.

**ΜΑΡΙΑ ΑΠΑΤΖΙΔΗ (Ειδική Αγορήτρια του ΜέΡΑ25):** Κυρίες και κύριοι συνάδελφοι, κύριε Υπουργέ, εξετάζουμε σήμερα επί μέρους άρθρα ενός νομοσχεδίου, το οποίο θεωρούμε εμείς ως ΜέΡΑ25, ότι αποτυπώνει όλη την καταστροφική ιδεοληψία της «Μητσοτάκης Α.Ε.». Αυτό δεν είναι κάτι το οποίο όμως είναι ένα συμπέρασμα μόνο του ΜέΡΑ25. Ακούσαμε και τους εκπροσώπους των φορέων, που μας είπαν τα ίδια πράγματα πάνω κάτω. Οπότε, θα πρέπει να αντιληφθείτε εσείς, ως κυβέρνηση, τι μέλλει γενέσθαι με αυτό το νομοσχέδιο, για την ιδιωτικοποίηση της υγείας και αν τελικά θέλετε, πραγματικά, να τα βάλετε με όλους τους ανθρώπους, γιατί δεν είναι μόνο οι υγειονομικοί, είναι οι ασθενείς εν τέλη. Αυτοί είναι που θα επωμιστούν όλο αυτό το κόστος, για όλες αυτές τις διατάξεις που φέρνετε εσείς σήμερα.

Η κυβέρνηση, αυτή τη στιγμή, εκμεταλλεύεται οξυμένα υπαρκτά προβλήματα, που υπάρχουν στο δημόσιο σύστημα υγείας –ισχύει αυτό- προκειμένου, όμως, να κινηθεί προς την εμπορευματοποίηση των δημόσιων νοσοκομείων. Σε βάρος όπως είπα, προηγουμένως, των ασθενών αλλά και των υγειονομικών, έρχεται τώρα να μετατρέψει και την υγεία από κοινωνικό αγαθό - που έχουμε πει τόσες πολλές φορές σε αυτά τα νομοσχέδια που έχετε κατεβάσει, κύριε Υπουργέ- σε εμπόρευμα, το οποίο το επιτάσσει το ίδιο το Σύνταγμα, άλλωστε, ότι δεν θα έπρεπε να αντιμετωπίζεται κατ’ αυτόν τον τρόπο. Οι αλλαγές που προτείνονται στο νομοσχέδιο, είναι φυσική συνέχεια αυτών που έχουν προωθήσει όλες οι μνημονιακές κυβερνήσεις, όπως είναι η Νέα Δημοκρατία, το ΠΑΣΟΚ και ο ΣΥΡΙΖΑ.

Αυτή τη στιγμή βλέπουμε απογευματινά ιατρεία, απογευματινά χειρουργεία, διερεύνηση των ελαστικών εργασιακών σχέσεων, με αποτέλεσμα να έχουμε τη συνεχιζόμενη υποβάθμιση και συρρίκνωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Μετατροπή της υγείας σε ένα όλο και πιο δυσπρόσιτο και ακριβό εμπόρευμα. Σε ένα προνόμιο που θα έχουν οι λίγοι. Ταυτόχρονα, όμως, γιγαντώνεται ο ιδιωτικός τομέας της υγείας. Το νομοσχέδιο δεν απαντά σε καμία περίπτωση ποια είναι τα αίτια των προβλημάτων του εθνικού συστήματος υγείας, που θα έπρεπε να εξετάσετε. Απλά, εκμεταλλεύεστε αυτή τη στιγμή τις καταστάσεις που υπάρχουν, ώστε να εμφανιστούν οι προτεινόμενες διατάξεις, τους μονόδρομους, ως μη έχοντας άλλη λύση.

Να εξετάσουμε τώρα κάποια άρθρα, ως ενδεικτικά σημεία του νομοσχεδίου προς αυτή την κατεύθυνση της διάλυσης του ΕΣΥ. Το νομοσχέδιο προβλέπει προκήρυξη θέσεων ιατρών του κλάδου του εθνικού συστήματος υγείας με καθεστώς μερικής απασχόλησης. Πρόκειται για προσθήκη περιόδου γ’ στην παράγραφο 1 του άρθρου 11 του ν.2889/2001. Η κυβέρνηση ισχυρίζεται ότι προκηρύσσονται θέσεις και οι γιατροί δεν τις επιλέγουν. Γι’ αυτό και προτείνει ως μόνη λύση στις άγονες και προβληματικές περιοχές την προκήρυξη θέσεων μερικής απασχόλησης. Δεν απαντάτε φυσικά στο ερώτημα, γιατί δεν εκδηλώνεται το ενδιαφέρον γι’ αυτές τις θέσεις. Γιατί το εθνικό σύστημα υγείας αποτελεί την τελευταία επιλογή ενός γιατρού; Ο λόγος είναι βέβαια, και τον ξέρετε πάρα πολύ καλά, οι άθλιες εργασιακές συνθήκες και εντατικοποίηση της εργασίας και καθηλωμένοι μισθοί. Όταν όλα αυτά δεν θεωρούνται ως προβλήματα, αλλά ως αντικίνητρα που οδηγούν γιατρούς που διορίζονται να παραιτούνται, η κυβέρνηση πρέπει γι’ αυτό να πάρει κάποια άμεσα μέτρα, τα οποία ουσιαστικά θα βελτιώσουν αυτή την κατάσταση. Δηλαδή, ουσιαστικές αυξήσεις των μισθών, προκήρυξη του συνόλου των κενών οργανικών θέσεων, ώστε να εξασφαλίζονται αξιοπρεπείς εργασιακές συνθήκες και ούτω καθεξής. Αντί γι’ αυτό, όμως, εναποθέτει τη λύση στους ιδιώτες γιατρούς και την κάλυψη κάποιων κενών, με κάποιες ώρες την ημέρα, με κάποιες μέρες την εβδομάδα. Δηλαδή, part time γιατροί, για part time κάλυψη των αναγκών των ασθενών. Και όσες φορές έχει υπάρξει, κύριε Υπουργέ και το λέω μετά λόγου γνώσεως part time, πιστέψτε με έχει μείνει σε αυτό το καθεστώς, σε αυτό το πλαίσιο το εργασιακό και δεν έχει προχωρήσει ποτέ η οικονομία κατ’ αυτόν τον τρόπο, αντίθετα. Αυτό είναι ένα γενικό σχόλιο το οποίο αφορά γενικά στις εργασιακές συνθήκες, δεν μιλάω για το νομοσχέδιο. Άλλωστε, με τις συνθήκες να παραμένουν ίδιες, είναι απορίας άξιο πώς η κυβέρνηση περιμένει πως οι part time αυτές θέσεις θα καλυφθούν;

 Κάλυψη των κενών ανατίθεται στους ιδιώτες γιατρούς, αν και εφόσον το επιλέξουν με κριτήριο την ενίσχυση του εισοδήματός τους. Αν, όμως, δεν το επιλέξουν, όπως άλλωστε έγινε και την περίοδο της πανδημίας, αν θυμόμαστε καλά, που η κυβέρνηση αναγκάστηκε τελικά να τους επιστρατεύσει, τότε τελικά τι θα συμβεί; Ας υποθέσουμε ότι κάποιος ιδιώτης προσληφθεί με μερική απασχόληση. Πώς θα του εξασφαλίζεται η παροχή των αναγκαίων υπηρεσιών δευτεροβάθμιας περίθαλψης στον πληθυσμό, παραδείγματος χάριν ενός νησιού. Πώς εξασφαλίζεται η διεπιστημονική συνεργασία και η λειτουργία της ομάδας; Ειδικά στις σημερινές συνθήκες, όπου η αλματώδης ανάπτυξη της ιατρικής και η συνεχώς αυξανόμενη παραγωγή νέας γνώσης, είναι καθοριστικός παράγοντας για την μείωση των ιατρικών λαθών, καθώς και για την ελάττωση της νοσηρότητας και της θνητότητας που υπάρχει. Ποια είναι η λύση που προτείνει η κυβέρνηση; Η παρακολούθηση των ασθενών με γιατρούς επισκέπτες και με το νου τους στο ιδιωτικό τους ιατρείο που θα έχουν;

 Περαιτέρω, ως προς το άρθρο 10, για την απασχόληση στον ιδιωτικό τομέα των γιατρών του εθνικού συστήματος υγείας και των ιατρών μελών διδακτικού ερευνητικού προσωπικού και εργαστηριακού διδακτικού προσωπικού των ανωτάτων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων. Ως προς την τροποποίηση της περιόδου α’ της παρ. 1 και την αντικατάσταση της παραγράφου 4 του άρθρου 11 του ν.2889/2001. Η προϋπόθεση για τη συμμετοχή των γιατρών στην ολοήμερη λειτουργία του δημοσίου νοσοκομείου, για να ασκήσουν ιδιωτικό έργο, σημαίνει συμμετοχή τους στα ιδιωτικά απογευματινά χειρουργεία και ιατρεία των δημοσίων νοσοκομείων.

 Αυτά όμως πληρώνονται από πού αλλού; Από τους ασθενείς, από τον ελληνικό λαό.

Άρα, όσοι από αυτούς έχουν την οικονομική δυνατότητα οδηγούνται στα ιδιωτικά απογευματινά χειρουργεία και ιατρεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Εν τέλει, στο ιδιωτικό πάρεργο και στα μεγαθήρια του ιδιωτικού τομέα λόγω των τραγικών ελλείψεων σε προσωπικό, υποδομές και εξοπλισμό που έχουν υπάρξει όλα τα τελευταία χρόνια των μνημονιακών κυβερνήσεων, καθώς και εξαιτίας των μακροχρόνιων αναμονών, εάν πάρει κάποιος για ραντεβού τηλέφωνο σε ένα νοσοκομείο για να κλείσει να δει π.χ. ένα ορθοπεδικό, εδώ – ας πούμε – που είναι και κοντά στην περιοχή μου στο ΚΑΤ, θα δει ότι θα κάνει πάρα πολύ μεγάλο διάστημα για να του το κλείσουν.

Άρα τι γίνεται, τι θα συμβεί;

Επειδή δεν μπορείς να περιμένεις τρεις μήνες για να κλείσεις ένα ραντεβού, πας και το κλείνεις στον ιδιώτη και πληρώνεις το 30άρι, το 50άρι και το 80άρι αναλόγως το γιατρό που έχεις απέναντί σου. Όπως το ίδιο θα συμβεί και για ένα χειρουργείο, αντίστοιχα. Πρόκειται, δηλαδή, για επίσημο και νόμιμο, πλέον, πλιάτσικο αυτό που κάνετε στους ασθενείς, οπότε δεν θα μπορούν και να αντιδράσουν, να πουν και κάτι εναντίον σας. Αυτό θέλετε να κάνετε, αυτή είναι η νομοθετική σας πρωτοβουλία.

