**ΒΟΥΛΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ**

**ΠΕΡΙΟΔΟΣ Κ΄- ΣΥΝΟΔΟΣ Β΄**

**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 14.15΄, συνεδρίασε, στην Αίθουσα «Προέδρου Αθανασίου Κωνστ. Τσαλδάρη» (223) του Μεγάρου της Βουλής, η Διαρκής Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων, υπό την Προεδρία του Προέδρου αυτής, κ. Γεώργιου 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»  (2η συνεδρίαση - ακρόαση εξωκοινοβουλευτικών προσώπων).

Στη συνεδρίαση παρέστη η Αναπληρώτρια Υπουργός Υγείας, κυρία Ειρήνη Αγαπηδάκη, καθώς και αρμόδιοι υπηρεσιακοί παράγοντες.

Στην Επιτροπή παρέστησαν και εξέθεσαν τις απόψεις τους, κατά τα οριζόμενα στο άρθρο 38 του Κανονισμού της Βουλής, οι κ.κ. Αντώνιος Κοντός, Μέλος του Δ.Σ. της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Ελευθεροεπαγγελματιών Παιδίατρων, Μαριόλης Ανάργυρος, Πρόεδρος της Ελληνικής Ακαδημίας Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας , Συμεωνίδης Αθανάσιος, Γενικός Γραμματέας της Εταιρείας Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής Ελλάδος «Ιπποκράτης», Σκληρός Ευστάθιος, Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Έρευνας και Εκπαίδευσης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Πηγή Περδικάκη, Γενική Γραμματέας του Ελληνικού Κολλεγίου Γενικών Ιατρών, Συντονίστρια – Διευθύντρια του Κέντρου Υγείας Άστρους, Σαμουηλίδης Αναστάσιος, Υπεύθυνος Δημοσίων Υποθέσεων της Ένωσης Ασθενών Ελλάδας.

Επίσης, μέσω υπηρεσιών τηλεδιάσκεψης (άρθρο 38 παρ.9), εξέθεσαν τις απόψεις τους, οι κ.κ.. Βασίλειος Δήμος, Μέλος της Εκτελεστικής Γραμματέας της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Αναπηρία, Αρκαδόπουλος Νικόλαος, Πρόεδρος της Ιατρικής Σχολής Αθηνών - (ΕΚΠΑ), Παπανικολάου Παναγιώτης, Γενικός Γραμματέας της Ομοσπονδίας Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδος, Εξαδάκτυλος Αθανάσιος, Πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, Τριαρίδης Στέφανος, Πρόεδρος της Ιατρικής Σχολής Θεσσαλονίκης – (ΑΠΘ).

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

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

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Αρχίζει η 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». Σήμερα είναι η δεύτερη συνεδρίαση της Επιτροπής, η ακρόαση των εξωκοινοβουλευτικών προσώπων.

Ξεκινάμε με τον εκπρόσωπο της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Ελευθεροεπαγγελματιών Παιδιάτρων, τον κ. Αντώνιο Κοντό. Ο κάθε εκπρόσωπος φορέα έχει πέντε λεπτά στη διάθεσή του, με μια μικρή ανοχή. Θα τοποθετηθείτε όλοι οι φορείς, στη συνέχεια θα σας κάνουν ερωτήσεις οι Εισηγητές και οι βουλευτές και θα έχετε ξανά μια δεύτερη ομιλία να απαντήσετε στις ερωτήσεις που θα γίνουν, αν υπάρχουν ερωτήσεις, στον εκάστοτε εκπρόσωπο φορέα από τους βουλευτές. Οι φορείς που θα μιλήσουν σήμερα είναι έντεκα. Παρακαλώ, κ. Κοντέ, έχετε το λόγο για πέντε λεπτά.

**ΑΝΤΩΝΙΟΣ ΚΟΝΤΟΣ (Μέλος του Δ.Σ. της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Ελευθεροεπαγγελματιών Παιδίατρων):** Ευχαριστώ πάρα πολύ, κ. Πρόεδρε, για την ευγενική πρόσκληση και τη δυνατότητα που μας δίνεται, ώστε να ακουστούν και οι απόψεις της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Ελεύθερων Επαγγελματιών Παιδιάτρων που εξετάζουν το 80% των παιδιών σε όλη την Ελλάδα.

Έχουμε έξι προτάσεις. Πρώτη πρόταση, επέκταση του ηλικιακού ορίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μέχρι τα 18 έτη από τους παιδιάτρους. Προτείνουμε, δηλαδή, την αύξηση του ηλικιακού ορίου για την παρακολούθηση από τον προσωπικό παιδίατρο μέχρι την ηλικία των 18 ετών, αντί των 16 ετών που προβλέπεται μέχρι σήμερα.

Κατά την εφηβεία, οι αναπτυξιακές και ψυχοσωματικές αλλαγές είναι έντονες και η παρουσία του προσωπικού παιδιάτρου εξασφαλίζει τη σωστή παρακολούθηση και αντιμετώπιση των θεμάτων υγείας που προκύπτουν. Επιπλέον, αυτό θα διευκολύνει την ομαλή μετάβαση από την παιδιατρική φροντίδα στην ενήλικη ιατρική φροντίδα, όπως ισχύει και στην πλειονότητα των ευρωπαϊκών χωρών. Η παραμονή του ορίου στα 16 χρόνια ενδέχεται να αφήσει τα παιδιά εκτεθειμένα σε κινδύνους, καθώς θα χρειαστούν να μεταβούν σε νέους ιατρούς σε κρίσιμη περίοδο της ζωής τους.

Δεύτερον, επέκταση κατηγοριών προσωπικών παιδιάτρων. Πέραν από τις υπάρχουσες κατηγορίες παιδιάτρων, όπως αυτές περιγράφονται στο νομοσχέδιο, θεωρούμε απαραίτητη την εισαγωγή μιας επιπλέον κατηγορίας, όπως ισχύει για τους γενικούς γιατρούς και τους παθολόγους.

Συγκεκριμένα, προτείνουμε να προστεθεί η κατηγορία Γ΄ που θα περιλαμβάνει παιδιάτρους που ασκούν το ελεύθερο επάγγελμα, διατηρούν ιδιωτικό ιατρείο και δεν συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ, ούτε αποζημιώνονται από αυτόν. Αυτοί οι ιατροί να επιλέγονται ελεύθερα από τους πολίτες και να αμείβονται σύμφωνα με την μεταξύ τους συμφωνία, διασφαλίζοντας έτσι τη μεγαλύτερη ευελιξία και επιλογή για τις οικογένειες.

