**ΒΟΥΛΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ**

**ΠΕΡΙΟΔΟΣ Κ΄- ΣΥΝΟΔΟΣ B΄**

**ΔΙΑΡΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ**

**Π Ρ Α Κ Τ Ι Κ Ο**

**(Άρθρο 40 παρ. 1 Κ.τ.Β.)**

Στην Αθήνα, σήμερα, 4 Νοεμβρίου 2024, ημέρα Δευτέρα και ώρα 17.10΄, συνεδρίασε, στην Αίθουσα«Προέδρου Αθανασίου Κωνστ. Τσαλδάρη» (223) του Μεγάρου της Βουλής, η Διαρκής Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων, υπό την Προεδρία του Προέδρου αυτής, κ. Γεωργίου Στύλιου, με θέμα ημερήσιας διάταξης τη συνέχιση της επεξεργασίας και εξέτασης του σχεδίου νόμου του Υπουργείου Υγείας «Αναμόρφωση του θεσμού του Προσωπικού Ιατρού - Σύσταση Πανεπιστημιακών Κέντρων Υγείας και άλλες διατάξεις του Υπουργείου Υγείας» (3η συνεδρίαση - επί των άρθρων).

Στη συνεδρίαση παρέστησαν ο Υπουργός Υγείας, κ. Σπυρίδων - Άδωνις Γεωργιάδης, η Αναπληρώτρια Υπουργός Υγείας, κυρία Ειρήνη Αγαπηδάκη, ο Υφυπουργός Υγείας, κ. Δημήτριος Βαρτζόπουλος, καθώς και αρμόδιοι υπηρεσιακοί παράγοντες.

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

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

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Κυρίες και κύριοι συνάδελφοι, ξεκινά η τρίτη συνεδρίαση της Διαρκούς Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων, με θέμα ημερήσιας διάταξης, τη συνέχιση της επεξεργασίας και εξέτασης του σχεδίου νόμου του Υπουργείου Υγείας «Αναμόρφωση του θεσμού του Προσωπικού Ιατρού - Σύσταση Πανεπιστημιακών Κέντρων Υγείας και άλλες διατάξεις του Υπουργείου Υγείας» (3η συνεδρίαση). Πριν εισέλθουμε στη συζήτηση επί των άρθρων, προχωρούμε στην ψήφιση επί της αρχής.

Ερωτάται η Εισηγήτρια της Πλειοψηφίας, κυρία Μαρία – Αλεξάνδρα Κεφάλα.

**ΜΑΡΙΑ – ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΚΕΦΑΛΑ (Εισηγήτρια της Πλειοψηφίας):** Υπέρ, κ. Πρόεδρε.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Η Εισηγήτρια της Πλειοψηφίας, κυρία Μαρία – Αλεξάνδρα Κεφάλα, ψηφίζει υπέρ.

Ερωτάται ο Εισηγητής της Μειοψηφίας, κ. Ανδρέας Παναγιωτόπουλος.

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

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ο Εισηγητής της Μειοψηφίας, κ. Ανδρέας Παναγιωτόπουλος, ψηφίζει κατά.

Ερωτάται ο Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΠΑΣΟΚ - Κίνημα Αλλαγής», κ. Ιωάννης Τσίμαρης.

**ΙΩΑΝΝΗΣ ΤΣΙΜΑΡΗΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΠΑΣΟΚ-ΚΙΝΗΜΑ ΑΛΛΑΓΗΣ»):** Με επιφύλαξη για την Ολομέλεια.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ο Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΠΑΣΟΚ-ΚΙΝΗΜΑ ΑΛΛΑΓΗΣ», κ. Ιωάννης Τσίμαρης, ψηφίζει με επιφύλαξη για την Ολομέλεια.

Ερωτάται ο Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «Κ.Κ.Ε.», κ. Γεώργιος Λαμπρούλης.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΛΑΜΠΡΟΥΛΗΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΚΟΜΜΟΥΝΙΣΤΙΚΟ ΚΟΜΜΑ ΕΛΛΑΔΑΣ»):** Κατά, κ. Πρόεδρε.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ο Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΚΟΜΜΟΥΝΙΣΤΙΚΟ ΚΟΜΜΑ ΕΛΛΑΔΑΣ», κ. Γεώργιος Λαμπρούλης, ψηφίζει κατά.

Ερωτάται η Ειδική Αγορήτρια της Κ.Ο. «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΛΥΣΗ – ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΒΕΛΟΠΟΥΛΟΣ», κυρία Μαρία Αθανασίου.

**ΜΑΡΙΑ ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ (Ειδική Αγορήτρια της Κ.Ο. «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΛΥΣΗ – ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΒΕΛΟΠΟΥΛΟΣ»):** Μεεπιφύλαξη για την Ολομέλεια, κ. Πρόεδρε.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Η Ειδική Αγορήτρια της Κ.Ο. «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΛΥΣΗ – ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΒΕΛΟΠΟΥΛΟΣ», κυρία Μαρία Αθανασίου, ψηφίζει με επιφύλαξη για την Ολομέλεια.

Ερωτάται ο Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΝΕΑ ΑΡΙΣΤΕΡΑ», κ. Οζγκιούρ Φερχάτ.

**ΟΖΓΚΙΟΥΡ ΦΕΡΧΑΤ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΝΕΑ ΑΡΙΣΤΕΡΑ»):** Κύριε Πρόεδρε, προτού ψηφίσω θα ήθελα να ζητήσω αν μπορώ να μιλήσω νωρίτερα, αν το δέχεστε εσείς και οι υπόλοιποι συνάδελφοι, καθώς έχω μια ανειλημμένη υποχρέωση. Σε αυτό το σημείο να πω ότι ψηφίζουμε κατά.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ο Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΝΕΑ ΑΡΙΣΤΕΡΑ», κ. Οζγκιούρ Φερχάτ, ψηφίζει κατά. Θα το δούμε στη συνέχεια για τη θέση σας, πότε να μιλήσετε.

Ερωτάται ο Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΚΟ ΠΑΤΡΙΩΤΙΚΟ ΚΙΝΗΜΑ “ΝΙΚΗ”, κύριος Νικόλαος Παπαδόπουλος.

**ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΚΟ ΠΑΤΡΙΩΤΙΚΟ ΚΙΝΗΜΑ “ΝΙΚΗ”»):** Κατά.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ο Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΚΟ ΠΑΤΡΙΩΤΙΚΟ ΚΙΝΗΜΑ “ΝΙΚΗ”, κύριος Νικόλαος Παπαδόπουλος, ψηφίζει κατά.

Ερωτάται ο Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΠΛΕΥΣΗ ΕΛΕΘΕΥΡΙΑΣ – ΖΩΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ», κ. Σπυρίδων Μπιμπίλας.

**ΣΠΥΡΙΔΩΝ ΜΠΙΜΠΙΛΑΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΠΛΕΥΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ – ΖΩΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ»):** Μεεπιφύλαξη για την Ολομέλεια.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ο Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΠΛΕΥΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ – ΖΩΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ», κύριος Σπυρίδων Μπιμπίλας, ψηφίζει με επιφύλαξη για την Ολομέλεια.

Ερωτάται ο Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΣΠΑΡΤΙΑΤΕΣ», κ. Πέτρος Δημητριάδης.

**ΠΕΤΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΣΠΑΡΤΙΑΤΕΣ»):** Μεεπιφύλαξη για την Ολομέλεια, κ. Πρόεδρε.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ο Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΣΠΑΡΤΙΑΤΕΣ», κύριος Πέτρος Δημητριάδης, ψηφίζει με επιφύλαξη για την Ολομέλεια.

Συνεπώς, το σχέδιο νόμου του Υπουργείου Υγείας «Αναμόρφωση του θεσμού του Προσωπικού Ιατρού - Σύσταση Πανεπιστημιακών Κέντρων Υγείας και άλλες διατάξεις του Υπουργείου Υγείας», γίνεται δεκτό επί της αρχής, κατά πλειοψηφία.

Ο χρόνος που προβλέπεται για την επί των άρθρων συζήτηση είναι 8 λεπτά. Λέω να ξεκινήσουμε με 10 λεπτά με μια πολύ μικρή ανοχή, αλλά νομίζω ότι μπορούμε στο δεκάλεπτο όλοι οι ομιλητές, οι Εισηγητές, να έχετε ολοκληρώσει τις εισηγήσεις και τις τοποθετήσεις σας.

Τον λόγο έχει η Εισηγήτρια της Πλειοψηφίας, κυρία Μαρία – Αλεξάνδρα Κεφάλα, για 10 λεπτά.

**ΜΑΡΙΑ – ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΚΕΦΑΛΑ (Εισηγήτρια της Πλειοψηφίας):** Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε. Κυρία Υπουργέ, κυρίες και κύριοι συνάδελφοι, εισερχόμαστε στην 3η συνεδρίαση επεξεργασίας του νομοσχεδίου με τη συζήτηση επί των άρθρων. Αυτό απαρτίζεται από πέντε μέρη και 45 άρθρα. Με τα δύο πρώτα καθορίζεται ο σκοπός και το αντικείμενο του πρώτου μέρους. Επιδιώκεται η βελτίωση του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και δημόσιας υγείας, μέσω της ενίσχυσης και της αναμόρφωσης του θεσμού του Προσωπικού Γιατρού, η αναβάθμιση του θεσμού του Προσωπικού Γιατρού και η αύξηση του αριθμού τους επανακαθορίζοντας και διευρύνοντας τις κατηγορίες αυτών.

Με το άρθρο 3 αναμορφώνεται ο θεσμός του Προσωπικού Γιατρού και ορίζονται οι υπηρεσίες που παρέχει. Ενδεικτικά, αναφέρομαι στη διαχείριση των πλέον συχνών χρόνιων νοσημάτων, την εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικού και προσυμπτωματικού ελέγχου, εμβολιασμού, την υποστήριξη και υπεύθυνη καθοδήγηση των ασθενών, την παραπομπή σε άλλους γιατρούς και σε άλλα επίπεδα περίθαλψης και συνεχή ενημέρωση του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας.

Με τα προτεινόμενα άρθρα 4 και 5 επανακαθορίζονται οι ειδικότητες των προσωπικών γιατρών και οι κατηγορίες αυτών για τον ενήλικο πληθυσμό. Ως προσωπικοί γιατροί ορίζονται οι γιατροί των ειδικοτήτων της γενικής και οικογενειακής ιατρικής και της εσωτερικής παθολογίας. Για τα παιδιά έως 16 ετών οι παιδίατροι.

Σημειώνεται ότι για πρώτη φορά μπορεί ο καθένας να επιλέξει ελεύθερα ως προσωπικό του γιατρό, τον ιδιωτικό του γιατρό. Με το άρθρο 6 ορίζεται ο ανώτατος εγγεγραμμένος πληθυσμός και τους προσωπικούς γιατρούς και αυτός είναι 2.000 άτομα ανά προσωπικό γιατρό για τους πολίτες άνω των 16 ετών και 1.500 για τους κάτω των 16 ετών, στους παιδιάτρους δηλαδή. Με τις ειδικές διατάξεις για τους προσωπικούς γιατρούς του Γ΄ κεφαλαίου, ορίζονται οι προσωπικοί γιατροί στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας με το άρθρο 7.

Με το 8ο άρθρο η υπηρεσία υπαίθρου, το γνωστό «αγροτικό», μετονομάζεται σε «υπηρεσία προσωπικού γιατρού» και υφίστανται αλλαγές, τόσο σε γεωγραφικό, όσο και σε ποιοτικό επίπεδο. Οι εν λόγω θέσεις συστήνονται σε όλη την Επικράτεια και οι γιατροί που τις καταλαμβάνουν, αναλαμβάνουν υποχρεωτικά και τα καθήκοντα προσωπικού γιατρού. Επανακαθορίζονται τόσο οι γιατροί που οφείλουν να παρέχουν υπηρεσία ως υπόχρεοι προσωπικοί γιατροί, όσο και εκείνοι που απαλλάσσονται από αυτή.

Επιπλέον, αναδιαρθρώνεται με το άρθρο 9, ο τρόπος κάλυψης των κενών και κενούμενων θέσεων της υπηρεσίας υπαίθρου και οσονούπω υπηρεσίας προσωπικού γιατρού. Με το νέο, ανοικτό πια, σύστημα κάλυψης των επίμαχων θέσεων, διασφαλίζουμε τη δυνατότητα διαρκούς και άμεσης κάλυψης των κενών που προκύπτουν. Καθήκοντα προσωπικού γιατρού θα μπορούν, σύμφωνα με το άρθρο 10, να ασκούν και αυτοί που ασκούνται για την απόκτηση της ειδικότητας της γενικής οικογενειακής ιατρικής. Επιπλέον, για πρώτη φορά δίνονται εφάπαξ 40.000 ευρώ μεικτές απολαβές σε όσους επιλέξουν κατά το έτος 2025 να υποβάλλουν αίτηση για εκπαίδευση σε αυτές τις ειδικότητες, ένα ισχυρό κίνητρο που συνοδεύεται με τις αντίστοιχες προϋποθέσεις και τις απαραίτητες ασφαλιστικές δικλείδες για την επίτευξη του σκοπού της.

Προβλέπεται, με το άρθρο 11, ότι ο ΕΟΠΥΥ δύναται να συμβάλλεται με ιατρούς που κατέχουν τίτλο ειδικοτήτων γενικής οικογενειακής ιατρικής και εσωτερικής παθολογίας, οι οποίοι μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες προσωπικού γιατρού και ως αμιγώς ιδιώτες.

Με το τελευταίο, 12ο άρθρο του κεφαλαίου αυτού καθορίζεται η αποζημίωση των προσωπικών γιατρών. Θα αποζημιώνονται επί πλέον των μηνιαίων αποδοχών τους έως 1.500 άτομα και για εγγεγραμμένους λήπτες υπηρεσιών υγείας από 1.501 έως 2.000 άτομα κατά κεφαλήν. Αντίστοιχα, οι παιδίατροι θα αποζημιώνονται επί πλέον των μηνιαίων αποδοχών τους μέχρι 1.000 παιδιά και από 1.001 έως 1.500 κατά κεφαλήν.

Κλείνουμε το πρώτο μέρος του νομοσχεδίου με τα άρθρα 13 έως 16. Με το άρθρο 13 καθορίζεται ο τρόπος και η διαδικασία εγγραφής των ληπτών υπηρεσιών Υγείας στον προσωπικό ιατρό. Η εγγραφή για τους υπόχρεους άνω των 16 ετών γίνεται σε επίπεδο δήμου ή όμορων δήμων ή περιφερειακής ενότητας. Προβλέπεται, ότι έως 1/6/2025 θα ολοκληρωθεί η εγγραφή του συνόλου του πληθυσμού. Όποιος δεν εγγραφεί μέχρι αυτή την ημερομηνία θα αποκτά προσωπικό γιατρό οριζόμενο αυτόματα από το σύστημα.

Στο άρθρο 14 αναλύεται το σύστημα παραπομπών και επισκέψεων. Ο προσωπικός γιατρός αναλαμβάνει την υποστήριξη, τον προσανατολισμό και την καθοδήγηση των ληπτών υπηρεσιών Υγείας στο ΕΣΥ, παραπέμποντας τους δικαιούχους σε άλλους γιατρούς και σε δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης.

Τέλος, με το άρθρο 16 προβλέπεται σύστημα αξιολόγησης των προσωπικών ιατρών, το οποίο βασίζεται σε ποιοτικούς και ποσοτικούς δείκτες απόδοσης και συνοδεύεται με τη δυνατότητα επιβολής κυρώσεων. Θα στηρίζεται σε πληροφορίες που θα συλλέγονται ηλεκτρονικά.

Περνάμε στο δεύτερο μέρος του νομοσχεδίου με τα άρθρα 17 έως 25, που αφορούν στα Πανεπιστημιακά Κέντρα Υγείας. Σκοπός και αντικείμενο της ρύθμισης στα άρθρα 17 και 18, είναι η αναβάθμιση του επιπέδου παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, μέσω της δημιουργίας των απαραίτητων δομών και η βελτίωση των δεικτών υγείας των κατοίκων των νησιών και άλλων απομακρυσμένων περιοχών, συγκεκριμένα με τη μετατροπή 8 Κέντρων Υγείας σε Πανεπιστημιακά Κέντρα Υγείας και τη θέσπιση θεσμικού πλαισίου για την οργάνωση, τη λειτουργία και τη στελέχωσή τους.

Με το άρθρο 19 μετατρέπονται 8 Κέντρα Υγείας σε πανεπιστημιακά και διασυνδέονται με τα Τμήματα Ιατρικής των δημοσίων πανεπιστημίων. Δημιουργούνται οι μηχανισμοί εκείνοι που θα επιτρέψουν την άμεση διασύνδεση της ιατρικής επιστημονικής κοινότητας με τις δημόσιες δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε όλη τη χώρα, διασφαλίζοντας ταυτόχρονα την παροχή ιατρικών υπηρεσιών υψηλών προδιαγραφών στους κατοίκους της χώρας, ανεξαρτήτως της γεωγραφικής διασποράς τους, με την αξιοποίηση σύγχρονων ψηφιακών εργαλείων τηλεϊατρικής.

Στο άρθρο 20 τίθεται ο σκοπός των Πανεπιστημιακών Κέντρων Υγείας, ο οποίος, πέραν της παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, συνίσταται στην επιστημονική έρευνα και υποστήριξη των υπολοίπων δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Στα Πανεπιστημιακά Κέντρα Υγείας εγκαθίστανται σταθμοί τηλεϊατρικής, οι οποίοι θα λειτουργούν με τις δημόσιες δομές ανά την επικράτεια, πρωτοβάθμια και νοσοκομεία αναφοράς, δημιουργώντας ένα αποτελεσματικό ψηφιακό περιβάλλον διάχυσης της επιστημονικής γνώσης μεταξύ των διάφορων επιπέδων περίθαλψης.

Με το άρθρο 21, προβλέπεται, ότι η διεύρυνση κάθε πανεπιστημιακού κέντρου υγείας, όπως και των αποκεντρωμένων μονάδων του, ασκεί ο συντονιστής του κατ’ αντιστοιχία με τον υπεύθυνο και τον συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας των λοιπών κέντρων υγείας και ορίζονται οι αρμοδιότητές του. Ενώ με το άρθρο 22, καθορίζεται η διαδικασία ορισμού του συντονιστή του πανεπιστημιακού κέντρου υγείας.

Με την προτεινόμενη ρύθμιση του άρθρου 23, προβλέπονται θέσεις μελών ΔΕΠ που απασχολούνται στα πανεπιστημιακά κέντρα υγείας και οι όροι απασχόλησης σε αυτά ειδικού εκπαιδευτικού προσωπικού, εργαστηριακού διδακτικού προσωπικού και ειδικού τεχνικού εργαστηριακού προσωπικού. Με τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας πανεπιστημιακού κέντρου υγείας ρυθμίζονται θέματα σχετικά με την οργάνωση και λειτουργία και το προσωπικό του ως ορίζει το άρθρο 24.

Τέλος, με το 25, προβλέπεται, ότι στα πανεπιστημιακά κέντρα υγείας δύναται να εγκαθίσταται επιστημονικός εξοπλισμός του οικείου ΑΕΙ ή του Ειδικού Λογαριασμού Κονδυλίων Έρευνας αυτού, ενώ καθορίζονται οι διαδικαστικές προϋποθέσεις προς τον σκοπό αυτό.

Στο Γ΄ μέρος του νομοσχεδίου που εκτείνεται από το άρθρο 26 ως το 37, προτείνονται ρυθμίσεις που αφορούν σε δράσεις δημόσιας υγείας, τον Εθνικό Οργανισμό Δημόσιας Υγείας και λοιπές ρυθμίσεις του Υπουργείου Υγείας που θα δούμε αμέσως.

Με τις διατάξεις του μέρους του σχεδίου νόμου, μέσα στα άρθρα 26 και 27 αποτυπώνεται ο σκοπός και το αντικείμενό του. Επιδιώκεται η αύξηση της αποτελεσματικότητας των δράσεων του Εθνικού Προγράμματος «Σπύρος Δοξιάδης» και των δράσεων υγείας σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η ενίσχυση της αποτελεσματικής και αποδοτικής λειτουργίας του ΕΟΔΥ και η εύρυθμη λειτουργία των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Υγειονομικών Περιφερειών.

Αναλυτικότερα, με το άρθρο 28, τροποποιείται και αναμορφώνεται το Εθνικό Πρόγραμμα Μείωσης της Επιβλαβούς Κατανάλωσης του Αλκοόλ, το οποίο θα επικεντρωθεί σε δράσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης αναφορικά με το αλκοόλ. Λαμβάνοντας υπόψη με τη συνέργεια και με λοιπές δράσεις Του Εθνικού Προγράμματος Πρόληψης «Σπύρος Δοξιάδης», αποσαφηνίζεται, ότι η ΗΔΙΚΑ δύναται για την υλοποίηση των προγραμμάτων δημόσιας υγείας «Σπύρος Δοξιάδης» να αποζημιώνει τους παρόχους υπηρεσιών υγείας που συμμετέχουν στις δράσεις πρόληψης της υγείας των πολιτών.

Με την προτεινόμενη ρύθμιση του άρθρου 29, αποσαφηνίζεται η δυνατότητα της εκάστοτε διοίκησης υγειονομικής περιφέρειας να αναλαμβάνει την υλοποίηση δράσεων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία σε πανελλαδικό επίπεδο, για τη διασφάλιση επαρκούς επιπέδου αποτελεσματικότητας και συντονισμού.

Σύμφωνα με το άρθρο 30, τα προγράμματα Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας σε επίπεδο πρωτοβάθμιας, δύναται να απευθύνονται και στους επαγγελματίες υγείας, διασφαλίζοντας τη διαρκή εκπαίδευσή τους.

Ακολουθεί το άρθρο 31, μέσα από το οποίο θεσπίζεται δράση δημόσιας υγείας με αντικείμενο την πρόληψη και αντιμετώπιση της παχυσαρκίας των ενηλίκων που αποσκοπεί στη μείωση των δεικτών παχυσαρκίας.

Με το τρίτο κεφάλαιο του Γ΄ μέρους του νομοσχεδίου, άρθρα 32 έως 35, θέτουμε προς ψήφιση οι ρυθμίσεις για τον ΕΟΔΥ. Με την προτεινόμενη ρύθμιση του άρθρου 32 συμπληρώνονται τα προσόντα του Διευθύνοντος Συμβούλου του ΕΟΔΥ, ώστε η θέση να καταλαμβάνεται από πρόσωπο με αυξημένη γνώση και εμπειρία σε ζητήματα διοίκησης. Ακολουθεί πρόβλεψη η οποία δίνει τη δυνατότητα μεταβίβασης αρμοδιοτήτων και δικαιώματος υπογραφής του Προέδρου, άρθρο 33, του Διευθύνοντος Συμβούλου, άρθρο 34, και του Διοικητικού Συμβουλίου του ΕΟΔΥ, άρθρο 35, προς διοικητικά στελέχη με στόχο την ευρύτερη και αποτελεσματικότερη διεκπεραίωση των υποθέσεων του Οργανισμού.

Σύμφωνα με το άρθρο 36, προκειμένου να καταστεί δυνατή η ταχύτερη ολοκλήρωση της κτιριακή αναβάθμισης του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων και του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Παπανικολάου», προχωράμε σε ειδική ρύθμιση των όρων δόμησης. Ειδικά στα Ιωάννινα, σε έκταση ιδιοκτησίας πανεπιστημιακού νοσοκομείου, επιτρέπεται η ανέγερση νοσοκομείου ή πτέρυγας νοσοκομείου ως έξι ορόφους. Αντίστοιχα καθορίζονται οι όροι και οι περιορισμοί δόμησης για την ανέγερση κτιρίων στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπανικολάου», προκειμένου να καλυφθούν οι ιδιαίτερες ανάγκες υποδομής του.

Τέλος, με το άρθρο 37 επανακαθορίζεται η σύνθεση του Διοικητικού Συμβουλίου του ΝΙΜΤΣ και προστίθεται η δυνατότητα διορισμός διοικητή του. Προσώπου, το οποίο δεν φέρει τη στρατιωτική ιδιότητα και διαθέτει αποδεδειγμένη εμπειρία στη διοίκηση ή οικονομική διαχείριση των δημοσίων νοσοκομείων.

Ακολουθούν οι εξουσιοδοτικές τελικές μεταβατικές και καταργούμενες διατάξεις με άρθρο 38 έως 44 και το ακροτελεύτιο 45 άρθρο, το οποίο και αναφέρεται στην έναρξη ισχύος του νόμου.

Κυρίες και κύριοι συνάδελφοι, κλείνοντας επιτρέψτε μου να το τονίσω, όπως φαίνεται και μέσα από την κατ’ άρθρον επεξεργασία του σχεδίου νόμου, ότι πρόκειται για μια ουσιαστική και ολοκληρωμένη μεταρρυθμιστική παρέμβαση του Υπουργείου Υγείας με θετικό αποτύπωμα. Σας ευχαριστώ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε πολύ την κυρία Κεφάλα και για την ακρίβεια του χρόνου. Το λόγο έχει ο Εισηγητής της Μειοψηφίας, ο κύριος Παναγιωτόπουλος.

**ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΣ (Εισηγητής της Μειοψηφίας):** Κύριε Πρόεδρε, σε συνέχεια της προχθεσινής επιτροπής μας για το εν λόγω νομοσχέδιο, θέλω να πω ότι η προσέγγιση η οποία γίνεται είναι αποσπασματική. Είναι, ουσιαστικά, ομολογία αποτυχίας του προηγούμενου νόμου και της μέχρι τώρα πορείας της ηγεσίας του Υπουργείου Υγείας. Ουσιαστικά, ερχόμαστε και πάλι με διάφορα «μπαλώματα» και με διασκορπισμό, θα έλεγα, αρμοδιοτήτων να καλύψουμε το κενό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Πρέπει να πούμε ότι εμείς διαφωνούμε και με τον όρο του προσωπικού γιατρού, γιατί θεωρούμε ότι η οικογένεια, η γειτονιά, αποτελούν την πρώτη μονάδα της κοινωνίας για να μπορέσουμε να επεκταθούμε και για να μπορέσουμε να διεισδύσουμε εκεί, να πείσουμε για να κάνουμε πραγματική και προσωπική και δημόσια υγεία, που αυτός είναι ο στόχος και αυτό πρέπει να είναι το σχέδιό μας, στο δικό σας δεν βλέπω να είναι. Αφού, λοιπόν, αποτύχαμε με την προηγούμενη νομοθέτηση που είχατε κάνει, έρχεστε σήμερα ουσιαστικά να σκορπίσετε τις αρμοδιότητες αυτές, τις ευθύνες και τα καθήκοντα στους αγροτικούς γιατρούς και στους ανειδίκευτους μόλις τελειώνουν.

Έχω ένα ερώτημα, να το σημειώσετε για να απαντηθεί. Ένα παιδί τελείωσε σήμερα και πάει για ειδικότητα κατευθείαν. Δεν μπαίνει στην υπηρεσία υπαίθρου, την οποία θα την κάνει μετά την ολοκλήρωση ειδικότητας. Θα είναι προσωπικός γιατρός μετά; Είναι υποχρεωμένος να πάει πριν για αγροτικό; Γίνεται κατανοητό το ερώτημα; Δηλαδή, θα τελειώσει καρδιολόγος και αν πάει για αγροτικό και θα του πούμε «κάνε και ένα μήνα εκπαίδευση για τον προσωπικό γιατρό».