Πρόκειται, δηλαδή, για μία επίσημη πλέον προτροπή στους ιατρούς του Δημόσιου Συστήματος Υγείας να ενισχύσουν το εισόδημά τους από το υστέρημα των ασθενών. Οι άνθρωποι αυτή τη στιγμή υποσιτίζονται εξαιτίας σας, εξαιτίας αυτής της κυβέρνησης και όλα αυτά τα κακά που του έχουν συμβεί με το ρεύμα, με την ακρίβεια κ.ο.κ.

Πρόκειται για κυνική παραδοχή της κυβέρνησης πως δεν δύναται να παρέχει ολοκληρωτική δημόσια και δωρεάν υγεία για όλους και ότι η πρόσβαση των ασθενών σε αναγκαίες υπηρεσίες υγείας θα εξαρτάται από τη δυνατότητά τους να τις πληρώσουν. Ειδικά, σήμερα που το λαϊκό εισόδημα - κακά τα ψέματα – εξανεμίζεται, εξαιτίας των αυξήσεων στα είδη λαϊκής κατανάλωσης, όπως είπα προηγουμένως, αυτό θα οδηγήσει στον αποκλεισμό των πολιτών από στοιχειώδεις χρήσεις υγείας, ιδιαίτερα των πιο ευάλωτων για τους οποίους η κυβέρνηση υποτίθεται πως ενδιαφέρεται. Δεν ενδιαφέρεστε;

Τίθεται, πλέον, το εύλογο ερώτημα πώς μπορεί ένας γιατρός να δουλεύει καθημερινά στα τμήματα και στις κλινικές; Πραγματικά, δηλαδή, πώς μπορεί να κάνει και πρωινά τακτικά ιατρεία, απογευματινά, να εφημερεύει - ποιος είναι, είναι υπεράνθρωπος -και ταυτόχρονα δουλεύει εκτός νοσοκομείου στον ιδιωτικό τομέα;

 Ακόμα και αν υποθέσουμε ότι κάποιοι γιατροί πραγματικά είναι προικισμένοι με υπερφυσικές ικανότητες, οι συνέπειες στην υγεία και την ασφάλεια των ασθενών, εξαιτίας της εντατικοποίησης θα είναι ανυπολόγιστες, καθώς αναμένεται αύξηση της συχνότητας των ιατρικών λαθών.

Έχετε δει κανέναν άνθρωπο να δουλεύει ποτέ 12 και 15 ώρες και να είναι καλός σε αυτό που κάνει; Νομίζω πως όχι. Πόσο μάλλον ένας γιατρός που δεν είναι ότι απλά εργάζεται, είναι λειτούργημα όλο αυτό.

Είναι σαφές πως αυτές οι προβλέψεις του νομοσχεδίου είναι ξεκάθαρα αρνητικές και επικίνδυνες.

Χρειάζονται ακόμη τα άρθρα 3 «για την πιλοτική εφαρμογή προγράμματος προκαταρκτικής κλινικής άσκησης έξι μηνών σε νοσοκομείο για την επιλογή και αξιολόγηση συντονιστών διευθυντών, για την επιλογή επιστημονικών υπευθύνων και προσωρινών προϊσταμένων, για την αξιολόγηση του επικουρικού ιατρικού και του προαιρετικού προσώπου, για τη διαδικασία τοποθέτησης ιατρών προς απόκτηση ειδικότητας, για τον καθορισμό ομάδων νοσοκομείων και θέσεων ιατρών για απόκτηση ειδικότητας».

 Όλα αυτά τα άρθρα εμάς μας βρίσκουν κάθετα αντίθετους, γιατί ακριβώς εντάσσονται στο γενικότερο σχεδιασμό της κυβέρνησης για το Δημόσιο Σύστημα Υγείας. Το νόημά τους σύμφωνα με εσάς είναι να μπαλώσετε κάποια κενά ορισμένων νοσοκομείων από αγροτικούς γιατρούς με το πρόσχημα της εκπαίδευσής τους, ενώ μπαίνουν νέοι φραγμοί για την έναρξη της ειδικότητας.

Ειδικότερα όμως, στο άρθρο 16 προβλέπεται αξιολόγηση χωρίς να γίνεται αναφορά στα κριτήρια με τα οποία θα αξιολογείται ο απόφοιτος της Ιατρικής. Σε αυτό το έδαφος ευνοούνται, εκτός των άλλων, και φαινόμενα ρουσφετιού με την επιλογή σε κάθε περίπτωση των αρεστών και πρόθυμων να υπηρετήσουν την κυβερνητική πολιτική.

 Με βάση τα παραπάνω το παρόν νομοσχέδιο είναι καλό για εσάς, για τη δική σας κυβέρνηση να το απορρίψετε, απλά να το πετάξετε στον κάδο των αχρήστων, δεν υπάρχει κάτι άλλο που μπορώ να πω. Ανατρέπει κατακτήσεις πραγματικά δεκαετιών, βάζει ταφόπλακα σε ό,τι έχει απομείνει από το δικαίωμα του λαού στην δωρεάν υγεία, γιατί ένα πράγμα του έχει μείνει μόνο αυτού του δύσμοιρου ελληνικού λαού, καθώς και στα δικαιώματα νοσοκομειακών γιατρών.

Aν και υπάρχουν στο νομοσχέδιο, πραγματικά, κάποιες διατάξεις, αυτές να τις κρατήσετε, θα μπορούσαν να θεωρηθούν ότι έχουν ένα θετικό πρόσημο, λόγου χάρη, όπως είναι το Α22, με τη δυνατότητα σύστασης αυτοτελούς τμήματος επειγόντων περιστατικών σε νοσοκομεία δυναμικότητας κάτω των 300 κλινών, με τροποποίηση της παραγράφου 5 του άρθρου 6 του ν.2889 ή το άρθρο 23, για τα οικονομικά κίνητρα σε γιατρούς εξειδικευμένους στην επείγουσα ιατρική που υπηρετούν σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, καθώς και στους ιατρούς που ασκούνται στην εξειδίκευση της επείγουσας ιατρικής και σε γιατρούς άνευ τίτλου εξειδίκευσης στην επείγουσα ιατρική που υπηρετούν στα τμήματα επειγόντων περιστατικών.

Ακόμη και τα άρθρα αυτά, τίθενται και πάλι, δε μπορούμε να το εξηγήσουμε, σε ένα πλαίσιο, τέλος πάντων, το οποίο θα το εξετάσουμε μέχρι την τελική του μορφή στην Ολομέλεια.

Αυτό, όμως, που βγαίνει ως εύλογο συμπέρασμα με το νομοσχέδιο είναι ότι καταργείται η πλήρης και αποκλειστική απασχόληση των γιατρών στο ΕΣΥ. Καθιερώνονται γιατροί μερικής απασχόλησης.

Εντάξει, δηλαδή, δε μπορώ, πλέον. Νομίζω ότι δεν υπάρχουν πλέον λόγια για αυτά που πολλές φορές καταθέτετε. Δίνεται, η δυνατότητα, δηλαδή, άσκησης ιατρικού έργου σε γιατρούς του Εθνικού Συστήματος Υγείας, παγιώνονται και νομιμοποιούνται τα τεράστια κενά και οι ατελείωτες λίστες αναμονής και καταργείται κάθε έννοια ωραρίου και εργασιακού δικαιώματος.

Ουσιαστικά, αυτά τα νοσοκομεία μας στο ΕΣΥ μετατρέπονται σε πεδία άγρας πελατών - ασθενών για τα απογευματινά σε ιατρεία και τα τμήματα και οι κλινικές απλά διαλύονται.

Όλα αυτά με την κατάπτυστη κυβερνητική επιχειρηματολογία ότι πρόκειται περί κινήτρων προσέλκυσης ιατρών.

Θα μου πείτε και σε άλλα νομοσχέδια μας λέγατε «δουλειά για όλους» αλλά αυτό, στην πραγματικότητα, σημαίνει ότι είναι «αργία για όλους».

Το Υπουργείο σας όμως, αντί να παρέχει αξιοπρεπείς μισθούς, συνθήκες σωστές εργασίας στο υγειονομικό προσωπικό, λέει ανερυθρίαστα «εκμεταλλευτείτε τους ασθενείς, πάρτε τα από αυτούς».

Πώς το είπε ο Εισηγητής της Πλειοψηφίας; Ότι «οι άνθρωποι τσιγκουνεύονται;». Τσιγκουνεύονται να δώσουν για την υγεία τους; Δε νομίζω ότι μπορεί να το διανοηθεί αυτό ο κοινός νους, που το άκουσε αυτό από Βουλευτή της Νέας Δημοκρατίας. Αυτό διότι για εσάς, εκεί στη «Μητσοτάκης Α.Ε.» αλλά και σε όλες τις μνημονιακές κυβερνήσεις, δεν είναι μόνο σχόλιο δικό σας, είναι και για τον ΣΥ.ΡΙΖ.Α. και το ΠΑΣΟΚ. «Λεφτόδεντρα» πάντοτε υπάρχουν όταν είναι για την ολιγαρχία, για τη δημόσια υγεία ποτέ.

Για τους λόγους αυτούς, εμείς, εννοείται ότι δε θα ψηφίσουμε και περιμένουμε τροποποιήσεις.

Θα υπάρχει, δε και μεγάλη συμμετοχή του ΜέΡΑ25 αλλά και όλου του κόσμου, εναντίον αυτού του νομοσχεδίου, σε συλλαλητήρια. Θα συμμετάσχουμε και θα είμαστε παρόντες.

Σας ευχαριστώ.

**ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΣ ΣΤΕΦΑΝΑΔΗΣ (Αντιπρόεδρος της Επιτροπής):**Η κυρία Κεφάλα έχει τον λόγο.

**ΜΑΡΙΑ – ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΚΕΦΑΛΑ:** Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε.

Κυρία Υπουργέ, κυρίες και κύριοι συνάδελφοι, νιώθω, πραγματικά, ότι αυτό το νομοσχέδιο, των 67 άρθρων, αδικείται, θα μου επιτρέψετε να πω, γιατί μένουμε σε μια συγκεκριμένη, σε ένα συγκεκριμένο άρθρο, πολύ σημαντικό επίσης, όμως ξεχνάμε τα υπόλοιπα 66.