Τρίτον, συμβάσεις με νομικά πρόσωπα. Δεν υπάρχει πρόβλεψη για τη δυνατότητα σύμβασης των παιδιάτρων που λειτουργούν τα ιατρεία τους υπό μορφή νομικού προσώπου. Αυτό αποκλείει ιατρούς που λειτουργούν μέσω εταιρειών, παρόλο που αυτή η μορφή είναι νόμιμη στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Προτείνουμε, δηλαδή, την εισαγωγή σχετικής διάταξης, ώστε να διασφαλιστεί η δυνατότητα σύναψης συμβάσεων και για τα νομικά πρόσωπα.

 **Τέταρτο, αποκλεισμός ειδικευομένων και αγροτικών γιατρών από το θεσμό. Δεν θεωρούμε ορθό, να επεκταθεί ο θεσμός του προσωπικού ιατρού στους ειδικευόμενους και στους αγροτικούς γιατρούς, καθώς αυτό θα υποβαθμίσει τις υπηρεσίες υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Οι ειδικευόμενοι και οι αγροτικοί γιατροί, δεν διαθέτουν την απαραίτητη εμπειρία και εξειδίκευση για να καλύψουν τις ανάγκες των παιδιών. Ωστόσο, θα μπορούσε να γίνει μία εξαίρεση σε περιοχές όπου δεν υπάρχει πρόσβαση σε παιδίατρο ή γενικό γιατρό.**

**Πέμπτο, αποκλειστική παρακολούθηση των παιδιών από παιδιάτρους. Είναι σημαντικό, να εξασφαλιστεί ότι τα παιδιά θα παρακολουθούνται αποκλειστικά από παιδίατρο, εκτός από τις περιπτώσεις όπου αυτή η δυνατότητα δεν υπάρχει λόγω γεωγραφικών περιορισμών.**

 **Η παιδιατρική εξειδίκευση, είναι απαραίτητη για την ορθή διάγνωση και πρόληψη παθήσεων κατά την παιδική και εφηβική ηλικία.**

**Έκτο, συμβάσεις μέσω του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου ή της ομοσπονδίας μας θεωρούμε ότι οι συμβάσεις των παιδιάτρων με τον ΕΟΠΥΥ πρέπει να γίνονται μέσω του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου ή της Ομοσπονδίας μας και όχι με προσωπικές συμβάσεις προκειμένου να διασφαλιστεί η συλλογική διαπραγμάτευση και η προστασία των δικαιωμάτων των γιατρών . Αυτά είχα να σας πω ευχαριστώ πολύ.**

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

**Τον λόγο έχει ο κ. Δήμος.**

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΔΗΜΟΣ (Μέλος της Εκτελεστικής Γραμματείας της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Αναπηρία (ΕΣΑΜΕΑ): Κύριε Πρόεδρε, καλησπέρα κυρίες και κύριοι μέλη της Επιτροπής, όπως ίσως γνωρίζετε, η Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία η ΕΣΑΜΕΑ είναι ο τριτοβάθμιος κοινωνικός συνδικαλιστικός φορέας των ατόμων με αναπηρία και χρόνιες παθήσεις στη χώρα μας. Εγώ προσωπικά, προέρχομαι από το χώρο της θαλασσαιμίας της μεσογειακής αναιμίας και είμαι Πρόεδρος του Ελληνικού Συλλόγου Θαλασσαιμίας και ως Μέλος του Γενικού Συμβουλίου και της Εκτελεστικής Γραμματείας της ΕΣΑΜΕΑ θα μεταφέρω σήμερα τις προτάσεις μας για κάποιες τροποποιήσεις ή συμπληρώσεις τριών άρθρων του νομοσχεδίου. Συγκεκριμένα, θα μιλήσω για το άρθρο 14 που έχει ως τίτλο «Ενημέρωση του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας και το Σύστημα Παραπομπών και Επισκέψεων» όπου στην παράγραφο 1, που αναφέρεται ότι ο προσωπικός γιατρός αναλαμβάνει την υποστήριξη, τον προσανατολισμό και την καθοδήγηση των ληπτών υπηρεσιών υγείας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), παραπέμποντας τους χρήστες υπηρεσιών υγείας σε άλλους ιατρούς, καθώς και σε δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης. Ζητούμε, να συμπληρωθεί σε αυτό το άρθρο, στην συνέχεια της παραγράφου 1 ότι στους χρονίως πάσχοντες που παρακολουθούνται ήδη σε ειδικές μονάδες θαλασσαιμίας της κυτταρικής νόσου αιμοκάθαρσης και άλλων σε δομές δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας περίθαλψης, δύναται να έχει και ο θεράπων ιατρός τον ρόλο του προσωπικού ιατρού και να αναλαμβάνει ο ίδιος τις παραπάνω υποχρεώσεις και παραπομπές, καθώς ένας χρόνιος ασθενής που παρακολουθείται για όλη του ζωή μέσα στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, μέσα σε νοσοκομείο σε ειδική μονάδα, έχει τον θεράποντα ιατρό ως σημείο αναφοράς και συντονιστή, για την περαιτέρω παρακολούθηση και αυτό δεν μπορεί να γίνει από τον προσωπικό γιατρό.**

Επίσης, στην παράγραφο 2 του ίδιου άρθρου, ζητούμε να συμπληρωθεί στο τέλος «το υπό σύστημα παραπομπών από τον προσωπικό γιατρό δεν ισχύει για τα έκτακτα και επείγοντα περιστατικά», αναφέρει το άρθρο και να συμπληρωθεί «ούτε για τα άτομα με αναπηρία ή και χρόνιες παθήσεις».

 Στο άρθρο 25, επίσης, μια άλλη συμπλήρωση, το όποιο αναφέρεται στον εξοπλισμό των Πανεπιστημιακών Κέντρων Υγείας, να συμπληρωθεί στην τελευταία πρόταση ότι «ο εξοπλισμός αυτός θα πρέπει να πληροί τις προϋποθέσεις προσβασιμότητας για τα άτομα με αναπηρία ή και χρόνιες παθήσεις», για ευνόητους λόγους, ώστε να μπορούν όλοι να έχουν πρόσβαση και να είναι εύκολη η χρήση όλου αυτού του εξοπλισμού.