Το δεύτερο είναι, άλλο οικονομικό κίνητρο θα υπάρχει σε αυτούς τους ανθρώπους, εκτός αυτών που προβλέπονται εδώ για συγκεκριμένα νούμερα και κατηγορίες; Στο άρθρο 1 εννοείται ότι διαφωνούμε και με το σκοπό, αλλά και με την προσπάθεια έτσι όπως γίνεται σε προσωπικό γιατρό, διότι η προσέγγιση την οποία κάνετε και ιδεολογικά, αλλά και πρακτικά, εμάς δεν μας καλύπτει και θεωρούμε ότι δεν θα αποδώσει τα καλύτερα αποτελέσματα. Δεν θα έχει αποτέλεσμα, όπως δεν είχαμε μέχρι σήμερα, διότι πώς είναι δυνατόν μονάδες, απαξιωμένες ουσιαστικά, όπως είναι η πλειοψηφία των κέντρων υγείας σήμερα, από παθολόγους, από γενικούς γιατρούς, να μπορούν να επιφορτιστούν και αυτό το έργο;

Αν θέλουμε να μιλάμε για ολοκληρωμένο έργο, που θα αφορά την καταγραφή του πληθυσμού, των ανθρώπων με τα προβλήματα, τη σύσταση ατομικού φακέλου, για να μπορεί να μπαίνει ο ένας μέσα στον άλλον, για να μπορεί να δέχεται πληροφορίες από το πληροφοριακό σύστημα, όταν το αποκτήσουμε, είτε ακτινολογικών εξετάσεων, είτε μικροβιολογικών, του εν γένει ελέγχου του ασθενούς, όλα αυτά κάποτε να αποκτήσουν μια σύγχρονη μορφή.

Κύριε Υπουργέ, αυτό δεν μπορεί να γίνει με αυτό το νομοσχέδιο, διότι αυτό θέλει μια τεράστια υποστήριξη από ένα σωρό ανθρώπους γύρω του, που απορώ πώς τα λέτε αυτά στη σημερινή κατάσταση που βρισκόμαστε, όταν «βουτάμε» με εντέλλεσθε παθολόγους και γενικούς γιατρούς να τους πάμε να κρατήσουν τα γύρω νοσοκομεία. Η Πάτρα τροφοδοτεί τον Πύργο, την Κεφαλονιά και ένα σωρό γύρω γύρω και όλα αυτά γίνονται με «εντέλλεσθε», το διανοείστε; Πώς είναι δυνατόν να σταθεί όλο τούτο το πράγμα που έχετε φέρει και σε πολλά σημεία φιλόδοξα και οραματικά είναι πολλά, αλλά στην πράξη είναι ανεφάρμοστα;

Δεν ξέρω πώς σκέφτεστε ή αν γίνεται αυτό για λόγους επικοινωνίας, αν γίνεται για να εμφανίζουμε μια εικόνα του υγειονομικού συστήματος της χώρας, ότι είναι σύγχρονο, ότι είναι ευρωπαϊκό, ότι είναι καθωσπρέπει. Δεν ξέρω πώς σκέφτεστε και πώς προσεγγίζετε τα ζητήματα.

Καλό θα ήταν μια φορά, κύριε Υπουργέ, μιας και είστε αρκετά ανοιχτός στις συζητήσεις και στην παρουσίαση των θεμάτων, να δούμε μέχρι τώρα, όσα έχετε νομοθετήσει τι αποτελέσματα έχουν. Τι έχει γίνει με εκείνες τις ΜΑΦ, με κάτι άλλα που νομοθετούσαμε εδώ με μεγαλοστομίες και τα λοιπά; Δεν έχει σημασία ποιος ήταν Υπουργός. Σημασία έχει ότι είναι της δικής σας διακυβέρνησης και του Υπουργείου σας. Οπότε να βλέπουμε και τα αποτελέσματα κάθε φορά, να μην ερχόμαστε σε πέντε χρόνια και λέμε «απέτυχε ο νόμος του 2022, φέρνουμε καινούργιο τώρα για να αλλάξουμε τα πράγματα».

Νομίζω ότι περνάνε τα χρόνια, οι ανάγκες της κοινωνίας μεγαλώνουν, το βιοτικό επίπεδο από ό,τι βλέπετε πέφτει, η αγοραστική δύναμη του λαού μειώνεται, οι ανάγκες υγείας αυξάνονται, διότι εξελίσσεται και η ίδια η επιστήμη. Η ιδιωτικοποίηση της υγείας μεγαλώνει. Δεν θέλω να είμαι τοξικός όπως ήταν η Αναπληρώτρια Υπουργός προχτές, στην προηγούμενη συνεδρίαση της Επιτροπής στο κλείσιμό της. Θέλω να είμαι πιο δημιουργικός και να συμβάλουμε, για να έχουμε το καλύτερο αποτέλεσμα για τούτο τον κόσμο που εκπροσωπούμε και για τούτο το λαό, που ουσιαστικά δεινοπαθεί.

Στα παιδιά νομίζω ότι θα πρέπει να έχουμε μια πιο καλή προσέγγιση. Όλος ο πληθυσμός των παιδιών να είναι εγγεγραμμένος, να καλύπτεται από παιδίατρο και, βεβαίως, αφού οι παιδίατροι το ζητούν, να επεκταθεί το όριο να πάει στα 18. Διότι σε πανευρωπαϊκό επίπεδο αυτό γίνεται και αφού μπορεί να γίνει, να γίνει. Ιδιαιτέρως δε, να καλυφθούν οι ακριτικές, οι νησιωτικές και ορεινές περιοχές, όπου εκεί πάσχουμε, πραγματικά, από όλες τις απόψεις και έχουμε χρέος ως κοινωνία και ως οργανωμένο Κράτος πλέον να δημιουργήσουμε ένα αμυντικό, αλλά και δημογραφικό ανάχωμα στις περιφέρειες αυτές.

Τώρα, βάζετε τους γιατρούς του νοσοκομείου να κάνουν τον προσωπικό γιατρό. Πώς είναι δυνατόν, όταν έχει και τρεις μήνες μπροστά ραντεβού στα τακτικά ιατρεία του νοσοκομείου ο παθολόγος και δεν υπάρχει οργανόγραμμα νοσοκομείου που να είναι καλυμμένες οι θέσεις των παθολόγων και των γενικών γιατρών και δεν μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες του νοσοκομείου; Εκτός αν έχετε φτιάξει καινούργια οργανογράμματα και έχουμε λιγότερες θέσεις και εγώ έχω μείνει πίσω. Δεν νομίζω, όμως, ότι αυτός ο γιατρός μπορεί να επιφορτιστεί και με άλλα πράγματα και με άλλες ευθύνες. Νομίζω ότι σε αυτά θα έπρεπε, παρόλο ότι έχετε αργήσει να φέρετε νομοσχέδιο για την πρωτοβάθμια, ότι δεν είναι αυτή η μεγάλη μεταρρύθμιση που εξαγγέλλατε για την πρωτοβάθμια. Νομίζω ότι θα πρέπει να τα ξαναδείτε τα ζητήματα, διότι πιστεύω ότι και με αυτό δεν πρόκειται να λύσουμε τίποτα και ούτε λύνουμε τίποτα.

Τώρα βάζετε και τους ειδικευόμενους προσωπικούς γιατρούς και βάζετε και κίνητρο προσέλκυσης, βλέπω στο άρθρο 10. Δεν ξέρω τι θα βγει με αυτό και πώς θα το πάτε. Δεν το έχω καταλάβει. Μετά, νομίζω ότι φτιάχνετε και ταχύτητες γιατρών. Δηλαδή θα παίρνουν 40.000 αυτοί που είναι να μπούνε μέσα. Ο άλλος που δουλεύει τόσα χρόνια, που έχει την εμπειρία, θα είναι άλλη κατηγορία; Άλλη τάξη εκείνος; Δεν νομίζω ότι θα μας οδηγήσει σε καλά αποτελέσματα αυτό, διότι τα κίνητρα θα πρέπει να είναι για όλους ίδια και να είναι και πλουσιοπάροχα σήμερα, εδώ που έχουμε φτάσει. Δεν μπορεί να πάμε άλλο έτσι με αυτούς τους μισθούς και με αυτές τις δαπάνες.

Στο τέλος να πω και κάτι άλλο, κύριε Υπουργέ. Καυχάστε, βλέπω, και εμφανίζετε τα Κέντρα Υγείας που ενεργειακά αναβαθμίζονται και καλά κάνετε και σωστό είναι αυτό. Το θέμα είναι να έχουν ανθρώπους μέσα. Να έχουν προσωπικό τα αναβαθμισμένα Κέντρα Υγείας, όχι να έχουν κουκουβάγιες. Τι να το κάνουμε το αναβαθμισμένο ενεργειακά Κέντρο Υγείας, το οποίο και πανάκριβο είναι και δύο και τρεις φορές παραπάνω σήμερα φαίνεται από τις εργολαβίες ότι στοιχίζουν οι ενεργειακές αναβαθμίσεις. Καλό θα ήταν και εδώ μια φορά και εσείς κύριε Πρόεδρε, να ζητήσουμε από τον Υπουργό, η Επιτροπή να ενημερωθεί για τα λεφτά του Ταμείου Ανάκαμψης που πάνε στην υγεία και που αυτά διατίθενται και πως προχωράνε τα έργα αυτά, για να έχουμε ενημέρωση κι εμείς ως εκπρόσωποι αυτού του λαού, αλλά και ο ίδιος ο λαός να ξέρει τι του γίνεται και πού πάνε τα λεφτά.

Διότι μπορεί να είναι Ταμείο Ανάκαμψης, αλλά αυτό δε σημαίνει ότι δεν είναι δημόσιο χρήμα και ότι δεν πρέπει με τον αντίστοιχο και τον προσήκοντα σεβασμό να το αντιμετωπίζουμε και να το διαθέτουμε.

Νομίζω ότι και αυτό το «τέντωμα» που κάνετε, από τους 1.500 να πάμε στους 2.000, πάλι είναι ανέφικτο. Δεν μπορεί κανένας γιατρός να τα βγάλει πέρα με τόσους. Αφήστε το στους 1.500 και δώστε τα λεφτά για αυτούς, μέχρι τα 1.500 δώστε το κίνητρο. Μην αυξάνετε τον αριθμό, γιατί στο τέλος θα καταλήγει ο γιατρός απλά να περνάει ονόματα και ΑΜΚΑ μέσα ότι έχει εγγεγραμμένους και έχει υποδεχτεί ένα σωρό ασθενείς, που δεν έχει κανένα νόημα αυτό. Θα του γράφει και κανένα φάρμακο κάπου κάπου που θα βρίσκει ραντεβού και θα νομίζουμε ότι έχουμε οικογενειακό γιατρό. Δεν νομίζω ότι πρέπει να είναι αυτός ο στόχος. Στηρίξτε τον προσωπικό γιατρό, όπως τον «βαφτίζετε» εσείς και ολοκληρώστε τον, όμως με διασύνδεση με το κέντρο υγείας και με την παρέμβαση που πρέπει να κάνει στη γειτονιά, στην ενορία, στην περιφέρεια στην οποία απευθύνεται. Διότι μόνον έτσι θα μπορέσει να δέσει.

Όπως είπα και προχθές, προσπαθήσατε επί της προηγούμενης διακυβέρνησής σας να επιβάλλετε τον εμβολιασμό με τον «αστυφύλακα και τον χωροφύλακα». Είδατε τι αποτυχία είχαμε. Είδατε τι δημιούργησε αυτό και τι χάσμα δημιούργησε. Ξέρετε ποιος μπορεί να πείσει τον πολίτη; Δεν λέμε τον άρρωστο τώρα, αλλά γενικότερα τον πολίτη. Ο γιατρός του, ο οικογενειακός γιατρός του, γιατί το έχει δει από μικρό μέχρι μεγάλο. Έχει δει το παιδί του, έχει ακουμπήσει απάνω του, έχει ακούσει την καρδιά του, έχει μπει μέσα στο μυαλό του και έτσι μπορεί πολύ ευκολότερα να τον πείσει για το τι είναι επιστημονικά ορθό, από το να πηγαίνει ο «χωροφύλακας» και να του λέει, «θα σου βάλω πρόστιμο τόσο, θα σε κλείσω μέσα, θα σου βάλω περιορισμό ή θα σου κόψω τόσα από τη σύνταξη».

Να έχετε μια πιο ανθρωποκεντρική προσέγγιση των ζητημάτων, διότι εδώ μιλάμε για ανθρώπους, μιλάμε για προσωπικότητες τέτοιες που σωματικά και ψυχικά αποτελούν ένα ενιαίο σύνολο και θέλουν με την αντίστοιχη ευαισθησία να τους πλησιάζουμε, να τους προσεγγίζουμε, να τους μιλάμε και να ακούμε την καρδιά τους. Μην ξεχνάτε ότι η κοινωνία και ο άνθρωπος την ψυχή στην καρδιά την έβαλε, δεν την έβαλε στο μυαλό. Ευχαριστώ.

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

Το λόγο έχει ο Υπουργός Υγείας κ. Σπυρίδων Άδωνις Γεωργιάδης.

**ΣΠΥΡΙΔΩΝ - ΑΔΩΝΙΣ ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ (Υπουργός Υγείας):** Χίλια συγγνώμη, κύριε συνάδελφε, αλλά επειδή πρέπει να φύγω και δεν μπόρεσα να μιλήσω καθόλου στο παρόν νομοσχέδιο, λίγα λόγια, άλλωστε τα περισσότερα τα έχει πει η κυρία Υπουργός. Πρώτα από όλα, για ορισμένα που άκουσα πριν, κύριε συνάδελφε, τοξική η κυρία Αγαπηδάκη δεν είναι ποτέ. Καμιά φορά μπορεί να γίνω εγώ, καμιά φορά όταν φεύγω εκτός εαυτού. Η κυρία Αγαπηδάκη είναι πάντα ευγενεστάτη και γλυκύτατη. Άρα παρακαλώ πολύ αυτό να διαγραφεί από τα πρακτικά.

Τώρα, όσον αφορά τις βασικές σας ενστάσεις που παρακολουθώ, θα προσπαθήσω πολύ ανθρώπινα να απευθυνθώ στην Επιτροπή συναδελφικά. Ακούω από όλους, γιατί βάζετε τους αγροτικούς, γιατί βάζετε τους μεν, γιατί βάζετε τους δε. Ένα λεπτό, έχουμε ένα πρόβλημα. Έχουμε στόχο να φτάνουμε το 75% κάλυψης του πληθυσμού. Το καταλαβαίνετε αυτό, πολύ ωραία. Πρέπει να βρούμε γιατρούς. Έχει να προτείνει κάποιος από εσάς κάποια άλλη λύση από αυτές που προτείνουμε εμείς; Πρέπει να σας πω ότι οι λύσεις αυτές που έχουν βάλει εδώ δεν ήρθαν έτσι. Μιλήσαμε και μεταξύ μας και με φορείς και με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και με όλους εκατό φορές, βάζοντας τα δεδομένα της Ελλάδας για να δούμε πού μπορούμε να βρούμε δεξαμενές γιατρών για να επιτελούν το ρόλο του προσωπικού γιατρού. Εδώ στην εξέλιξη του προσωπικού γιατρού, στον προσωπικό γιατρό 2, ας το πούμε, το επόμενό του βήμα για να το πω πιο σωστά, έχουμε προσπαθήσει να βάλουμε όλες τις προτάσεις που δεχτήκαμε για να δουλέψει το σύστημα και να φτάσουμε στο στόχο του 75% του πληθυσμού.

 Ειλικρινά, αν μέχρι τη λήξη της συζήτησης έχει κάποιο κόμμα να προτείνει κάποιον άλλο τρόπο, κάποια άλλη δεξαμενή γιατρών, που δεν αξιοποιήσαμε και που θα ήταν καλύτερη αυτή από π.χ. τους αγροτικούς ή από κάποιους άλλους που βάζουμε εμείς, πολύ ευχαρίστως να μας το πείτε.

Εάν δεν έχετε να προτείνετε άλλους γιατρούς, επειδή γιατρούς δεν μπορούμε να «γεννήσουμε» και είναι συγκεκριμένοι αυτοί που υπάρχουν, παρακαλώ πολύ, ας μην τσακωνόμαστε για τα αυτονόητα. Άρα, εδώ το νομοσχέδιο κινείται σε κάποιες λύσεις ανάγκης. Άμα είχαμε χιλιάδες παθολόγους και γενικούς γιατρούς, δεν θα κάναμε αυτή την κουβέντα, αλλά δεν έχουμε. Το γιατί δεν έχουμε, τώρα;

Πάμε στο δεύτερο, που είπε και ο κύριος συνάδελφος και αυτό το άκουσα και είναι πάλι μία συζήτηση που έρχεται. Σας έβλεπα, προηγουμένως, που τα λέγατε, κύριε Παναγιωτόπουλε, που οι συνάδελφοι από την «Ελληνική Λύση» κουνούσαν το κεφάλι τους επιδοκιμαστικά. Πρώτον, έχουμε πρόβλημα πολύ λίγων παθολόγων - γενικών γιατρών στην Ελλάδα σε σύνολο με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, που είναι στο 20% - 25% και εμείς είμαστε στο 7%, γιατί έχουμε πολλούς ειδικευμένους γιατρούς. Είναι, όμως, σημαντικό πρόβλημα πια για το Ε.Σ.Υ., διότι χωρίς παθολόγο δεν έχει ούτε οικογενειακό γιατρό, δεν έχεις ούτε Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, δεν έχεις ούτε Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, δεν έχεις νοσοκομεία. Άρα, το να μην έχει παθολόγο είναι πολύ μεγάλο πρόβλημα.

Άκουσα τον κ. Εξαδάκτυλο, που είπε σήμερα στους φορείς, ότι οι πολλοί ευφυείς πηγαίνουν και γίνονται είναι νευροχειρουργοί. Άρα, εμείς τους στρέφουμε ως παθολόγους και τους ευφυείς τους χάνουμε από νευροχειρουργούς. Δεν ξέρω αν έχει γίνει κάποια μέτρηση του δείκτη ευφυΐας, ότι νευροχειρουργικοί είναι πιο έξυπνοι από τους παθολόγους και οι παθολόγοι περισσότερο έξυπνοι από τους παιδιάτρους, δεν ξέρω αν υπάρχει τέτοιου είδους ανάγκη, μπορεί να το ξέρει ο Πρόεδρος του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου, ομολογώ ότι δεν το γνωρίζω.

Σε κάθε περίπτωση, όμως, εμείς χρειαζόμαστε παθολόγους, γιατί δεν δουλεύει το σύστημα χωρίς αυτούς. Άρα, είναι λογικό να θεσπίζουμε τα κίνητρα, όπως είπε ο κ. Παναγιωτόπουλος, οριζόντια; Άμα, θεσπίσουμε τα κίνητρα οριζόντια, δεν θα αποκτήσουμε παθολόγους και 1 εκατομμύριο ευρώ να δώσουμε σε όλους. Άμα δώσουμε σε όλους 1 εκατομμύριο ευρώ και τους ρωτήσουμε τι θέλουν να γίνουν θα συνεχίσει να κάνουν αυτό που κάνουν τώρα. Άρα, τα κίνητρα που θα τα δώσουμε, κύριε συνάδελφε; Εκεί που έχουμε έλλειψη ειδικοτήτων.

Να αναφέρω ένα παράδειγμα. Πριν από λίγους μήνες, με το που είχα έρθει στο Υπουργείο όλοι έλεγαν «δεν έχουμε αναισθησιολόγους» και πραγματικά, δεν είχαμε αναισθησιολόγους και εξακολουθούσε να είναι υπάρχει πρόβλημα στα νοσοκομεία. Σήμερα στους ειδικευόμενους ξέρετε τι γίνετε με τους αναισθησιολόγους; Βάλαμε κίνητρο και είναι «φίσκα». Έχουν γεμίσει όλες οι λίστες των ειδικευόμενων με αναισθησιολόγους. Μια χαρά δούλεψε το κίνητρο, βάλαμε τα χρήματα, πήγαν και έγιναν αναισθησιολόγοι από εκεί που δεν γινόντουσαν.

Δεν έχω την παραμικρή αμφιβολία το αν βάλουμε το κίνητρο των παθολόγων και λειτουργήσει, θα πάνε πάρα πολύ να γίνουν παθολόγοι, αφού αυτό μας λείπει. Τι θα επιδοτήσω, τον καρδιολόγο; Μα, έχω καρδιολόγους, δεν έχω παθολόγους. Δεν υποτιμώ τον καρδιολόγο, πραγματικά, θα μπορούσα να πω μια άλλη ειδικότητα, πάμε και επιδοτούμε αυτόν που μας λείπει. Η πρώτη ειδικότητα που μας λείπει είναι ο παθολόγος και αυτό απάντα και στο προηγούμενο, γιατί πρέπει να βάλουμε και από άλλες δεξαμενές γιατρών να παίζουν τον ρόλο του οικογενειακού γιατρού.

Ακούω πάλι αυτή τη στείρα Αντιπολίτευση, που εμένα προσωπικά με έχει κουράσει στη Βουλή. Εγώ ευτυχώς θυμάμαι τον εαυτό μου όταν ήμουν Αντιπολίτευση. Προσπαθούσα να μην το κάνω και έχω ψηφίσει παρά πολλά νομοσχέδια της Αντιπολιτεύσεως των Κυβερνήσεων που αντιπολιτευόμουν. Δεν καταλαβαίνω, γιατί πρέπει πάντα να τσακωνόμαστε;

Οικογενειακός γιατρός, το είχε ψηφίσει η Κυβέρνηση Σημίτη και δεν εφαρμόστηκε. Το ξαναψήφισα εγώ ως Υπουργός Υγείας και δεν εφαρμόστηκε. Το ξαναψήφισε ο ΣΥ.ΡΙΖ.Α., δεν εφαρμόστηκε, το ψήφισε και επί Πλεύρη και Γκάγκα ξεκίνησε η εφαρμογή του. Έχει ψηφιστεί από τρεις προηγούμενες κυβερνήσεις ο οικογενειακός γιατρός. Ψηφίστηκε, θα έρθει αύριο στη Βουλή. Χαίρομαι που μπορούμε και κρίνουμε τα νομοσχέδια στην εφαρμογή τους μετά. Ήρθαν κάποιοι υπουργοί, μεταξύ αυτών και ο εαυτός μου, για να μην παρεξηγηθώ, και είπαμε θα κάνουμε τον οικογενειακό γιατρό. Φύγαμε, έγινε και άλλος ανασχηματισμός, άλλαξε η Κυβέρνηση και δεν έγινε κανένας οικογενειακός γιατρός. Για πρώτη φορά, αυτή η Κυβέρνηση, στην ιστορία της Ελλάδος, έχει φτιάξει το πρώτο βήμα του οικογενειακού γιατρού.

Έρχεται τώρα η Αναπληρώτρια Υπουργός, που είναι ειδική σε αυτό, της αρέσει, είναι δοσμένη σε αυτό, δεν είναι τυπική η θέση της, έχει μεράκι πάνω σε αυτό και λέει τώρα «πάμε να κάνουμε και την εξέλιξή του». Ποια εξέλιξη, δηλαδή; Όχι, απλώς, να λέμε ότι έχουμε οικογενειακό γιατρό και έχουμε 5,5 εκατομμύρια εγγεγραμμένους, που μπορούν να βρουν το τηλέφωνο του γιατρού τους, να τους γράψει το φάρμακο και να τους πει μία πρώτη γνώμη, αλλά κάτι πιο πολύ, να αξιοποιήσουμε αυτό το όπλο βάζοντας Δείκτες Παραγωγικότητας και Ποιότητας, KPIs, για να μπορούμε να έχουμε στο μέλλον δεδομένα, που θα μπουν μέσα στον ψηφιακό φάκελο του ασθενούς. Θα μπορούν να μας βοηθήσουν να χαράξουμε πολιτικές, να μπορούμε να κατευθύνουμε πολιτικές για την υγεία. Να κάνουμε τον προσωπικό γιατρό, πλέον, ένα μεγάλο εργαλείο για την παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Μα, δεν μπορείτε να είστε αντίθετοι σε αυτό.

Εσείς στο ΠΑ.ΣΟ.Κ. ακόμα επιφυλάσσεστε. Μα, για τι μπορείτε να επιφυλαχθείτε; Αυτό το νομοσχέδιο, κύριοι στο ΠΑ.ΣΟ.Κ., σας το λέω ειλικρινά, αν δεν το ψηφίσετε και αυτό, το «πράσινο» ΣΥ.ΡΙΖ.Α., που σας βγάλαμε, είναι «τρίχες», είστε σκέτο ΣΥ.ΡΙΖ.Α., όχι «πράσινο» ΣΥ.ΡΙΖ.Α., «πράσινο - μπεζ».

Εδώ δεν υπάρχει κάτι για να μην το ψηφίσει ένας λογικός άνθρωπος. Είναι τα απολύτως αυτονόητα. Ακόμα και σε αυτά που διαφωνούμε – δηλαδή αν πρέπει να είναι αγροτικός γιατρός – είναι λύσεις εξ ανάγκης. Αν έχετε να μάς προτείνετε μια άλλη λύση, να τη συζητήσουμε. Πείτε, όμως, και ποια. Τι να κάνουμε τώρα; Πρέπει να φθάσουμε 75%. Αν δεν φτάσουμε το 75%, χάνουμε το Ταμείο Ανάκαμψης. Τόσο απλά. Δεν χρειάζεται. Μην χάνουμε. Εδώ η πολιτική είναι εφαρμοσμένη τέχνη. Δεν είναι ο καθένας να λέει «το μακρύ και το κοντό του». Αν έχεις κάποια καλύτερη ιδέα από το ΠΑΣΟΚ – για αυτό και επιφυλάσσεται – να ακούσω. Αν δεν έχεις, μη μας βάζεις πρόβλημα στη χώρα, εν πάση περιπτώσει, για να κάνεις αντιπολίτευση. Να μιλάμε λίγο σοβαρά, επιτέλους.

Άρα, το νομοσχέδιο κάνει ένα μεγάλο βήμα εμπρός. Συγκεντρώνει όσο μπορεί πιο συγκροτημένα ένα σημαντικό εργαλείο. Να πω για τον ιατρικό κόσμο που μάς ακούει. Η Ελλάδα, και επί προηγούμενης πολιτικής ηγεσίας και τώρα, έχει λάβει μια απόφαση. Θέλω να είμαι ειλικρινής εδώ. Εγώ υποστηρίζω αυτή την απόφαση. Άλλος μπορεί να λέει «άλλος την έλαβε, άσε να αναληφθεί». Αλλά, ακούω και τον αντίλογο. Ποια είναι η απόφαση; Να μην χρησιμοποιούμε τον προσωπικό γιατρό ως «gate keeper», ως ρυθμιστή εισόδου στο σύστημα. Ξέρω ότι άλλες χώρες, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ολλανδία, τον έχουν απόλυτο ρυθμιστή εισόδου. Αν δεν πας στον οικογενειακό ιατρό δεν πας νοσοκομείο, τέρμα. Αν πας στο νοσοκομείο χωρίς να έχεις παραπεμπτικό του οικογενειακού σου γιατρού, τα πληρώνεις όλα από την τσέπη σου. Έτσι δουλεύει η βόρεια Ευρώπη.

 Εμείς είπαμε, όχι, δεν θα το κάνουμε έτσι, γιατί έχουμε πολλούς ειδικευμένους γιατρούς, πράγματι, που δεν μπορούμε να τούς αποκλείσουμε από το σύστημα και να βάλουμε τον οικογενειακό γιατρό να έχει τόσο μεγάλη εξουσία στο σύστημα. Πάμε με έμμεσους τρόπους, γιατί αυτό είναι άμεσος τρόπος. Μου τον βάζεις «θυροφύλακα», αυτός τα γράφει όλα, τελείωσε. Θα το κάνεις με έμμεσο τρόπο, για να τον προσκαλέσεις. Γιατί αν τον κάνεις «gate keeper», μετά θα θέλουν όλοι να γίνουν, διότι καταλαβαίνετε ότι η εξουσία που αποκτούν μετά είναι τεράστια.