Είναι ένα νομοσχέδιο, το οποίο βελτιώνει την εκπαίδευση των γιατρών, ασχολείται με την εκπαίδευση των γιατρών, επιταχύνει τις κρίσεις των διορισμών σε μόνιμες θέσεις και δίνει αυξήσεις στους μισθούς των γιατρών μετά από 10 - 15 χρόνια.

Δεν ξέρω τι καλύπτει και τι δεν καλύπτει, κύριε Φραγγίδη, επειδή αναφερθήκατε νωρίτερα, ξέρω όμως ότι δίνει για πρώτη φορά, μετά από 15 χρόνια, αυξήσεις της τάξης, μεσοσταθμικά, του 10%.

Δίνει επίδομα για μονάδες εντατικής θεραπείας, για τμήματα επειγόντων περιστατικών και επίδομα σε αναισθησιολόγους, για πρώτη φορά.

Τι είναι όλα αυτά;

Είναι κίνητρα στους γιατρούς για να μείνουν στα επείγοντα, στο πιο σημαντικό κομμάτι της υγείας, στο πιο κρίσιμο. Εκεί που διαχειρίζονται τα πιο σοβαρά, τα πιο επείγοντα περιστατικά. Εκεί που δε θέλουμε και δε χρειάζεται και δεν πρέπει καμία καθυστέρηση, στον πολυτραυματία.

Και εκεί, λοιπόν, λέμε ότι αν θέλει ο ιδιώτης γιατρός να κάνει σύμβαση μερικής απασχόλησης και να μπει στο σύστημα, καλώς να μπει και να περιθάλψει τον άρρωστο την κρίσιμη ώρα δωρεάν.

Γιατί έχουν ακουστεί διάφορα το τελευταίο διάστημα, περί ιδιωτικοποίησης του συστήματος και δεν καταλαβαίνω, πραγματικά, πως θίγεται ο δημόσιος χαρακτήρας του ΕΣΥ.

Αλήθεια, όταν ο ασθενής θα πάει στα στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, θα ρωτήσει ποια είναι η σχέση εργασίας του γιατρού με το νοσοκομείο;

Ενδιαφέρει τον πολυτραυματία αν ο γιατρός εκείνη την ώρα είναι πλήρους ή μερικής απασχόλησης; Σαφώς και όχι.

Θα πληρώσει ο ασθενής, θα πληρώσει ο πολυτραυματίας, θα πληρώσει το τροχαίο που θα πάει στα επείγοντα; Σαφώς και όχι.

Άρα, τι συζητάμε, τι λέμε;

Νομίζω ότι γίνεται μια σοβαρή για να καλυφθούν τα κενά στα νοσοκομεία, τα κενά των γιατρών. Αυτή είναι η πραγματικότητα. Τι να κάνουμε;

Δεν είμαστε εδώ για να συζητάμε πώς θα θέλαμε ένα ιδανικό κόσμο. Είμαστε εδώ για να βλέπουμε τα προβλήματα της καθημερινότητας και για να τα αντιμετωπίζουμε και ευτυχώς η σημερινή κυβέρνηση κοιτάζει κατάματα τα προβλήματα με ρεαλισμό, κάτι που έλειπε από την προηγούμενη και προσπαθεί και δίνει λύσεις στα προβλήματα αυτά. Αν και τα τελευταία τρία χρόνια νομίζω ότι δεν έχει διαφύγει της προσοχής κανενός μας πόσο πολύ έχει ενισχυθεί το Εθνικό Σύστημα Υγείας, πόσο πολύ έχουν ενισχυθεί σε προσωπικό τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας, παρ’ όλα αυτά, σίγουρα έχουμε όλοι παρατηρήσει πόσες θέσεις γιατρών βγαίνουν άγονες.

Νομίζω ότι σε αυτό το σημείο θα συμφωνήσουμε όλοι ότι κάτι πρέπει να κάνει το Υπουργείο και η πολιτεία για να καλύψει αυτά τα κενά. Τι κάνουμε λοιπόν; Λέμε ότι με μία διάταξη, με δύο διατάξεις, με ολόκληρο νομοσχέδιο πιστεύουμε ότι αυτό το πρόβλημα δεν λύνεται. Πιθανώς, υπάρχουν μέσα στην αίθουσα συνάδελφοι που πιστεύουν ότι με ένα νόμο και ένα άρθρο μπορούν να καλύψουν όλα τα κενά, όλα τα άγονα νοσοκομεία, όλες τις άγονες ειδικότητες, όλα τα κενά των γιατρών.

Έρχεται, λοιπόν, το Υπουργείο Υγείας και λέει πολύ σωστά, κατά τη γνώμη μου, βγαίνει προκήρυξη μιας θέσης σε ένα νησί, στη Ρόδο, στη Χίο, στην Κω; Δεν υπάρχει ούτε ένας ενδιαφερόμενος γι’ αυτή τη θέση; Δεν δήλωσε κανείς; Βγαίνει άγονη η προκήρυξη; Αφήνω το νοσοκομείο στην τύχη του; Όχι. Βγάζω προκήρυξη μερικής απασχόλησης, ούτως ώστε να έχει το δικαίωμα κάποιος ιδιώτης γιατρός, παθολόγος, γενικός γιατρός, οποιαδήποτε άλλη ειδικότητα που υπάρχει στο νησί και έχει ιδιωτικό ιατρείο να μπορεί να μπει στο σύστημα, να μπορεί να μπει στο νοσοκομείο, να βοηθήσει το νοσοκομείο - με μισθό σαφώς - και ταυτόχρονα να έχει και το ιατρείο του, όπως το είχε και πριν, όπως αυτός αποφάσισε ότι θέλει να κάνει και όπως έχει στήσει τη ζωή και την καριέρα του πάνω στον ιδιωτικό τομέα.

Δεν καταλαβαίνω πραγματικά πού είναι κακό αυτό. Φυσικά, στο πλαίσιο της ισορροπίας και για τους υπόλοιπους γιατρούς του ΕΣΥ λέμε ότι εφόσον κάποιος συμμετέχει στο πρόγραμμα εφημεριών της κλινικής του και στο πρόγραμμα του νοσοκομείου, είτε αυτό λέγεται απογευματινά ιατρεία, είτε απογευματινά χειρουργεία, θα έχει τη δυνατότητα για περιορισμένο ήπιο ιδιωτικό έργο. Επειδή ακούστηκαν πολλά, δεν καταλαβαίνω, θεωρείτε τους γιατρούς απατεώνες; Θεωρείτε τους γιατρούς του Εθνικού Συστήματος Υγείας ότι θα αναγκάζουν τους ασθενείς να τους βλέπουν στο ιδιωτικό ιατρείο, ότι θα τους οδηγούν στο ιδιωτικό έργο;

Εμείς, εμπιστευόμαστε τους γιατρούς και του Εθνικού Συστήματος Υγείας και του ιδιωτικού τομέα και πιστεύουμε πραγματικά ότι με αυτό τον τρόπο θα εξυπηρετηθούν περισσότεροι Έλληνες πολίτες εντός του ΕΣΥ, εντός του νοσοκομείου, εντός του δωρεάν Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αυτό λέγεται συνέργεια, λέγεται κανείς δεν περισσεύει, λέγεται όλοι μαζί στην υπηρεσία του πολίτη. Σας ευχαριστώ.

**ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΣ ΣΤΕΦΑΝΑΔΗΣ (Αντιπρόεδρος της Επιτροπής):** Τον λόγο έχει η κυρία Ασημακοπούλου.

**ΣΟΦΙΑ – ΧΑΪΔΩ ΑΣΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΥ:** Ευχαριστώ, κ. Πρόεδρε. Με το άρθρο 3 εισάγετε πιλοτικό πρόγραμμα προκαταρκτικής κλινικής άσκησης για να στελεχώσετε τα νοσοκομεία με νέους αποφοίτους, οι οποίοι, όμως, έχουν μηδενική εμπειρία, έχουν λιγότερη εμπειρία από έναν αγροτικό ιατρό, δεν έχουν κάνει ούτε καν ειδικότητα. Κατά πόσον θα είναι αποτελεσματικός ο ρόλος τους;

Μήπως τελικά θα δυσκολεύει το έργο του ιατρικού προσωπικού που θα πρέπει ταυτόχρονα με το χαμό που έχει να αντιμετωπίσει να δίνει πληροφορίες και στο νέο απόφοιτο; Επίσης, στις ελληνικές ιατρικές σχολές οι φοιτητές υποβάλλονται σε κλινική άσκηση στο πέμπτο και στο έκτο έτος των σπουδών τους. Ποιο το νόημα να ξανακάνουν οι απόφοιτοι το ίδιο πράγμα με τη μόνη διαφορά ότι τώρα θα έχουν πτυχίο; Αν αυτό γίνει υποχρεωτικό θα είναι ακόμη μια αφορμή για να φύγουν οι Έλληνες γιατροί στο εξωτερικό.

Τι να πούμε και για το άρθρο 7, όπου οι θέσεις ιατρών κλάδου ΕΣΥ που αποβαίνουν άγονες μετά από την προκήρυξη τους δύνανται με έγκριση του Υπουργού Υγείας να προκηρύσσονται ως θέσεις μερικής απασχόλησης. Αντί να δώσετε μισθούς αντίστοιχους του έργου τους και κίνητρα ισχυρά, πάτε απευθείας στη μερική απασχόληση. Αξίζει να αναφέρουμε σε αυτό το σημείο ότι όπως δήλωσε πρόσφατα ο καθηγητής πνευμονολογίας και εντατικής θεραπείας στο Πανεπιστήμιο Κρήτης και ως πριν από λίγο διάστημα διευθυντής της μονάδας εντατικής θεραπείας στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Δημήτρης Γεωργόπουλος, θα πρέπει κατά κάποιον τρόπο να δοθούν ουσιαστικά οικονομικά κίνητρα με τους γιατρούς που είναι εντός των μονάδων εντατικής θεραπείας.

 Έχουμε μετρήσει ότι σε μία εφημερία, ο κάθε γιατρός εντατικολόγος, κάνει περίπου 13 χιλιόμετρα μέσα στη Μονάδα. Είναι, επίσης, μια πολύ ψυχοφθόρος δουλειά με πολύ μεγάλη ευθύνη. Εάν συνεχίσουμε να μη δίνουμε κίνητρα στους εντατικολόγους από δω και πέρα οι καλοί θα φεύγουν στο εξωτερικό.