Τέλος, ως Εθνική Συνομοσπονδία θέλουμε και ζητούμε στο άρθρο 32, που λέει για τα τυπικά προσόντα Διευθύνοντος Συμβούλου του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας και σύνθεση Διοικητικού Συμβουλίου, τροποποίηση της παραγράφου 2 και 3 του άρθρου, του ν. 4633/2019, να συμπεριληφθεί στο άρθρο αυτό ότι «Στο Διοικητικό Συμβούλιο του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας συμμετέχει και ένας εκπρόσωπος από την Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία και χρόνιων παθήσεων». Το συγκεκριμένο άρθρο αναφέρει για τον Πρόεδρο και τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας και καθώς η ΕΣΑμεΑ είναι ένας αναγνωρισμένος κοινωνικός εταίρος από τη δεκαετία του ’90 και συμμετέχει σε πάρα πολλές επιτροπές, επιθυμούμε και ζητούμε να υπάρχει εκπρόσωπός της και στο Διοικητικό Συμβούλιο του ΕΟΔΥ.

 Σας ευχαριστώ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Και εμείς σας ευχαριστούμε κ. Δήμο για την παρέμβασή σας και στη συνέχεια θα περιμένετε να ακούσετε και τους υπόλοιπους φορείς και τις ερωτήσεις από τους Βουλευτές.

 Στο σημείο αυτό θα ήθελα να κάνω μια προσωπική εξομολόγηση, δεν είναι τυχαίο ότι οι δύο πρώτοι παρεμβαίνοντες στην Επιτροπή μας και οι δύο έλκουν την καταγωγή τους από την Άρτα, από την πατρίδα μου και χαίρομαι για αυτό. Επίσης, υπάρχει και άλλος Αρτινός, ο κ. Γιαννάκος, ο οποίος θα δούμε αν θα συνδεθεί αργότερα.

 Στη συνέχεια τον λόγο έχει ο κ. Αρκαδόπουλος, Πρόεδρος της Ιατρικής Σχολής Αθηνών, για πέντε λεπτά, μέσω webex.

Ορίστε, έχετε τον λόγο, κύριε καθηγητά.

 **ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΑΡΚΑΔΟΠΟΥΛΟΣ (Πρόεδρος της Ιατρικής Σχολής Αθηνών -ΕΚΠΑ):**  Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε.

Αγαπητά μέλη της Επιτροπής, ευχαριστώ θερμά για την ευκαιρία που δίνετε και στη δική μας Σχολή, την Ιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, που όπως γνωρίζετε είναι η ιστορικότερη, η αρχαιότερη Ιατρική Σχολή της χώρας να παρέμβει μέσω του Προέδρου στο υπό συζήτηση σχέδιο νόμου.

Να πω καταρχάς, ότι η συνολική μας εκτίμηση είναι ότι κινείται σε θετική κατεύθυνση τόσο όσον αφορά τον Προσωπικό Γιατρό όσο και όσον αφορά τα Πανεπιστημιακά Κέντρα Υγείας τα οποία είναι αυτό για το οποίο θα μιλήσω και περισσότερο.

Στο θέμα του Προσωπικού Γιατρού η θέση μας είναι ότι είναι απαραίτητο κομμάτι ενός σύγχρονου συστήματος υγείας. Είναι κυριολεκτικά ο πυρήνας της ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πιστεύουμε, ότι έτσι όπως παρουσιάζεται στο σχέδιο νόμου, η ανάπτυξη του θεσμού του Προσωπικού Γιατρού είναι στη σωστή κατεύθυνση. Η παρουσία του είναι απολύτως απαραίτητη όχι μόνο ως συντονιστής του «ταξιδιού» του ασθενούς μέσα στο σύστημα υγείας αλλά και ως σύνδεσμος του με τις άλλες βαθμίδες υγείας και ως βασικός παράγοντας της αποσυμφόρησης κάτι που μας ενδιαφέρει, ιδιαίτερα των μεγαλύτερων δομών υγείας όπως τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία τα οποία πιέζονται πολύ από το μεγάλο κλινικό έργο και το μεγάλο κλινικό φόρτο που καλούνται να φέρουν εις πέρας και που θα αποσυμφορηθούν σημαντικότατα με την πλήρη λειτουργία του θεσμού του Προσωπικού γιατρού και θα μπορέσουν να επιτελέσουν το κλινικό έργο για το οποίο είναι φτιαγμένα. Δηλαδή, αυτό της παροχής εξειδικευμένων και προηγμένων ιατρικών υπηρεσιών που ενδεχομένως δεν μπορούν να δοθούν σε κάποιο μη πανεπιστημιακό νοσοκομείο.

Τώρα, σε ό,τι αφορά στα Πανεπιστημιακά Κέντρα Υγείας, εκεί θέλω να πω ότι χαιρετίζουμε επικροτούμε την πρωτοβουλία για την δημιουργία τους. Πιστεύουμε ότι όχι μόνο θα προσδώσουν κύρος και θα κάνουν πιο θελκτικό το θεσμό των κέντρων υγείας αλλά θα συμβάλουν τα μέγιστα στην εκπαίδευση των γιατρών, στην εκπαίδευση των φοιτητών μας, στην εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης και σε αυτό το σημείο θεωρούμε πολύ σημαντική τη σύνδεση των Πανεπιστημιακών Κέντρων Υγείας με τα πανεπιστημιακά εργαστήρια που έχουν ως αντικείμενο την πρόληψη και τη δημόσια υγεία. Αυτό είναι πάρα πολύ βασικό και θα επιτρέψει στους πανεπιστημιακούς που θα στελεχώσουν τα Πανεπιστημιακά Κέντρα Υγείας να έχουν μια διαρκή σύνδεση με την Ιατρική Σχολή και να αναπτύσσουν τα προγράμματά τους τόσο σε ό,τι αφορά στην πρόληψη όσο και τη δημόσια υγεία όσο και όλους τους ρόλους που παίζει ένα κέντρο υγείας.

Είναι, λοιπόν, στην κατεύθυνση της αναβάθμισης, της σημαντικής αναβάθμισης των κέντρων υγείας του θεσμού των κέντρων υγείας και της αντίληψης που έχει ο λαός, το κοινό για τα κέντρα υγείας και θα συμβάλει σημαντικά. Να επισημάνω το ερευνητικό έργο το οποίο, επίσης, θα γίνεται σε αυτές τις δομές, το οποίο θεωρώ πάρα πολύ σημαντικό, θεωρώ ότι θα βοηθήσει στον σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας πάρα πολύ.

Να επισημάνω μόνο από τα σημεία του νομοσχεδίου, στο άρθρο 20, ότι θα θέλαμε να είναι πιο ξεκάθαρη, στην παράγραφο 2δ, να είναι πιο ξεκάθαρο ότι θα συμμετέχουν οι φοιτητές των ιατρικών σχολών στα πλαίσια της κλινικής τους άσκησης στη λειτουργία του Πανεπιστημιακού Κέντρου Υγείας. Είναι κάτι που κάποιες ιατρικές σχολές ήδη το κάνουν αλλά καλό θεσμοθετημένα πλέον οι φοιτητές των ιατρικών σχολών να μπορούν να αποκτούν στη διάρκεια των σπουδών τους εμπειρία κλινική μέσα σε ένα κέντρο υγείας το οποίο, όπως καταλαβαίνετε, θα τους βοηθήσει σημαντικά στην πιο ολοκληρωμένη αντίληψη που θα αποκτήσουν στην διάρκεια των σπουδών τους.