Εδώ, εμείς δεν δίνουμε τόσο μεγάλη εξουσία. Τούς δίνουμε κίνητρα με μικρή εξουσία. Πιστεύω σωστά έχουμε κάνει, γιατί θέλω να είμαι ειλικρινής. Η μεγάλη εξουσία σε λίγους ανθρώπους εμένα με φοβίζει γενικά. Άρα, λοιπόν, προχωράμε με αυτό το μοντέλο. Και σε αυτό, λοιπόν, ακούσαμε τις ενστάσεις της ιατρικής κοινότητας και νομοθετήσαμε κατά τρόπο που να μην αποκλείουμε τους ειδικευμένους γιατρούς από το σύστημα.

Τι άλλο κάνουμε εδώ; Δεχθήκαμε αίτημα του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου να μπορεί ο δικός μας παθολόγος να παίζει και το ρόλο του οικογενειακού γιατρού. Δηλαδή, ο ιδιώτης παθολόγος να γίνεται και οικογενειακός μας γιατρός. Αίτημα, που ήταν από την πρώτη μέρα που έγινε το νομοσχέδιο, το κάνουμε δεκτό τώρα. Και σε αυτό λέει «όχι» το ΠΑΣΟΚ; Αν είναι, για να καταλάβω γιατί επιφυλαχθήκατε, διότι δεν έχω καταλάβει ακόμα. Αν είναι να επιφυλάσσεσθε για να λέτε ότι κάνετε αντιπολίτευση, το έχετε «χάσει το τρένο». Σας το λέω με μεγάλη αγάπη.

Έχω συγκυβερνήσει μαζί σας και σας συμπαθώ, αλλά για να ξανασυγκυβερνήσουμε ή για να κυβερνήσουμε, πρέπει να σοβαρευτείτε. Έτσι, δεν γίνεται αυτή η δουλειά. Κυβέρνηση σημαίνει «αναλαμβάνω ευθύνη». Δεν λέω μια ωραία ιδέα για να περνάει η ώρα μου. Είναι «αναλαμβάνω ευθύνη», πες μας εδώ πώς θα βρω γιατρούς. Αυτό θα πει είμαι κυβερνητικό κόμμα και όχι είμαι ΣΥΡΙΖΑ, ΑΝΤΑΡΣΥΑ, ΝΙΚΗ κτλ. Αυτούς τους ξέρουμε, χαίρω πολύ.

Λοιπόν, το νομοσχέδιο είναι απολύτως προφανές ότι αποτελεί μία αναγκαία μεταρρύθμιση, κάνει ένα μεγάλο βήμα εμπρός. Οι αιτιάσεις που έχουν ακουστεί είναι τελείως προσχηματικές. Τα κόμματα που λένε σε όλα «όχι», δεν έχουν σημασία. Ούτως ή άλλως, σε όλα «όχι» είναι και δεν έχει νόημα να κάνεις διάλογο με αυτούς. Η κυρία Αθανασίου, από την ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΛΥΣΗ, την οποία την εκτιμώ γιατί έχει υπάρξει γιατρός πολλά χρόνια στο σύστημα και έχει δουλέψει πολύ, θέλω πολύ να μου πει ποιους άλλους γιατρούς μπορούμε να βρούμε και με ποιον τρόπο, για να κάνουν αυτήν τη δουλειά. Αυτό θα έχει πολύ ενδιαφέρον.

Ως προς τα κίνητρα, η περίοδος των αναισθησιολόγων έχει αποδείξει ότι τα κίνητρα δουλεύουν. Πράγματι, το κίνητρο στους παθολόγους εδώ είναι πολύ μεγάλο. Γιατί, όμως, είναι πολύ μεγάλο; Είναι ευθέως ανάλογα μεγάλο της ανάγκης. Η ανάγκη μάς οδηγεί στο να έχουμε τόσο μεγάλο κίνητρο. Γιατί αν δείτε, σε όλες τις προσκλήσεις που κάνω εγώ για το ΕΣΥ, οι περισσότερες θέσεις που προκηρύσσουμε και οι περισσότερες που βγαίνουν άγονες είναι των παθολόγων. Και αναγκαζόμαστε να ζητάμε παθολόγους στα Κέντρα Υγείας, να απογυμνώνουμε την Πρωτοβάθμια για να βγαίνουν οι εφημερίες, να δημιουργούμε πρόβλημα και στην Πρωτοβάθμια, γιατί δεν μπορεί να δουλέψει αυτό το νοσοκομείο, να γίνεται ένας τσακωμός στις τοπικές κοινωνίες «γιατί μου παίρνεις τον γιατρό από την Πρωτοβάθμια, άφησε το Κέντρο Υγείας και τον πήγες στο νοσοκομείο», να έχουμε την διοικητήρια να λέει «μα, φέρτε μου από την Πρωτοβάθμια, θα μου κλείσετε το νοσοκομείο». Για ποιο λόγο; Γιατί έχουμε έλλειψη. Πολύ ωραία, και αφού όλοι συμφωνούμε ότι έχουμε έλλειψη και πάμε να το λύσουμε, «γιατί πάτε να το λύσετε». Μα, το βλέπουμε, να μην το λύσουμε;

Συγκεφαλαιώνω, επίσης, πριν το ξεχάσω, θέλω να πω κάτι που το θεωρώ πάρα πολύ σημαντικό. Η καθιέρωση των Πανεπιστημιακών Κέντρων Υγείας, που γίνεται με το παρόν νομοσχέδιο, είναι πάρα πολύ σημαντική. Είναι και αυτή, Ειρήνη μου – και σε ευχαριστώ και σε συγχαίρω – μια μεγάλη μεταρρύθμιση.

Στα νοσοκομεία από τους 100 ανθρώπους που φθάνουν στα επείγοντα, οι 60 θα μπορούσαν να μην έχουν πάει στο νοσοκομείο. Εάν, λοιπόν, αυτοί δεν πήγαιναν στο νοσοκομείο, δεν θα είχαμε σε νοσοκομείο καμία ουρά, καμία αναμονή, τίποτα από όλα αυτά. Όλα αυτά συμβαίνουν γιατί πάει πάρα πολύς κόσμος στα νοσοκομεία. Ένας από τους κύριους λόγους που πάει πολύς κόσμος στα νοσοκομεία στην Ελλάδα, είναι ότι δεν έχουν εμπιστοσύνη στα κέντρα υγείας. Κακώς δεν έχουν, αλλά δεν έχουν. Τα πανεπιστημιακά κέντρα υγείας πιστεύω πραγματικά ότι θα χτίζουν – δεν θα το κάνουν σε μία μέρα, αλλά σχετικά σύντομα – μια νέα σχέση εμπιστοσύνης και εικόνας των κέντρων υγείας με τον κόσμο, που θα δημιουργήσουν το κατάλληλο περιβάλλον για να μπορέσουμε σιγά σιγά να δούμε μείωση των περί παθητικών ασθενών στα επείγοντα των νοσοκομείων και τότε θα μπορέσει να ισορροπήσει σε πιο εφικτούς και λογικούς χρόνους αναμονής από τους που έχει σήμερα. Είναι όλα μια αλυσίδα.

Όσον αφορά την πρόκληση του συναδέλφου, να μετράμε αυτά που ψηφίζουμε τι αποτέλεσμα έχουνε, είμαι απολύτως σύμφωνος με ό,τι έχω ψηφίσει αυτούς τους 10 μήνες. Παρακαλώ πολύ τον κύριο Πρόεδρο να οργανώσουμε συζήτηση, να δούμε, για παράδειγμα, τον ιδιωτικό «αερογιατρό» του ΕΣΥ, πόσοι λέγατε όχι, πόσοι γιατροί ζήτησαν να κάνουν χρήση αυτού του αιτήματος και πόσοι όχι, για να το μετρήσουμε. Να δούμε τα απογευματινά χειρουργεία τα επί πληρωμή, που λέτε ότι δεν μπορούσαν να γίνουν πουθενά, σε πόσα νοσοκομεία έχουν γίνει και πόσα πρέπει να έχουν γίνει και πόσα πρωϊνά έχουν γίνει και πόσα απογευματινά χειρουργεία. Να δούμε τα πρωϊνά χειρουργεία τα δωρεάν, τα οποία ξεκινάνε μέσα σε αυτό το μήνα και να μετρήσουμε πόσα θα έχουμε να ξεκινήσουν, τα οποία δεν πήραν καθόλου πριν από δέκα μήνες και τώρα ξεκινάνε.

Δέχομαι, αγαπητέ κύριε συνάδελφε, την πρόκληση αυτή ασμένως, μετά την ψήφιση του νομοσχεδίου αυτού και του ερανιστικού νομοσχεδίου, να κάνουμε μια συνεδρίαση με αποκλειστική συζήτηση την εφαρμογή αυτών που έχουμε ψηφίσει. Επίσης, 8 Νοεμβρίου κλείνει η πρόσκληση των αγώνων περιφερειακών νοσοκομείων που έχουμε κάνει με τα νέα κίνητρα. Να δούμε πραγματικά πόσους γιατρούς βρήκαμε με τα νέα κίνητρα που θεσπίσαμε. Δεν το ξέρω ούτε εγώ. Θα το ξέρω στις 8 Νοεμβρίου. Είμαι απολύτως βέβαιος ότι θα έχουμε πάει καλά, γιατί είμαι απολύτως βέβαιος ότι όταν εφαρμόζεις κινήσεις κοινής λογικής, οι κινήσεις κοινής λογικής οδηγούν πραγματικά σε αποτέλεσμα. Ευχαριστώ πάρα πολύ και συγχαρητήρια αγαπητή κυρία Αγαπηδάκη.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε, κύριε Υπουργέ.

Τον λόγο έχει ο κ. Φερχάτ.

**ΟΖΓΚΙΟΥΡ ΦΕΡΧΑΤ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΝΕΑ ΑΡΙΣΤΕΡΑ»):** Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε. Κυρίες και κύριοι Υπουργοί, αγαπητοί συνάδελφοι, στην προηγούμενη ομιλία μου στην Επιτροπή αναφέρθηκα στο νομοσχέδιο, λέγοντας ότι αποτελεί άλλο ένα λιθαράκι στη διάλυση της δημόσιας υγείας. Στη σημερινή συζήτηση θα προσθέσω ότι χαρακτηρίζεται από προχειρότητα και από αποσπασματικότητα και ουσιαστικά πέρα από τις επικοινωνιακές στοχεύσεις του στο μόνο που αποσκοπεί είναι να εμφανίζεται μια πλασματική κάλυψη του πληθυσμού απέναντι στην Ε.Ε. και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Τα τεράστια ατοπήματα του νομοσχεδίου μπορούν να αποδοθούν στην εμμονή στον όρο προσωπικός γιατρός, με ό,τι σημειολογικά, αλλά και πρακτικά σημαίνει αυτό, αντί του δόκιμου όρου οικογενειακός γιατρός, στη λαθροχειρία κάλυψη των κενών, όχι μόνο με ιατρούς ΕΣΥ, αλλά και με αγροτικούς και ειδικευόμενους, στην εγκατάλειψη της διεπιστημονικής ομάδας υγείας και των τομεοποιημένων υπηρεσιών μέσω των τοπικών μονάδων υγείας, την απουσία αναφοράς της στήριξης των κέντρων υγείας με εργαστηριακές υποδομές και την απουσία οποιασδήποτε αναφοράς σε μέτρα για τα μικρά απομονωμένα νησιά και τις δυσπρόσιτες ορεινές περιοχές. Πρόκειται για ακόμη ένα νομοσχέδιο εκτός τόπου και χρόνου, καθώς δεν έχει καμία σχέση απολύτως με την πραγματικότητα, με τις ανάγκες και τις ελλείψεις, όχι μόνο του εθνικού συστήματος υγείας, αλλά και των πολιτών.

Καταψηφίζουμε το νομοσχέδιο επί της αρχής και επιφυλασσόμαστε για κάποια άρθρα, για τα οποία θα τοποθετηθούμε στην Ολομέλεια και καταψηφίζουμε για κοινωνικούς και πολιτικούς και όχι κομματικούς λόγους, όπως αναφέρει η αναπληρώτρια Υπουργός Υγείας, γιατί ποτέ στην πορεία της η Αριστερά, και εμείς ως ΝΕΑ ΑΡΙΣΤΕΡΑ, δεν έχει αναγάγει τα κρίσιμα ζητήματα του τόπου και των πολιτών σε πολιτική «ρουλέτα». Αυτή η πρακτική είναι διαχρονική επιλογή της ΝΔ.

Αναλυτικότερα τώρα, επί των άρθρων, για το άρθρο 1 και 2 υπέρ το σκοπό και το αντικείμενο, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί κομβικό σημείο για την πρόληψη και την προαγωγή υγείας και στην πλήρη έκφρασή της, προσεγγίζει ολιστικά τις ανάγκες του πολίτη και της κοινότητας. Ο θεσμός του προσωπικού ιατρού, που θεσπίστηκε με το ν.4931/2022 απέτυχε παταγωδώς. Σύμφωνα με στοιχεία, οι πολίτες που έχουν εγγραφεί στο σύστημα είναι περίπου 50%, οι δε εγγεγραμμένοι ιατροί είναι οι μισοί από τους δυνητικά διαθέσιμους γιατρούς, παρά τους εκβιασμούς και τις απειλές. Αποτέλεσμα, οι πολίτες συνεχίζουν να πληρώνουν από την τσέπη τους για όλες σχεδόν τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, δεν αναπτύσσεται προσωπική σχέση γιατρού - ασθενή και ουσιαστικά, δεν έχει αλλάξει τίποτα στη λειτουργία του Συστήματος και στη διαχείριση των ασθενών.

 Για το άρθρο 3, του προσωπικού ιατρού, ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού, του προσωπικού όπως λέτε εσείς, είναι καθοριστικός για την ανάπτυξη Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και δύναται να συμβάλλει τόσο στην θωράκιση της δημοσίας υγείας όσο και στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων. Όμως, οι αναγκαίες προϋποθέσεις για την επιτυχία του είναι η εύκολη και η άμεση πρόσβαση των πολιτών στο προσωπικό ιατρό, αλλά και η ανάπτυξη ενός δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, γύρω από τον προσωπικό ιατρό, που θα περιλαμβάνει και άλλες ειδικότητες με στόχο την ολιστική φροντίδα των πολιτών.

 Για το άρθρο 4, στο παρόν νομοσχέδιο περιορίζονται οι ειδικότητες στους γενικούς οικογενειακούς ιατρούς, παθολόγους και παιδιάτρους. Δεν λαμβάνονται, όμως, καθόλου υπόψη η παρακολούθηση των χρόνιων και σπάνιων ασθενών, επίσης η αντιμετώπιση ατόμων με χρόνιες και σοβαρές ψυχικές διαταραχές.

Για το άρθρο 5, της κατηγορίας των προσωπικών ιατρών, απαράδεκτη και επικίνδυνη η διάταξη να ορίζονται οι αγροτικοί γιατροί και οι ειδικευόμενοι έως προσωπικοί ιατροί. Δηλαδή, η υπηρεσία υπαίθρου, το αγροτικό, μετατρέπεται σε υπηρεσία προσωπικού ιατρού και ο ειδικευόμενος εξισώνεται με τον ειδικευμένο ιατρό. Κατανοείτε ότι ευτελίζετε πλήρως την ειδικότητα γενικής οικογενειακής ιατρικής, αλλά και την έννοια του προσωπικού ιατρού και παράλληλα, δημιουργείτε ασθενείς 2ης και 3ης κατηγορίας, αυτών που προορίζεται να έχουν προσωπικό ιατρό, αγροτικό ιατρό ή ειδικευόμενο με αποτέλεσμα την ενίσχυση των ανισοτήτων για τους λήπτες υπηρεσιών υγείας.

 Επειδή, όμως, όπως φαίνεται στην αιτιολογική Έκθεση του νομοσχεδίου, οι γενικοί οικογενειακοί ιατροί και οι παθολόγοι, δεν επαρκούν ώστε να καλύψουν όλο τον πληθυσμό της χώρας, σκεφτήκατε ως λύση να «βαφτίσετε» τους αγροτικούς γιατρούς και τους ειδικευόμενους ως προσωπικούς ιατρούς. Είναι παγκόσμια πρωτοτυπία, που αντίκειται τόσο σε κάθε έννοια ιατρικής δεοντολογίας νομικού πλαισίου και κάθε αρχής και θεμελιωδών χαρακτηριστικών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, εκφρασμένες τόσο από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας όσο και από την ΟΚΑ.

 Επιπλέον, προσωπικός ιατρός μπορεί να είναι και ένας ιδιώτης γιατρός ο οποίος θα πληρώνεται από τον πολίτη κατόπιν συμφωνίας. Συμφωνίας στα πλαίσια της ελεύθερης αγοράς; Η υπηρεσία του προσωπικού ιατρού δεν είναι δωρεάν; Και σε αυτή τη διάταξη όμως, φαίνεται πως η προσφιλής σας τακτική ενίσχυσης των ανισοτήτων. Τέλος, η δημόσια παιδιατρική φροντίδα ούτε με αυτό το νομοσχέδιο θα βελτιωθεί, αφού υπάρχουν πολλοί λίγοι παιδίατροι στις πρωτοβάθμιες δομές του ΕΣΥ και συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είναι ελάχιστοι. Συνεπώς, οι γονείς θα συνεχίσουν να απευθύνονται σε ιδιώτες παιδιάτρους και να επιβαρύνονται οικονομικά για την παρακολούθηση των παιδιών τους.

 Για την πληθυσμιακή κάλυψη, η οποιαδήποτε ποσοτικοποίηση θα πρέπει να είναι τεκμηριωμένη βάσει στοιχείων, αλλιώς υπάρχει κίνδυνος να μην είναι ρεαλιστική και εφαρμόσιμη η διάταξη, με δεδομένο ότι ο μέσος όρος στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι 1.750 εγγεγραμμένοι ανά προσωπικό ιατρό. Ο αριθμός των 2.000 εγγεγραμμένων κρίνεται υπερβολικά μεγάλος και θα έχει ως συνέπεια οι ασθενείς να μη μπορούν να κλείσουν ραντεβού, ενώ και οι γιατροί δεν θα μπορούν να αφιερώσουν επαρκή χρόνο στους ασθενείς λόγω φόρτου εργασίας. Αναφορικά με τον παιδιατρικό πληθυσμό και λαμβάνοντας υπόψη ότι κάτω των 10 ετών οι επισκέψεις στον παιδίατρο είναι περισσότερες.

 Επίσης, ο ανώτερος αριθμός 1.500 παιδιών ανά παιδίατρο είναι υπερβολικός και ειδικά για όσους παιδιάτρους εργάζονται στις δημόσιες δομές υγείας που εκ των πραγμάτων, θα έχουν να αντιμετωπίσουν ταυτόχρονα και έκτακτα περιστατικά σε παιδιά τα οποία δεν είναι προσωπικοί τους ασθενείς.

 Για το άρθρο 7, προσωπικοί Ιατροί στο πλαίσιο Εθνικού Συστήματος Υγείας, εισαγωγή στο σύστημα των νοσοκομειακών ιατρών, δηλαδή, ιατρών χωρίς γνώσεις και δεξιότητες Πρωτοβάθμιας, δημιουργείται ένα ντε φάκτο μη σύστημα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Για το άρθρο 8, δυο από τα κυριότερα χαρακτηριστικά της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ολοκληρωμένη φροντίδα και η συνέχεια της φροντίδας, υποσκάπτουνε με την εν λόγω ρύθμιση. Ένας γιατρός, μη εξοικειωμένος στις αρχές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ανεκπαίδευτος στον τρόπο σκέψης του και προσέγγισης της υγείας με το βιοψυχοκοινωνικό κοινωνικό μοντέλο της υγείας και χωρίς εμπειρία σε πραγματικά περιστατικά, κάτι που ένας μήνας εκπαίδευσης αδυνατεί να δώσει, σίγουρα δεν μπορεί να προσφέρει ολοκληρωμένη φροντίδα στους πολίτες.

 Επίσης, ο χρονικός περιορισμός του ενός έτους υποχρεωτικής θητείας είναι ασήμαντος με την έννοια της χρονικής συνέχειας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ενισχύονται οι υγειονομικές ανισότητες ανάμεσα στους πολίτες που θα έχουν πλήρη υγειονομική κάλυψη από ειδικευμένους γιατρούς και σε εκείνους που θα τους παρακολουθούν απόφοιτοι ιατρικής σχολής.

Επιπλέον, από τη στιγμή που οι ιατροί υπηρεσίας υπαίθρου, αντικαθίστανται από το θεσμό του προσωπικού ιατρού υποχρεωτικής υπηρεσίας σε προσωρινές θέσεις που συστήνονται για το σκοπό αυτό σε δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο σύνολο της επικράτειας, συμπεριλαμβανομένων της Περιφέρειας Αττικής και του Δήμου Θεσσαλονίκης, δημιουργεί συνθήκες υπηρέτησης στα μεγάλα αστικά κέντρα αντί για την ύπαιθρο.

Για το άρθρο 9, καταργείται η προτεραιότητα των γενικών οικογενειακών ιατρών έναντι των παθολόγων για διορισμό σε θέσεις προσωπικών ιατρών του Ε.Σ.Υ. Επειδή, όπως γνωρίζουμε, υπάρχει κρίσιμο έλλειμμα παθολόγων στα νοσοκομεία και θα έπρεπε να διευκολυνθεί η στελέχωση των μονάδων υγείας από τους πλέον κατάλληλα εκπαιδευμένους για αυτές γιατρούς, με τη διάταξη διευκολύνεται ο διορισμός παθολόγων στην κοινότητα των γενικών οικογενειακών, που αφορά στην εξειδίκευση τους.

Για το άρθρο 10, πλέον οι παθολόγοι, αντιμετωπίζονται ως υποψήφιοι προσωπικοί ιατροί, όχι μόνο γενικοί οικογενειακοί ιατροί, όπως θα ήταν το ορθό. Το χρηματικό μπόνους έως 40.000 ευρώ, θα δοθεί εφάπαξ, σε όσους επιλέξουν ως ειδικότητα την εσωτερική παθολογία, τη γενική και οικογενειακή ιατρική, καθώς και σε όσους ειδικευμένους αλλάξουν ειδικότητα επιλογής και στραφούν προς αυτές τις ειδικότητες. Μάλιστα, με μια «μπακαλίστικη» νοοτροπία, θα πρέπει τα χρήματα να επιστραφούν στην περίπτωση που αποφασίσουν να αλλάξουν ειδικότητα. Επιπλέον, τα οικονομικά κίνητρα που μπορούν να προκαλέσουν δυσβάστακτο βάρος σε άλλους κρίσιμους τομείς του Ε.Σ.Υ. όπως είναι οι παθολογικές κλινικές των νοσοκομείων, που θα κινδυνεύσουνε να χάσουν ιατρικό προσωπικό.

 Για το άρθρο 11, και αυτό το άρθρο τοποθετείται στο πλαίσιο της κατάργησης της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης θεμέλιο λίθου του Ε.Σ.Υ., εξέλιξη που ωθεί το ιατρικό δυναμικό σε burn out, με αρνητική επίπτωση στο επίπεδο του παρεχόμενου ιατρικού έργου.

Για το άρθρο 12, αποζημίωση προσωπικών ιατρών, δεν καθορίζεται με σαφήνεια η αποζημίωση των ιατρών του Ε.Σ.Υ., που είναι εγγεγραμμένοι σαν προσωπικοί ιατροί.

 Για το άρθρο 13, καθορίζεται ο τρόπος επιλογής σε προσωπικό ιατρό. Τι γίνεται, όμως, στην περίπτωση που ο αριθμός των διαθέσιμων προσωπικών ιατρών δεν φτάνει να καλύψει τους πολίτες; Επιπλέον, η εγγραφή των παιδιών σε προσωπικό παιδίατρο καθίσταται μη υποχρεωτική. Ουσιαστικά επισημοποιείτε τη λήξη του θεσμού του προσωπικού ιατρού, για τον παιδικό πληθυσμό.

Στα άρθρα 14 και 15 ουσιαστικά, χωρίς να διατυπώνεται με σαφήνεια ο προσωπικός ιατρός, μετατρέπεται σε «τροχονόμο του συστήματος».

 Για το άρθρο 16, για την αξιολόγηση των προσωπικό ιατρών, παραμένει ζητούμενο με ποιο τρόπο εξειδικεύεται η αξιολόγηση, οι δείκτες και η διαδικασία, από ποιόν πραγματοποιείται και πού θα οδηγήσει;

Χωρίς, να είμαστε αντίθετοι στο θεσμό, φαίνεται πως χρειάζονται πιο σαφείς κανόνες και αρμοδιότητες. Είναι απορίας άξιο γιατί ενώ είχαν θεσμοθετηθεί ακαδημαϊκές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, της απαξιώσατε και δεν τις στηρίξατε, καθώς είναι απολύτως απαραίτητη η συνέχισή του ανθρώπινου δυναμικού, στην αντιμετώπιση των αυξανόμενων αναγκών υγείας της κοινότητας.

 Άρθρο 19, καμία πρόβλεψη για προσλήψεις και χρηματοδότηση, δηλαδή επιπλέον αρμοδιότητες με το υπάρχον και ελλιπέστατο προσωπικό και την υπάρχουσα τραγική υποχρηματοδότηση. Μας φοβίζει ιδιαίτερα η σκέψη ότι προχωράτε σε περαιτέρω ιδιωτικοποίηση του τομέα της υγείας και υφίσταται κίνδυνος τα κέντρα αυτά, να εξυπηρετούν πρωτίστως, συμφέροντα των πανεπιστημιακών και ιδιωτικών φορέων.

 Άρθρο 23, χαρακτηριστικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι ότι οι υπηρεσίες που παρέχονται από διεπιστημονική ομάδα υγείας, με κομβικό το ρόλο του γενικού οικογενειακού ιατρού. Από τις διατάξεις για τα Πανεπιστημιακά Κέντρα Υγείας δεν προκύπτει κάτι τέτοιο. Μάλιστα, σε αντίθεση με τις ακαδημαϊκές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που προβλεπόταν νόμος για τις άλλες επιστήμες υγείας στα Πανεπιστημιακά Κέντρα Υγείας, η προσέγγιση είναι αμιγώς ιατροκεντρική.

 Άρθρα 26 και 27, στα άρθρα που αφορούν τις ρυθμίσεις και δράσεις Δημόσιας Υγείας, επισημαίνουμε ότι και πάλι θεσμοθετείται δράση και όχι πρόγραμμα. Δεν περιγράφεται με σαφήνεια το αντικείμενο, οι φορείς που θα εμπλέκονται και η διαδικασία βάση της οποίας θα υλοποιείται. Γενικότερα, θεωρούμε ότι τίθεται θέμα νομιμότητας και καλής νομοθέτησης, καθώς δεν θεσπίζονται αρχές, γενικές κατευθύνσεις και περιορισμοί. Αντίθετα, δίνεται πλήρης ελευθερία στους Υπουργούς να ρυθμίζουν κατά το δοκούν με έκδοση Υπουργικών αποφάσεων.