Αναφορικά με το άρθρο 10. Υπάρχουν προφανώς ερωτήματα για το ποιος θα ελέγχει τους γιατρούς του ΕΣΥ, αν πληρούν τις προϋποθέσεις για να μπορούν να ασκούν και ιδιωτικό έργο. Εάν, δηλαδή, ασκούν τα καθήκοντά τους στην τακτική και ολοήμερη λειτουργία του νοσοκομείου. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας καθορίζονται ειδικότερα το είδος, η έκταση, οι όροι, οι προϋποθέσεις και οι φορείς της απασχόλησης ιατρών κλάδου ΕΣΥ στον ιδιωτικό τομέα της ιατρικής. Όλα αυθαίρετα, δηλαδή, χωρίς να λάβουμε εμείς γνώση ήδη από αυτό το στάδιο. Υπάρχουν πιθανότητες να αποσυνδεθεί η δυνατότητα παροχής ιδιωτικού έργου από τη συμμετοχή στην ολοήμερη λειτουργία του νοσοκομείου δύο φορές την εβδομάδα; Δεδομένου ότι υπάρχουν ειδικότητες ή περιοχές όπου αυτό δεν είναι εφικτό.

Δυστυχώς, φαίνεται πως σε συνδυασμό με τις μεγάλες ελλείψεις σε υγειονομικό προσωπικό και τον απαρχαιωμένο εξοπλισμό και υποδομές, μια τέτοιου είδους πρακτική, θα οδηγήσει με μαθηματική ακρίβεια τους ασθενείς στον ιδιωτικό τομέα. Όσους μπορούν δηλαδή. Διότι, η πλειονότητα των συμπολιτών μας δεν μπορεί να ανταποκριθεί ούτε στα καθημερινά. Έχετε σκεφτεί ότι ο κόσμος δεν θα έχει να πληρώσει; Και το κυριότερο, σας νοιάζει; Γίνεται στο άρθρο 16 λόγος για τον καθορισμό ομάδων νοσοκομείων και θέσεων ιατρών για απόκτηση ειδικότητας. Με τι κριτήρια, όμως, θα γίνεται η αξιολόγησή τους και από ποιους θα αξιολογούνται;

Με το άρθρο 22, προβλέπεται η δυνατότητα σύστασης αυτοτελούς τμήματος επειγόντων περιστατικών σε νοσοκομείο δυναμικότητας κάτω των 300 κλινών. Όμως, με τις υποστελεχωμένες δημόσιες δομές υγείας, κατά πόσον θα εφαρμοστεί αυτό στην πράξη; Οι επιπτώσεις της υποστελέχωσης είναι άμεσες και επιδρούν αρνητικά στην ασφάλεια των ασθενών. Διεθνείς μελέτες έχουν δείξει ότι στα υποστελεχωμένα με ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό νοσοκομεία, τα ποσοστά θνητότητας, διάρκειας νοσηλείας, νοσοκομειακών λοιμώξεων, πτώσεων, λαθών στη φαρμακευτική αγωγή και άλλων ανεπιθύμητων συμβάντων, είναι υψηλότερα συγκριτικά με τα επαρκώς στελεχωμένη νοσοκομεία. Και εσείς εδώ πάτε να κάνετε ένα βήμα χωρίς να έχετε λύσει ή έστω ρυθμίσει το ζήτημα της στελέχωσης.

Στο άρθρο 26 προβλέπεται ότι το Συμβούλιο Εμπειρογνωμόνων αποτελεί εισηγητικό όργανο της διοικούσας επιτροπής του ΚΕΣΥ και σε αυτό συμμετέχουν 36 και όχι 29 μέλη, όπως με το παλιό καθεστώς. Όπου μπορείτε, προσθέτετε άτομα, κατά το δοκούν.

Λόγω χρόνου θα συνεχίσουμε με τα υπόλοιπα άρθρα στην τελευταία συνεδρίαση. Σας ευχαριστώ.

**ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΣ ΣΤΕΦΑΝΑΔΗΣ (Αντιπρόεδρος της Επιτροπής)**: Τον λόγο έχει ο κ. Ακτύπης.

**ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ ΑΚΤΥΠΗΣ**: Ευχαριστώ πολύ, κύριε Πρόεδρε. Ξεκινήσαμε με δεδομένο ότι οι γιατροί δεν αμείβονται σωστά. Πολλές φορές ειπώθηκε για μία ανάλγητη Κυβέρνηση. Κατηγορηθήκαμε από όλες τις παρατάξεις. Θα ήθελα να πω το εξής. Από τη στιγμή που ξεκίνησε η Ελλάδα να μπει στην οικονομική κρίση άρχισαν πλέον οι μισθοί των γιατρών συνεχώς να μειώνονται και ταυτόχρονα καταργήθηκαν και τα ειδικά μισθολόγια των γιατρών. Πολλές φορές βγήκαν παράνομες και καταχρηστικές αυτές οι μειώσεις. Όμως, ουδέποτε από την προηγούμενη κυβέρνηση, δεν μπορέσαμε να πάρουμε τα χρήματα τα οποία χάναμε. Θεωρούνται οι προηγούμενοι συνάδελφοι ότι ήταν ανάλγητοι και δεν έβλεπαν αυτές τις μειώσεις ότι κακώς γινόντουσαν; Γιατί δεν μπορούσαν να μας δώσουν τα χρήματα πίσω; Γιατί δεν υπήρχε η δυνατότητα. Σήμερα, λοιπόν, και πριν αναλάβουν την κυβέρνηση τότε, με νόμους και με άρθρα, θα έδιναν πακτωλό χρημάτων τα οποία δεν βρήκαν από ότι φαίνεται στα ταμεία. Το ίδιο, λοιπόν, λέμε και σήμερα. Υπάρχει εκείνος ο δημοσιονομικός χώρος που θα μπορούσαμε να δώσουμε όλα αυτά τα χρήματα, τα οποία πραγματικά θέλουμε να δώσουμε και είμαστε σίγουροι ότι κάποια στιγμή θα δοθούν, εφόσον μπορέσουμε να περάσουμε τις δύσκολες οικονομικές καταστάσεις που περνάει η Ελλάδα;

Αυτό είναι το ζητούμενο και αυτό είναι εκείνο το ερώτημα, το οποίο τίθεται.

Από κει και πέρα λέμε ότι οι γιατροί θα είναι αυτοί, οι οποίοι θα είναι είλωτες του συστήματος και θα δουλέψουν περισσότερο. Μα, δεν τους ανάγκασε κανένας. Το νομοσχέδιο δεν λέει ότι υποχρεωτικά ο γιατρός θα βγαίνει δυο φορές την εβδομάδα να δουλεύει εκεί έξω. Εφόσον το επιλέξει αυτό μπορεί να γίνει. Από την άλλη μεριά, γιατί γίνεται αυτό; Γίνεται για να δοθούν κάποια οικονομικά κίνητρα, για να έρθουν περισσότεροι γιατροί στο σύστημα.

Άρα, λοιπόν, δεν μιλάμε ότι θα έχουμε ένα σύστημα, το οποίο θα είναι το ίδιο, όπως είναι σήμερα. Όμως, θεωρούμε ότι, επειδή θα δίνονται κάποιες δυνατότητες περισσότερες στους γιατρούς, θα μπορέσουμε τελικά να έχουμε περισσότερους γιατρούς που θα επιλέξουν να έρθουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Άρα, δεν θα είναι τόσο εξοντωτικά τα ωράρια που θα έχουν.

Όσον αφορά στο ζήτημα των ιδιωτών, εάν θα πρέπει να έρχονται στο νοσοκομείο ή όχι, θεωρώ ότι είναι μία προσφορά, η οποία θα γίνεται προς το νοσοκομείο και δεν θα το πληρώνει ο ασθενής, θα το πληρώνει το νοσοκομείο. Και στην επαρχία πρέπει να ξέρετε ότι είναι τεράστια τα προβλήματα και λείπουν και ειδικότητες, γιατί δεν προβλέπονται στους Οργανισμούς των νοσοκομείων. Και εκεί θα πρέπει να το δούμε, με ένα βήμα παραπάνω και αν θα πρέπει και οι ειδικότητες, οι οποίες δεν είναι στους Οργανισμούς των νοσοκομείων στην επαρχία. Για παράδειγμα, γαστρεντερολόγοι ή ρευματολόγοι που δεν προβλέπονται, με ποιο τρόπο μπορούν και αυτοί να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους και να μην πληρώνει ο ασθενής, αλλά να πληρώνει το νοσοκομείο, δηλαδή το σύστημα υγείας και το κράτος και όχι ο ασθενής.

Όσον αφορά για το εάν προκηρυχτούν όλες οι θέσεις τότε ίσως να είναι καλύτερα, γιατί δεν έρχονται οι γιατροί γιατί βλέπουν ότι θα είναι εξοντωτικό το ωράριο των εφημεριών και της εργασίας, σας πληροφορώ ότι και στη Ζάκυνθο προκηρύξαμε όλες τις θέσεις σε μία ειδικότητα και κανένας δεν ήρθε. Πρέπει να το καταλάβουμε. Δεν επιλέγουν οι γιατροί, αυτή τη στιγμή, το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Πρέπει να βρούμε τρόπους για να προσελκύσουμε τους γιατρούς. Αυτό είναι το σημαντικότερο, το οποίο πρέπει να κάνουμε.

Τα ΤΕΠ (*Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών*) στα νοσοκομεία, κυρία Υπουργέ, πρέπει να τα δούμε σε νοσοκομεία που είναι πάνω από 150 κλίνες. Θεωρώ ότι θα πρέπει οπωσδήποτε να υπάρχει Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, γιατί έτσι εξυπηρετούνται καλύτερα οι ασθενείς και είναι και η καλύτερη εικόνα των νοσοκομείων.

Ένα άλλο θέμα, το οποίο θα πρέπει να δούμε, είναι με τις μαίες. Το έχω πει και το έχουμε συζητήσει και αυτό, πως από τη στιγμή που έγινε η αναβάθμιση από ΤΕΙ σε ΑΕΙ, οι αντίστοιχες θέσεις δεν προβλέφθηκαν στους Οργανισμούς των νοσοκομείων, με αποτέλεσμα τώρα να μη μπορούν να διοριστούν. Δηλαδή, αυτοί οι άνθρωποι, επειδή έρχονται μόνον από ΤΕΙ, δεν διορίζονται και έτσι έχουν μείνει εκτός εργασίας οι μαίες, οι οποίες έχουν τελειώσει ΑΕΙ. Αυτό είναι ένα ζήτημα, το οποίο θα πρέπει να το δούμε. Υπάρχει τεράστιο πρόβλημα.