Κλείνοντας, θα ήθελα να πω ότι το πανεπιστήμιο μπορεί όχι απλώς να λειτουργήσει τα κέντρα υγείας τα πανεπιστημιακά αλλά μπορεί να τα λειτουργήσει σε πολύ υψηλό επίπεδο να εκπληρώσουν το σκοπό τους. Τον σκοπό τους προς το σύστημα υγείας, τον σκοπό τους προς το σύστημα εκπαίδευσης που έχουμε, προς το σύστημα το εκπαιδευτικό για τους νέους γιατρούς μας. Το πανεπιστήμιο έχει αποδείξει ότι μπορεί να το κάνει αυτό και αναφέρω μόνο το παράδειγμα της τελευταίας πανεπιστημιακής δομής που δόθηκε στο πανεπιστήμιο Αθηνών, που ήταν το Αττικό Νοσοκομείο πριν από 22 χρόνια και σε ποιο σημείο ανάπτυξης έχει φτάσει τώρα το Αττικό Νοσοκομείο να είναι ένα από τα πιο περιζήτητα νοσοκομεία του συστήματος υγείας μας.

Αυτά από εμένα.

Ευχαριστώ πάρα πολύ για την ευκαιρία να τοποθετηθώ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε, κύριε Πρόεδρε και για την ακρίβεια του χρόνου και εσείς εντός του πενταλέπτου.

Ο κ. Μαριόλης Ανάργυρος, Πρόεδρος της Ελληνικής Ακαδημίας Γενικής/ Οικογενειακής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και ο κ. Ευάγγελος Φραγκούλης, ο Γενικός Γραμματέας, είναι μαζί. Ο ένας από τους δυο θα μιλήσει, θα μιλήσετε και οι δύο; Ο ένας.

**ΜΑΡΙΟΛΗΣ ΑΝΑΡΓΥΡΟΣ (Πρόεδρος της Ελληνικής Ακαδημίας Γενικής/ Οικογενειακής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας):** Ευχαριστούμε πολύ, κύριε Πρόεδρε.

 Κυρία Υπουργέ, αγαπητοί συνάδελφοι, είμαστε εδώ, στη δεύτερη φάση της μεταρρύθμισης, γιατί στη στοχοθεσία του αύριο, η συγκριτική προτεραιοποίηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας κατανέμεται στις κοινωνικές αναγκαιότητες, υπό το πρίσμα του δυνητικά πολυδιάστατου οφέλους της, προς τον ασθενή, το κοινωνικό σύνολο, το σύστημα υγείας και την εθνική οικονομία.

Είμαστε εδώ γιατί όραμά μας παραμένει η δημιουργία μιας νέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας που θα τελεί όχι μόνο ως πυλώνας ενός σύγχρονου συστήματος υγείας, αλλά και ως ευρύ κοινωνικό όραμα, με βάση τις αρχές της συμμετοχικότητας, της ισοτιμίας και της καθολικής κάλυψης.

Είμαστε εδώ γιατί απουσίαζε και απουσιάζει στη χώρα μας η διαμόρφωση του μονοπατιού πρόσβασης των πολιτών στο σύστημα υγείας τόσο κατά την πρώτη επαφή όσο και στα επόμενα στάδια.

Έρχεται επομένως αυτός ο νόμος να λύσει σημαντικά ζητήματα, όπως το έλλειμμα στην ολοκληρωμένη φροντίδα, τα ελλείμματα στην πρόσβαση που έχουν τόσα χρόνια, στη συνέχεια στη φροντίδα, στο συντονισμό, αλλά και στη διασύνδεση.

 Αναγνωρίζουμε τα βήματα προόδου του Υπουργείου Υγείας και της Κυβέρνησης στην κατεύθυνση της υλοποίησης όλων αυτών των διαχρονικών αιτημάτων και συντασσόμαστε αυτεπάγγελτα στις προσπάθειες ενίσχυσης και αναδιαμόρφωσης τόσο της Πρωτοβάθμιας όσο και του ρόλου του οικογενειακού γιατρού. Μέσα σε ένα σύστημα που θα τον έχει πλοηγό στο σύστημα υγείας.

Αγαπητοί φίλοι, θεωρώ ότι σε αυτή τη δεύτερη φάση και 30 χρόνια που συζητάμε για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας για να ερμηνεύσεις το «ορισμένο», θα πρέπει πρώτα να βρεις τις λέξεις για να το ορίσεις και σε αυτό το πλαίσιο, εντάσσεται και το σχέδιο αυτό για την καθολική κάλυψη του πληθυσμού, από τον προσωπικό γιατρό, το οποίο, επί του παρόντος, παραμένει, όπως είναι γνωστό, ημιτελές, δεδομένης της πληθυσμιακής κάλυψης και ενσωμάτωσης, αλλά και της αδυναμίας, κυρίως, συγκερασμού των αιτημάτων των συμμετεχόντων γιατρών.

Στο άρθρο 5, ως άμεση απόρροια αυτών η διεύρυνση του θεσμού του προσωπικού γιατρού από αμιγώς ιδιώτες μοιάζει μονόδρομος. Είχε προταθεί από ετών και από εμάς ως ύστατη λύση, συνεπώς, δηλώνουμε σύμφωνοι με την προϋπόθεση φυσικά, της κατάργησης κάθε εμποδίου πρόσβασης στις υπηρεσίες του προσωπικού γιατρού, τόσο λόγω κόστους και ειδικότερα όμως για τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού.

 Σε αυτό το σχέδιο οφείλουμε να διαμορφώσουμε στρατηγικά όσον αφορά την απόδοση των σχετικών κινήτρων, τη θέσπιση του πλαισίου δράσης, αλλά και τον ορισμό «διαδικασία αξιολόγησης».

Στο άρθρο 4 εκφράζουμε την ικανοποίησή μας που παρά τις φωνές περί του αντιθέτου, το Υπουργείο Υγείας δεν άνοιξε το θεσμό του προσωπικού γιατρού σε άλλες ιατρικές ειδικότητες, αλλά μόνο στη Γενική Οικογενειακή Ιατρική, την Παθολογία και την Παιδιατρική, όπως συμβαίνει παγκοσμίως.