Στα άρθρα 26 έως και 31, υπάρχουν προβλέψεις για το Εθνικό Πρόγραμμα «Σπύρος Δοξιάδης», παρέμβαση που ωστόσο έχει ημερομηνία λήξης, με ορίζοντα την εξάντληση των πόρων του Ταμείου Ανάκαμψης. Ένα πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου, που όμως για να είναι Εθνικό πρέπει να είναι καθολικό, να έχει συνέχεια, να μη βρεθεί στο κενό όταν λήξει η όποια έκτακτη χρηματοδότηση και κυρίως ένα ολοκληρωμένο σχέδιο Εθνικής Πολιτικής για τον καρκίνο, που θα καλύπτει με δημόσιους πόρους και δυνατότητες όλο το φάσμα των υπηρεσιών, από την πρωτογενή πρόληψη και την πρώιμη διάγνωση, μέχρι την εύκαιρη πρόσβασης σε σύγχρονα θεραπευτικά σχήματα και τη φροντίδα του τελικού σταδίου.

Εκτός από τις ελλείψεις και στρεβλώσεις, διαπιστώνουμε επίσης ότι δεν υπάρχει σαφές χρονοδιάγραμμα και λεπτομερής περιγραφή των πηγών χρηματοδότησης. Χωρίς επαρκείς πόρους και ένα ολοκληρωμένο σχεδιασμό, το σχέδιο θα παραμείνει ανεκπλήρωτο και θα καταλήξει σε μια ακόμα αποτυχημένη παρέμβαση. Ευχαριστώ για την ανοχή του κυρίου Τσίμαρη και τους άλλους συναδέλφους. Σας ευχαριστώ.

**ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΗΣ (Προεδρεύων της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε.

Τον λόγο έχει ο κύριος Τσίμαρης.

**ΙΩΑΝΝΗΣ ΤΣΙΜΑΡΗΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο «ΠΑΣΟΚ - ΚΙΝΗΜΑ ΑΛΛΑΓΗΣ):** Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε. Κυρίες και κύριοι συνάδελφοι, ακούσαμε από τον Υπουργό ποια είναι η αιτία που έχουμε αυτό το νομοθέτημα. Θέλουμε και πρέπει να καλύψουμε θέσεις προσωπικού γιατρού, γιατί είναι προαπαιτούμενο ώστε να πάμε στο επόμενο βήμα για να έχουμε χρηματοδότηση για διάφορες δράσεις του Υπουργείου που αφορούν την Πρωτοβάθμια, για να καταλαβαίνουμε και εμείς για ποιο λόγο νομοθετούμε με αυτό τον τρόπο, γιατί ουσιαστικά θέλουμε να έχουμε λογιστική κάλυψη των θέσεων.

Δεν θα μακρηγορήσω, θα τοποθετηθώ επί των συγκεκριμένων άρθρων. Άρθρο 3 και 4, τι είναι προσωπικός γιατρός και ποιες ειδικότητες συμπεριλαμβάνει; Θα πρέπει να ξέρουμε ότι η Διεπιστημονική Ομάδα Υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποτελείται εκτός από τον οικογενειακό προσωπικό γιατρό ή τον παθολόγο στην περίπτωσή μας και από νοσηλευτή ή νοσηλεύτρια, επισκέπτη υγείας, μαία, κοινωνικό λειτουργό, ψυχολόγο. Άρα θα πρέπει να υπάρξει αυτό το οργανόγραμμα και να υπάρξει πλαίσιο, ώστε να συμβάλλει στην ενεργοποίηση συντονισμένων δράσεων φροντίδας υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και κατ’ οίκον φροντίδας και πρόληψη και προαγωγή υγείας. Θα θέλαμε να δούμε ποιο είναι το οργανωτικό πλαίσιο και πώς θα γίνει δομημένη εκπαίδευση όχι μόνο στους γιατρούς, αλλά σε όλους τους συμμετέχοντες στον συγκεκριμένο φορέα για την επιτυχή του λειτουργία. Και φυσικά ποιος θα είναι ο καθορισμός των ρόλων και πώς θα αξιολογείται η σημαντική συνεισφορά της ομάδας υγείας στον ατομικό ηλεκτρονικό φάκελο που απουσιάζει σε αυτό το νομοσχέδιο.

Ένα μεγάλο πρόβλημα είναι – το ακούσαμε – ότι οι ασθενείς στην Ελλάδα δεν ακολουθούν το «gate keeping», δηλαδή παρακάμπτουν την πρωτοβάθμια και πηγαίνουν κατευθείαν σε ειδικούς γιατί έχουμε πάρα πάρα πολλούς ασθενείς που είναι χρόνιοι ασθενείς, αλλά και πάρα πολλούς ασθενείς με σπάνια πάθηση που υπολογίζονται περίπου στα 500.000 άτομα, δηλαδή 5% του πληθυσμού. Άρα εκτίμηση είναι ότι θα έπρεπε να βάλουμε στο «παιχνίδι» και τους ειδικευμένους, πλην των παθολόγων και των γενικών γιατρών, έτσι ώστε κυρίως αυτοί που έχουν χρόνια νόσο να έχουν την δυνατότητα να επισκέπτονται αυτούς, με τη δυνατότητα να έχουν το ρόλο του προσωπικού γιατρού, τουλάχιστον για αυτούς που είναι χρονίως πάσχοντες.

Η πρόταση του ΠΑΣΟΚ είναι ότι θα πρέπει να γίνουν ειδικές ομάδες χρονίως πασχόντων με όμως αποζημίωση από τον ΕΟΠΠΥ, εντάσσοντας τους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ώστε να υπάρξει διασύνδεση και καλύτερη εξέταση. Φυσικά αυτό γίνεται με δαπάνη γιατί έχουμε ένα σύστημα υγείας, το οποίο είναι υποχρηματοδοτούμενο και σε αυτό το υποχρηματοδοτούμενο σύστημα υγείας, η Πρωτοβάθμια έχει από τις χαμηλότερες χρηματοδοτήσεις πανευρωπαϊκά. Άρα μιλάμε για αλλαγή φιλοσοφίας και πάλι μιλάμε για εμπροσθοβαρή επένδυση και χρηματοδότηση, έτσι ώστε να ανατρέψουμε αυτήν την κατάσταση, ώστε να έχουν πρόσβαση όλοι οι ασθενείς, γιατί βλέπετε ότι ο πληθυσμός με τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια, ακριβώς γιατί ο κόσμος δεν δύναται και δεν μπορεί να πληρώσει για να έχει πρόσβαση σε πρωτοβάθμια και σε άλλες παροχές υγείας. Φυσικά, χρειαζόμαστε και τη διασύνδεση μεταξύ Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας.

Στο άρθρο 5 ορίζουμε τις κατηγορίες που εντάσσονται σε προσωπικό γιατρό. Αναφέρθηκα ότι θα πρέπει όντως να σκεφτούμε και τις άλλες ειδικότητες. Χαιρετίζουμε τη θεσμοθέτηση οικονομικού κινήτρου για τις ειδικότητες. Κινείται προς θετική κατεύθυνση. Ίσως θα πρέπει να σκεφτούμε και αυτούς που κάνουν ήδη ειδικότητα τώρα αν πρέπει να τους συμπεριλάβουμε και θα πρέπει να σκεφτόμαστε ότι η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας προϋποθέτει να συμμετέχουν μόνο οι ειδικοί.

Άρα, η συμμετοχή των αγροτικών γίνεται κατανοητή τώρα, γιατί θέλουμε να συμπληρώσουμε τον αριθμό, αλλά θα πρέπει να γίνεται σε περιπτώσεις οι οποίες δεν υπάρχει καθόλου προσωπικός γιατρός ειδικευμένος στην περιοχή, ώστε να ενταχθούν και βέβαια να ενταχθούν κάτω από την κάλυψη και την επικουρεία ειδικών γιατρών ώστε να υπάρξει καλύτερο αποτύπωμα υγείας.

 Υπάρχει ένα πρόβλημα με τη συμμετοχή των μη συμβεβλημένων γιατρών, γιατί δημιουργούνται ασθενείς πολλαπλών ταχυτήτων και υπάρχει ένας μικρός κίνδυνος μετάβασης πολλών γιατρών από σύμβαση στον ΕΟΠΥΥ σε καθεστώς μη σύμβασης, αξιοποιώντας τη διάταξη του νόμου.

 Το άρθρο 7 προβλέπει τη δυνατότητα στα πλαίσια της ιδιωτικής άσκησης επαγγέλματος γιατρών που είναι ήδη συμβεβλημένοι, να αξιολογούν και να έχουν και ιδιωτικό έργο, κυρίως οι νοσοκομειακοί γιατροί. Το ερώτημα είναι πώς θα καταφέρουν αυτοί να ανταποκριθούν σε τόσο φόρτο εργασίας και ουσιαστικά αυτό φαίνεται ότι είναι ανεφάρμοστο. Πάλι μιλάμε για τον ελεύθερο χρόνο των γιατρών.

Στο άρθρο 8 για τους υπόχρεους και μη υπόχρεους γιατρούς, ξεφεύγει πολύ από το πρότυπο της ιδανικής πρωτοβάθμιας υγείας να έχουμε ανειδίκευτους γιατρούς. Είπαμε ότι αυτό θα πρέπει να είναι μόνο σε περιοχές οι οποίες δεν υπάρχει πρόσβαση σε ειδικό γιατρό και αυτοί πάντα πρέπει να είναι κάτω από τη σκέπη και να βοηθούνται, να συνεπικουρούνται από ειδικευμένους γιατρούς του κέντρου υγείας.

Ποιο είναι το πρόβλημα; Ότι επειδή νομοθετούμε να υπάρχουν αγροτικοί γιατροί σε όλη την επικράτεια, κυρίως στη Θεσσαλονίκη και στην Αθήνα, υπάρχει περίπτωση όλοι οι αγροτικοί να προτιμούν τα κέντρα για ευνόητους λόγους, με αποτέλεσμα να υπάρχει και ένας κίνδυνος στις απομακρυσμένες περιοχές και στα νησιά και να παρουσιαστούν ελλείψεις των αγροτικών γιατρών. Αυτό θα πρέπει να το σκεφτούμε και θα πρέπει ίσως να ξαναγίνει σχεδιασμός, να είναι μόνο σε περιοχές όπου δεν υπάρχει εξειδικευμένος προσωπικός γιατρός.

Στο άρθρο 11, αυτοί που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ, αναφέρεται ότι πρέπει να έχουμε όσο το δυνατόν προτροπή, να υπάρχουν συμβάσεις με περισσότερο πληθυσμό, αλλά πρέπει να δούμε και το θέμα χωροταξικά και κυρίως και επιδημιολογικά. Σε περιοχές που υπάρχει περισσότερος πληθυσμός ηλικιωμένος, με περισσότερα χρόνια νοσήματα, θα πρέπει να αλλάξουν τα πλαφόν που είναι προαπαιτούμενα. Αυτό θα πρέπει να το δούμε. Έχουμε τα εργαλεία και θα πρέπει να το κοιτάξουμε και φυσικά πρέπει να δούμε πόσοι είναι οι συμβεβλημένοι γενικοί γιατροί σήμερα, στο υπάρχον σύστημα και παθολόγοι, ποια ήταν η κατανομή τους αστικά, ημιαστικά κέντρα, στην περιφέρεια, στα νησιά, και πόσοι και πού χρειάζονται επιπλέον, δηλαδή να έχουμε και μια χωροταξική εικόνα. Έχω καταθέσει μια σχετική ερώτηση στο Υπουργείο για αυτό το θέμα και περιμένω αναλυτικά στοιχεία για το παραπάνω.

Στην παράγραφο 4 του άρθρου 11, φαίνεται ότι σε αυτούς τους ιδιώτες που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ, μπορούν να εγγραφούν επιπλέον έως και 500 ασθενείς. Υπάρχει ένα ερώτημα τώρα, με ποιο τρόπο και πώς θα βλέπουμε να μην υπάρχει στροφή αυτών των ασθενών, δηλαδή να κατευθύνει ο γιατρός ασθενείς προς την ιδιωτική βάση;

Υπάρχει και ένα άλλο ζήτημα, οι ιδιώτες γιατροί, οι οποίοι δεν είναι συμβεβλημένοι, με ποιο τρόπο θα επιβλέπεται και θα νομοθετείται η τήρηση του αρχείου εγγεγραμμένων ασθενών και ποιες ποινές θα έχουν, από τη στιγμή που δεν είναι εγγεγραμμένοι και πώς θα γίνεται ο έλεγχος και πώς θα είναι υπόλογοι στα διάφορα παραδοτέα; Αυτοί που δεν είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ, οι αμιγώς ιδιώτες.

Όσον αφορά την ενημέρωση του ατομικού φακέλου, υπάρχει ένα μεγάλο πρόβλημα. Δεν υπάρχει ηλεκτρονική διασύνδεση υπηρεσιών, έτσι ώστε να βλέπει ο προσωπικός γιατρός και την παραπομπή, αλλά και να απαντάει ο ειδικευμένος στην παραπομπή, όπως γίνεται π.χ., με το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Αυτό δεν υπάρχει στον ιατρικό φάκελο και θα πρέπει να υπάρξει μια διασύνδεση εκεί, ώστε να υπάρχει πεδίο που θα πιστοποιείται και θα επικυρώνεται ότι τους δόθηκε παραπεμπτικό ακριβώς με τον ίδιο τρόπο. Πρέπει πάλι, ξανατονίζουμε, στο ηλεκτρονικό φάκελο να μπορούν να έχουν πρόσβαση, μέσω της συμμετοχής τους στον προσωπικό γιατρό, άλλες ειδικότητες που ασχολούνται κυρίως με τους χρονίως πάσχοντες και ακούσατε το αίτημα το οποίο κατατέθηκε από τους φορείς.

Όσον αφορά το σύστημα αξιολόγησης των προσωπικών γιατρών, οι αποδοχές συνδέονται με την απόδοσή τους σε σχέση με το πρόγραμμα πρόληψης, όπου πέραν της αμοιβής τους θα λαμβάνουν επιπλέον ποσά ανάλογα με το αν επιτυγχάνουν υψηλά ποσοστά προληπτικών εξετάσεων στον πληθυσμό αναφοράς του, ενώ στην περίπτωση που τα ποσοστά υπολείπονται θα υπάρχουν ποινές. Η ύπαρξη μόνο ποινών και κυρώσεων είναι αντικίνητρο. Θα πρέπει να το σκεφτούμε όπως το κάνει η Γαλλία, όπου υπάρχει μπόνους και κίνητρο παραγωγικότητας για την επίτευξη των στόχων στην Πρωτοβάθμια. Επίσης, όπως υπάρχει και στο Πρόγραμμα «Δοξιάδης», όπου επιτυγχάνεται για μη ιατρικούς φορείς, όπως τα φαρμακεία, στόχους, ίσως θα πρέπει να υπάρξει κάτι ανάλογο και στους συμμετέχοντες με σύμβαση στην πρωτοβάθμια.

Στο άρθρο 15 θα πρέπει από τώρα να εντάξουμε κατευθυντήριες γραμμές και στον αριθμό των παραπεμπτικών και στις διαγνωστικές εξετάσεις στους πρωτοβάθμιους και να αποτελεί ένα κριτήριο αξιολόγησης των προσωπικών γιατρών.

 Στο άρθρο 19 θα πρέπει να τοποθετηθεί και το γνωστικό αντικείμενο της κοινοτικής νοσηλευτικής, κατά τη γνώμη μας.

 Στο άρθρο 20, το εδάφιο 1δ΄, θα πρέπει να συμπληρώσουμε ότι πρέπει να υποστηρίζουν τη διά βίου εκπαίδευση, ώστε να γίνουν κέντρα αριστείας τα πανεπιστημιακά κέντρα υγείας και να υπάρξει συνεχόμενη εκπαίδευση των γενικών γιατρών και των παθολόγων γιατρών που ασχολούνται με την πρωτοβάθμια. Επίσης, στο άρθρο 20, καλό είναι να αντικατασταθεί η λέξη «τηλεϊατρική» με την «τηλεϋγεία», γιατί στην «τηλεϊατρική» αναφερόμαστε στην παροχή κλινικών υπηρεσιών ενώ με τον όρο την «τηλεϋγεία» αναφερόμαστε σε κλινικές και μη κλινικές υπηρεσίες, που εμπεριέχουν εκπαίδευση, διαχείριση. Άρα να δείξουμε ότι θέλουμε να αξιοποιήσουμε τις τεχνολογίες για αυτούς τους σκοπούς. Φυσικά θα έπρεπε θεσμικά να είχε διατυπωθεί στο παρόν νομοσχέδιο, το περιεχόμενο, οι αρχές λειτουργίας και άλλες πτυχές που θα πρέπει να αξιολογηθούν όσον αφορά τον ηλεκτρονικό φάκελο που προβλέπει και απαιτεί η Ευρωπαϊκή Νομοθεσία. Θα πρέπει να έχει τα αντίστοιχα άρθρα στο παρόν νομοσχέδιο του ηλεκτρονικού φακέλου.

Στο άρθρο 32, θεωρούμε ότι κακώς καταργείται η εκπροσώπηση των εργαζομένων στο Δ.Σ του ΕΟΔΥ και επιπλέον θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται και οι εκπρόσωποι των ασθενών. Σας ευχαριστώ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Σαςευχαριστούμε και εμείς. Το λόγο έχει η κυρία Ειρήνη Αγαπηδάκη, Αναπληρώτρια Υπουργός Υγείας. ειδικός

**ΕΙΡΗΝΗ ΑΓΑΠΗΔΑΚΗ (Αναπληρώτρια Υπουργός Υγείας):** Σας ευχαριστώ, πολύ κύριε Πρόεδρε. θέλω να κάνω δυο-τρεις διευκρινίσεις, γιατί νομίζω ότι θα βοηθήσουν τη συζήτηση. Να πω ότι δεν αλλάζουμε το όριο των 2.000, καθώς είναι το ανώτατο όριο που μπορεί να έχει ένας προσωπικός γιατρός. Αυτό ίσχυε με τον προηγούμενο νόμο και εξακολουθεί να ισχύει. Να πω ότι δεν αναγκάζεται κανένας άνθρωπος να επιλέξει ιδιώτη γιατρό.

Η χρονική σειρά με την οποία θα υλοποιηθεί όλη αυτή η θεσμική πρόβλεψη που υπάρχει στο νομοσχέδιο είναι η εξής. Έχουμε τους ανθρώπους που είναι προσωπικοί γιατροί στο Δημόσιο και μπορούν να εγγραφούν οι πολίτες. Ανοίγουμε τις νέες θέσεις με τους προσωπικούς γιατρούς υποχρεωτικής θητείας και αφότου καλυφθεί ο πληθυσμός και έχουν όλοι τη δυνατότητα επιλογής σε δημόσιο ιατρό, τότε θα ανοίξει η επιλογή του ιδιώτη, δηλαδή θα έχει ο κάθε πολίτης επιλογή να έχει δωρεάν προσωπικό του γιατρό. Εάν δεν το επιθυμεί, τότε μπορεί να πάει να πληρώσει ο ίδιος με δικά του έξοδα τον ιδιώτη γιατρό που επιθυμεί. Δεν εξαναγκάζουμε, λοιπόν, κανένα πολίτη να πάει στον ιδιωτικό τομέα. Αυτό θέλω να είναι ξεκάθαρο.

 Επίσης, να πω ότι σε σχέση με το κομμάτι που έχει να κάνει με τη διεπιστημονική ομάδα, γιατί ακούστηκε πολλές φορές σήμερα από τον κύριο Τσίμαρη, κ. Τσίμαρη, εδώ δεν κάνουμε ένα νομοσχέδιο για όλη την Πρωτοβάθμια, για να πάμε να στήσουμε από την αρχή τα κέντρα υγείας. Νομίζω ότι πολλά θα μπορούσαμε να συζητήσουμε για όλα αυτά, γιατί έχουν αλληλοεπικάλυψη σε πολύ μεγάλο βαθμό.

Οι δομές που έχουν δημιουργηθεί μέσα στα χρόνια στη χώρα, έχουν αλληλοεπικαλυπτόμενες υπηρεσίες και καθήκοντα. Αυτό που πάμε να κάνουμε είναι να πάμε ένα βήμα παραπέρα το θεσμό του προσωπικού γιατρού και να αναβαθμίσουμε και την εκπαίδευση και την παροχή υπηρεσιών υγείας με τα πρωτοβάθμια πανεπιστημιακά κέντρα υγείας. Σε αυτό ακριβώς έχει σημασία να επικεντρωθούμε, γιατί ο προσωπικός γιατρός δεν είναι ένα πράγμα που στέκεται μόνο του σε αυτό το σύστημα. Βεβαίως και θα έχει διασύνδεση και με τα κέντρα υγείας, βεβαίως και πρέπει να φτιαχτούν τοπικά δίκτυα. Αυτή είναι η φιλοσοφία, αλλά το είπα και την προηγούμενη φορά, δε μπορούμε να το κάνουμε ως δια μιας, πατώντας ένα κουμπί. Πρέπει να λειτουργήσει αυτό, είναι απολύτως απαραίτητο.

Σε σχέση με το γιατί δε βάζουμε ειδικευμένους άλλων ειδικοτήτων, το λέω επειδή είχε θεσμοθετηθεί, κ. Πρόεδρε. Με τον προηγούμενο νόμο είχε γίνει σχετική απόπειρα επί υπουργίας κυρίου Πλεύρη και της κυρίας Γκάγκα, της Αναπληρώτριας Υπουργού. Δεν δούλεψε. Δεν εκδήλωσαν ενδιαφέρον οι άνθρωποι άλλων ειδικοτήτων, να εγγραφούν σε αυτό το θεσμό και έτσι δεν προχώρησε. Έχει γίνει μια επεξεργασία τον τελευταίο χρόνο με την Κομισιόν και με όλους τους συναρμόδιους φορείς, που μίλησαν και σήμερα, και πλέον η Κομισιόν δε δέχεται το να υπάρχουν ιατροί άλλων ειδικοτήτων ως προσωπικοί γιατροί, διότι προκύπτει μια σειρά από ζητήματα.

Άκουσα τον εκπρόσωπο της Ένωσης Ασθενών Ελλάδος και, προφανώς, θα βρούμε έναν τρόπο να είναι ευκολότερη η πρόσβαση και να μην ταλαιπωρούνται οι χρονίως πάσχοντες, είτε μιλάμε για χρόνιους ψυχικά πάσχοντες, είτε μιλάμε για ανθρώπους που έχουν άλλου τύπου νοσήματα. Να αποσαφηνίσω, όμως, κάτι. Εάν εγώ έχω ένα χρόνιο πρόβλημα με τα νεφρά και κάνω κάποιες παρεμβάσεις και πρέπει να πηγαίνω για αιμοκάθαρση και έχω μια αναπνευστική λοίμωξη, ποιος είναι αρμόδιος να με δει; Αυτά είναι τα θέματα που πρέπει να συντονίσει ο προσωπικός γιατρός. Δε μιλάμε για ένα ρόλο ο οποίος έρχεται να αποκαταστήσει τον παθολόγο. Δε μιλάμε για έναν ρόλο ο οποίος έρχεται να αποκαταστήσει το θεράποντα ιατρό, σε καμία περίπτωση.

Ο προσωπικός γιατρός έχει συγκεκριμένα καθήκοντα. Εστιάζει κυρίως στην πρόληψη, σε ζητήματα που έχουν να κάνουν με απλά θέματα, σαν αυτά που προανέφερα και για αυτό το λόγο δεν πρέπει να συγχέεται ο ρόλος του προσωπικού γιατρού με την ειδικότητα του παθολόγου ή του γενικού ιατρού. Το λέω αυτό, γιατί ειπώθηκε σήμερα ότι βάζουμε τελειόφοιτους. Αυτό δεν είναι ακριβές. Απόφοιτους της ιατρικής σχολής. Η Αγγλία κι άλλες χώρες, ελλείψει ανθρώπινου δυναμικού, σας το λέω γιατί έτυχε να βρεθώ πρόσφατα στη Δανία στη συνέλευση του ΠΟΥ για τα κράτη-μέλη της Ευρώπης, στο Regional Office of Europe του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Όλες οι χώρες και οι βόρειες χώρες έχουν σοβαρή έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού στην Υγεία και ιατρών και νοσηλευτών. Χαρακτηριστικά, μου μετέφεραν γενικοί ιατροί στη Δανία ότι σε όλη τη χώρα ζήτημα είναι αν υπάρχουν γύρω στους 15 Παιδιάτρους, μιλάμε για Δημόσιο και Ιδιωτικό Τομέα. Εκεί τα παιδιά τα βλέπουν γενικοί ιατροί.

Τι θέλω να πω με αυτό; Κάθε χώρα κάνει το καλύτερο που μπορεί, με βάση τα διαθέσιμα δεδομένα. Το είπε και πριν ο Υπουργός πολύ παραστατικά. Είναι θέμα ρεαλισμού. Εάν είχαμε μια άλλη δεξαμενή γενικών ιατρών, προφανώς και θα τους είχαμε προτιμήσει, αλλά αυτή τη στιγμή το να λέμε ότι βάζουμε τελειόφοιτους και όχι ανθρώπους, οι οποίοι είναι εκπαιδευμένοι ιατροί, είναι λάθος, θα μου επιτρέψετε.

Κάτι τελευταίο, όλοι οι γιατροί, ανεξάρτητα από την κατηγορία που ανήκουν, είτε είναι, δηλαδή, ειδικευμένοι παθολόγοι, γενικοί ιατροί, είτε είναι στην ειδικότητα, είτε είναι οι πρώην σγροτικοί, όπως λέμε, δηλαδή οι απόφοιτοι της Ιατρικής Σχολής, θα εκπαιδευτούν στα καθήκοντα του προσωπικού γιατρού και να σας πω ότι αυτό μας το ζήτησαν οι ίδιοι οι ειδικευμένοι. Οι ειδικευμένοι σύλλογοι μας ζήτησαν ότι «θέλουμε να εκπαιδευτούμε στα καθήκοντα του προσωπικού γιατρού, γιατί πολλοί από εμάς δεν τα έχουμε διδαχτεί όλα αυτά για τα θέματα της πρόληψης κ.λπ.».

Άρα, να μην το μηδενίσουμε και να το βάλουμε στο πλαίσιο που ανήκει. Δεν πάμε να αποκαταστήσουμε το συνολικό σύστημα της πρωτοβάθμιας στη χώρα με το θεσμό του προσωπικού γιατρού. Ερχόμαστε να δώσουμε κάλυψη στον πληθυσμό, περισσότερα κίνητρα. Να σας δώσω 2 νούμερα. Αυτή τη στιγμή έχουμε 530 κενές θέσεις ειδικευόμενων παθολόγων και γενικών γιατρών στα νοσοκομεία της χώρας. Αν πετύχει το μέτρο με τις 40.000 ευρώ, αυτές οι θέσεις θα γεμίσουν, θα εξυπηρετηθεί καλύτερα ο πληθυσμός. Οι περισσότερες από αυτές είναι στα περιφερειακά νοσοκομεία.

Δεύτερον, έχουμε πάρα πολλά κενά και στα νησιά και στην ενδοχώρα, στα λεγόμενα αγροτικά, στα περιφερειακά ιατρεία, διότι οι νέοι γιατροί που υπηρετούν εκεί καλούνται να αντιμετωπίσουν και τα σοβαρά έκτακτα και όλα αυτά τα θέματα της πρόληψης.

Όταν, λοιπόν, ανοίγουμε εμείς επιπλέον θέσεις και έχουν τη δυνατότητα να διαχειριστούν ως προσωπικοί γιατροί συνάδελφοί τους, αυτό είναι πάρα πολύ βοηθητικό. Αυτό ήθελα να πω, κύριε Πρόεδρε, απλώς για να διευκρινίσω στον κύκλο των συζητήσεων και να μη λέμε ότι αυξάνουμε τον αριθμό ή ότι δεν βάζουμε ειδικότητες, ενώ έχουμε τη δυνατότητα. Ευχαριστώ.