Και, βέβαια, θα επιμείνω και εγώ σε αυτό ότι δεν πρέπει να βλέπουμε τους γιατρούς σαν εκείνους που θα κάνουν άγρα πελατών. Δεν είναι ωραίες οι λέξεις αυτές και ειδικά όταν λέγονται και από συναδέλφους βουλευτές γιατρούς να λέμε ότι θα γίνεται άγρα πελατών από τους γιατρούς. Αν ξεκινήσουμε αυτό, δεν ξέρω τι θα γίνει. Θα φέρω και ένα παράδειγμα, που μπορεί να είναι ατυχές, αλλά είναι σαν να λέμε ότι θα ανοίξεις μια επιχείρηση, η φορολογία είναι 22% και επειδή είσαι και λίγο απατεώνας θα σου βάλω κι άλλα 5% για να μειώσω το ποσόν που θα χάνω από εσένα. Δηλαδή, δεν γίνεται να σκεφτόμαστε έτσι. Πρέπει να σκεφτόμαστε με το γεγονός ότι ο καθένας με τη συνείδησή του είναι εντάξει και θα πρέπει να κάνει τη δουλειά, για την οποία είναι εκεί. Να ξεκινάμε με το ότι κάνουμε νόμιμα τη δουλειά μας.

Επίσης, άλλο ένα θέμα, το οποίο είχαμε θέσει και το ξαναθέτω πάλι, είναι για τις Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας. Είναι ένα θέμα, το οποίο για την επαρχία είναι σημαντικό. Σε περιοχές που δεν έχουν ιδιωτικές κλινικές, υπάρχουν Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας. Είναι μεγάλη εξυπηρέτηση για κάποιον που θέλει να μείνει στην επαρχία, να μην κάνει και το ταξίδι να έρχεται στην Αθήνα ή σε μεγάλα κέντρα. Να μπορούμε να δώσουμε αναισθησία στις Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας για μικρές επεμβάσεις. Δεν νομίζω ότι θα πρέπει να μην έχουμε αυτό το πλεονέκτημα και συνάδελφοι ιδιώτες γιατροί, οι οποίοι βρίσκονται σε απομακρυσμένα νησιά και σε περιοχές μακριά από τα κέντρα.

Στην Ολομέλεια θα υπάρξει και άλλη τοποθέτηση.

Σας ευχαριστώ πολύ.

**ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΣ ΣΤΕΦΑΝΑΔΗΣ (Αντιπρόεδρος της Επιτροπής):** Τον λόγο έχει η κυρία Υπουργός.

**ΑΣΗΜΙΝΑ ΓΚΑΓΚΑ (Αναπληρώτρια Υπουργός Υγείας):** Να ξεκινήσω λέγοντας ποιο είναι το πρότυπο σύστημα υγείας. Τι θεωρούμε ένα πρότυπο σύστημα υγείας; Αυτό βασικά που εξυπηρετεί τους ασθενείς και προφανώς αυτό που έχει καλές συνθήκες εργασίας για τους υγειονομικούς. Γιατί είναι σαφές ότι πρέπει να είναι ευχαριστημένοι οι υγειονομικοί που δουλεύουν σε ένα δημόσιο σύστημα υγείας ή σε ένα σύστημα υγείας γενικά, για να είναι ευχαριστημένοι και οι ασθένειες. Ένα δημόσιο σύστημα υγείας και ένα σύστημα υγείας γενικά πρέπει να έχει σεβασμό στον ασθενή και τον πολίτη γενικά και σεβασμό επίσης στον εργαζόμενο και πρέπει να προσφέρει πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία, αλλά και στήριξη, στήριξη σε μια μακροχρόνια ασθένεια, στήριξη σε ανθρώπους με αναπηρία και να το κάνει κατ’ αρχήν με σεβασμό στον άρρωστο και στον πολίτη και με χαμόγελο.

Αυτό που κάνουμε με αυτό το νομοσχέδιο είναι ότι δίνουμε περισσότερες επιλογές και έναν βαθμό ελευθερίας που δεν υπήρχε και που είναι απαραίτητος σε όλα τα συστήματα. Βάζουμε κανόνες, ορίζουμε έλεγχο, αξιολογούμε και επαναξιολογούμε, έτσι όπως πρέπει να γίνεται σε κάθε σύστημα υγείας, σε κάθε μέρος του κόσμου. Το βασικό, λοιπόν, είναι να πούμε ποιες είναι οι υπηρεσίες που θέλουμε να έχει ο ασθενής, ποιοι είναι οι κανόνες που πρέπει να ισχύουν για αυτό το σύστημα, πώς τους αξιολογούμε τις υπηρεσίες και τους κανόνες, πώς υπάρχει τιμωρία ή υπάρχει αντίθετα ανταμοιβή για αυτούς που συμπεριφέρονται καλά και για αυτούς που παρέχουν καλές υπηρεσίες και αυτό ακριβώς κάνουμε με αυτό το νομοσχέδιο. Δεν μειώνουμε καθόλου την πρωινή λειτουργία των νοσοκομείων, ίσα ίσα την αυξάνουμε, δεν αλλάζουμε τίποτα και τι μας λένε οι συνδικαλιστές μας, αυτοί που εκπροσωπούν τους γιατρούς μας; Μας λένε ότι οι γιατροί θα κάνουν άγρα πελατείας και ότι οι ειδικευόμενοι θα χρησιμοποιηθούν για φτηνή εργασία. Ειλικρινά με αφήνει άφωνη.

Πρώτα από όλα, να σας πω ότι οι συνδικαλιστές μας ΠΟΕΔΗΝ, ΟΕΝΓΕ και ΕΙΝΑΠ, έκαναν σήμερα μια τετράωρη στάση εργασίας. Δεν έχω όλα τα στοιχεία, αλλά μπορώ να σας πω για 2 ΥΠΕ ότι η συμμετοχή είναι της τάξεως του 0,06 για τους γιατρούς ή του 0,033 ή του 0,33. Αυτή είναι η συμμετοχή, αυτό είναι το πόσο καλά αντιπροσωπεύουν τους γιατρούς και τους υγειονομικούς αυτοί που φέρονται ως συνδικαλιστές εκπρόσωποι των γιατρών και των νοσοκομείων μας και από την άλλη μεριά έχουμε τους ασθενείς που μας λένε ότι οι ίδιοι θέλουν επιλογή και δεν το λένε μόνο οι δικοί μας ασθενείς, οι μεγαλύτερες ενώσεις, δηλαδή η Ένωση Ασθενών Ελλάδος και η Ένωση Σπάνιων Ασθενών και θα μιλήσουμε για την ΕΣΑμεΑ, που δεν φαίνεται να συμφωνεί και πάντα τα πράγματα έχουν φυσικά ένα πολιτικό πρόσημο. Εμείς πιστεύουμε στους γιατρούς μας, σαφώς πιστεύουμε στους γιατρούς μας, το απέδειξαν στην πανδημία όπου το ελληνικό δημόσιο σύστημα, μετά από χρόνια μνημονίων, μετά από μειώσεις μισθών, μετά από 1 πρόσληψη στις 5 αποχωρήσεις, μετά από τεράστια προβλήματα, όχι απλώς ξεπέρασε τον εαυτό του και δούλεψαν ατελείωτες ώρες, αλλά πραγματικά απέδωσαν ό,τι μπορούσαν και ακόμη περισσότερο στους Έλληνες ασθενείς.

Τι κάνουμε λοιπόν με αυτό το νομοσχέδιο; Να ξεκινήσω: Βελτιώνουμε την ιατρική εμπειρία, όπως αντίστοιχα οι δικηγόροι που τελειώνουν τις εξαιρετικές νομικές σχολές της Ελλάδας κάνουν ενάμιση χρόνο άσκηση για να είναι δικηγόροι και να παίρνουν άδεια άσκησης επαγγέλματος, εμείς δίνουμε άδεια άσκησης επαγγέλματος στους αποφοίτους της ιατρικής, αλλά αυτό με τίποτα δεν τους κάνει έμπειρους γιατρούς. Η κλινική λοιπόν άσκηση και η εμπειρία είναι κάτι που προτείνεται από την UEMS, από την ένωση δηλαδή των ειδικών σε όλη την Ευρώπη και γίνεται σε όλα τα συστήματα στην Ευρώπη, γίνεται μια κλινική άσκηση που βοηθάει την εμπειρία του γιατρού, όχι τις γνώσεις τις θεωρητικές, όχι αυτά που έμαθε σαν φοιτητής, αλλά αυτά που θα κάνει για πρώτη φορά σαν γιατρός, που μπορεί πια να ασκήσει επάγγελμα και αυτό το κάνουμε για πρώτη φορά μέσα σε ένα νοσοκομειακό περιβάλλον, σε κλινικές που έχουν άδεια από το ΚΕΣΥ να δίνουν ειδικότητα, δεν πάμε σε νοσοκομεία που δεν έχουν άδεια από το ΚΕΣΥ, συζητάμε πάντα για το πώς τα κάνουμε και άρα εξασφαλίζουμε καλύτερη εμπειρία στους γιατρούς μας και βέβαια όπου και να προχωρήσουν μετά για αγροτικό ή για ειδικότητα, που συμφωνώ ότι θέλουμε να αλλάξουμε τις συνθήκες του αγροτικού, θα είναι πολύ καλύτερα εξασφαλισμένοι οι ίδιοι πολύ πιο ασφαλείς και φυσικά πολύ πιο ασφαλείς οι κάτοικοι οποιασδήποτε περιοχής της Ελλάδας έχει αυτούς τους γιατρούς.

Παράλληλα, προγραμματίζουμε την είσοδο στις ειδικότητες με γνώμονα τις ανάγκες των Ελλήνων πολιτών και γενικά των κατοίκων της Ελλάδας και αν θέλετε ακόμη και των τουριστών το καλοκαίρι, δηλαδή είναι σημαντικό να μην παράγουμε 4000 δερματολόγους και 5 θωρακοχειρουργούς ή 5 παθολόγους γιατί χρειαζόμαστε περισσότερους και για κάποια στιγμή στην Ελλάδα λέμε πάντα ότι οι ιατρικές σχολές πρέπει να έχουν αυτούς τους αποφοίτους, γιατί αυτούς μπορούμε να απορροφήσουμε. Και εδώ μπορούμε να το δούμε αν θέλετε, αλλά πάντως κάνουμε ένα προγραμματισμό. Δεν λέμε όποιος θέλει μπαίνει στην ιατρική σχολή της Αθήνας, όποιος θέλει μπαίνει στην ιατρική σχολή της Πάτρας και θα έχουμε 38.000 γιατρούς φέτος γιατί αυτοί είναι οι υποψήφιοι των ιατρικών σχολών.