Στο άρθρο 10 είμαστε σύμφωνοι με την παροχή κινήτρων για την εκπαίδευση περισσότερων γιατρών και αυτό γίνεται πρώτη φορά στη χώρα μας τόσο της Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής όσο και της Παθολογίας, ειδικότητες που αποτελούν τη ραχοκοκαλιά του συστήματος υγείας και στις οποίες, δυστυχώς, οι ειδικευόμενοι, σε λίγο καιρό, θα είναι ένα είδος προς εξαφάνιση.

Οι λέξεις «πρόληψη» και «προαγωγή υγείας» μέχρι πρόσφατα είχαν αποκτήσει ρητορική χροιά όμως αυτό πρέπει να αλλάξει. Έχουν γίνει σημαντικά βήματα και γι’ αυτό είμαστε. Σχολιάζω το άρθρο 16, την καθιέρωση δηλαδή, ενός αποτελεσματικού συστήματος αξιολόγησης τόσο των προσωπικών γιατρών, αλλά θα πρότεινα, κυρία Υπουργέ και ευρύτερα των μονάδων της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, στη βάση δεικτών απόδοσης που είναι ζητούμενοι, με τον σχεδιασμό και τον καθορισμό των δεικτών απόδοσης να είναι κρίσιμης σημασίας για την προώθηση των πολιτικών υγείας.

 Φυσικά, στο πλαίσιο αυτό, θα πρέπει να προβλέπεται σύστημα όχι μόνο επιβολής κυρώσεων - όπως αναφέρεται στο σχέδιο νόμου - αλλά και σύστημα επιβράβευσης, θέτοντας τις βάσεις για μεικτή αποζημίωση του προσωπικού γιατρού και βάσει της απόδοσης.

 Η ανασυγκρότηση που τη λέμε εδώ και 30 χρόνια, της Πρωτοβάθμιας, νομίζω ότι έχει έρθει στο πιο κομβικό σημείο, γιατί; Θέλουμε μια νέα Πρωτοβάθμια με θεμέλια νέες αξίες, να το αφουγκραστούμε και να ζητήσουμε αυτές τις αξίες που να αντιστρατεύονται τον κρατισμό, το πελατειακό κράτος και την αναξιοκρατία.

 Ίδρυση Πανεπιστημιακών Κέντρων Υγείας. Ακούσαμε και τον Πρόεδρο της Ιατρικής Σχολής. Αυτά έπρεπε να τα έχει προτείνει η ιατρική σχολή χρόνια και το Υπουργείο Παιδείας. Θερμά συγχαρητήρια στο άρθρο 17, για την ίδρυση των οκτώ Πανεπιστημιακών Κέντρων Υγείας που αποτελεί πάγιο αίτημα δικό μας και όλων των φορέων της Γενικής Ιατρικής φιλοδοξώντας να αποτελέσουν τις κοιτίδες τόσο της Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής όσο και της πρωτοβάθμιας φροντίδας στο Πανεπιστήμιο.

 Η προτεινόμενη, όμως, στελέχωση του με τρεις θέσεις των μελών ΔΕΠ να αναφέρονται σε γιατρούς και μόνο μία σε ψυχολόγο, υποδεικνύει μια έντονα ιατρικοκεντρική προσέγγιση και έρχεται σε αντίθεση με την διεπιστημονική προσέγγιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας και την αναγκαιότητα διασύνδεσης της με τη δημόσια υγεία. Προτείνουμε την πρόβλεψη για τουλάχιστον δύο θέσεις γιατρών με γνωστικό αντικείμενο πέρα από τις προληπτικής ιατρικής της πρωτοβάθμιας φροντίδας, γνωστικό αντικείμενο Γενική Οικογενειακή Ιατρική και φυσικά, μια θέση δημόσιας υγείας που μπορεί να μην είναι και θέση πτυχιούχου ιατρικής, αλλά, τουλάχιστον και μία θέση κοινοτικής νοσηλευτικής.

 Άρθρο 8. Η μετατροπή των θέσεων των γιατρών υπηρεσίας υπαίθρου σε θέσεις Προσωπικού Γιατρού, με τη σύσταση του στο σύνολο της επικράτειας συμπεριλαμβανομένων της Αττικής και της Θεσσαλονίκης, προκαλεί έναν έντονο προβληματισμό για δύο λόγους. Πρώτον, η επένδυση που μπορούν να έχουν οι υπόχρεοι υπηρεσίας υπαίθρου να προσφέρουν τις υπηρεσίες προσωπικού γιατρού μετά από το τέλος ενός μήνα εκπαίδευσης σε νοσοκομείο και να αναλάβουν έναν κατά τη γνώμη μας από τους δυσκολότερους ρόλους στην ιατρική. Η απαιτούμενη εκπαίδευση ενός γενικού οικογενειακού γιατρού αυτή τη στιγμή είναι 5 έτη. Οι πολίτες θα υποχρεωθούν σε δεύτερο στάδιο, να αλλάξουν μετά από 12 μήνες και προσωπικό γιατρό, λόγω έλλειψης διαθέσιμων ειδικευμένων γιατρών είτε λόγω οικονομικής αδυναμίας να μπορούν να έχουν έναν μη τόσο κατάλληλα εκπαιδευμένο πτυχιούχο. Θα προτείναμε να είναι κάτω από την συνεργασία των ειδικευμένων γιατρών του κέντρου υγείας στο οποίο ανήκει το περιφερειακό ιατρείο.

Δεύτερο σχόλιο. Καθώς ο αριθμός των νέων γιατρών είναι πεπερασμένος και αρκετοί απόφοιτοι ιατρικών σχολών επιλέγουν πλέον την ειδίκευση τους σε χώρες του εξωτερικού, ελλοχεύει ο κίνδυνος, ήδη, υποστελεχωμένες ιατρικά άγονες περιοχές της περιφέρειας να ερημοποιηθούν, με τους υπόχρεους ιατρούς να προτιμούν θέσεις σε αστικά κέντρα. Κατά τη γνώμη μας, στις υπουργικές αποφάσεις πρέπει να υπάρχει μια δικλείδα ασφαλείας.

Εκφράζουμε την ικανοποίησή μας που αρκετές από τις προτάσεις μας στη δημόσια διαβούλευση λήφθηκαν υπόψη στο τελικό κείμενο, όπως, η επιβεβαίωση της αναγνώρισης του ισότιμου ρόλου των γιατρών του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας, η διατήρηση του δικαιώματος των συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ προσωπικών γιατρών να παρέχουν υπηρεσίες προσωπικού γιατρού ως αμιγώς ιδιώτη και φυσικά η διατήρηση της δυνατότητας εγγραφής των πολιτών σε προσωπικό γιατρό σε επίπεδο περιφερειακής ενότητας.