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

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Πολύ καλά κάνατε, για να ξεκαθαρίζουν ορισμένα πράγματα και να μπορούν οι βουλευτές, οι Εισηγητές και οι Ειδικοί Αγορητές, να ενημερώνονται και να διαμορφώσουν ανάλογα τις τοποθετήσεις και τις εισηγήσεις τους, έτσι ώστε να κάνουμε έναν ουσιαστικό διάλογο και όχι διάλογο χωρίς να επικοινωνούμε.

Κύριε Μπιμπίλα, έχετε τον λόγο.

 **ΣΠΥΡΙΔΩΝ ΜΠΙΜΠΙΛΑΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΠΛΕΥΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ – ΖΩΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ»):** Σας ευχαριστώ πολύ και για την κατανόηση. Πριν αρχίσω, θα ήθελα να σας μεταφέρω κάποια παράπονα πολιτών, γιατί βρέθηκα στην Ιεράπετρα πριν λίγες ημέρες και εκεί οι πολίτες μάς είπαν ότι έχουν πολύ σοβαρά προβλήματα με τα νοσοκομεία εκεί, της Ιεράπετρας και της Σητείας, που είναι υποστελεχωμένα και πραγματικά βασανίζονται γιατί πρέπει να πηγαίνουν στο Ηράκλειο. Από ό,τι μου είπαν έχουν υποστελεχωθεί γιατί και συνταξιοδοτούνται πολλοί γιατροί και δεν υπάρχει κάποιος να τους αντικαταστήσει. Δεν πηγαίνουν; Δεν ξέρω ακριβώς τον λόγο. Προφανώς, δεν πηγαίνουν, λόγω των χαμηλών αμοιβών που υπάρχουν. Πάντως έχουν σοβαρό πρόβλημα.

Εμείς δεν αμφιβάλλουμε ότι οι προθέσεις σας είναι να υπάρχει αποτελεσματικότητα, προσβασιμότητα και ισοτιμία στη φροντίδα υγείας όλων των πολιτών και υπάρχουν άρθρα του νομοσχεδίου που κινούνται προς τη σωστή κατεύθυνση. Όμως, απέναντι στα συνεχιζόμενα και εντεινόμενα προβλήματα που έχει το ΕΣΥ, φαίνεται ότι γίνεται μια προσπάθεια να στραφεί ο πολίτης προς την εμπορευματοποιημένη υγεία, που προωθείται με την, κατά κάποιο τρόπο, ιδιωτικοποίηση του ΕΣΥ, τη διάλυση των εργασιακών σχέσεων και την παράδοση των δημόσιων δομών υγείας, ως βορά σε κλινικάρχες και ιδιωτικά συμφέροντα.

Απέναντι σε αυτό οι πολίτες οργανώνονται και διοργανώνουν συλλαλητήρια. Δεν θα σας φανεί παράξενο που σε λίγες ημέρες, την ώρα που θα συζητάμε, θα υπάρχουν συλλαλητήρια σε κάποιες πόλεις, απέναντι στο νέο χάρτη υγείας, που απειλεί με συγχωνεύσεις, συρρίκνωση και κατάργηση ολόκληρων τομέων και νοσοκομείων, απέναντι στη φημολογούμενη κατάργηση ολόκληρων κλινικών σε νοσοκομεία και απέναντι σε κάποια αδιαφορία που υπάρχει για την τύχη κάποιων ασθενών. Οι πολίτες, λοιπόν, απαιτούν αύξηση του προϋπολογισμού για την υγεία, ώστε να καλυφθούν οι πραγματικές ανάγκες, άμεσες μόνιμες προσλήψεις όλου του αναγκαίου ιατρικού, νοσηλευτικού, διοικητικού και βοηθητικού προσωπικού, και άμεση μονιμοποίηση πολλών συμβασιούχων, πλήρη και πλήρως στελεχωμένα δημόσια και δωρεάν νοσοκομεία παντού, ικανά να καλύπτουν τις ανάγκες των πληθυσμών που εξυπηρετούν, με αξιοπρεπείς συνθήκες, όμως, δουλειάς και μισθούς για τους εργαζόμενους σε αυτά.

Καμιά συρρίκνωση, σύμπτυξη σε κλινικές και νοσοκομεία, αυτοδιοίκητο των νοσοκομείων των νομών, ώστε να σταματήσουν οι μετακινήσεις προσωπικού και γιατρών. Οι πολίτες ανησυχούν, γιατί βλέπουν ότι όλο και ολοένα τα ιδιωτικά κέντρα συστήνονται και αναπτύσσονται σε πόλεις μικρές, που οι βιοτικές τους ανάγκες είναι τέτοιες που τους κάνουν να μην μπορούν να έχουν την πρόσβαση σε αυτά, εξαιτίας της οικονομικής άνεσης που δεν έχουν.

Τώρα, θα σας μιλήσω συγκεκριμένα για κάποια άρθρα, όπως το άρθρο 2, όπου, παρά το ότι ασχολείται με τη διεύρυνση των κατηγοριών και προσωπικών γιατρών, η παροχή κινήτρων για την εκπαίδευση περισσότερων γιατρών στις ειδικότητες της γενικής οικογενειακής ιατρικής και της εσωτερικής παθολογίας είναι ελλιπείς. Μόνο το 6% του συνόλου των γιατρών είναι ειδικευμένοι στις ειδικότητες της γενικής οικογενειακής ιατρικής ή εσωτερικής παθολογίας, δηλαδή ένα μικρό ποσοστό. Όμως, αυτές ακριβώς είναι οι ειδικότητες που συγκροτούν το θεσμό του προσωπικού γιατρού για τον ενήλικο πληθυσμό. Σε αντίθεση με τα ευρωπαϊκά κράτη, οι περισσότεροι γιατροί που έχουν τις ειδικότητες της γενικής οικογενειακής ιατρικής και της εσωτερικής παθολογίας, δεν επιθυμούν να ενταχθούν στο θεσμό του προσωπικού γιατρού, γιατί τα οικονομικά κίνητρα είναι χαμηλά και στρέφονται προς τον ιδιωτικό τομέα. Για αυτό και εδώ όλο και μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού μένει χωρίς γιατρό.

Στο άρθρο 5, κατηγορίες προσωπικών ιατρών, αναλύονται οι κατηγορίες των ιατρών που θα υπηρετήσουν ως προσωπικοί γιατροί. Στην περίπτωση β΄ νοούνται όσοι γιατροί υπηρετούν ως αγροτικοί γιατροί και στην περίπτωση γ΄ όσοι επιθυμούν να αποκτήσουν την ειδικότητα του γενικού ιατρού. Και στις δύο αυτές περιπτώσεις, δηλαδή, θα υπηρετούν ως προσωπικοί γιατροί μη εξειδικευμένο ακόμα προσωπικό, που θα καλείται μετά από μικρή προετοιμασία να αναλάβει την παρακολούθηση έως 2.000 ασθενών.

Επιπλέον, οι αγροτικοί γιατροί παραμένουν στον τόπο που παρέχουν υπηρεσίες για περιορισμένο χρονικό διάστημα. Συνεπώς, όταν θα έχουν αποκτήσει μια πιο εμπεριστατωμένη εικόνα για την υγεία των ασθενών, θα αποχωρούν και θα αναλαμβάνουν τις περιπτώσεις τους οι επόμενοι, οι οποίοι θα πρέπει από την αρχή να αποκτήσουν τη νέα εικόνα.

Αυτό αποτελεί σοβαρή αντίφαση, καθότι ο σκοπός του θεσμού του προσωπικού ιατρού είναι να αποκτά, κατά το δυνατό, ο προσωπικός ιατρός, διαχρονική γνώση της ιατρικής κατάστασης του ασθενούς, προκειμένου να παρεμβαίνει πραγματικά προληπτικά και να επιτυγχάνεται ταυτόχρονα η μέγιστη δυνατή επιμέλεια στην πρόληψη και στην έγκαιρη διάγνωση, με την ελάχιστη δυνατή σπατάλη χρόνου ιατρικών πράξεων και πόρων. Επίσης, στην περίπτωση ε΄ εισάγεται η δυνατότητα για τον πολίτη να ορίσει ιδιώτη προσωπικό ιατρό μη συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ, ο οποίος θα παρέχει τις υπηρεσίες του με κάλυψη του κόστους από τον πολίτη.

Από τα ανωτέρω συνάγεται, πως ο πραγματικός σκοπός του παρόντος δεν είναι τόσο ο δηλωμένος στόχος, δηλαδή η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας και η πρόληψη, όσο η επίτευξη της μέγιστης δυνατής κάλυψης στα χαρτιά. Ενδιαφέρει, δηλαδή, το να παρουσιάζεται ότι όλοι οι πολίτες έχουν προσωπικό γιατρό και όχι τόσο η ποιότητα των υπηρεσιών που αυτός παρέχει.

Στο άρθρο 6, για την πληθυσμιακή κάλυψη, ορίζεται ότι ένας προσωπικός ιατρός θα καλύπτει τουλάχιστον 2.000 άτομα. Κανένας γιατρός, όμως, δε μπορεί να έχει πραγματική εποπτεία 2.000 ατόμων. Μας εξηγήσατε βέβαια ορισμένα πράγματα. Ο λόγος που ο αριθμός αυτός επιλέγεται μας φαίνεται αυθαίρετος, χωρίς κανένα επιστημονικό κριτήριο. Αυτό που ενδιαφέρει και σε αυτήν την περίπτωση, είναι να επιτευχθεί η μέγιστη δυνατή κάλυψη του πληθυσμού, χωρίς να εξετάζουμε αν αυτό συνάδει με την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται. Ακόμα και έτσι, πάλι το πιθανότερο είναι ότι δεν θα καλυφθούν, δυστυχώς, όλοι οι πολίτες.

Στο άρθρο 8 για τους υπόχρεους και μη-υπόχρεους προσωπικούς γιατρούς, επί της ουσίας μεταρρυθμίζεται ο θεσμός του αγροτικού ιατρού και ορίζεται, ότι πλέον όσοι αποφοιτούν από ιατρική σχολή και επιθυμούν να αποκτήσουν ειδικότητα στην Ελλάδα, με την αποφοίτησή τους θα καλούνται πέραν των καθηκόντων στην υπηρεσία υπαίθρου να υπηρετούν για 12 μήνες και ως προσωπικοί ιατροί, αφού ολοκληρώσουν πρακτική άσκηση ενός μήνα. Είναι ενδεικτικό του γεγονότος, ότι ο σκοπός του νομοσχεδίου δεν είναι τόσο η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, όσο το να επιτευχθούν οι αριθμητικοί στόχοι, ακόμα και αν χρειαστεί να επιστρατευτούν άνθρωποι οι οποίοι ακόμα εκπαιδεύονται.

Στο άρθρο 10 για τους ειδικευόμενους προσωπικούς ιατρούς και το κίνητρο προσέλκυσης, ορίζεται ότι οι ασκούμενοι ακόμα ιατροί που επιθυμούν να αποκτήσουν ειδικότητα γενικού γιατρού, υποχρεούνται να παρέχουν υποχρεωτικά υπηρεσίες προσωπικού γιατρού για τουλάχιστον 12 μήνες. Επίσης, δίνεται οικονομικό κίνητρο σε αυτούς, προκειμένου να αυξηθεί το ποσοστό των ιατρών που επιλέγουν να ειδικευθούν στη Γενική Ιατρική. Όπως και στα ανωτέρω, η λύση που βρίσκετε για το πρόβλημα της έλλειψης ενδιαφέροντος των ιατρών να συμμετάσχουν στον θεσμό του προσωπικού γιατρού, είναι η υποχρεωτική επιστράτευση ιατρών που ακόμα εκπαιδεύονται.

Στο άρθρο 16 για το σύστημα αξιολόγησης προσωπικών ιατρών, ορίζεται πως οι προσωπικοί γιατροί θα υπόκεινται σε αξιολόγηση, αλλά δεν εξειδικεύετε περαιτέρω, παρά μόνο αναφέρετε ότι θα υπάρχουν ποσοτικοί και ποιοτικοί στόχοι, καθώς και η δυνατότητα κυρώσεων. Με βάση το άρθρο 38, το σύστημα αξιολόγησης θα τεθεί έπειτα από κοινή υπουργική απόφαση του Υπουργού Υγείας και του Υπουργού Εθνικής Οικονομίας και Οικονομικών.

Ένα σύστημα αξιολόγησης των ιατρικών υπηρεσιών είναι κάτι ιδιαίτερα σύνθετο και ευαίσθητο, καθώς απαιτείται η μέγιστη επιμέλεια, προκειμένου να λειτουργήσει πραγματικά προς όφελος του ασθενούς. Υπάρχουν ιστορικά παραδείγματα από συστήματα αξιολόγησης υπηρεσιών Υγείας που επέφεραν αντίθετα από τα προσδοκώμενα αποτελέσματα. Παραδείγματος χάρη, η μεταρρύθμιση του συστήματος Υγείας στη Βρετανία από την Κυβέρνηση Μπλερ, όπου παρέχονταν οικονομικά κίνητρα ανάλογα των ποσοστών επιτυχίας των ιατρικών πράξεων. Το αποτέλεσμα, ωστόσο, αντί να είναι η αύξηση της επιμέλειας των ιατρών, ήταν οι ιατροί να αποφεύγουν, με κάθε δυνατό τρόπο, να αναλαμβάνουν δύσκολα και επικίνδυνα περιστατικά, από φόβο ότι θα έχουν αρνητικό αντίκτυπο στα στατιστικά τους. Με αυτήν την έννοια, θα ήταν αναγκαίο να αναπτυχθεί και να συζητηθεί επισταμένως το σύστημα αξιολόγησης, αντί να ανατίθεται απλά σε μια υπουργική απόφαση.

Στο άρθρο 32 για τα τυπικά προσόντα διευθύνοντος συμβούλου του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας, αλλάζουν τα κριτήρια για τον ορισμό του διευθύνοντα συμβούλου του ΕΟΔΥ και για τη σύσταση του διοικητικού συμβουλίου. Σύμφωνα με την ισχύουσα διάταξη, για να ορισθεί κάποιος διευθύνων σύμβουλος θα πρέπει να είναι κάτοχος τίτλου στις επιστήμες υγείας και να έχει συναφές διδακτορικό. Πλέον δύναται να έχει πτυχίο και στις οικονομικές ή στις διοικητικές σπουδές.

Επιπλέον, η υποχρέωση για τα διδακτορικά αντικαθίσταται από μετεκπαίδευση ενός έτους στο εξωτερικό και δεκαετής εργασιακή εμπειρία. Ενώ ως προς τη σύσταση του Δ.Σ. καταργείται η πρόβλεψη ότι ένα από τα επτά μέλη του Δ.Σ. ορίζεται από το σύλλογο των εργαζομένων και όλα τα μέλη πλέον τα ορίζει ο Υπουργός Υγείας. Δεδομένου δε, ότι ο προηγούμενος νόμος είναι νόμος της Νέας Δημοκρατίας, παράγει ερωτήματα η απόφαση να αλλάξουν τα κριτήρια, να γίνουν ελαστικότερα και να καταργηθεί η υποχρέωση ο διευθύνων σύμβουλος να είναι κάτοχος διδακτορικού. Η διάταξη μοιάζει «φωτογραφική» για να προωθηθεί στη θέση πιθανώς κάποιο άτομο που δεν καλύπτεται από την προηγούμενη διάταξη.

Επιπλέον, η επιλογή να μην υπάρχει εκπρόσωπος των εργαζομένων στο διοικητικό συμβούλιο είναι ακατανόητη. Ο ΕΟΔΥ είναι ένας δημόσιος θεσμός και θα πρέπει, ως εκ τούτου, να χαίρει κάποιας σχετικής θεσμικής αυτονομίας και κατοχύρωσης. Η επιλογή να διορίζεται ολόκληρο το Δ.Σ. από τον Υπουργό Υγείας κινείται στην ακριβώς αντίθετη κατεύθυνση κατ’ εμάς. Για τα άρθρα θα ψηφίσουμε με επιφύλαξη. Σας ευχαριστώ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε πολύ, κ. Μπιμπίλα. Το λόγο έχει Ειδικός Αγορητής του Κομμουνιστικού Κόμματος, ο κ. Λαμπρούλης.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΛΑΜΠΡΟΥΛΗΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΚΟΜΜΟΥΝΙΣΤΙΚΟ ΚΟΜΜΑ ΕΛΛΑΔΑΣ»):** Ένα μικρό σχόλιο σε ό,τι αφορά τη διαδικασία. Έρχεται ο Υπουργός, «πετσώνει» έναν λόγο και σηκώνεται και φεύγει. Διακόπτει η Υπουργός για διευκρινίσεις όποτε θέλει. Οι ειδικοί αγορητές πότε θα μιλήσουμε και ενδεχομένως κάποιοι βουλευτές; Είναι μια συνεδρίαση χωρίς σειρά, κύριε Πρόεδρε, έστω η καθιερωμένη σειρά. Το κλείνω εδώ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Εσείς τον γνωρίζεται τον Κανονισμό και τη λειτουργία του.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΛΑΜΠΡΟΥΛΗΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΚΟΜΜΟΥΝΙΣΤΙΚΟ ΚΟΜΜΑ ΕΛΛΑΔΑΣ»):** Δεν αντιλέγω σε αυτό που θέλετε να πείτε, ούτε καταφέρομαι ή δεν ξέρω τον Κανονισμό.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Εγώ, λέω το εξής. Ο Υπουργός, σύμφωνα με τον Κανονισμό μπορεί να παρεμβαίνει και να διακόψει.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΛΑΜΠΡΟΥΛΗΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΚΟΜΜΟΥΝΙΣΤΙΚΟ ΚΟΜΜΑ ΕΛΛΑΔΑΣ»):** Να καθίσει να ακούσει ο Υπουργός. Γιατί έβαλε κάποια διάφορα ερωτήματα. Δικαίωμα του είναι άλλωστε, αλλά να καθίσει να ακούσει κιόλας.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ενημερώνεται ο Υπουργός. Είναι εδώ και οι άλλοι Υπουργοί. Είναι εδώ από την πρώτη στιγμή η αναπληρώτρια Υπουργός και ο Υφυπουργός. Ενημερώνεται ο Υπουργός και θα απαντήσει.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΛΑΜΠΡΟΥΛΗΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΚΟΜΜΟΥΝΙΣΤΙΚΟ ΚΟΜΜΑ ΕΛΛΑΔΑΣ»):** Α, ωραία. Θα έρθει την άλλη φορά να μας απαντήσει. Εντάξει. Ο Υπουργός όμως ήρθε και μίλησε, υποτίθεται. Η κυρία Αγαπηδάκη θα ακούσει τις ενστάσεις μας, αλλοίμονο. Έκανα μια επισήμανση επί της διαδικασίας. Ας το κλείσουμε εδώ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Παρακαλώ κ. Λαμπρούλη.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΛΑΜΠΡΟΥΛΗΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΚΟΜΜΟΥΝΙΣΤΙΚΟ ΚΟΜΜΑ ΕΛΛΑΔΑΣ»):** Ο προσωπικός γιατρός, είτε οικογενειακό τον πείτε όπως τον είχαν νομοθετήσει οι προηγούμενες κυβερνήσεις, είτε προσωπικό γιατρό, για να λειτουργήσει ουσιαστικά, υπέρ φυσικά της υγείας και των αναγκών του λαού για υγεία, θα πρέπει να αποτελεί βασικό πυρήνα αυτός ο θεσμός, ενός ανεπτυγμένου στελεχωμένου και εξοπλισμένου κρατικού συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, που θα έχει ως κριτήριο φυσικά την έγκυρη, ασφαλή και αποτελεσματική αντιμετώπιση των λαϊκών αναγκών στην υγεία, κατ’ επέκταση, απολύτως δωρεάν σε όλα τα επίπεδα του κρατικού συστήματος υγείας.

Από τη στιγμή που αυτό συνδέεται με όρους περιορισμού του κόστους των ασθενών, αυτή είναι η στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που όλα τα κόμματα όσα κυβερνήσατε την εφαρμόσατε, αυτή η κατεύθυνση χάνει το αναγκαίο και χρήσιμο περιεχόμενο που έχει και ως θεσμός.

Από την άλλη μεριά, η Κυβέρνηση έρχεται με τις ρυθμίσεις για τον προσωπικό γιατρό, πατώντας πάνω στον προηγούμενο νόμο του 2022, με τον οποίο θα πρέπει όλοι να συνδεθούν, ψάχνοντας σε ένα συνονθύλευμα σημείων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, κέντρα υγείας, ΤΟΜΥ, ιδιώτες και πάει λέγοντας. Στην ουσία, υπονομεύεται ο ενιαίος και επιτελικός χαρακτήρας που πρέπει να έχει το σύστημα υγείας και φυσικά περιορίζονται σε στοιχειώδεις ή ελάχιστες και ανεπαρκείς οι αναγκαίες υπηρεσίες, που θα πρέπει να προσφέρει η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τονίζουμε ιδιαίτερα στον τομέα της πρόληψης.

Σε αυτήν την κατεύθυνση ο Υπουργός προηγουμένως μας επιβεβαίωσε στην κριτική που κάνουμε, δηλαδή παραδέχτηκε ότι δεν πρόκειται να λειτουργήσει με βάση τα όσα τουλάχιστον αναφέρονται εδώ, στους τομείς που πρόκειται να ανατεθούν και στους γιατρούς, είτε ειδικευμένους, είτε ανειδίκευτους, είτε μεταπτυχιακούς, που θα κάνουν το αγροτικό τους, αλλά θα λέγονται προσωπικοί γιατροί.

Ένα δεύτερο σημείο, σε ό,τι αφορά αυτά που είπε ο Υπουργός, είχαμε πει και στην πρώτη συνεδρίαση, στην επί της αρχής συζήτηση, ότι τα στοιχεία που υπάρχουν – αν υπάρχουν άλλα ευχαρίστως να τα ακούσουμε, εμείς λέμε με βάση τα στοιχεία που έχουμε βρει και είναι από την ΕΛΣΤΑΤ – δεν επιβεβαιώνουν γενικά την έλλειψη παθολόγων και γενικών γιατρών, το επαναλαμβάνω και επισημαίνω και πάλι, αλλά η έλλειψη τους αφορά τις τεράστιες ελλείψεις που υπάρχουν στις δημόσιες μονάδες υγείας. Ένα μεγάλο μέρος των γιατρών είναι στον ιδιωτικό τομέα, στις μεγάλες επιχειρηματικές μονάδες υγείας και ένα άλλο ταυτόχρονα ή και κυρίως αυτοτελώς, αποτελεί την κατηγορία των αυτοαπασχολούμενων γιατρών.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, γιατροί με την ειδικότητα της παθολογίας και της γενικής ιατρικής το 2019 ήταν σε πανελλαδικό επίπεδο 4.600 περίπου παθολόγοι σε όλο το φάσμα του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα και 3.230 γενικοί γιατροί, σύνολο περίπου 7.830. Δηλαδή, σε γενικές γραμμές ένας παθολόγος αντιστοιχούσε περίπου σε 1.900 ενήλικες και ένας γενικός γιατρός περίπου σε 2.700 ενήλικες, σύμφωνα με την απογραφή του 2001, στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, όχι του ΚΚΕ.

Άρα, το βασικό πρόβλημα, από ό,τι είπε ο Υπουργός, γιατί στην ουσία εδώ βγήκε η είδηση ή τουλάχιστον εγώ το άκουσα για πρώτη φορά, ότι η χώρα στον τομέα αυτό αυτή τη στιγμή βρίσκεται σε έκτακτη κατάσταση, ναι ή όχι; Είναι παράλογο αυτό που λέμε; Είναι σπέκουλα; Όχι, το παραδέχτηκε ο ίδιος ο Υπουργός. Δεν υπάρχουν γιατροί, δεν μπορούμε να κάνουμε τίποτα, παίρνουμε αυτά τα μέτρα, προκειμένου να έχουμε έστω και αυτές τις υπηρεσίες από τους μεταπτυχιακούς φοιτητές της ιατρικής, είτε τους ειδικευόμενους και εκεί μέσα βέβαια πλέον βάζουμε και τους ιδιώτες παθολόγους και γενικούς γιατρούς, βάζουμε και τους γιατρούς που υπηρετούν ήδη στα κέντρα υγείας και σε άλλες δημόσιες μονάδες υγείας, των νοσοκομείων κ.λπ.. Άρα, είναι ξεκάθαρα παραδοχή ότι βρισκόμαστε ή βιώνουμε, διανύουμε, αν θέλετε, αυτή την κατάσταση.

Μάλιστα, ήρθε ο Υπουργός και μας θύμισε, καλώς έκανε, ότι ο θεσμός αυτός του οικογενειακού, μετά του προσωπικού, ξεκίνησε από την περίοδο του κυρίου Σημίτη. Ναι ή όχι; Άκουσα καλά; Πόσα χρόνια πέρασαν από τότε; Πόσα χρόνια πέρασαν, 25, 30; Λοιπόν, 30 χρόνια, το Ελληνικό Κράτος, με τις κυβερνήσεις τις διάφορες, προσπάθησε να φτιάξει το λεγόμενο οικογενειακό - προσωπικό γιατρό. Δεν έχει κάνει τίποτε μέχρι τώρα και έρχεται η Κυβέρνηση η συγκεκριμένη και μας λέει ότι δεν έχουμε γιατρούς και επειδή δεν έχουμε γιατρούς για να κάνουμε τον προσωπικό γιατρό, όπως θα θέλαμε ενδεχομένως να το κάνουμε, δηλαδή παθολόγοι, γενικοί γιατροί, βάζουμε και τους αγροτικούς γιατρούς μέσα.

Είναι ένας αναχρονιστικός, ειρήσθω εν παρόδω, θεσμός, που όταν θεσπίστηκε, θεσπίστηκε για κάποιους λόγους, ακριβώς για να καλύψει έκτακτες ή ανάγκες του πληθυσμού ανά την επικράτεια, έστω προσφέροντας κάποιες υπηρεσίες, ακόμα και τη συνταγογράφηση, που δεν το υποτιμώ. Αλλά αυτό, εν έτει 2024, ως επιχείρημα είναι απαράδεκτο επιεικώς. Αλήθεια, ποιος ευθύνεται τόσα χρόνια, τόσες δεκαετίες, που δεν έγινε αυτό, που η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας βρίσκεται σε αυτή τη διαλυτική κατάσταση αυτήν τη στιγμή; Δεν φταίει και ο κύριος Γεωργιάδης; Μην το βάλουμε προσωπικά, σαν πολιτική το εννοώ. Δεν φταίει η παρούσα Κυβέρνηση; Δεν φταίει η προηγούμενη, όλες οι προηγούμενες κυβερνήσεις, που απαξίωσαν το δημόσιο σύστημα υγείας σε όλα του τα επίπεδα πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και πάει λέγοντας;

Όλοι γνωρίζουμε την κατάσταση που επικρατεί και σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, πολύ δε περισσότερο στα νοσοκομεία, αλλά πιο συγκεκριμένα στο πρωτοβάθμιο, μιας και η κουβέντα αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και κυρίως τις δημόσιες δομές. Τα ξέρετε πολύ καλά και τα στοιχεία, δεν χρειάζεται να τα λέμε, άσχετα αν ο κύριος Γεωργιάδης υπερθεματίζει και λέει ότι η κατάσταση είναι καλύτερη. Ας κάνει μια βόλτα από τα κέντρα υγείας στην περιφέρεια. Ας έρθει στη Θεσσαλία να δει τα τεράστια κενά και τα τεράστια προβλήματα που υπάρχουν. Ας πάει και αλλού όπου θέλει ο ίδιος.