Έχουμε ένα γνώμονα για το πόσους γιατρούς θέλουμε και έτσι ξεκινάμε την εκπαίδευση. Τον ίδιο γνώμονα πρέπει να έχουμε για το πόσους καρδιολόγους θέλουμε, πόσους καρδιοχειρουργούς θέλουμε, πόσους δερματολόγους θέλουμε, πόσους παθολογοανατόμους θέλουμε. Αυτό δεν το έχουμε κάνει μέχρι τούδε στην Ελλάδα, γι’ αυτό και έχουμε τεράστια προβλήματα με την έλλειψη αναισθησιολόγων και πολλές άλλες ειδικότητες, παθολογοανατομία, ακτινολογία, πυρηνική ιατρική, ακτινοθεραπευτική ογκολογία. Αυτά πρέπει να τα προγραμματίσουμε και το κάνουμε. Δεν θα έχουμε απάντηση αύριο, δεν θα πληρωθούν τα κενά αύριο, γιατί η ιατρική εκπαίδευση ξέρουμε όλοι ότι είναι μακρόχρονη. Άρα, θέλουμε να έχουμε ένα σύστημα που θα είναι πιο λογικό στις δυνατότητες των γιατρών και ανταποκρίνεται στις ανάγκες των πολιτών και το μικρότερο χρονικό διάστημα που μπορούμε να το κάνουμε αυτό είναι σε μια πενταετία, γιατί τόσο ο μέσος χρόνος της ειδικότητας. Μπορεί να πάρει και λίγο παραπάνω, αλλά να βάλουμε τη βάση, τέλος πάντων, κάποια στιγμή που είναι καιρός να το κάνουμε. Πόσους γιατρούς θέλουμε, πόσες ειδικότητες θέλουμε, πόσους γενικούς γιατρούς θέλουμε, που θα μπορούν να πάνε στις Περιφέρειες της Ελλάδας και να προσφέρουν ειδικές υπηρεσίες προσωπικού γιατρού στους κατοίκους της Τήνου, στους κατοίκους της Αστυπάλαιας, σε κάθε περιφερικό νησί! Αυτό μπορεί να γίνει πρακτικά όπως σε όλα τα κράτη του κόσμου.

Λέμε ότι φέτος ανοίγουμε θέσεις και αυτό το κάνουμε σιγά σιγά, γι’ αυτό λέμε και από τον επόμενο χρόνο. Δουλεύοντας με το ΚΕΣΥ, δουλεύοντας με τις ιατρικές εταιρείες, λέμε εμείς την επόμενη πενταετία θα χρειαστούμε 300, 500 μικροβιολόγος που είναι σαφώς λίγοι. Άρα, θα προκηρύξουμε αυτές τις θέσεις στα νοσοκομεία που ήδη έχουν την άδεια να ανοίξουν την ειδικότητα, αλλά δεν θα πάμε να βάλουμε στην αναμονή για 10 χρόνια στο Συγγρός όταν δεν χρειαζόμαστε άλλους δερματολόγους. Γι’ αυτούς που είναι σε αναμονή προφανώς δεν θα κάνουμε κάτι, αλλά από εδώ και πέρα πρέπει να βάλουμε ένα στόχο.

Το δεύτερο πράγμα που κάνουμε είναι ότι ξεκινάμε μια ηλεκτρονική πλατφόρμα με βάση την οποία αυτός που θέλει, προς το παρόν, μέχρι να ισχύσει ένα σύστημα εξετάσεων κάποιους τρόπους που θα συμφωνήσουμε από κοινού για το πώς θα ξεκινάνε οι γιατροί μας την ειδικότητα και αυτό γίνεται σε όλες τις χώρες του κόσμου, δεν ανοίγουν θέσεις ειδικότητας για όποιον θέλει, δηλαδή εάν ένας δικός μας γιατρός φύγει και πει στην Αγγλία θα κάνω γυναικολογία, δεν σημαίνει ότι θα κάνει γυναικολογία! Θα κάνει γυναικολογία εάν η Αγγλία δίνει θέσεις για γυναικολογία ή εάν η Αγγλία δίνει θέσεις για πνευμονολογία και αντίστοιχα, στην Αμερική και όπου αλλού θέλετε. Μειώνουμε την αναμονή γιατί κάνουμε την ηλεκτρονική πλατφόρμα και άμεσα σύμβαση με το νοσοκομείο, που σημαίνει ότι παρακάμπτουμε την υποβολή στην Περιφέρεια, την υποβολή στο Υπουργείο, όλα τα δικαιολογητικά ελέγχονται από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου και γίνεται η ειδικότητα και από εκεί και πέρα κάνουμε αυτή την κυκλική τοποθέτηση με τα clusters που πιθανότατα θα περιλαμβάνουν ένα μέρος σε κάποιο περιφερειακό νοσοκομείο, με την έννοια ότι είναι τελείως διαφορετική η εμπειρία ενός γιατρού σε κάθε κέντρο και, βεβαίως, κάθε γιατρός πρέπει να είναι και σε ένα μεγάλο κέντρο και σε ένα μικρό κέντρο γιατί η εμπειρία είναι τελείως διαφορετική σε κάθε κέντρο. Δεν το κάνουμε γιατί θέλουμε να έχουμε «φτηνά χέρια». Το κάνουμε γιατί πιστεύουμε ότι πραγματικά οι γιατροί έχουν κέρδος από αυτή την εμπειρία. Όλα γίνονται με εισήγηση του ΚΕΣΥ, δεν γίνονται από το Υπουργείο. Σε ό,τι κάνουμε οι εισηγήσεις είναι του ΚΕΣΥ, του αρμοδίου, δηλαδή, διοικητικού οργάνου.

Τι άλλο κάνουμε. Διατηρούμε το δημόσιο χαρακτήρα, όπως σας είπα, και τη λειτουργία και δίνουμε στους ασθενείς μας περισσότερες επιλογές. Η απογευματινή λειτουργία, όπως ξέρετε, υπάρχει ήδη για τα απογευματινά ιατρεία και υπάρχουν πολλοί ασθενείς που την επιλέγουν και την προτιμούν.

Βάζουμε απογευματινά χειρουργεία γιατί πιστεύουμε ότι αφενός αυτό δίνει περισσότερες ώρες λειτουργίας στα νοσοκομεία και είναι καλύτερο να έχεις περισσότερες ώρες λειτουργίας σε ένα δημόσιο σύστημα. Υπάρχει μια μικρή αμοιβή και να σας πω και κάτι. Συζητάμε για πάρα πολλά πράγματα και για συστήματα υγείας. Ας δούμε λίγο τι υπάρχει γύρω μας και ποια είναι τα συστήματα τα καλά γύρω γύρω στην Ευρώπη.

Παραδείγματος χάρη, υπάρχει το σύστημα της Ολλανδίας το οποίο είναι εκ προοιμίου ένα πάρα πολύ καλό σύστημα. Πώς δουλεύει το σύστημα υγείας της Ολλανδίας ο Έχει μια βασική ασφάλιση και έχει και μια δεύτερη ασφάλιση. Στην ασφάλεια στην Ολλανδία δεν επιτρέπεται ο ασφαλιστικός οργανισμός να κερδίσει χρήματα, δηλαδή ό,τι βγάζει το ρίχνει στο σύστημα και στην ασφάλεια των ασθενών και τα νοσοκομεία δουλεύουν με κανόνες ιδιωτικού δικαίου τέλεια. Δεν νομίζω ότι υπάρχει κανένα θέμα, δίνονται υπηρεσίες για το σπίτι , υπάρχουν οι μαίες για το σπίτι που τις βάζουμε τώρα, οι οποίες πηγαίνουν εδώ και 20 χρόνια στην Ολλανδία και ελέγχουν τη λεχώνα αφού γυρίσει σπίτι και το μωρό, ακόμη αγοράζουν και τα ψώνια της και της τα πηγαίνουν στο σπίτι. Άρα, μπορούμε να δούμε συστήματα υγείας που δουλεύουν πάρα πολύ καλά και να τα ακολουθήσουμε. Δεν χρειάζεται να ανακαλύψουμε τον τροχό από την αρχή.

Δίνουμε στους γιατρούς τη δυνατότητα είτε πλήρους και αποκλειστικής, που σαφώς την διατηρούμε, είτε πλήρους και μη αποκλειστικής με πολύ συγκεκριμένους κανόνες όμως, δηλαδή θέλουμε πρώτα από όλα να εξασφαλίσουμε την δωρεάν πρωινή λειτουργία των νοσοκομείων, να βοηθήσουμε την απογευματινή λειτουργία των νοσοκομείων που ο ασθενείς όπως επιβαρύνεται τώρα στα απογευματινά ιατρεία θα επιβαρύνεται λίγο για τα απογευματινά χειρουργεία και μπορεί να το επιλέξει, με δικλείδες ασφαλείας, δηλαδή σαφή παρακολούθηση και θα σταματάει οποιοσδήποτε γιατρός εάν χάσαμε να μου το χάσαμε τυχόν υπάρξει κάποιος γιατρός που δεν ακολουθεί αυτά που πρέπει να κάνει, ακυρώνει πρωινή λειτουργία, πρωινά ιατρεία, πρωινά χειρουργεία, θα αποκλείεται από την απογευματινή λειτουργία και το ιδιωτικό έργο, να είμαστε σαφείς. Η παρακολούθηση θα είναι συνεχής με ηλεκτρονικές λίστες.

Και δίνουμε, επίσης, το δικαίωμα να μπορείς να δουλέψεις έξω, εάν το θες, εάν το θέλει ο ασθενής και το ξαναείπα την προηγούμενη φορά. Υπάρχουν ασθενείς που λένε «Εγώ έχω ιδιωτική ασφάλεια ή έχω κάτι, θέλω εσένα, τον κ. Τζηκαλάγια που δουλεύει στο δημόσιο σύστημα υγείας, τον κ. Ακτύπη, τον κ. Ξανθό που δουλεύει στο δημόσιο σύστημα υγείας, αλλά δεν θέλω, βρε παιδί μου, να νοσηλευτώ σε αυτό το Νοσοκομείο, θέλω να πάω σε ένα νοσοκομείο που έχει μονόκλινο, θέλω να το κάνω». Να υπάρχει έστω λίγο αυτή η δυνατότητα και μπορεί να μην είναι καν ιδιωτικό έργο αυτό που θα έχει ο γιατρός του ΕΣΥ. Μπορεί να είναι ένα συμβουλευτικό έργο σε έναν οργανισμό, κάτι που του δίνει μια μεγαλύτερη ελευθερία και πάντα με κανόνες, πιστεύοντας ότι οι άνθρωποι είναι βασικά εντάξει, οι γιατροί είναι βασικά εντάξει και νομίζω το έχουν αποδείξει. Δηλαδή, δεν χρειάζεται να ξαναποδείξουμε τα αυταπόδεικτα. Άρα ξεκινάμε με αυτό.