 Θεωρούμε, ότι απουσιάζει στο σχέδιο, η θέσπιση ιδιωτικών μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας στα group practice ως νομικά πρόσωπα με μετόχους μόνο εργαζόμενους σε αυτά, δομών που προάγουν την ανάπτυξη της διεπιστημονικής ομάδας υγείας και εμφανίζουν πολλαπλά πλεονεκτήματα για το σύστημα υγείας σε σχέση με τα παραδοσιακά ιατρεία. Στο εξωτερικό δίνονται οικονομικά κίνητρα στους γιατρούς για να δημιουργήσουν αντίστοιχα group practice. Θεωρούμε, ότι θα βοηθήσει σημαντικά στην ολοήμερη παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας προς τον πολίτη. Η πρωτοβάθμια φροντίδα, βηματοδοτεί τη συνέχεια σε αυτό το δαιδαλώδες υγειονομικό σύστημα, έχοντας πλήρη επίγνωση της διττής υπόστασης του ρόλου της όχι μόνο ως προνόμιο, αλλά και ως ευθύνη.

Για τους γενικούς οικογενειακούς γιατρούς που είναι ο στρατός στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα, στο πρόσωπο του ασθενούς, θα μου επιτρέψετε να πω, ότι θα καθρεφτίζεται πάντα το άπειρο και αυτή η βαθιά ηθική αλήθεια δεν πρόκειται ποτέ να λησμονηθεί. Σας ευχαριστώ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Κι εμείς σας ευχαριστούμε. Τον λόγο έχει ο κ. Αθανάσιος Συμεωνίδης.

 **ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΣΥΜΕΩΝΙΔΗΣ (Γενικός Γραμματέας της Εταιρείας Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής Ελλάδος «Ιπποκράτης»):** Κύριε Πρόεδρε, κυρία Υπουργέ, κύριε Υπουργέ, κυρίες και κύριοι, συμμεριζόμαστε απόλυτα τις προσπάθειες που γίνονται, όπως αυτό εδώ το σχέδιο νόμου το οποίο συζητιέται τώρα σε δεύτερη φάση, για βελτίωση του συστήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και της Δημόσιας Υγείας, με την ενίσχυση του θεσμού του προσωπικού γιατρού για τη καθολική κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Αυτός είναι και ο στόχος που πρέπει να διακατέχει οποιαδήποτε απόπειρα σχεδίου νόμου για την πρωτοβάθμια, η καθολική κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού.

 Ήδη αναφέρθηκαν από τον συνάδελφο τον κ. Μαριόλη, τα θετικά στοιχεία, για όνομα του θεού, όπως είναι τα θετικά σημεία και δυνατά σημεία του σχεδίου νόμου, αυτή η διεύρυνση των κατηγοριών των γιατρών που παρέχουν υπηρεσίες προσωπικού γιατρού με τη συμμετοχή και των αμιγώς ιδιωτών, τη προσπάθεια αξιολόγησης, δηλαδή, του συνόλου των έμπειρων και εκπαιδευμένων γιατρών της πρωτοβάθμιας, το εφάπαξ οικονομικό κίνητρο σε νέους γιατρούς για να επιλέξουν τις ειδικότητες της Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής και Παθολογίας και τη σύσταση των Πανεπιστημιακών Κέντρων Υγείας, καθώς επίσης και τη καθιέρωση ενός αποτελεσματικού συστήματος αξιολόγησης των προσωπικών γιατρών.

 Αναφερόμενοι στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, δεν μπορεί παρά να τονίσουμε με έμφαση, ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί επίτευγμα δημοκρατίας, που εκφράζεται με τους εξής όρους, ισοτιμίας, δηλαδή, στη παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες, αποτελεσματικότητας και προσβασιμότητας. Και εδώ να βγάλουμε από μέσα μας έναν μύθο περίgate keeping, ή να φυλάμε την πύλη μη τυχόν και ξεφύγουμε και να το μετατρέψουμε σε ένα gate opening,γιατί αυτό πραγματικά είναι ο προσωπικός γιατρός, ο γενικός οικογενειακός γιατρός, να ανοίξει την πόρτα του Συστήματος Υγείας και να καθοδηγήσει αποτελεσματικά τον όποιον πολίτη έχει πρόβλημα και όχι μόνο. Δηλαδή, ασχολούμαστε και με τους υγιείς, γιατί συνήθως λέμε ασθένειες, ασθενείς, αλλά δεν είναι αυτό μόνο το αντικείμενο.

 Όσον αφορά στην ισοτιμία, να μπορούν, δηλαδή, όλοι οι πολίτες να λαμβάνουν της ίδιας ποιότητας και αποτελεσματικότητας φροντίδα υγείας, κινδυνεύει αυτή η ισοτιμία με την επιλογή να δοθεί ο ρόλος των προσωπικών γιατρών και σε άνευ ειδικότητας γιατρούς, τον παλιό τον όρο του αγροτικού γιατρού ή του ειδικευόμενου, δίνοντας έτσι το δικαίωμα να υποθέσουμε, ότι το Υπουργείο θεωρεί ως υπέρτατη ανάγκη υγείας του πολίτη τη συνταγογράφηση και μόνο. Δεν είναι, όμως, έτσι τα πράγματα. Νομίζω, ότι μπορούμε να συμφωνήσουμε εύκολα σε αυτό.

 Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα και βέβαια χαιρετίζουμε τις προθέσεις του Υπουργείου Υγείας για τη καθιέρωση ενός αποτελεσματικού συστήματος αξιολόγησης των προσωπικών γιατρών στη βάση δεικτών απόδοσης, αλλά και ενός δομημένου συστήματος παραπομπών ή αναφορών, όπως θέλετε πέστε το, από τον προσωπικό γιατρό, στις δομές Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

 Τέλος, όσον αφορά στη προσβασιμότητα, θα θέλαμε να υπογραμμίσουμε, να βάλετε στο οπτικό σας πεδίο, ότι η επιχειρούμενη με αυτό το σχέδιο νόμου αύξηση της προσβασιμότητας ενέχει τον κίνδυνο να οδηγηθούμε σε ανισότητες στη παροχή υπηρεσιών υγείας. Ένα ακόμα σημείο του σχεδίου νόμου που κρίνουμε ότι πρέπει να βελτιωθεί, είναι η συμμετοχή - εμπλοκή και άλλων επαγγελματιών υγείας και όχι μόνο των γιατρών, διότι προσωπικός γιατρός χωρίς τη συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας δεν νοείται, δεν υπάρχει. Η ομάδα υγείας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Αυτό μπορούμε να το αισθανθούμε, να το νιώσουμε, να εκφράζεται και με αυτό το παράδειγμα που ειπώθηκε πριν, για τα group practice**.**