Με συγχωρείται λίγο για τον τόνο, αλλά είναι και λίγο εξοργιστικό να τα ακούς αυτά. Μας βάζει και «το μαχαίρι στο λαιμό» υποτίθεται, «πείτε μου, δώστε μου τη λύση». Μα με συγχωρείς, το πρόβλημα ποιος το δημιούργησε; Και ο ίδιος και η Κυβέρνηση η παρούσα με την πολιτική της και τα προηγούμενα χρόνια όταν ήταν Κυβέρνηση. Ποιος έκλεινε νοσοκομεία, να θυμηθούμε αυτά του 2014 και στενοχωριόταν τότε γιατί του πήρε τη δόξα η Λαγκάρντ που έκλεισαν τα νοσοκομεία μέσω του πρώτου και δεύτερου μνημονίου τότε; Τα θυμάστε αυτά; Κλείσανε ή δεν κλείσανε νοσοκομεία τότε; Τμήματα, κλινικές, απολύθηκε κόσμος και πάει λέγοντας. Αυτά δεν πρέπει να ανοίξουν; Άρα, λοιπόν, έρχεστε τώρα να διαπιστώσετε αυτή την τραγική κατάσταση που υπάρχει στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ποιοι; Αυτοί οι οποίοι ευθύνονται, που με την πολιτική τους φτάσαμε ως εδώ.

Σε ό,τι αφορά υποστελεχωμένα νοσοκομεία και κέντρα υγείας, προσθέτετε την εργασία του προσωπικού γιατρού στους γιατρούς αυτών των δομών. Βγαίνει εδώ να δεικνύεται η επιδίωξη της ένταξης σε προσωπικό ιατρό χωρίς τη δυνατότητα ουσιαστικής εργασίας, πρόληψης και θεραπείας. Πείτε μου, ένας γιατρός στα νοσοκομεία που θα τον εντάξετε στον προσωπικό γιατρό, αυτή τη στιγμή, παθολόγο ή γενικό γιατρό, που δουλεύει στα νοσοκομεία με αυτούς τους όρους, με αυτά τα λεφτά, με αυτές τις συνθήκες, να κάνει και τον προσωπικό γιατρό, που θα πρέπει να βγαίνει πέρα από τα επείγοντα, τις εφημερίες του κτλ., θα πρέπει να πάει και κατ΄ οίκον, είτε σε επείγουσα βάση είτε σε τακτική βάση, για να προσφέρει υπηρεσίες υγείας, πολύ δε περισσότερο που αυτός ο γιατρός ή αυτοί οι γιατροί θα πρέπει να ασχολούνται με τον τομέα της πρόληψης, αλήθεια, πώς θα γίνει αυτό;

 Πάμε παρακάτω. Είπαμε για τους ανειδίκευτους και τους προς ειδίκευση γιατρούς, στο άρθρο 7, στο άρθρο 8 και πάει λέγοντας. Στο άρθρο 9, κατά τη γνώμη μας, το πρωτεύον εδώ είναι ο ρόλος των ανειδίκευτων ως προσωπικών γιατρών. Τώρα, η πρόβλεψη για αξιοποίηση των ανειδίκευτων, όταν δεν υπάρχουν ειδικευμένοι, σημαίνει ότι το ίδιο το Κράτος μέσω της Κυβέρνησης – και αυτό είναι επίσης ένα επιπλέον στοιχείο, πολιτικά το λέμε – που φάνηκε και από την παρέμβαση του κ. Υπουργού, ότι το Κράτος μέσω της κυβέρνησης, δεν οργανώνει ούτε καν τη διαδικασία, έστω μέσα από αυτό το νομοσχέδιο, με αυτές τις αντιρρήσεις που εκφράζουμε. Να πει, ότι, «ναι κύριε, εγώ εντοπίζω τα προβλήματα και ξεκινώ θεσπίζω διαδικασίες και όρους για τα εργασιακά, για τα οικονομικά, για τα κοινωνικά ζητήματα, για τα επιστημονικά ζητήματα, για τα εκπαιδευτικά, για την παραγωγή επαρκούς αριθμού επιστημόνων», εν προκειμένω γιατρών και όχι μόνο. Υπάρχει πουθενά αυτό; Όχι. Υπάρχει αυτός ο κεντρικός σχεδιασμός; Όχι. Δεν θα πούμε γιατί δεν υπάρχει. Θα τα πούμε στις άλλες Επιτροπές και στην Ολομέλεια.

Στο άρθρο 10, ωραία, οικονομικό κίνητρο, είναι ή όχι προσωρινό; Είναι προσωρινό, υπό προϋποθέσεις και το οποίο δεν αντιρροπεί τις απαράδεκτες συνθήκες εκπαίδευσης και εργασίας των γιατρών. Μετά την ειδικότητα τι κάνετε; Κόβεται, λέει, το κίνητρο και επανέρχεται ο γιατρός στα άγρια, να θυμίσουμε, πετσοκομμένα εισοδήματα από την περίοδο των μνημονίων. Εσείς τα ψηφίσατε, ΠΑΣΟΚ, ΔΗΜΑΡ και όποιοι άλλοι υπήρχαν τότε. Αντί αυτού, τι διεκδικούν οι γιατροί χρόνια τώρα; Δέκατο τρίτο, δέκατο τέταρτο, αύξηση των αποδοχών. Τουλάχιστον είχαν σαν αίτημα την επαναφορά στα προ κρίσης επίπεδα των μισθών. Μέχρι και 40% - 45% έφτασαν οι περικοπές των μισθών και των αποδοχών των γιατρών του ΕΣΥ. Έως εκεί, δεν λέω ότι έφτασαν όλων, ανάλογα τη βαθμίδα, για να μην υπάρχουν παρεξηγήσεις.

Παράλληλα, γιατί δεν θεσπίζετε – δεν βλέπουμε πουθενά, τα λέτε γενικώς, τα συζητάτε με τους δημάρχους υποτίθεται ή επαφίεστε στην καλή διάθεση των δημάρχων ανά την περιφέρεια, κυρίως στην περιφέρεια – επιδοτήσεις ενοικίων κ.λπ., άλλα μέτρα, αυτά που είπαμε προηγουμένως, κοινωνικούς όρους και επιστημονικούς, που θα πρέπει να υπάρχουν μαζί με όλα τα υπόλοιπα για να μπορεί ο γιατρός να πάει και να προτιμήσει να πάει και σε νοσοκομεία της περιφέρειας.

Στο άρθρο 13 μπαίνει υποχρεωτική εγγραφή σε προσωπικό γιατρό μέχρι τον Ιούνιο του 2025. Αυτή είναι η πρόβλεψη του σχετικού άρθρου. Εδώ τώρα τι κάνει το Κράτος; Δεν εξασφαλίζει την ύπαρξη γιατρών κοντά στον τόπο κατοικίας των ενδιαφερομένων πολιτών. Η επιλογή που αναφέρει το άρθρο στον πληθυσμό, να εντάσσεται ακόμη και σε γιατρούς των όμορων δήμων ή πολύ χειρότερα σε επίπεδο περιφέρειας, στην ουσία υποχρεώνει τον πληθυσμό, χωρίς να έχει άλλη επιλογή, να πάει ακόμη να απευθυνθεί και σε όμορους δήμους. Τα ξέρουμε αυτά τώρα από τη λειτουργία του προσωπικού γιατρού, έστω αυτά τα δύο τελευταία χρόνια που τρέχουν ειδικά εδώ στο Λεκανοπέδιο, με την κακοδαιμονία και με τους δρόμους και με το κυκλοφοριακό να πάει ο άλλος από την μία άκρη της Αθήνας στην άλλη άκρη, σε έναν άλλο δήμο, όπου εκεί είναι ο προσωπικός γιατρός. Φανταστείτε αυτός ο προσωπικός γιατρός, τι ιατρική ασκεί; Δεν το λέω με αιχμή αυτό. Τι δυνατότητες έχει να ασκήσει ιατρική στον συγκεκριμένο άρρωστο και τι υπηρεσίες υγείας να έχει ο άνθρωπος, πολύ δε περισσότερο πρόληψη;

Συνεπώς, αυτό το άρθρο είναι ακριβώς η έκφραση της πολιτικής της Κυβέρνησης. Αυτό που είπαμε προχθές στην επί της αρχής συζήτηση. Ό,τι να ‘ναι αρκεί να μην υπάρχει διαταραχή, εκτροπή των δημοσιονομικών στόχων.

Στο άρθρο 16, επειδή ακούστηκε και από τους φορείς για το ζήτημα της αξιολόγησης, ερώτημα προς το Υπουργείο, προς τους Υπουργούς. Τι θα αξιολογήσουν στους προσωπικούς γιατρούς όλων αυτών των κατηγοριών; Τις τελείως περιορισμένες ανεπαρκείς υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Υγείας, που αντικειμενικά θα παρέχονται από τους προσωπικούς γιατρούς; Αντίστοιχα, τον διαγωνισμό – γιατί και αυτό μπαίνει μέσα – που θα τους επιβάλλετε μέσω ποινών για το ποιος θα είναι ο πιο αποτελεσματικός, σε ποιον, όμως, τομέα; Στον περιορισμό των δαπανών.

Αυτά που ακούσαμε και από τον Υπουργό περί «gate keeper», ότι εμείς το καταργούμε, αλλά υπάρχει σε άλλα κράτη κ.λπ., μα, ακριβώς, το πρότυπο εκείνων των κρατών, εν προκειμένω, της Αγγλίας και όχι μόνο, αλλά κυρίως της Αγγλίας, γιατί πρωτοστάτησε στο κομμάτι της εφαρμογής αυτών των πολιτικών, ήταν και ο θεσμός του οικογενειακού μετονομαζόμενου προσωπικού γιατρού. Αυτό τον ρόλο έχει του «gate keeper» και όχι μόνο αναχαίτισης προς τις δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας, αλλά αναχαίτισης και στο επίπεδο της συνταγογράφησης, στη λογική του κόστους και των περιορισμένων που θέτει ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και αντίστοιχα των εξετάσεων, και όλα αυτά, ο λαός μας θα τα βρει μπροστά του. Εμείς τα έχουμε πει αυτά σε όλα τα προηγούμενα αντίστοιχα νομοσχέδια τού τι μέλλει γενέσθαι στην κατεύθυνση αυτή.

Υπάρχουν και άλλα άρθρα, αλλά θα τοποθετηθούμε στην επομένη επιτροπή. Επίσης, κύριε Πρόεδρε, σήμερα η Κ.Ο. «ΚΟΜΜΟΥΝΙΣΤΙΚΟ ΚΟΜΜΑ ΕΛΛΑΔΑΣ» κατέθεσε στο σχέδιο νόμου που συζητάμε, μία τροπολογία για τη μονιμοποίηση όλων των εποχικών πυροσβεστών, των πενταετών, δηλαδή και των Πυροσβεστών Ειδικής Μονάδας Δασικών Επιχειρήσεων, Ε.ΜΟ.Δ.Ε.. Ευχαριστώ πολύ, κύριε Πρόεδρε.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Η τροπολογία είχε έρθει στα πρακτικά, στη Βουλή και έχει διανεμηθεί και σε όλους τους Βουλευτές.

Το λόγο έχει η Ειδική Αγορήτρια της Κ.Ο. «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΛΥΣΗ – ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΒΕΛΟΠΟΥΛΟΣ», κυρία Μαρία Αθανασίου.

**ΜΑΡΙΑ ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ (Ειδική Αγορήτρια της Κ.Ο. «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΛΥΣΗ – ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΒΕΛΟΠΟΥΛΟΣ»):** Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε. Θα ήθελα να ξεκινήσω με την απάντηση που μας έδωσε η Υφυπουργός, η κυρία Αγαπηδάκη, γιατί δεν μου αρέσει να αφήνω κενά όσον αφορά θέματα ιατρικά. Όσον αφορά, λοιπόν, self-tests και για τα κράτη που μας απαρίθμησε ότι τα χρησιμοποιούν, είμαι βέβαιη ότι τα νοσοκομεία τους σίγουρα δεν είναι και δεν έχουν καμία σχέση με τα ελληνικά όσον αφορά την υποβάθμιση και την υποστελέχωση, την ελλιπή οργάνωση, με τη συνεχή υποχρηματοδότησή τους. Για αυτό και επισήμανα τα 200 εκατομμύρια ευρώ που δόθηκαν και δεν πήραμε απάντηση, κύριε Υφυπουργέ, και πόσο προσεκτικοί πρέπει να είμαστε με το δημόσιο χρήμα από όπου και αν προέρχεται, από το Ταμείο Ανάκαμψης κ.λπ.;

Τώρα θα κάνω ένα παράδειγμα, για να καταλάβετε εσείς, οι πολίτες και όσοι μας παρακολουθούν και κύριε Βαρτζόπουλε, να με διορθώσετε, αν κάνω λάθος. Στην οικογενειακή κληρονομικότητα, λοιπόν, με πολύποδες στο παχύ έντερο, που είναι η αιτία του καρκίνου στις περισσότερες περιπτώσεις και έχουν αυτοί οι άνθρωποι προδιάθεση, δεν υπάρχει περίπτωση με το τεστ αυτό να το εντοπίσουμε. Μόνο όταν ο πολύποδας από καλοήθης νεοπλασία μετατραπεί σε κακοήθη νεοπλασία και η αιμορραγήσει, τότε θα διαγνωστεί. Αυτό θα περιμένουμε, κύριε συνάδελφε; Όχι. Πρέπει να γίνει κολονοσκόπηση και αν υπάρχουν πολύποδες να αφαιρεθούν, ένας, δύο, όσοι είναι. Έτσι μόνο μπορούμε να μιλάμε για πρόληψη. Επιβάλλεται η Πολιτεία να εξασφαλίσει σε αυτούς τους ασθενείς με προδιάθεση πρόσβαση σε γαστρεντερολόγους και επίσης, ενημέρωση για την επανάληψη της εξέτασης.

Τώρα όσον αφορά για την εισαγωγή του προσωπικού γιατρού, οι μέχρι τώρα απόπειρες που έχει κάνει η Κυβέρνηση απέτυχαν παταγωδώς, αφενός, λόγω των υψηλών απαιτήσεων και, αφετέρου, λόγω των χαμηλών αποδοχών στους γιατρούς – δεν θέλω να πω εξευτελιστικούς – οι οποίοι τους αποτρέπουν, όπως είναι φυσικό, να συμβληθούν. Υποτίθεται ότι από τα προηγούμενα χρόνια λειτουργεί, μάλλον, υπολειτουργεί ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού.

Εγώ προσωπικά γράφτηκα σε έναν που είναι 15 χιλιόμετρα, ήταν γιατρός του Κέντρου Υγείας Περιστερίου και δεν είχε τον χρόνο ούτε να σηκώσει το τηλέφωνο και μου έλεγε όλο το απόγευμα να με δει στο Κέντρο Υγείας. Αυτός δεν είναι προσωπικός, είναι άφαντος γιατρός.

Στα επιμέρους άρθρα, στο άρθρο 7, η λογική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι το ιατρικό περιστατικό να εξυπηρετείται έγκαιρα, αποτελεσματικά, χωρίς να χρειαστεί το περιστατικό να φτάσει μέχρι το νοσοκομείο και να επιβαρύνει τα εξωτερικά ιατρεία και τα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων. Με αυτό το άρθρο, λοιπόν, ορίζονται οι προσωπικοί γιατροί, τόσο για τους ενηλίκους, όσο και για τους ανηλίκους, στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΛΥΣΗ» θεωρεί ότι αυτό το άρθρο ευνοεί την ανάπτυξη της ιδιωτικής παροχής υπηρεσιών υγείας, διότι οι γιατροί, οι οποίοι λειτουργούν ιδιωτικό ιατρείο ή παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες ιδιωτικά, είναι προφανές ότι θα λειτουργήσουν περισσότερο ως ιδιώτες, παρά ως λειτουργοί της δημόσιας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Προβλέπεται, λοιπόν, ότι, στο πλαίσιο της άσκησης του ιδιωτικού τους έργου, έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν υπηρεσίες προσωπικού γιατρού και να εντάσσονται στην κατηγορία των αμιγώς ιδιωτικών προσωπικών γιατρών. Με αυτόν τον τρόπο, αυτή η κατηγορία ιατρών δεν συμβάλλεται με τον ΕΟΠΥΥ, ούτε αποζημιώνεται από αυτόν. Οι γιατροί αυτοί συμβάλλονται ευθέως με τον πολίτη και αμείβονται από αυτόν με αμοιβή που θα την έχουν συμφωνήσει. Δηλαδή, εφαρμόζονται κανόνες ιδιωτικών ιατρικών υπηρεσιών.

Η κυρία Αγαπηδάκη μάς είπε ότι αυτό δεν συμβαίνει. Εγώ αυτό κατάλαβα. Με άλλα λόγια, οι γιατροί αυτοί δεν θα παρέχουν δωρεάν τις υπηρεσίες τους από το Κράτος, τουλάχιστον εξ ολοκλήρου. Αυτό είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας ιδιωτικά και όχι δημόσια και απέχει πολύ από το πνεύμα του θεσμού του προσωπικού γιατρού. Μέχρι τώρα είχαμε τον ανύπαρκτο προσωπικό γιατρό. Τώρα, περνάμε στον αμειβόμενο. Είμαστε και θα είμαστε ενάντια σε οποιαδήποτε ιδιωτικοποίηση αφορά στον κρίσιμο τομέα της υγείας, σε βάρος του συνταγματικώς κατοχυρωμένου δημοσίου χαρακτήρα της.

Στο άρθρο 8, υπόχρεοι και μη υπόχρεοι προσωπικοί γιατροί. Ως «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΛΥΣΗ» εκφράζουμε την αντίθεσή μας, διότι θεωρούμε ότι οι γιατροί, οι οποίοι ασκούν υπηρεσίες υπαίθρου, δεν μπορούν να οριστούν ως προσωπικοί γιατροί λόγω έλλειψης εμπειρίας και εξειδίκευσης. Ακούσαμε σήμερα και αυτό, ότι η Κομισιόν μάς το επιβάλλει. Δεν θέλει τους ειδικευμένους γιατρούς συναφούς ειδικότητας; Δεν το κατάλαβα. Τότε, πρέπει να πάρουμε τα πτυχία τους, της ειδίκευσης δηλαδή, να τα κρύψουμε στο συρτάρι και να παρουσιάζονται ως απόφοιτοι του πανεπιστημίου.

Τι μου λέει, όμως, εμένα αυτό; Μήπως, εδώ, κρύβεται ό,τι έχει σχέση με τις αμοιβές τους; Γιατί, αλίμονο, ένας είναι καρδιολόγος ή πνευμονολόγος – δηλαδή, έχει και μια ειδικότητα – και προτιμούμε αυτόν που δεν έχει ειδικότητα; Μα, σοβαρά μιλάμε; Με ποιο δικαίωμα η Κομισιόν μάς λέει τι πρέπει να κάνουμε; Να μας το πείτε, να μην ερχόμαστε εδώ να κάνουμε τις συνεδριάσεις. Απλά, να λέμε ότι μας κάνει η Κομισιόν και να καταλάβουμε σε τι οικονομική κατάσταση βρισκόμαστε.

Η Κυβέρνηση, με αυτό τον τρόπο, προχωρεί σε πολύ σημαντικές εκπτώσεις της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών προς τους πολίτες, μετατρέποντας σε προσωπικούς οικογενειακούς γιατρούς τους πρωτόπειρους γιατρούς, τους καημένους. Δεν θα ήθελα να βρίσκομαι στη θέση τους. Πώς θα αισθάνονται αν βρεθούν σε ένα πρόβλημα το οποίο δεν έχουν εμπειρία να το αντιμετωπίσουν, και αν κάτι τους στραβώσει, ποιος θα πληρώσει;

Έτσι, η Κυβέρνηση εξαναγκάζει τους κατοίκους της περιφέρειας, πρώτον, να εξυπηρετούνται από γιατρούς που κάνουν το αγροτικό τους, οι οποίοι βαφτίζονται προσωπικοί, παρότι δεν έχουν ούτε την απαιτούμενη εμπειρία, αλλά ούτε και τις εξειδικευμένες γνώσεις που απαιτούνται για τον προσωπικό γιατρό, αφού δεν έχουν λάβει ακόμα ειδικότητα. Οι πολίτες, λοιπόν, στερούνται την ίδια στιγμή ιατρικών υπηρεσιών, οι οποίες θα έπρεπε να τους προσφέρονται από γιατρούς με εμπειρία και εξειδικευμένη γνώση.

 Το δεύτερο, όμως, σοβαρό πρόβλημα δημιουργείται από το γεγονός ότι οι γιατροί, οι οποίοι υπηρετούν το αγροτικό τους, είναι προσωρινοί και υπηρετούν σε κάθε μέρος για περιορισμένο χρονικό διάστημα. Φεύγουν, δηλαδή, αυτοί και έρχονται άλλοι. Ο θεσμός, όμως, του προσωπικού γιατρού βασίζεται κυρίως στην ανάπτυξη προσωπικής σχέσης μεταξύ γιατρού και ασθενούς. Το χτίσιμο της σχέσης αυτής απαιτεί χρόνο. Και εγώ το έζησα στο εξωτερικό, επειδή ήμουν παντρεμένη με έναν Ιταλό και είχα οικογενειακό γιατρό. Είναι φοβερή η σχέση που υπάρχει. Λύνει πολλά προβλήματα, απεγκλωβίζει τη δευτεροβάθμια υγεία.

Η εναλλαγή του προσώπου του γιατρού δεν του δίνει αυτόν το χρόνο. Έτσι, ο ασθενής δεν μπορεί να χτίσει σχέση με γιατρό, ο οποίος θα γνωρίζει το ιστορικό του, τις τυχόν ιδιαιτερότητες του ασθενούς, αλλά θα αναπτύξουν και διαπροσωπική σχέση και σε προσωπικό, ζεστό και ανθρώπινο επίπεδο. Η «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΛΥΣΗ» αντιτίθεται και σε αυτό το άρθρο. Μας ζητάτε προτάσεις. Είπαμε συναφείς ειδικότητες για να έχουμε ένα σωστό αριθμό παθολόγων και οικογενειακών γιατρών.

Άρθρο 10, οι ειδικότητες της γενικής οικογενειακής ιατρικής και εσωτερικής παθολογίας αποτελούν τη ραχοκοκαλιά του συστήματος υγείας. Παρόλα αυτά, οι ειδικευόμενοι σε αυτές είναι πολύ λίγοι αναλογικά με τις ανάγκες. Είναι σημαντική η θέσπιση βοηθήματος. Ωστόσο, τα προτεινόμενα ποσά καταλήγουν να είναι περίπου 350 ευρώ το μήνα, δηλαδή ανεπαρκή. Αυτό, λοιπόν, δεν αποτελεί επαρκές κίνητρο ούτε για προσέλκυση ενδιαφερομένων για τις ειδικότητες αυτές κίνητρο για να παραμείνουν στο δημόσιο τομέα όσοι επιλέξουν αυτές τις ειδικότητες. Ακόμα πιο πέρα, φοβούμεθα ότι αυτό τελικά θα καταλήξει να γίνει επιδότηση νέων γιατρών, που στη συνέχεια θα επιλέξουν να εργαστούν στο εξωτερικό και φυσικά ούτε λόγος για επαναπατρισμό όσων ήδη βρίσκονται μόνιμα και εργάζονται στο εξωτερικό.

Επίσης, συνιστά αδικία το γεγονός ότι αυτό το πενιχρό επίδομα προβλέπεται μόνο για όσους επιλέξουν αυτές τις ειδικότητες μόνο από τώρα και στο εξής. Τι θα γίνει με αυτούς οι οποίοι τις επέλεξαν λίγο νωρίτερα; Θα εξαιρεθούν; Αυτό είναι μεγάλη αδικία. Χρειάζεται να προβλεφθεί πλήρης κάλυψη για όλους, αν η Κυβέρνηση σκοπεύει να δώσει κίνητρα και όχι να καταλήξει να δημιουργεί ειδικευόμενους με δύο μέτρα και δύο σταθμά. Πρέπει, λοιπόν, το οικονομικό κίνητρο να δοθεί και σε όσους είναι υπό διορισμό ή διορίστηκαν το τελευταίο έτος. Είναι άδικο να μην το λάβουν οι ειδικευμένοι γιατροί που υπηρετούν ήδη. Πρέπει το κίνητρο να λάβουν όλοι οι ειδικευόμενοι που υπηρετούν τώρα στις δύο αυτές ειδικότητες, κάτι το οποίο η «Ελληνική Λύση» θεωρεί ότι ο κρατικός προϋπολογισμός μπορεί να το υποστηρίξει. Επίσης, η Κυβέρνηση πρέπει να προβλέψει να χορηγήσει κίνητρο σε όλους τους γιατρούς, οι οποίοι μελλοντικά θα στηρίξουν παθολογικές κλινικές και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Απαιτείται το ΕΣΥ να στελεχωθεί με παθολόγους. Η παθολογία ήταν και θα είναι η βάση της ιατρικής επιστήμης και οι παθολόγοι είναι απαραίτητοι πυλώνες κάθε νοσοκομείου. Αντιθέτως, είναι προφανές ότι η ειδικότητα της παθολογίας στην Ελλάδα καταρρέει. Το ΕΣΥ σε όλη την ελληνική επικράτεια υποφέρει από μαζικές παραιτήσεις παθολόγων. Η Ηλεία έχει μείνει με ένα παθολόγο στο ΕΣΥ. Τα τελευταία, λοιπόν, δυόμισι χρόνια μετακινούνται καθημερινά παθολόγοι από την Αρκαδία και την Αχαΐα, προκειμένου το νοσοκομείο του Πύργου να είναι σε θέση να εφημερεύει. Στο γενικό νοσοκομείο Δράμας προ ημερών παραιτήθηκε και ο τελευταίος παθολόγος. Η Κυβέρνηση οφείλει να λάβει άμεσα μέτρα, διότι πλέον δεν έχουμε να κάνουμε με υποστελέχωση, αλλά με εκκωφαντική κατάρρευση στο ΕΣΥ.

Στο άρθρο 13, εγγραφή σε προσωπικό γιατρό, η «Ελληνική Λύση» θεωρεί, όπως επανειλημμένα έχουμε τονίσει, ότι ο θεσμός του προσωπικού γιατρού θα έπρεπε να σχετίζεται με τη λειτουργία του κατά τόπους δήμου. Ο δήμος, ο οποίος γνωρίζει τη δημογραφική και πληθυσμιακή ιδιαιτερότητα του, θα μπορεί να ορίζει, να διοχετεύει και να ρυθμίζει τη διαθεσιμότητα των προσωπικών και οικογενειακών ιατρών, καθώς και την εγγραφή των πολιτών του σε αυτό. Αυτό θα μπορεί επίσης να λειτουργήσει και σε επίπεδο περιοχών με ιδιαιτερότητες. Όπως για παράδειγμα, σε νησιωτικούς δήμους που μπορεί να περιλαμβάνουν πολλά νησιά με μικρό πληθυσμό, είτε ορεινές και δύσβατες περιοχές, με χαρακτηριστικό τους τους μικρούς οικισμούς και τις μεγάλες αποστάσεις, με κακό οδικό δίκτυο ή σε κακές καιρικές συνθήκες, και αυτό το έχω ζήσει.