 Τώρα οι επιλογές που δίνουμε, δεν είναι κυρίως για το εισόδημα. Είναι για την αίσθηση της δυνατότητας επιλογής και της ελευθερίας που πρέπει να έχει ένας γιατρός που έχει έξι χρόνια βασικών σπουδών, τουλάχιστον πέντε χρόνια για την ειδικότητα. Άρα ξεκινάει μεγάλος σε ηλικία να δουλεύει σαν ειδικευμένος και πρέπει να αισθάνεται αξιοπρεπής και να αισθάνεται ότι δεν του απαγορεύεις. Δηλαδή, δεν είναι καλά τα συστήματα που εκ προοιμίου απαγορεύουν. Τα συστήματα που είναι καλά είναι τα συστήματα που έχουν κανόνες που οι κανόνες ακολουθούνται και που όλα τα πράγματα είναι ευνομούμενα. Αυτά είναι τα καλά συστήματα.

 Να σας πω τώρα ότι επίσης, το είπαμε και την προηγούμενη φορά, έχουμε νοσοκομεία που οι δομές δεν είναι καλές. Η Ελλάδα έχει 127 νοσοκομεία, κάποια από αυτά είναι προπολεμικά. Εγώ δούλευα σε ένα τέτοιο νοσοκομείο, όπου φτιάχνουμε και τώρα θα δώσουμε για τα νοσοκομεία πάνω από 1,5 δις από το Ταμείο Ανάκαμψης, γενικώς για την υγεία, όχι μόνο για τα νοσοκομεία. 317 εκατομμύρια είναι για την αλλαγή στις δομές των νοσοκομείων, αλλά όπως καταλαβαίνετε αυτό θα φτιάξει ένα μέρος των νοσοκομείων, δεν θα κάνει όλα τα νοσοκομεία από την αρχή. Δίνουμε, επίσης, 1 δις από το ΕΣΠΑ το προηγούμενο και το καινούργιο ΕΣΠΑ υπολογίζουμε ότι είναι 700 εκατομμύρια με ένα δις. Άρα μπαίνουν χρήματα στο δημόσιο σύστημα υγείας και στα νοσοκομεία μας.

 Και να σας πω λίγο και για τις χρηματοδοτήσεις των νοσοκομείων. Εδώ έχω ένα σύνολο εξόδων εντός ορίων. Τα έξοδα εντός ορίων – κύριε Ξανθέ ήσασταν πέντε χρόνια υπουργός, οπότε καταλαβαίνετε τι λέω -το σύνολο για το 2018 ήταν 1 δις 998 εκατομμύρια 527 χιλιάδες ευρώ. Το σύνολο των εντός ορίων εξόδων του 2022, μέχρι τις 26/10, είναι 2 δισεκατομμύρια 754 εκατομμύρια 379. Άρα μιλάμε στο τέλος του χρόνου θα είναι 1 δις παραπάνω, 30% παραπάνω αύξηση για τα έξοδα των νοσοκομείων.

 Άρα αυτό που λέτε ότι δεν υπάρχει δημόσια υγεία και δεν υπάρχουν πόροι δεν είναι αλήθεια. Δίνουμε πάρα πολλούς πόρους στα νοσοκομεία και θέλουμε να δώσουμε στο μέτρο του δυνατού, γιατί το είπαμε ήδη, είναι μια πολύ δύσκολη χρονιά που πρέπει να στηριχθούν όλα τα νοικοκυριά και όλες οι επιχειρήσεις για τα προβλήματα της ενέργειας.

Αυτό που θέλουμε, λοιπόν, είναι να υπάρχει μια μεγαλύτερη ελευθερία και μια μεγαλύτερη επιλογή, με κανόνες, σαφείς κανόνες που τους ξέρουμε όλοι.

Για τον Χάρτη Υγείας που ρωτήσατε, γίνεται ο Χάρτης Υγείας και έχουμε τη βοήθεια από δυο Οργανισμούς, τον Ο.ΔΙ.Π.Υ. που ξεκίνησε με αυτή την Κυβέρνηση και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το Γραφείο Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας της Ελλάδας, με βάση τις ανάγκες των πολιτών, το πού πάνε, το πώς εξυπηρετούνται, τι θέλουμε να κάνουμε; Αυτό, λοιπόν, το κάνουμε και θα το έχουμε μέσα στους επόμενους λίγους μήνες.

 Συζητήσατε για τις κρίσεις. Συμμετείχα στις κρίσεις, τουλάχιστον, μια δεκαετία και εξακολουθώ να πιστεύω ότι είναι πάρα πολύ σημαντικά το τι έχουμε στο χαρτί. Είναι επίσης πάρα πολύ σημαντικό να δεις τον άλλο και να σας πω κάτι, κύριε Ξανθέ; Εγώ είμαι Διευθύντρια Κλινικής. Θα πάρω κάποιον με κομματικά κριτήρια ή θα πάρω κάποιον που θα κάνει τη δουλειά του στην Κλινική και θα κοιμάμαι και εγώ ήσυχη το βράδυ που έχω όλη τη νομική ευθύνη της Κλινικής; Γιατί πιστεύετε δηλαδή ότι αν βάλουμε τους Διευθυντές των Κλινικών να διαλέγουν τους γιατρούς.

**ΑΝΔΡΕΑΣ ΞΑΝΘΟΣ (Εισηγητής της Μειοψηφίας):** Δεν είναι οι Διευθυντές.

**ΜΙΝΑ ΓΚΑΓΚΑ (Αναπληρώτρια Υπουργός Υγείας):** Ναι, τους έχουμε. Είναι απαραίτητος ο Διευθυντής.

**ΑΝΔΡΕΑΣ ΞΑΝΘΟΣ (Εισηγητής της Μειοψηφίας):** Είναι ο Διοικητής του Νοσοκομείου.

**ΜΙΝΑ ΓΚΑΓΚΑ (Αναπληρώτρια Υπουργός Υγείας):** Όχι, δεν είναι. Θέλετε να βγάλουμε τον Διοικητή; Να τον βγάλουμε τον Διοικητή, αυτό δεν είναι το πρόβλημα. Ωραία, να βγάλουμε τον Διοικητή, κανένα θέμα. Να βγάλουμε τον Διοικητή και να αφήσουμε γιατρούς. Δεν έχω καμία αντίρρηση, οκέϊ, το ακούω, το ακούω ειλικρινά.

Με ρωτήσατε γιατί βάζουμε στους επικουρικούς αξιολόγηση. Να σας πω τι γίνεται για τους επικουρικούς. Οι επικουρικοί παίρνουν τα μόρια προϋπηρεσίας που έχει κάθε γιατρός του Δημοσίου. Αυτά τα μόρια δίνουμε. Όσα μόρια παίρνει ένας Επιμελητής Β΄ τόσα μόρια παίρνει για την προϋπηρεσία του ο γιατρός ο επικουρικός στο δημόσιο σύστημα -καινούργια κριτήρια- και λέμε αξιολόγηση, γιατί πρέπει να υπάρχει αξιολόγηση. Δηλαδή αν κάποιος κάνει τη δουλειά του, αν την κάνει καλύτερα από κάποιον άλλον ή αν την κάνει λιγότερο καλά, πρέπει να αξιολογείται.

 Σας λέω και πάλι μου ήρθε δήμαρχος νησιού και μου είπε ότι: «Εγώ είχα έναν γυναικολόγο που είκοσι χρόνια δεν έκανε τοκετό». Αυτό δεν πρέπει να το αξιολογήσουμε και να μην έχουμε τέτοιους ιατρούς στο Εθνικό Σύστημα Υγείας; Και λέμε, οκ, να προασπίσουμε τη μονιμότητα, να προασπίσουμε, αλλά να έχουμε και τις υπηρεσίες υγείας που θέλουμε. Δηλαδή η αξιολόγηση πρέπει να είναι ουσιαστική.

Επίσης είπατε για τους συντονιστές διευθυντές και για το brain drain. Το να βάλουμε συντονιστές διευθυντές, λέω γενικά για τα σχόλια που άκουσα. Εσείς όμως είπατε για τους συντονιστές-διευθυντές. Ωραία. Λοιπόν, να σας πω κάτι. Πείτε ότι έχουμε κάποιον που έχει πάει και έχει κάνει δέκα χρόνια στη Γερμανία, δέκα χρόνια στην Αμερική και θέλει να γυρίσει. Αν δεν προκηρύξουμε θέση συντονιστή-διευθυντή και μπορεί να βάλει τα χαρτιά του, πως το καλό θα τον φέρουμε; Σε θέση, τη Β΄; Δηλαδή αν θέλουμε να έχουμε μια επιστροφή του brain drain θα πρέπει να δώσουμε και κάποια δυνατότητα σε παιδιά που είναι στο εξωτερικό, σε παιδιά που είναι εκτός συστήματος υγείας ή σε παιδιά που είναι στον ιδιωτικό τομέα να μπορούν να έρθουν. Παιδιά, δεν είναι πια παιδιά στα 40 και στα 45, αλλά τέλος πάντων, άνθρωποι που έχουν και τις περγαμηνές και το ήθος και την έξωθεν καλή μαρτυρία να μπουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Τους θέλουμε.

Το άλλο πράγμα που κάνουμε είναι ότι αλλάζουμε τα επείγοντα και, κύριε Ξανθέ, έχω εδώ αυτό που πέρασε και από τη νομοθετική επιτροπή στην Βουλή, γιατί το νομοσχέδιο περνάει. Αυτό που μπορώ να σας διαβάσω είναι ότι υπάρχει ο ν. 2889/2001 περί της σύστασης αυτοτελούς τμήματος επειγόντων περιστατικών, που προστίθενται νέα εδάφια, σε κάθε νοσοκομείο δυναμικότητας άνω των 300 κλινών, καθώς και στο νοσοκομείο με τη μεγαλύτερη δυναμικότητα κάθε περιφερειακής ενότητας των περιφερειών του 3852/2010 συνιστάται αυτοτελές τμήμα επειγόντων περιστατικών με ειδική στελέχωση και εξοπλισμό για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών. Εμείς λέμε ότι μπορούν και τα μικρότερα νοσοκομεία να κάνουν ένα τμήμα επειγόντων περιστατικών. Δεν είμαι σίγουρη ότι είναι δόκιμος ο όρος «αυτοτελές», γιατί στην πραγματικότητα κανένα τμήμα επειγόντων περιστατικών δεν έχει τόσο προσωπικό που να λειτουργεί αυτοτελώς. Αυτό που έχει σημασία είναι, όμως, να υπάρχουν διεύθυνση από έναν άνθρωπο που έχει επείγουσα ιατρική και να υπάρχει κάθε φορά στελέχωση με τουλάχιστον έναν ιατρό που έχει επείγουσα ιατρική και από εκεί και πέρα θα στελεχωθεί και από τους ειδικευόμενους που πρέπει να την έχουν την εμπειρία και από ιατρούς ειδικοτήτων, ιδιαίτερα σε νοσοκομεία του τύπου «Ευαγγελισμός», όπου σαφώς θα κατέβει ο ειδικός κάτω στα επείγοντα, πέρα από τον εντατικολόγο.