 Κλείνοντας, δεν μπορούμε να μη θίξουμε ακόμη ένα επίτευγμα δημοκρατίας, απόλυτα συνδεδεμένο με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, που δεν είναι άλλο από τη συμμετοχική λήψη απόφασης, δηλαδή, μεταξύ του πολίτη και του επαγγελματία υγείας, που προϋποθέτει μια επαρκή εγγραμματοσύνη υγείας, που είναι ένα από τα κύρια πεδία δράσης και της εταιρείας μας του «Ιπποκράτη», Εταιρεία Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής, που με την εκπαιδευτική τεχνογνωσία που κατέχει, σχεδιάζει και αναπτύσσει δράσεις εγγραμματοσύνης υγείας, με στόχο τη διαμόρφωση μιας νέας κουλτούρας, όπως είναι ένα παράδειγμα αυτό της πρόληψης. Εδώ χρειαζόμαστε κουλτούρα πρόληψης και όχι μόνο, τεστ ή τέτοια στοιχεία. Αυτές είναι και απόψεις και των περισσότερων φορέων Γενικής Ιατρικής, όπως έχουν κατατεθεί στο Υπουργείο Υγείας. Ευχαριστώ πάρα πολύ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Σας ευχαριστούμε και για τα όσα μας είπατε. To λόγο έχει ο κύριος Σκληρός Ευστάθιος, Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Έρευνας και Εκπαίδευσης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

**ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ ΣΚΛΗΡΟΣ (Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Έρευνας και Εκπαίδευσης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας):** Ευχαριστώ πολύ κύριε Πρόεδρε. Κυρία και κύριε Υπουργέ, αξιότιμοι εκπρόσωποι του Ελληνικού Κοινοβουλίου, αγαπητοί συνάδελφοι, η Ελληνική Εταιρεία Έρευνας και Εκπαίδευσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θεωρεί ότι το νομοσχέδιο αυτό είναι ένα θετικό νομοσχέδιο προς τη σωστή κατεύθυνση, όπου ανανεώνει και οριοθετεί πλέον τη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας με τον σημαντικό ρόλο του προσωπικού γιατρού, του οικογενειακού γιατρού. Είναι ένα νομοσχέδιο που είναι προς τη σωστή κατεύθυνση και έχω μόνο ορισμένες παρατηρήσεις, μια και οι προηγούμενοι συνάδελφοι από εμένα τοποθετήθηκαν σε αρκετά σημεία και δεν θα ήθελα να επαναληφθούν.

Στο άρθρο 3 παράγραφος ε λέει ότι οι προσωπικοί γιατροί φροντίζουν τη συνεχή ενημέρωση του Ηλεκτρονικού Ατομικού Φακέλου Υγείας. Γνωρίζουμε όλοι ότι ο Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας αποτελεί μια νέα διάσταση, η οποία θα βελτιώσει σαφέστατα τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. Το πρόβλημα είναι ότι οι 2000 ασφαλισμένοι που αντιστοιχούν σε κάθε οικογενειακό γιατρό, ίσως δημιουργήσουν σημαντικά προβλήματα συμπλήρωσης του φακέλου με αποτέλεσμα να έχουμε μια καθυστέρηση, ουσιαστικά, στην ενημέρωση αυτού του πολύτιμου εργαλείου στα επόμενα χρόνια. Ίσως, η διεπιστημονική ομάδα, τουλάχιστον για τις μονάδες υγείας του ΕΣΥ, θα μπορούσε να βοηθήσει συμμετέχοντας στη συμπλήρωση κάποιων στοιχείων σε αυτό τον Ατομικό Ηλεκτρονικό Φάκελο. Επίσης, η χρήση των τελειόφοιτων γιατρών δημιουργεί ουσιαστικά ανισότητες στους λήπτες των υπηρεσιών υγείας. Και δημιουργεί ασθενείς διαφόρων κατηγοριών. Θεωρούμε ότι θα ήταν προτιμότερο να έχουμε ένα shared list, ουσιαστικά με τους ειδικευμένους γιατρούς των Κέντρων Υγείας και έτσι, με αυτόν τον τρόπο, θα μπορούσε να υπάρχει εποπτεία και η καθοδήγηση των γιατρών αυτών από τις Κεντρικές Μονάδες Υγείας στις οποίες ανήκουν τα περιφερειακά ιατρεία, που τώρα ονομάζεται Υπηρεσία Προσωπικού Ιατρού. Η κατάργηση των περιφερειακών ιατρείων και μετονομασία του σε Υπηρεσίες Προσωπικού Ιατρού, όμως καταργεί και την προτεραιότητα των γενικών γιατρών σε σχέση με τους παθολόγους στην κατάληψη αυτών των θέσεων. Γιατί αυτό που ίσχυε μέχρι σήμερα ήταν ότι στα περιφερειακά ιατρεία, κατά προτεραιότητα μπορούσαν να διοριστούν οι γενικοί γιατροί και όχι οι παθολόγοι, ελλείψει γενικών γιατρών μπορούσαν να πάνε οι παθολόγοι. Κι αυτό έχει πολύ μεγάλη σημασία τη σήμερον ημέρα γιατί ξέρουμε πάρα πολύ καλά ότι τα περισσότερα νοσοκομεία, αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα, αντιμετωπίζουν πρόβλημα στελέχωσης των παθολογικών κλινικών και με αυτό τον τρόπο δίνουμε μια προσβασιμότητα προς την κοινότητα σε δημόσιες θέσεις, σε γιατρούς παθολόγους.

Σαν Ελληνική Εταιρεία Έρευνας και Εκπαίδευσης Υγείας συμφωνούμε σαφέστατα στην αξιολόγηση των προσωπικών γιατρών, με συγκεκριμένους δείκτες απόδοσης, που μπορεί να είναι οι εμβολιασμοί, τα προγράμματα πρόληψης, η ρύθμιση χρόνιων νοσημάτων, όπως ο ζαχαρώδης διαβήτης με γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη, την οποία μπορεί να αξιολογεί την ποιότητα ρύθμισης. Στο συγκεκριμένο άρθρο φαίνεται να προβλέπεται σύστημα επιβολής κυρώσεων αλλά δεν προβλέπεται σύστημα επιβολής επιβράβευσης, που είπε κι ο κύριος Μαριόλης προηγουμένως. Και ξέρουμε πάρα πολύ καλά από τη διεθνή βιβλιογραφία, ότι όσον αφορά την προληπτική ιατρική, τους εμβολιασμούς και τα προγράμματα πρόληψης, η έλλειψη κινήτρων πολλές φορές οδηγεί σε ιατρική αδράνεια. Έτσι, λοιπόν, ίσως ένα σύστημα fee for performance, θα μπορούσε να προβλεφθεί και για τους προσωπικούς γιατρούς ώστε να έχουμε με αυτό τον τρόπο αυξημένα ποσοστά επίτευξης κάποιων στόχων πολιτικής υγείας.