Θεωρούμε πως για όλες τις κατηγορίες ο γεωγραφικός προορισμός θα έπρεπε να τίθεται σε επίπεδο περιφερειακής ενότητας. Αυτές οι γεωγραφικές ιδιαιτερότητες θα πρέπει να αποτελούν και κριτήριο για τον καθορισμό των αποδοχών των προσωπικών γιατρών σε νησιωτικές περιοχές είτε σε ορεινές και δύσβατες περιοχές. Δεν μπορεί να αποτελεί κριτήριο μόνο ο πληθυσμός και ο αριθμός των εγγεγραμμένων προσώπων. Πού να τους βρουν τόσους στον Άη Στράτη; Δεν συγκρίνεται η Αττική με την Ευρυτανία, ούτε με τη Φωκίδα, ούτε πληθυσμιακά, ούτε και σε επίπεδο προσβασιμότητας, είτε αποστάσεων. Δεν μπορεί να συγκρίνεις την προσβασιμότητα της Θεσσαλονίκης με τη δυσκολία στην προσβασιμότητα των Λειψών, του Καστελόριζου ή της Ανάφης. Άρα, αν η Κυβέρνηση σκοπεύει όντως να στηρίξει τους μόνιμους κατοίκους της περιφέρειας, οφείλει να χορηγήσει αξιοπρεπή κίνητρα και στους γιατρούς, αλλά και στους κατοίκους.

Ως προς το ίδιο άρθρο, αλλά και το επόμενο το άρθρο 14, το οποίο αναφέρεται στην ενημέρωση του ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου που θα υποστηρίξει το προσωρινό γιατρό, η «Ελληνική Λύση» θεωρεί ότι έχει πολλές ασάφειες και ανακρίβειες. Χρειάζεται η Κυβέρνηση να μας απαντήσει τα εξής. Αρχικά στο σύστημα για τον προσωπικό γιατρό θα μπορούν να εγγραφούν όλοι οι γιατροί ή μόνο συγκεκριμένοι; Ιδιωτικοί ή δημόσιοι γιατροί; Με ποια κριτήρια θα γίνεται εγγραφή; Θα υπάρχει κάποιο όριο γιατρών που θα μπορούν να εγγράφονται; Επίσης, πώς θα εγγράφονται οι ανασφάλιστοι και θα πραγματοποιούν τις εξετάσεις, από τη στιγμή που αυτοί έχουν πρόσβαση μόνο στο νοσοκομείο; Τέλος, πώς θα διασφαλίζεται η πρόσβαση των Ελλήνων πολιτών σε περίπτωση κατά την οποία οι θέσεις έχουν καλυφθεί;

Στην Ιταλία είχαμε τον προσωπικό γιατρό, τον οικογενειακό, με το καρτελάκι του Έλληνα από το δήμο. Στο δήμο επιλέγαμε εμείς τους γιατρούς και όταν αυτοί οι γιατροί δεν μας εξυπηρετούσαν όπως θέλαμε, και αυτό ήταν ένα σύμβολο που ήταν σαν κίνητρο, αν έχανε πολλούς ασθενείς κοβόταν και ο μισθός τους, ενώ, όταν είχε το φουλ, είχε το φουλ του μισθού. Οπότε είχε και ο ίδιος ο γιατρός ο οικογενειακός ένα κίνητρο, να είναι ευγενής, να είναι καλός γιατρός, να κάνει τις καλές του διαγνώσεις, για να μπορεί να κρατήσει όλο αυτό τον πληθυσμό των ασθενών.

 Τελειώνοντας, κύριε Υπουργέ, κύριε Πρόεδρε, επιτρέψτε μου να καταθέσω δύο λεπτά για μια προσωπική μου εμπειρία, που μου την εξιστόρησαν. Μια μόνιμος κάτοικος της Ίου, ενός νησιού το οποίο έχει μόνιμο πληθυσμό, αλλά και πολύ μεγάλη επισκεψιμότητα τουριστών, ωστόσο έχει λίγα καράβια σε σύγκριση με την κίνηση ειδικά το καλοκαίρι, μου περιέγραψε ότι ο πατέρας της πάσχει από άνοια και παράλληλα έχει ανάγκη από εξειδικευμένες εξετάσεις, αλλά και από τακτική παρακολούθηση σε γιατρούς και σε κέντρα είτε στο Ηράκλειο Κρήτης είτε στη Νάξο είτε ακόμα και στον Πειραιά.

Οι περισσότερες παραπομπές ήταν στο Ηράκλειο, με τακτικές επισκέψεις και τακτική παρακολούθηση. Λόγω άνοιας, όμως, ο πατέρας της έχει ανάγκη από μόνιμο συνοδό εκτός από αυτόν που θα συνοδεύει και θα διεκπεραιώνει τις διαδικασίες ταξιδιού, εισιτηρίων, επίσκεψη στο γιατρό, μετακίνησης. Το κόστος, λοιπόν, των ακτοπλοϊκών εισιτηρίων ήταν 80 ευρώ ανά άτομο. Τα τρία άτομα, λοιπόν, ήταν 240 ευρώ να πάνε και 240 ευρώ να έρθουνε, 480 ευρώ μόνο για να πάνε μια επίσκεψη. Δεν είναι τυχαίο ότι το ανέφερα, ότι τα μειωμένα ακτοπλοϊκά δρομολόγια συμπλήρωσε η κόρη του ασθενούς, εργαζόμενη και η ίδια στην Ίο και όλα αυτά υπό την προϋπόθεση ότι θα βρω εισιτήρια και μάλιστα τρία μαζεμένα καλοκαιριάτικα.

 Πείτε μας, λοιπόν, ποιος συνταξιούχος και ποιος μόνιμος κάτοικος αντέχει να μείνει μόνιμα στο νησί του, κάτω από αυτές τις συνθήκες; Ποιος δεν θα έφευγε πικραμένος τρέχοντας από τον τόπο του, αφού η Πολιτεία δίνει προτεραιότητα στον τουρίστα παρά στο μόνιμο κάτοικο; Δεν είναι, λοιπόν, φυσικό επακόλουθο η ερήμωση κάτω από αυτές τις συνθήκες του πληθυσμού στην Περιφέρεια;

 Η «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΛΥΣΗ» προτείνει κύριε Υπουργέ, με τελείως δωρεάν μετακίνηση, όπως γινόταν παλιά «τον καλό καιρό» - τον είχα προλάβει - των μόνιμων κατοίκων και των συνοδών τους. Με την επίδειξη παραπεμπτικού, είτε οποιουδήποτε εγγράφου, το οποίο να πιστοποιεί ραντεβού με γιατρό εκτός νησιού, αλλά και με τελείως δωρεάν μετακινήσεις και των γιατρών μπορεί να στηριχθεί ο πληθυσμός των νησιών μας. Κλείνω με την πρόταση που είχα κάνει στην προηγούμενη. Γιατί δεν αφήνετε τους γιατρούς τους χειρουργούς που λήγει η θητεία τους και βγαίνουν στη σύνταξη, όσοι θέλουν να παραμείνουν στο ΕΣΥ – που δεν έχουμε και τους χειρουργούς στα Δημόσια νοσοκομεία – να παραμείνουν; Λέτε ότι δεν λέμε προτάσεις. Τις λέμε, αλλά εμείς τις ακούμε μόνο. Σας ευχαριστώ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Προέδρος της Επιτροπής):** Σας ευχαριστούμε. Προχωρούμε, τον λόγο έχει ο Ειδικός Αγορητής της Κοινοβουλευτικής Ομάδας ‘’ΝΙΚΗ’’, ο κ. Παπαδόπουλος.

**ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΚΟ ΚΙΝΗΜΑ “ΝΙΚΗ”»):** Ευχαριστώ κύριε Πρόεδρε. Κύριοι Υπουργοί, να σας πω τις ενστάσεις μας, γιατί το παρόν νομοσχέδιο της αναμόρφωσης, λέει, του θεσμού του προσωπικού ιατρού και σύσταση πανεπιστημιακών κέντρων υγείας. Το λέτε αναμόρφωση, υπήρχε κάποια διαμόρφωση και την αναμορφώνετε; Δεν το ξέρουμε αυτό το πράγμα. Είναι πράγματα, μόνο τίτλοι, όσο καιρό είμαι εδώ στο Ελληνικό Κοινοβούλιο αυτό και μόνον αυτό εισπράττω. Σίγουρα το παρόν νομοσχέδιο δεν προάγει, όπως είπαμε πριν, καθόλου την αξιοπιστία του ΕΣΥ, γιατί δεν βλέπουμε πράγματα, τίποτα.

Είδαμε καμμιά πρόσληψη; Είπατε, ότι αυτό θα γίνει; Θα γίνουν Πανεπιστημιακά Κέντρα Υγείας πώς; Θα τα βάλουμε τους πανεπιστημιακούς απλώς στο Κέντρο Υγείας και κάναμε Πανεπιστημιακά Κέντρα Υγείας; Που είναι οι προσλήψεις; Αυτό είναι πραγματικά μια κοροϊδία του ελληνικού λαού, ένας εμπαιγμός του ελληνικού λαού. Χωρίς να γίνει πανεπιστημιακή έδρα να μπουν οι καθηγητές, επίκουροι αναπληρωτές καθηγητές, κ.λπ. με έδρα της οικογενειακής ιατρικής να λέτε ότι αναβαθμίζονται; Αυτά τα πράγματα είναι ανήκουστα. Μόνο εδώ στην Ελλάδα ακούω να τα λέτε και δεν ντρέπονται αυτοί που τα λένε;

 Απορώ, δηλαδή, δεν μπορεί να γίνει Πανεπιστημιακή έδρα χωρίς να πάρετε ανθρώπους με το αυτό το γνωστικό αντικείμενο. Αντίθετα, εμπαίζετε τον ελληνικό λαό και δεν το λέω προσωπικά για εσάς, την πολιτική λέω, ότι εμπαίζετε τον ελληνικό λαό και τον γυρνάτε δεκαετίες πίσω. Τα είπαν και οι συνάδελφοι. Πώς είναι δυνατόν να ασκεί πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και φροντίδα προσωπικού ιατρού ένας αγροτικός γιατρός ή ένας ειδικευόμενος;

 Εγώ θα σας πω προσωπικό μου παράδειγμα. Ήμουν καλός φοιτητής, αριστούχος τέλειωσα την Ιατρική στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο της Θεσσαλονίκης. Όταν πήγα από τις πρώτες μου εφημερίες στο Κέντρο Υγείας Κουφαλίων κατά τα ξημερώματα 2-3 μ.μ. ώρα έρχεται μια ασθενής –ήτανε σαν να διάβαζες τη νοσολογία του Harrison – με πόνο στο στήθος, κάθιδρη, έντρομη, αντανακλούσε πίσω στις ωμοπλάτες, όπως το περιγράφει ο Harrison, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Εγώ, ως υπεύθυνος, προσπάθησα να κινητοποιήσω το ΕΚΑΒ. Ειρήσθω εν παρόδω, τότε τα κέντρα υγείας είχανε τραυματιοφορείς, είχαν οδηγούς, είχαν, είχαν, είχαν. Τώρα, δεν έχουν τίποτα. Κινητοποιώ όλη την ομάδα και φωνάζω. Είχαμε και ειδικό γιατρό την κυρία Βλαχάκη – καλή της ώρα όπου είναι – μια σπουδαία γενική γιατρός, που μόλις την είδε μου κάνει εμένα νόημα να ησυχάσω, να ηρεμήσω και λέει στην ασθενή, ακούστε στιχομυθία, «βρε Μαρία, πώς ήξερες ότι πάλι εγώ εφημερεύω εδώ πέρα και μου χάλασες τον ύπνο;». Ήταν γνωστή στη γενική γιατρό, που ήξερε την κοινότητα, που ήξερε αυτά τα 1.000- 1.500 και θέλετε να τα κάνετε 2000, αλλά η ιατρός ήξερε στην κοινότητα την κοπέλα. Ποιος κάνει τι;

 Αυτή πάθαινε τέτοιες κρίσεις που υποδύεται διάφορα νοσήματα και έτσι ηρέμησε το σύστημα, γιατί αν περίμενε από εμένα στις πρώτες μου εφημερίες, θα έπρεπε να την στείλω στο νοσοκομείο. Καταλαβαίνετε τι σημασία από αυτό το απλό παράδειγμα του οικογενειακού γιατρού; Καταλαβαίνετε ότι είναι μια ξεχωριστή ειδικότητα, που παίρνει γνώσεις από όλες τις ειδικότητες και τις εφαρμόζει στην κοινότητα, γνωρίζοντας, δημιουργώντας δηλαδή, μια αλληλεπίδραση με τον ασθενή.

 Ένα δεύτερο παράδειγμα που θέλω να σας πω, αναφέρεται στην ανθρωπογεωγραφία και στο άρθρο 6, που λέει το εξής. Το μέμφτηκε η κυρία Αγαπηδάκη, πάλι με τον ωραίο της τρόπο. Πέστε ότι έρχεται ένα καρδιολογικό περιστατικό σαν το προηγούμενο που σας είπα και δίνουμε 2.000 άτομα να παρακολουθεί αυτός ο ιατρός. Δέστε, σε μια τέτοια επίσκεψη πρέπει να ξεντυθεί ο ασθενής, να του κάνει ένα καρδιογράφημα, να βρεθεί κάποιος να του πάρει τα ζωτικά σημεία, την πίεση, τους παλμούς, πόσες αναπνοές έχει – ξέρουν οι ιατροί – να του πάρει ένα ιστορικό. Ο πιο έμπειρος ιατρός θέλει τουλάχιστον 8 με 10 λεπτά να του κάνει και καρδιογράφημά. Όλα αυτά θέλουν χρόνο. Αν είναι μόνος του ένας οικογενειακός γιατρός, μόνο αυτά θέλουν περίπου 45 λεπτά, με μία ώρα.

Για αυτό επιμένουμε στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, να γίνεται από ομάδες και όχι έτσι «μπαλωματικά», από φοιτητές ή ανειδίκευτους γιατρούς, γιατί αυτά είναι σοβαρά πράγματα. Κάτι να ξεφύγει στο ιστορικό, στο μαιευτικό, στο χειρουργικό ιστορικό, ποια φάρμακα παίρνει, αν έχει κάνει άλλες επεμβάσεις, αυτά μπορεί να γίνουνε τραγικά ιατρικά λάθη, που ένας έμπειρος ιατρός από μακριά τα αντιλαμβάνεται. Γιατί αλλιώς πηγαίνουμε στο επίπεδο πρόληψης, όπως το είδαμε προχθές από τις τηλεοράσεις. Το είπε εδώ και η συνάδελφος κυρία Αθανασίου. Ασκεί προληπτική ιατρική και πρόληψη ο Πρωθυπουργός με σποτάκια βίντεο, που είναι απαράδεκτα, αντιεπιστημονικά και απορώ πως δεν υπάρχει ένας ιατρός.

Το ανέφερε πάρα πολύ καλά η κυρία Αθανασίου, αυτό ισχύει. Δηλαδή, 100 άτομα αν έχουν πολύποδες που είναι προκαρκινική κατάσταση, αδενωματώδης πολύποδες, αν είναι μικρού ή μεσαίου μεγέθους μόνο το 8% πιάνει αυτό το τεστ. Στην ουσία, αυτό πιάνει την αιμοσφαιρίνη στα κόπρανα. Δηλαδή, μόνο αν γίνει καρκίνος και υπάρχει αίμα στα κόπρανα, τότε μόνο ενδιαφέρεται ο Πρωθυπουργός. Αυτού του τύπου η προληπτική ιατρική είναι καταδικαστέα και δεν μπορεί να γίνει σε μια σοβαρή ευρωπαϊκή χώρα.

 Ένα άλλο, που φαίνεται η παντελής αδιαφορία σας για το δημόσιο σύστημα υγείας, πάλι με παράδειγμα – εξαιρείται ο παρών Υπουργός οι υπόλοιποι δύο που είδα – λόγω ειδικότητας. Μας φωνάξαν σε μια πρωτοκλασάτη ιδιωτική κλινική υγείας και χάρηκα και αισθάνθηκα και εγώ μετά από καιρό ιατρός. Είδα ότι φέρανε συνάδελφο και ήτανε εκεί Υπουργοί σας και το ξέρουνε, από Σιγκαπούρη και από άλλες χώρες, όπως Αμερική και Ασία. Βάλανε διευθυντή στην κλινική για να τραβήξει κόσμο και να βρει ο καθένας την υγειά του. Ρωτώ εσάς, πέστε μου, προκαλώ τους Υπουργούς. Τα τελευταία πέντε χρόνια που είναι η Κυβέρνηση της Νέας Δημοκρατίας, φέρατε έναν διευθυντή συντονιστή που να είναι εξειδικευμένος στις νέες τεχνικές, στα «minimal events» για να τραβήξει κόσμο; Να πούμε να το Ε.Σ.Υ. μας, να το, πάμε εκεί.

 Απλώς προμοτάρουμε τον ιδιωτικό τομέα ασύστολα. Αφήστε δε, που σε κάθε νομοσχέδιο βλέπουμε ότι η ιδιωτικοποίηση γίνεται ολοένα και φανερότερη. Στα απογευματινά ιατρεία στην ουσία νομιμοποιούμε το «φακελάκι». Ακόμα και με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση είχαμε τέτοια φαινόμενα και τώρα με τους αμιγώς ιδιώτες, δηλαδή αυτοί που έχουν χρήματα, τους «κλείνει το μάτι» η Κυβέρνηση «μια χαρά είστε», πάει στον ιδιώτη, ο άλλος «άσ’ τον, θα πάει στον φοιτητή». Όσο καλός γιατρός, όσο άριστος και να είναι ο φοιτητής, του λείπει κάτι πολύ σημαντικό που δεν αναπληρώνεται ούτε με διάβασμα, ούτε με τίποτα, η εμπειρία και η εμπειρία στην ιατρική είναι αναντικατάστατη. Ας βρεθεί κάποιος να πει το αντίθετο. Όποιος το πει, φέρτε τον να μιλήσει μαζί μου.

Δεν θέλουμε ούτε να λαϊκίσουμε, προς Θεού, την αλήθεια θέλουμε να πούμε, όλοι πιστεύω ότι θέλουμε, για το καλό του ελληνικού λαού, αλλά βλέπουμε ότι η Κυβέρνηση είναι αδύναμη, δεν μπορεί. Είπαν και οι συνάδελφοι ότι γίνανε επανειλημμένα τέτοια νομοσχέδια, που, στην ουσία, κατέληξαν στο μηδέν, στο τίποτα. Έγιναν και επί Πλεύρη και άλλα και πάλι μετά από κανένα χρόνο πάλι την ίδια αναμόρφωση θα έχουμε, αποτέλεσμα μηδέν. Πού οφείλεται αυτό; Αυτό οφείλεται στο ότι ξένα κέντρα παίρνουν αποφάσεις εδώ. Τα νομοσχέδια, δεν ξέρω, έρχονται «πακέτο», δεν ξέρω τι γίνεται. Ας μας πουν οι ειδικοί επί του θέματος.

 Επίσης από τους φορείς μάθαμε το τραγικό, και το θέτω εδώ υπόψιν όλων, ότι το 50% των αποφοίτων της ιατρικής δεν βλέπουν μέλλον, δεν βλέπουν δηλαδή στον «ήλιο μοίρα» στη χώρα μας. Αυτό πρέπει να προβληματίζει και να συγκινήσει και να στεναχωρήσει όλους μας και να μην μας αφήσει να κοιμηθούμε σήμερα το βράδυ, όταν το 50% της «αφρόκρεμας» των φοιτητών μας κοιτάζει να φύγει από τη χώρα μας. Επίσης, ξέρουμε ότι τα τελευταία χρόνια έχουν φύγει 20.000 γιατροί, οι οποίοι είναι περιζήτητοι έξω οι Έλληνες γιατροί και αυτοί που φεύγουν, φεύγουν με περγαμηνές, φεύγουν και γίνονται ανάρπαστοι.

Εδώ, όμως, τους «γυρίζουμε την πλάτη». Εδώ με σοβαρά βιογραφικά δεν τους σέβεται κανείς, δεν ανοίγει ούτε μια θέση στο ΕΣΥ για αυτούς τους ανθρώπους. Είναι λυπηρά πράγματα όλα αυτά και θέλω να τα θέσω υπόψιν σας. Επίσης, θα πω – το υπαινίχθηκαν κι άλλοι συνάδελφοι – για τη νησιωτική χώρα, που εκεί οι πολίτες είναι τέταρτης κατηγορίας. Είδατε, μόνο για να μεταφερθούν θέλουν μια περιουσία. Δεν γίνεται τίποτα, τα Νοσοκομεία είναι υποστελεχωμένα και δεν τα βάζουμε όλα έτσι για στείρα αντιπολιτευτική πολιτική. Δείτε τα κέντρα υγείας, τα νοσοκομεία για να κλείσει ένα ραντεβού ένας σε νησιωτική περιοχή πρέπει να είναι τουλάχιστον τυχερός.

Αλλά θέλω να ανεχτείτε κάτι που θα πω. Είμαι Βουλευτής στη Β΄ Περιφέρεια της Θεσσαλονίκης και χθες είχαμε την τιμή να έρθει ο κύριος Έντι Ράμα εκεί πέρα, ο οποίος είπε ότι «ο όρος Βορειοηπειρώτες και Βόρειος Ήπειρος είναι πεθαμένος όρος, είναι νεκρός» και δεν βρέθηκε ένας – δεν έχουμε Πρωθυπουργό, δεν έχουμε Υπουργό Εξωτερικών – να του πει κάτι ή να του στείλει «να πάει από εκεί που ήρθε»; Ξέρετε πολύ καλά ότι η μειονότητα η Ελληνική στη Βόρειο Ήπειρο είναι η μόνη αναγνωρισμένη μειονότητα διεθνώς. Υπάρχει Διεθνής Συνθήκη της Κέρκυρας το 1914, που και οι μεγάλες δυνάμεις και η Ελλάδα και η Αλβανία την αναγνώρισαν. Εδώ ποδοπατείται, δεν την αναφέρει κανείς που αναγνωρίζει σαφώς στην Βόρειο Ήπειρο, ακριβώς τα γεωγραφικά της όρια, την εθνότητα, την γλώσσα και την θρησκεία. Λυπάμαι πολύ για το κατάντημα της Νέας Δημοκρατίας. Λυπάμαι πάρα πολύ. Ευχαριστώ πολύ κύριε Πρόεδρε.

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

Τον λόγο έχει ο Υπουργός, κύριος Βαρτζόπουλος.

**ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΒΑΡΤΖΟΠΟΥΛΟΣ (Υφυπουργός Υγείας):** Θα μου επιτρέψετε να πω το εξής, κύριε Παπαδόπουλε και συνάδελφε από την «ΝΙΚΗ», ότι δεν επιτρέπω ούτε σε εσάς, ούτε σε κανέναν να αμφισβητήσει το εθνικό συναίσθημα και τον τρόπο με τον οποίον η Ελληνική Κυβέρνηση υπερασπίζεται τα εθνικά και δίκαια. Θέλω να σας υπενθυμίζω απλώς ότι εμείς είμαστε η πρώτη κυβέρνηση στην ιστορία του έθνους, στην ιστορία του Ελληνικού Κράτους τουλάχιστον, η οποία όρισε Ευρωβουλευτή Εκπρόσωπο από τη Βόρειο Ήπειρο. Νομίζω ότι τα λόγια είναι περιττά, όταν οι πράξεις δείχνουν αυτό το οποίο πρέπει να δείξουν.

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

**ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ (Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΚΟ ΠΑΤΡΙΩΤΙΚΟ ΚΙΝΗΜΑ “ΝΙΚΗ”):** Και δεν αντιδράσατε όταν τον έδιωξε ο Έντι Ράμα από τα Τίρανα.

**ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΒΑΡΤΖΟΠΟΥΛΟΣ (Υφυπουργός Υγείας):** Κύριε Παπαδόπουλε, όχι απλώς αντιδράσαμε, αλλά τον εκλέξαμε Ευρωβουλευτή, εμείς. Ποιος το έκανε αυτό μέχρι τώρα; Ουδείς.

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

**ΠΕΤΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ** (**Ειδικός Αγορητής της Κ.Ο. «ΣΠΑΡΤΙΑΤΕΣ»):** Ευχαριστώ πολύ, κύριε Πρόεδρε. Κύριε Υφυπουργέ, κυρίες και κύριοι συνάδελφοι, δυόμιση χρόνια μετά την ψήφιση του προσωπικού γιατρού, έρχεται ένα ακόμα νομοσχέδιο, το οποίο ως σκοπό του θέτει, στο άρθρο 1, τη βελτίωση του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και δημόσιας υγείας μέσω της αναμόρφωσης, όπως λέει, του θεσμού του προσωπικού ιατρού. Θα πρέπει να πούμε πως στην αιτιολογική έκθεση, εμμέσως πλην σαφώς, γίνεται μια αποδοχή της αποτυχίας του θεσμού του προσωπικού ιατρού, γιατί γίνεται αποδεκτό πως έως και σήμερα το 45% μόνο των πολιτών έχει δώσει προσωπικό γιατρό και τι φταίειγια αυτό εδώ, ιδιαίτερα χαμηλές αμοιβές, η ελλιπής ενημέρωση και κυρίως τα ελλιπή κίνητρα.

Θα ήθελα, μάλιστα να πω κιόλας, κατά την άποψή μας, πως η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι κάτι πάρα πολύ σημαντικό. Για εμάς προσωπικά δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται επιδερμικά, διότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι ο θεμέλιος λίθος κάθε σοβαρού συστήματος υγείας. Σε όλες τις προηγμένες χώρες του κόσμου αποτελεί την πρώτη, την είσοδο του ασθενούς στο σύστημα υγείας και, ουσιαστικά, αποτελεί την καλύτερη λύση, τον καλύτερο τρόπο αντιμετώπισης για την αποσυμφόρηση των νοσοκομείων. Ουσιαστικά, ο πολίτης να μην πηγαίνει με το παραμικρό στο νοσοκομείο, αλλά να αντιμετωπίζει προληπτικά το περιστατικό, το σύστημα υγείας, από την αρχή, χωρίς να χρειάζεται να φροντίζεται από τα νοσοκομεία μας, πράγμα το οποίο δυστυχώς, στην Ελλάδα γίνεται. Τα νοσοκομεία μας, δυστυχώς, μια ζωή πιέζονται και τα πιέζουμε συνεχώς, διότι δεν έχουμε μία σωστά δομημένη δωρεάν φροντίδα υγείας.

Αναφορικά με τον προσωπικό ιατρό, εάν κάποιος διαβάσει στο άρθρο 3, τα καθήκοντα με τα οποία επιφορτίζονται οι προσωπικοί ιατροί, τα οποία είναι πάρα πολλά και σοβαρά, θα συνειδητοποιήσει το εξής. Για να ασκήσει κάποιος προσωπικός ιατρός αυτά τα καθήκοντα πρέπει να έχει δύο πράγματα, δύο ιδιότητες, πρώτον, εξειδίκευση και, δεύτερον, εμπειρία. Δυστυχώς, όμως, στο παρόν νομοσχέδιο, λίγο παρακάτω, μπαίνουν και οι γιατροί οι οποίοι δεν έχουν τίποτα από τα δύο και δεν ξέρω κατά πόσο μπορεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά; Εξηγούμαι.

Πρώτον, στο άρθρο 5, στις κατηγορίες προσωπικών ιατρών, δίνεται η δυνατότητα να υπάρξει δήλωση προσωπικού ιατρού ακόμα και ιδιώτη, τον οποίο ο ασθενής θα πληρώνει. Θέλω να ρωτήσω, ένας άνθρωπος θα δηλώσει κάποιον ιατρό που θα επιβαρύνεται οικονομικά; Δεν νομίζω. Προσωπικά, νομίζω, θα αποφύγουν όλοι αυτή την επιλογή. Οπότε πολύ φοβάμαι ότι πάρα πολλοί πολίτες δεν θα δηλώσουν ιδιώτη ιατρό.