Αλλά από την άλλη μεριά στο νοσοκομείο, παραδείγματος χάρη, του Αγίου Νικολάου ή της Ιεράπετρας είναι σημαντικό να υπάρχει ο εντατικολόγος και να είναι εκεί για να αντιμετωπίσει από το εγκεφαλικό μέχρι τον πολυτραυματία. Αυτός θα δώσει τις πρώτες βοήθειες στον άρρωστο και από κει και πέρα θα κληθεί ο ιατρός, αλλά αυτός που δίνει τις πρώτες βοήθειες σε όλο τον κόσμο είναι αυτός που κάνει επείγουσα ιατρική. Κάνω λάθος; Αυτό κάνουμε. Βάζουμε ήδη τρίτο κέντρο για τα επείγοντα στη Θεσσαλονίκη, που έχει πάρει την έγκριση του ΚΕΣΥ. Θέλουμε να ανοίξουμε, επίσης, να βγει στη Νίκαια αυτόνομο κέντρο και σιγά-σιγά να προστεθούν και άλλα και να μπορέσουμε να δώσουμε τη δυνατότητα σε ανθρώπους που υπηρετούν. Δεν θυμάμαι το κέντρο, να σας πω την αλήθεια. Πάντως υπάρχει ένα τρίτο κέντρο. Επίσης, το άλλο πράγμα που μας ενδιαφέρει είναι ο προγραμματισμός για τους ειδικευόμενους.

Είπατε για το ΕΚΑΒ. Αυτό που ελέγχουμε είναι ένα οριζόντιο, όπως είπατε, επίδομα στο ΕΚΑΒ. Όχι στους αναισθησιολόγους του ΕΚΑΒ, που κάνουν την ίδια δουλειά με τους ορθοπεδικούς του ΕΚΑΒ και τους καρδιολόγους του ΕΚΑΒ, αλλά ένα οριζόντιο στους ιατρούς του ΕΚΑΒ για τη δουλειά που κάνουν, γιατί πραγματικά στηρίζουμε την επείγουσα και θα το δείτε. Επίσης ακούω δύο διαφορετικά. Το ένα είναι να προασπίσουμε το δημόσιο σύστημα υγείας και το άλλο είναι να προασπίσουμε τους ιδιώτες. Εμείς θέλουμε να κάνουμε και τα δύο. Να προασπίσουμε το δημόσιο σύστημα υγείας και να προασπίσουμε τους ιδιώτες και μας ενδιαφέρει να έχουμε ένα ενιαίο σύστημα υγείας στο οποίο να μπορεί να μπει ο ιδιώτης μέσα στο δημόσιο σύστημα και να μπορεί με πολύ μεγάλους περιορισμούς, αυτό που σας είπα, και με συνεχή έλεγχο και κάποιους εκτός συστήματος.

Χαίρομαι πάρα πολύ που είπε ο κύριος Φραγγίδης για την πιστοποίηση στις ιδιωτικές κλινικές, οι οποίες πραγματικά πολλές από αυτές έχουν εξαιρετικά καλές υπηρεσίες υγείας, γι’ αυτό και κάνουμε τη διάταξη όπου ονομάζονται νοσοκομεία. Γιατί πράγματι, πάρα πολλές κλινικές, που τις αποκαλούμε κλινικές, δίνουν δυνατότητες νοσοκομείου και λειτουργούν πάρα πολύ καλά και πραγματικά δεν πρέπει να έχουμε διακρίσεις τέτοιες, πέρα από τα οικονομικά κομμάτια. Η καλή ιατρική δουλειά και οι καλές ποιότητες υπηρεσιών υγείας πρέπει να αναγνωρίζονται παντού και να βοηθούνται παντού.

Όσον αφορά στα κέντρα φυσικού τοκετού. Διαλέξαμε τον όρο «φυσικό τοκετό», αντί για «μη παρεμβατικό», γιατί θεωρήσαμε ότι είναι πιο εύληπτος για τον μέσο πολίτη, για τη μέση μαμά που περιμένει να γεννήσει. Αν θεωρείτε ότι πρέπει να βάλουμε «μη παρεμβατικός», το βάζουμε, απλώς, θεωρήσαμε, ότι είναι πολύ πιο εύληπτο το «φυσικός τοκετός». Ο τοκετός είναι μια φυσική ιστορία. Τα κέντρα φυσικού τοκετού που κάνουμε, τα κάνουμε μέσα στα νοσοκομεία, με τον γυναικολόγο δίπλα και πριν ξεκινήσουμε αυτό, είχαμε μιλήσει με τον Πρόεδρο της Ελληνικής Μαιευτικής Εταιρείας.

Επίσης, αυτό που θέλουμε να κάνουμε γιατί, πραγματικά, μας ενδιαφέρει να προασπιστούν και οι μαίες και ο φυσικός τοκετός, είναι να δημιουργηθεί μια Επιτροπή μέσα στο ΚΕΣΥ - και έχουμε μιλήσει με τον Πρόεδρο του ΚΕΣΥ - στην οποία θα συμμετέχει φυσικά και γυναικολόγος και νεογνολόγος - γιατί και οι δύο είναι απαραίτητοι - και μαίες και εκπρόσωπος ασθενών. Νομίζουμε, ότι αυτά είναι τα πράγματα που μπορούν να κάνουν καλύτερες τις υπηρεσίες.

Θέλουμε τους ασθενείς σε κάθε επιτροπή γιατί, τελικά, αυτό που ετοιμάζουμε και αυτό που παρέχουμε ως Σύστημα Υγείας, είναι οι υπηρεσίες υγείας προς τους λήπτες της υπηρεσίας υγείας, που είναι, βασικά, οι πολίτες και οι ασθενείς. Επομένως, μας ενδιαφέρει η γνώμη τους και πρέπει να την ακούμε. Και πάρα πολλές φορές, μπορώ να σας πω, ότι είναι και εξαιρετικά λογικές οι απόψεις τους και πάρα πολύ λογικά τα αιτήματα που έχουν.

 Κλείνοντας, να επαναλάβω, ότι δεν υποχρεώνουμε κανέναν να κάνει καμία αλλαγή στις εργασιακές σχέσεις. Δίνουμε περισσότερες επιλογές, όπως σε κάθε σύγχρονο κράτος. Μιλάμε με τους ασθενείς, μιλάμε με τους γιατρούς και οργανώνουμε ένα Σύστημα Υγείας που έχει κανόνες, που έχει σεβασμό στον άρρωστο και στους υγειονομικούς και που λύνει προβλήματα.

Επαναλαμβάνω, επίσης, ότι δεν είναι δυνατόν να αλλάξουμε από τη μία μέρα στην άλλη, τα πάντα στην Ελλάδα. Θα πάμε με ένα σχέδιο, όμως, με έναν προγραμματισμό. Τι θέλουμε στην επόμενη διετία, τι θέλουμε στην επόμενη πενταετία. Πραγματικά, πιστεύω, ότι πρέπει να το ψηφίσετε όλοι και να συγκλίνετε όλοι, γιατί αυτό που θέλουμε να κάνουμε, είναι για το καλό όλων, των ασθενών, πρώτα απ’ όλα, των πολιτών στην Ελλάδα και των υγειονομικών.

Ευχαριστώ πολύ.

**ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΣ ΣΤΕΦΑΝΑΔΗΣ (Αντιπρόεδρος της Επιτροπής) :** Ευχαριστούμε πολύ κυρία Υπουργέ.

Κύριοι συνάδελφοι, η επόμενη συνεδρίαση θα πραγματοποιηθεί την Τετάρτη, 30 Νοεμβρίου και ώρα 13.00’.

Λύεται η συνεδρίαση.

Στο σημείο αυτό έγινε η γ΄ ανάγνωση του καταλόγου των μελών της Επιτροπής. Παρόντες είναι οι Βουλευτές κ.κ. Ακτύπης Διονύσιος, Βαρτζόπουλος Δημήτριος, Βρούτσης Ιωάννης, Γιόγιακας Βασίλειος, Ευθυμίου Άννα, Ιατρίδη Τσαμπίκα (Μίκα), Καλογιάννης Σταύρος, Κεφαλά Μαρία – Αλεξάνδρα, Κρητικός Νεοκλής, Λιάκος Ευάγγελος, Λιούπης Αθανάσιος, Μαντάς Περικλής, Μαραβέγιας Κωνσταντίνος, Μαρκόπουλος Δημήτριος, Μπίζιου Στεργιανή (Στέλλα), Μπλούχος Κωνσταντίνος, Πνευματικός Σπυρίδων, Σκόνδρα Ασημίνα, Στεφανάδης Χριστόδουλος, Τζηκαλάγιας Ζήσης, Φωτήλας Ιάσονας, Χρυσομάλλης Μιλτιάδης (Μίλτος), Αυγέρη Θεοδώρα (Δώρα), Βαρδάκης Σωκράτης, Βαρεμένος Γεώργιος, Γεροβασίλη Όλγα, Μεϊκόπουλος Αλέξανδρος, Μπαλάφας Ιωάννης, Ξανθός Ανδρέας, Σκουρλέτης Παναγιώτης (Πάνος), Τριανταφυλλίδης Αλέξανδρος (Αλέκος), Πουλάς Ανδρέας, Φραγγίδης Γεώργιος, Λαμπρούλης Γεώργιος, Στολτίδης Λεωνίδας, Αθανασίου Μαρία, Ασημακοπούλου Σοφία-Χάιδω, Απατζίδη Μαρία και Γρηγοριάδης Κλέων.

 Τέλος και περί ώρα 17.30΄ λύθηκε η συνεδρίαση.

**Ο ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ** **Ο ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ**

 **ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΣ ΣΤΕΦΑΝΑΔΗΣ** **ΙΑΣΩΝ ΦΩΤΗΛΑΣ**