Ένα άλλο που θα ήθελα να πω και στο άρθρο 6, για την πληθυσμιακή κάλυψη, ουσιαστικά ο ανώτατος εγγεγραμμένος πληθυσμός για τους προσωπικούς ιατρούς καθορίζεται σε 2.000 εγγεγραμμένους λήπτες υπηρεσιών υγείας. Δεν ξέρω κατά πόσον ένας γιατρός θα μπορέσει να παρακολουθήσει αποτελεσματικά 2.000 άτομα; Το θεωρώ λίγο δύσκολο έως και απίθανο. Γνωρίζοντας ουσιαστικά και τους γιατρούς, γνωρίζω πολλούς γιατρούς και είναι πάρα πολύ δύσκολο και απίθανο να το πράξει αυτό στην πράξη και ουσιαστικά να παράσχει αποτελεσματικές παροχές υγείας.

Ένα άλλο θέμα που θέλω να θίξω, το άρθρο 7. Ουσιαστικά, προβλέπεται πως προσωπικοί ιατροί θα δηλώνονται ακόμα και οι γιατροί του ΕΣΥ που υπηρετούν σε νοσοκομεία, σε ΤΟΜΥ, γενικώς σε κλάδους του ΕΣΥ. Θα ήθελα να ρωτήσω, οι γιατροί του ΕΣΥ, οι οποίοι καταπονούνται, οι οποίοι παρέχουν υπηρεσίες σε υποστελεχωμένα νοσοκομεία, που δεν έχουν εξοπλισμό, που έχουν εφημερίες, που έχουν επείγοντα, θα μπορέσουν να παράσχουν αποτελεσματικές υπηρεσίες προσωπικού ιατρού; Θα τους κατηγορήσουμεακόμα και για αυτό; Πολύ φοβάμαι ότι δεν θα υπάρξει αποτέλεσμα, ούτε θα εφαρμοστεί σωστά αυτό το μέτρο.

 Ένα άλλο που ήθελα να θίξω, στο άρθρο 8 δίνεται η δυνατότητα ακόμα και στους λεγόμενους γιατρούς της υπαίθρου, τους αγροτικούς γιατρούς, να εγγράφονται, να δηλώνονται ως προσωπικοί ιατροί. Να πω ότι οι αγροτικοί γιατροί δεν έχουν καν ειδικότητα και κάθε έναν χρόνο αλλάζουν. Να το πω νομικά, εγώ δεν είμαι γιατρός, αλλά είμαι δικηγόρος. Είναι σαν να λες σε κάποιον απόφοιτο νομικής που δεν έχει κάνει καν άσκηση δικηγορίας, «κοίταξε, δεν έχει σημασία, έχεις πάρει το πτυχίο, πήγαινε στη δικαστική αίθουσα για να υπερασπιστείς κάποιον κατηγορούμενο» ή «πήγαινε σε μια αίθουσα να αντικρούσεις μια αγωγή». Δεν γίνεται αυτό το πράγμα. Πρέπει να υπάρχει εξειδίκευση, πρέπει να υπάρχει εμπειρία.

Οι αγροτικοί ιατροί δυστυχώς δεν την έχουν. Δεν τους υποτιμώ, αλλά άλλο πράγμα να είσαι ένας καλός απόφοιτος ιατρικής, όπως ειπώθηκε από τον προηγούμενο συνάδελφο, και άλλο πράγμα να έχεις την απαραίτητη εμπειρία καικατάρτιση για να αντιμετωπίσεις ένα περιστατικό. Μάλιστα, ο κ. Εξαδάκτυλος το έθιξε αυτό το ζήτημα. Ο κ. Εξαδάκτυλος, ως γνωστόν είναι φίλα προσκείμενος στην Κυβέρνηση. Δεν νομίζω ότι ο κ. Εξαδάκτυλος αποφάσισε ξαφνικά να λαϊκίσει, να κάνει αντιπολίτευση ή δεν θέλει να υπάρχουν γιατροί σωστοί στην πρόνοια υγείας. Δεν νομίζω να συμβαίνει τίποτα από τα δύο.

Απλώς, επισημάνθηκε κάτι πολύ γνωστό. Δεν μπορεί να βάζουμε γιατρούς οι οποίοι δεν έχουν κάνει ειδικότητα και οι οποίοι μόλις έχουν αποφοιτήσει από την ιατρική να παράσχουν υπηρεσίες οικογενειακού γιατρού και να προσπαθούμε να τους επιφορτίσουμε με ένα σωρό καθήκοντα προληπτικά, για τα οποία δεν γνωρίζω εάν έχουν την εμπειρία. Προσέξτε, όχι τη θέληση, αλλά την εμπειρία ώστε να τα φέρουν εις πέρας.

 Ένα άλλο που θα ήθελα να πω για το άρθρο 10, ακόμα και τώρα υποχρεώνουμε ειδικευόμενους ιατρούς υποχρεωτικά να παράσχουν υπηρεσίες ενός χρόνου, δηλαδή ουσιαστικά τους επιστρατεύουμε. Κοινώς, τι γίνεται εδώ πέρα; Ειπώθηκε από τον Υπουργό ότι είναι μία λύση ανάγκης, γιατί δεν έχουμε πλήρη πληθυσμιακή κάλυψη και απαιτείται να φτάσουμε στο 85% για να πάρουμε τα χρήματα το Ταμείο Ανάκαμψης. Ξέρετε τι είναι το πρόβλημα; Το πρόβλημα δεν είναι μόνο πάρουμε τα χρήματα και να φτάσουμε στο 85%. Το πρόβλημα είναι τι παροχές Υγείας έχουν οι Έλληνες πολίτες. Αυτό είναι το πρόβλημα και έχει να κάνει με την υγεία και είναι πάρα πολύ σημαντικό.

 Τώρα, το να βάζουμε μέσα ανειδίκευτους ιατρούς, αγροτικούς ιατρούς, άτομα που δεν έχουμε τελειώσει την ειδικότητα και όλους μαζί σε ένα σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μαζί με τους νοσοκομειακούς γιατρούς, ουσιαστικά θα συντελέσει στη δημιουργία ενός συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας το οποίο θα είναι πολλαπλών ταχυτήτων, θα υπάρχουν ανισότητες και κυρίως δεν θα παρέχονται αποτελεσματικά οι υπηρεσίες που αξίζουν οι πολίτες. Εμείς, θα θέλαμε να υπάρχουν συναφείς ειδικότητες, ώστε να προσελκύσουμε γιατρούς που να έχουν εμπειρία.

Να σας πω κάτι άλλο, επειδή ακούστηκαν προτάσεις. Είναι λυπηρό να έχουν φύγει από την πατρίδα 20.000 ιατροί. Ας δοθούν κίνητρα επιτέλους αυτοί οι γιατροί να γυρίσουν πίσω. Εμείς, οι Έλληνες φορολογούμενοι και όλη η Ελλάδα, επενδύσαμε σε αυτούς για να μείνουν εδώ και για να εξυπηρετούν τον Έλληνα και Ελληνίδα και όχι να φύγουν στο εξωτερικό. Λυπάμαι πολύ που το λέω. Κάθε Έλληνας επιστήμονας και κάθε ιατρός που φεύγει στο εξωτερικό είναι πληγή για μας, διότι εμείς οι φορολογούμενοι πληρώσαμε αυτοί οι άνθρωποι να μείνουν εδώ και όχι να φύγουν στο εξωτερικό. Ας δώσουμε λοιπόν κίνητρα σε αυτούς τους ανθρώπους να μείνουν εδώ πέρα.

 Επίσης, είναι λυπηρό να ακούω από τον γιατρό, τον κύριο Εξαδάχτυλο, ότι περίπου οι μισοί γιατροί θέλουν να φύγουν στο εξωτερικό. Λυπάμαι που το λέω, αυτό είναι το όραμα που δίνουμε; Η ιατρική για μένα προσωπικά – και δεν είμαι γιατρός – είναι η κορυφαία των επιστημών, καθώς έχει να κάνει με τη ζωή και με την υγεία. Πρέπει, λοιπόν, για όλους τους ανθρώπους για τους οποίους έχουμε πληρώσει για να σπουδάσουν, να μείνουν στον τόπο τους και να τους δώσουμε κίνητρα για να μείνουν εδώ και όχι να φεύγουν στο εξωτερικό και να έχουμε μονίμως κενά. Επίσης, πολύ φοβάμαι ότι με τα αναιμικά κίνητρα που δίνουμε, μονίμως θα έχουμε πρόβλημα και θα έχουμε μονίμως ελλείψεις και μονίμως το σύστημα υγείας θα έχει πρόβλημα, δυστυχώς.

 Τώρα, θέλω να πω για την εγγραφή σε προσωπικό ιατρό, ναι μεν να γίνετε σε δήμους σε επίπεδο δήμων και περιφερειακής ενότητας, όμως θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι ιδιαίτερες γεωγραφικές συνθήκες, δηλαδή το «ανάγλυφο». Είναι άλλο πράγμα να είσαι σε νησί, άλλο πράγμα να είσαι σε ακριτική περιοχή, άλλο πράγμα σε μια ορεινή περιοχή και άλλο πράγμα σε μια μεγάλη πόλη. Αυτό είναι τελείως διαφορετικό. Πρέπει να ληφθεί υπόψη η ανθρωπογεωγραφία, το ανάγλυφο να ξέρετε ότι μονίμως θα υπάρχουν προβλήματα στα νησιά με γιατρούς. Αιτία είναι το υψηλό κόστος ζωής και το υψηλό κόστος μεταφοράς. Εγώ θα ήθελα να δοθούν εξτρά κίνητρα σε γιατρούς που θα πηγαίνουν σε νησιωτικές περιοχές, σε ακριτικές περιοχές και σε ορεινές περιοχές και να έχουν μια σειρά από φοροαπαλλαγές. Δηλαδή, να υπάρξει ένα ειδικό καθεστώς προνομιακό, ώστε οι άνθρωποι να μπορούν να πληρώνουν χαμηλότερα ενοίκια για να μπορούν να μείνουν εκεί, να μην φεύγουν και να μην υπάρχουν κενά. Είναι κρίμα οι κάτοικοι των νησιών και των ακριτικών περιοχών να μην έχουν γιατρούς το 2024.

Είναι πράγματα τα οποία μπορούν να γίνουν και αν υπάρχει θέληση μπορούμε να τα κάνουμε, αλλά θα πρέπει να θέλουμε. Το λέω γιατί πραγματικά έχω ακούσει πολλούς στην Κυβέρνηση να λένε ότι εμείς ενδιαφερόμαστε για την υγεία των πολιτών. Ναι, αν θέλετε να ενδιαφερθείτε, δείξτε το στην πράξη. Επανδρώστε τα νοσοκομεία, φροντίστε οι γιατροί να έχουν την κατάλληλη ειδίκευση και κατάρτιση, να υπάρχουν προσλήψεις. Επίσης, επειδή ακούω πάρα πολλούς να λένε «εάν προσλάβουμε γιατρούς θα έχουμε προβλήματα δημοσιονομικά, θα πληρώνει ο φορολογούμενος». Εγώ, ως Έλληνας φορολογούμενος δηλώνω ότι επιθυμώ να πηγαίνουν εκεί τα χρήματά μου. Θέλω να πληρώσω γιατρούς, θέλω να πληρώσω πυροσβέστες και θέλω να πληρώνω εκεί που πρέπει και όχι αλλού. Εγώ πληρώνω και θέλω να πληρώνω φόρο να πηγαίνει εκεί, ώστε να μπορώ να δω ένα γιατρό στο νοσοκομείο, να έχω τον δικό μου γιατρό, να έχω τον πυροσβέστη ο οποίος θα σβήνει φωτιές. Δεν μπορεί να υπάρχουν κενά.

Για τα πανεπιστημιακά κέντρα υγείας, ναι, υπάρχει ένας καλός σκοπός, όμως δεν ξέρω κατά πόσο θα μπορέσει να υλοποιηθεί με τα κενά που υπάρχουν. Είπε η κυρία Περδικάκη, αν θυμάμαι καλά, ότι θα πρέπει να γίνει ένα φυτώριο ακαδημαϊκό. Ναι, να γίνει. Δεν το βλέπω στο νομοσχέδιο, όμως. Ας υπάρξει. Είναι ωραίο να τα λέμε, είναι ωραίο να τα θεσπίζουμε. Να δούμε και πώς θα υλοποιηθούν.

Για τα υπόλοιπα άρθρα θα τοποθετηθώ στη δεύτερη ανάγνωση. Θέλω να πω ότι κάποια στιγμή – αυτό το ζω και στα νομοσχέδια του Υπουργείου Δικαιοσύνης – πέρα από τους δημοσιονομικούς στόχους, «να πάρουμε το Ταμείο Ανάκαμψης, να πάρουμε κάποια χρήματα», πρέπει να βλέπουμε και το συμφέρον του μέσου Έλληνα πολίτη. Το Ταμείο Ανάκαμψης θα το πάρουμε, οι πολίτες θα έχουν, όμως, τις κατάλληλες παροχές υγείας; Φοβάμαι πως όχι με τον τρόπο που δομείται αυτό το σύστημα υγείας.

Εγώ, θέλω να υπάρχει Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, να έχει, όμως, καταρτισμένους ιατρούς, να μην υπάρχει θέμα πρόσβασης, να μη βάζουμε γιατρούς, οι οποίοι είναι ακόμα αγροτικοί ιατροί και δεν έχουν εξειδίκευση, δεν έχουν ειδικότητα. Αυτό θέλω να γίνει. Να έχει ο πολίτης μια πρόσβαση στο σύστημα υγείας και να νιώθει μια ασφάλεια, γιατί πάνω από όλα είναι η υγεία των πολιτών. Δεν είναι μόνο το Ταμείο Ανάκαμψης. Να το πάρουμε, όμως το θέμα είναι τι υπηρεσίες υγείας θα έχουν οι πολίτες. Είναι πάρα πολύ σημαντικό για μένα και είναι πολύ σημαντικό και πιο σημαντικό, διότι έχουμε να κάνουμε με την υγεία των πολιτών. Ευχαριστώ πάρα πολύ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε και εμείς. Έχει ζητήσει το λόγο μία βουλευτής που δεν είναι μέλος της Επιτροπής μας, η κυρία Τζούφη.

Για 5 λεπτά, κυρία Τζούφη, έχετε τον λόγο.

**ΜΕΡΟΠΗ ΤΖΟΥΦΗ:** Παρότι δεν είμαι μέλος της Επιτροπής σας, όπως βλέπετε, παρακολουθώ όλη τη συνεδρίαση, κ. Πρόεδρε και ευχαριστώ. Αυτό σημαίνει ότι, πραγματικά, θέλω να τοποθετηθώ σε ζητήματα πάρα πολύ κρίσιμα, με την ιδιότητά μου ότι έχω υπηρετήσει το χώρο της δευτεροβάθμιας και της τριτοβάθμιας υγείας για πάρα πολλά χρόνια. Άρα, υπάρχει μια μακρά εμπειρία και ένα δεδομένο ενδιαφέρον, όπως και πολλοί άλλοι συνάδελφοι.

Εμείς, λοιπόν, εκφράσαμε σοβαρότατες ενστάσεις, ακριβώς, για τον τρόπο που νομοθετεί η Κυβέρνηση σε αυτό το συγκεκριμένο νομοσχέδιο και όχι μόνο. Θεωρούμε ότι είναι μία επιλογή απαξίωσης της δημόσιας υγείας. Όπως είπα και την προηγούμενη φορά, εδώ έχουμε απαξίωση πολύ σημαντική σε βασικές κλινικές περιφερειακών νοσοκομείων, κυρίως, από τις ελλείψεις παθολόγων – σε Δράμα, Άρτα, Κρήτη – και υπάρχουν κοινωνικές κινητοποιήσεις που απαιτούν την επίλυση αυτών των προβλημάτων. Σε αυτήν τη συγκεκριμένη πολιτική ταυτόχρονα βλέπουμε ότι αυξάνονται ραγδαία τα κέρδη, τα οποία κάνουν τα μεγάλα ιδιωτικά συμφέροντα στον χώρο της υγείας ή και τα μικρότερα.

Ερχόμαστε, λοιπόν, σε αυτές τις συγκεκριμένες συνθήκες με αυτή την πολιτική επιλογή και φέρνουμε ένα νομοσχέδιο για τον προσωπικό γιατρό – το δεύτερο αυτής της Κυβέρνησης – αποσπασματικό, ανεπαρκές και το οποίο, δυστυχώς, αυξάνει τις ανισότητες στην παροχή των υπηρεσιών υγείας. Υπήρχε κάτι που μας ρώτησε ο Υπουργός; Υπήρχε η δυνατότητα να ενισχυθεί η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μέσω δημοσίων επενδύσεων. Επέλεξε, όμως, να αφήσει τις δημόσιες δομές χωρίς να τις ενισχύσει, τις ΤΟΜΥ και τα Κέντρα Υγείας, ενώ υπήρχαν οι πόροι και πριν και στη διάρκεια της πανδημίας και να προωθήσει ιδιωτικές λύσεις με προσωρινά, δυστυχώς, κονδύλια του Ταμείου Ανάκαμψης.

Για να δώσω και νούμερα, υπήρχαν σε πολύ δύσκολες συνθήκες 127 ΤΟΜΥ που λειτουργούσαν, πολλά Κέντρα Υγείας και 1.100 γιατροί και λοιποί επαγγελματίες υγείας που πολλοί από αυτούς ακριβώς, διότι δεν αναβαθμίστηκαν οι θέσεις τους, δεν μπήκαν μέσα στον Κρατικό Προϋπολογισμό, για να συνεχιστεί αυτό το πρόγραμμα που είχε εγκριθεί από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και είχε βραβευθεί, είχε αξιολογηθεί θετικά και από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας που το χρηματοδοτούσε, αλλά και από τους χρήστες. Το αφήσατε, δυστυχώς, να υποβαθμιστεί, να καταρρεύσει και, φυσικά, ένας κόσμος που το υπηρετούσε, να αισθάνεται ότι δεν τον αφορά και φεύγει.

Άρα, επειδή εδώ ειπώθηκε ότι εμείς, με τις κουβέντες μας, απαξιώνουμε το θεσμό του προσωπικού ή το σωστό όπως θα ήταν του οικογενειακού γιατρού, η υποβάθμιση γίνεται από εκείνους που σε μία νύχτα μετονομάζουν και αναγορεύουν τους ανειδίκευτους γιατρούς σε ειδικευμένους. Αυτό γυρίζει δεκαετίες τα πράγματα πίσω. Ειπώθηκε από τους περισσότερους σήμερα στην προηγούμενη συζήτηση, ότι αυτό είναι αρνητική επιλογή, αλλά και από τον ίδιο τον Υπουργό ότι είναι λύση ανάγκης. Αυτό που δεν λέτε είναι ότι είναι λύση υποβάθμισης. Δηλαδή, ονομάζεται τους αγροτικούς γιατρούς και τους ειδικευόμενους, που, όπως ξέρετε, αυτό απαγορεύεται από το νόμο, ούτε κατά παρέκκλιση δεν επιτρέπεται, διότι ποιος θα έχει την ευθύνη αν συμβεί κάτι; Ξέρουμε ότι οι ειδικευόμενοι είναι υπό την εποπτεία ειδικευμένου γιατρού και οι αγροτικοί γιατροί έχουν συγκεκριμένη αποστολή και ξέρετε ότι αυτό αντίκειται και στις νομοθεσίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και τις απόψεις που έχει για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας.

Παρ όλα αυτά, προχωράτε σε αυτή την λεγόμενη μεταρρύθμιση, η οποία, επιτρέψτε μου να πω, είναι περαιτέρω απορρύθμιση – εμπρός, πίσω – την όποια πώς χειρίζεστε επικοινωνιακά για να της δώσετε κύρος; Με τα Πανεπιστημιακά Κέντρα Υγείας. Εδώ ειπώθηκε και ομολογήθηκε ότι αυτή η προσπάθεια είχε ξεκινήσει ήδη από το 2017 ως ακαδημαϊκές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη Θεσσαλονίκη, στην Κρήτη, στα Γιάννενα. Δόθηκε και η ειδικότητα, υπήρχαν και μέλη ΔΕΠ που πήγαν σε αυτήν την κατεύθυνση και το αφήσατε για 5 χρόνια, χωρίς να κάνετε κάτι και τώρα μετονομάζετε κέντρα υγείας σε Πανεπιστημιακά, τα οποία θα κληθούν να κάνουν πολλά πράγματα και να κάνουν τη νοσηλευτική δουλειά, αλλά και εκπαίδευση και τηλεϊατρική και πρόληψη.

Άρα, ουσιαστικά, δεν δομείτε κάτι καινούργιο. Απλώς, έχουμε και εδώ μια μετονομασία και, μάλιστα, σε αντίθεση με τις ακαδημαϊκές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, εκεί προβλέπονταν, σε σχέση με τα Πανεπιστημιακά Κέντρα, και άλλες επιστήμες Υγείας. Εδώ η προσέγγιση είναι μόνο η ιατροκεντρική, όταν ο βασικός πυρήνας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι η ομάδα υγείας που ασχολείται με τον πληθυσμό να κάνει κοινωνικό ρόλο, όπως προβλέπεται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας.

Ειπώθηκε ότι, «εν πάση περιπτώσει, εδώ τι θέλουμε να κάνουμε, δεν έχουμε δυνατότητες, πάμε να καλύψουμε καθολικά τον πληθυσμό». Πώς τον καλύπτουμε όμως; Έχει την ίδια προσβασιμότητα; Έχει την ισοτιμία; Ήδη εδώ ειπώθηκε από προσκεκλημένους, ότι εδώ μπορούν να γίνονται συμφωνίες μεταξύ των ιδιωτικών ιατρείων και των ασθενών. Ειπώθηκε ότι εδώ πρέπει να αντιστρατευτούμε τον κρατισμό. Ειπώθηκε ότι έχουμε ανάγκη από ιδιωτικά κέντρα υγείας, επομένως ο προσανατολισμός της Κυβέρνησης είναι, διά της υποβάθμισης της παροχής υπηρεσιών και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, να υπάρξει καταφυγή του κόσμου, προκειμένου να βρει αξιόπιστες υπηρεσίες, προς τον ιδιωτικό τομέα. Για ποιους όμως; Για αυτούς που θα μπορούν να το κάνουν.

Αυτό καταγράφεται, διότι την τελευταία πενταετία έχουμε διπλασιασμό των ακάλυπτων υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού, με βάση τα στοιχεία της Eurostat, ακριβώς διότι δεν υπάρχουν εκείνα του τύπου τα χρήματα. Θα καταφύγουν οι άνθρωποι στους γιατρούς και από την άλλη μεριά, έχουμε και αύξηση της θνησιμότητας, από τις υψηλότερες στην Ευρώπη, όχι από COVID, αλλά από άλλα αίτια και αυτό έχει να κάνει με την μη σωστή πρόληψη, με την καθυστερημένη εξέταση, με την μη προσβασιμότητα έγκαιρα σε θεραπείες. Επομένως, εδώ δεν φτιάχνετε ένα καινούργιο σύστημα. Ουσιαστικά, απορυθμίζετε και το ήδη υπάρχον σύστημα.

Είπε, λοιπόν, ο αρμόδιος Υπουργός «πού να τους βρω εγώ τους γιατρούς;». Να του θυμίσω εδώ ότι είναι ο ίδιος ο οποίος απέλυσε 2.000 γιατρούς του πρώην ΙΚΑ, που ήταν πρωτοβάθμιοι, όταν τους απαγόρευσε την δυνατότητα να έχουν ιδιωτικό ιατρείο. Βέβαια, είναι ο ίδιος που νομοθετεί τώρα προς όλους και όλες να έχουν ιδιωτικό ιατρείο. Αυτό δείχνει, δηλαδή, τη διαχρονική ασυνέπεια στις επιλογές της Νέας Δημοκρατίας και του ίδιου του Υπουργού προσωπικά.

Από την άλλη μεριά θέλω να σχολιάσω – δεν μπορώ να το αφήσω ασχολίαστο – κατά πάσα πιθανότητα δεν τον ενδιαφέρει η γνώμη ημών των υπολοίπων, παρά μόνο αυτοί με τους οποίους θα συγκυβερνήσει, αναφερόμενος στον συνάδελφό από το ΠΑΣΟΚ. Επιτρέψτε μου να πω ότι αυτό, κατά τη γνώμη μου, είναι πολύ περίεργη αντίληψη για τη Δημοκρατία, πολύ περίεργη αντίληψη για κοινοβουλευτικές διαδικασίες και νομίζω, ότι θα πρέπει να το πάρει πίσω.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Αυτό δεν αφορά στο νομοσχέδιο. Είναι πολιτικό σχόλιο. Έχουν ήδη περάσει τα 5 λεπτά, κυρία Τζούφη, μπορείτε να μιλήσετε στη δεύτερη ανάγνωση ή στην Ολομέλεια της βουλής. Δεν είστε και μέλος της Επιτροπής μας, ας συνεννοούσασταν με το Κόμμα σας να σας ορίσουν Εισηγήτρια να μιλήσετε, να έχετε χρόνο. Ο Υπουργός δεν είναι εδώ να απαντήσει. Εσείς μιλάτε γιατί πρέπει να το πείτε, γιατί δεν γίνεται αλλιώς. Ας το έλεγε ο Εισηγητής σας, να μιλήσει ο Κοινοβουλευτικός σας Εκπρόσωπος στην Ολομέλεια να απαντήσει να τα πει. Αν και είστε τόσοι λίγοι και δεν μπορείτε να συνεννοηθείτε για το τι θα πει ο καθένας και πώς θα κάνετε κριτική, μην ταλαιπωρείτε εμάς. Είναι συνήθης κοινοβουλευτική πρακτική να σας δίνουμε τον λόγο να μιλάτε στην Επιτροπή, αλλά ήρθατε για να ανοίξετε όλα τα θέματα. Μιλήστε μας για το νομοσχέδιο. Να κάνουμε έναν διάλογο, ο οποίος θα είναι χρήσιμος και ουσιαστικός στους πολίτες. Αυτά βλέπουν οι πολίτες και σας «γυρίζουν την πλάτη», για αυτό δεν πήρατε ούτε 3% στις ευρωεκλογές. Λοιπόν, εντάξει, ευχαριστούμε, κυρία Τζούφη.

**ΜΕΡΟΠΗ ΤΖΟΥΦΗ:** Δεν έχετε κανένα δικαίωμα να κάνετε αυτά τα σχόλια.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε, κυρία Τζούφη. Τα ξέρω τα δικαιώματά μου. Εσείς δεν ξέρετε τα δικά σας δικαιώματα και να μην κάνετε κατάχρηση. Σε κάθε συνεδρίαση – δεν είστε μέλος – σας δίνουμε τον λόγο. Πέστε στην Κοινοβουλευτική σας Ομάδα να σας δώσουν αντικατάσταση την επόμενη φορά. Ευχαριστώ πολύ, να είστε καλά.

Κυρίες και κύριοι συνάδελφοι, ολοκληρώθηκε η συνεδρίαση της Επιτροπής μας. Σας θυμίζω ότι η δεύτερη ανάγνωση είναι ότι την Τετάρτη, 6 Νοεμβρίου 2024 και ώρα 16.00΄ το απόγευμα, στην ίδια αίθουσα. Σας ευχαριστώ πολύ, ολοκληρώθηκε η συζήτηση.

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

Τέλος και περί ώρα 19.45΄ λύθηκε η συνεδρίαση.

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ**

 **ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ ΜΑΡΙΑ – ΝΕΦΕΛΗ ΧΑΤΖΗΙΩΑΝΝΙΔΟΥ**