Τα Πανεπιστημιακά Κέντρα Υγείας νομίζω ότι ήταν κάτι που όλος ο χώρος της γενικής ιατρικής ήθελε πάρα πολλά χρόνια. Είναι ένα πολύ σημαντικό μέτρο. Σύμφωνα, λοιπόν, με τα άρθρο αυτά, στα 8 Πανεπιστημιακά Κέντρα Υγείας εγκαθίστανται μονάδες πανεπιστημιακών εργαστηρίων υγιεινής, επιδημιολογίας, προληπτικής ιατρικής, πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και δημόσιας υγείας.

Το ζήτημα σ’ αυτό είναι και θα πρέπει ίσως να ληφθεί υπόψη, ότι σε πολλά πανεπιστήμια υπάρχουν τομείς αντίστοιχοι, υπάρχουν διπλοί τομείς. Παραδείγματος χάρη το πανεπιστήμιο Αθηνών να έχει τον τομέα επιδημιολογίας, αλλά το πανεπιστήμιο Ιωαννίνων έχει για παράδειγμα τομέα επιδημιολογίας και τομέα γενικής ιατρικής και πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Πού, ποιος θα είναι το εργαστήριο το οποίο θα εγκατασταθεί δεν το γνωρίζω, αλλά σίγουρα χρειάζεται μία συνεννόηση με τις ιδιαιτερότητες του κάθε πανεπιστημίου.

Σχετικά με τις θέσεις οι οποίες προβλέπονται σαν προκήρυξη, θα ήθελα να πω ότι είναι πολύ σημαντική η προκήρυξη θέσης ψυχολόγου. Είναι πρωτοποριακό για τα δεδομένα. Υπήρχε στα χαρτιά και σε προηγούμενους νόμους, αλλά θα προτείναμε εμείς ότι επειδή οι θέσεις στα πανεπιστήμια είναι γνωστικό αντικείμενο και όχι ειδικότητα, ένα κέντρο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έχει και ένα πολύ μεγάλο κλινικό έργο. Πέρα από το ερευνητικό έχει και κλινικό έργο, οπότε θα ήταν ορθότερο κάποιες θέσεις να ήταν γενικής ιατρικής και προληπτικής ιατρικής και όχι προληπτικής ιατρικής και πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Νομίζω, ότι αυτό σε συνεννόηση με τα πανεπιστήμια θα μπορούσε κάλλιστα να διευθετηθεί.

Αυτά ήταν οι τοποθετήσεις μας και θεωρούμε ότι το νομοσχέδιο βαδίζει προς το σωστό δρόμο. Ευχαριστώ πάρα πολύ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ(Πρόεδρος της Επιτροπής)**: Η κύρια Περδικάκη έχει τον λόγο.

**ΠΗΓΗ ΠΕΡΔΙΚΑΚΗ(Γενική Γραμματέας του Ελληνικού Κολλεγίου Γενικών Ιατρών, Συντονίστρια – Διευθύντρια του Κέντρου Υγείας Άστρους)**: Θα αρχίσω από λίγο πιο παλιά και σε τρία σημεία θα ήθελα να επιμείνω. Σε πολλά πράγματα με κάλυψαν οι συνάδελφοι.

Σίγουρα περιμέναμε κι εμείς εδώ και πάρα πολύ καιρό ένα νομοσχέδιο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Όμως ας αρχίσω από το παρελθόν, γιατί η ειδικότητα της γενικής οικογενειακής ιατρικής για την οποία θέλω να μιλήσω, έχει δημιουργηθεί εδώ και 40 χρόνια. Έχουν περάσει λοιπόν 40 χρόνια, έχουν γίνει και άλλα νομοσχέδια, όμως δεν λειτούργησε ποτέ ο οικογενειακός γιατρός, ο γιατρός της γειτονιάς, ο προσωπικός γιατρός τώρα. Είναι πάντα ο οικογενειακός γιατρός. Είναι αυτό που περιμέναμε ως γενικοί γιατροί που κάναμε την ειδικότητα 40 χρόνια πριν, γιατί αυτό μας είχε υποσχεθεί η πολιτεία, ότι «κάντε αυτή την ειδικότητα γιατί αυτή η ειδικότητα είναι της γενικής οικογενειακής ιατρικής, που θα υπάρξει ο θεσμός και θα στελεχώσετε τα κέντρα υγείας».

 Τα κέντρα υγείας τα στελεχώσαμε, το θεσμό τον περιμένουμε λοιπόν ακόμα μέχρι σήμερα. Εδώ θα ήθελα να πω, ότι είναι μεγάλη ανάγκη και είναι το πρώτο σημείο που θέλω να θίξω, οι γενικοί οικογενειακοί γιατροί να είναι στις προκηρύξεις των θέσεων των προσωπικών γιατρών κατά προτεραιότητα. Μπορεί να έχουν μπει παθολόγοι, μπορεί να μπουν κι άλλες ειδικότητες. Στο τέλος δεν γνωρίζω τι θα γίνει, αλλά σίγουρα αυτή η ειδικότητα έχει γίνει εδώ και τόσο καιρό, είναι από τις πιο καινούργιες ειδικότητες και άρα θα πρέπει να έχει προτεραιότητα. Είναι οι γιατροί αυτοί που εκπαιδεύτηκαν και συνεχίζουν να εκπαιδεύονται με ένα πληρέστατο πρόγραμμα πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας. Άρα, είναι ο κατ’ εξοχήν γιατρός, ο γενικός οικογενειακός γιατρός και θα πρέπει να συμπεριληφθεί λοιπόν και στο νομοσχέδιο.

Το δεύτερο σημείο που θα ήθελα να θίξω και εγώ, είναι και τα πανεπιστημιακά κέντρα υγείας. Τα πανεπιστημιακά κέντρα υγείας συμφωνούμε να γίνουν, όμως μην ξεχνάμε ότι αυτά γίνονται για να είναι φυτώρια εκπαίδευσης, αλλά όχι μόνο. Πρέπει να γίνουν και φυτώρια ακαδημαϊκών γενικών ιατρών και αυτό δεν το βλέπουμε στο νομοσχέδιο. Θα πρέπει λοιπόν μέσα σε αυτά τα κέντρα υγείας, με τη βοήθεια του πανεπιστημίου, να εκπαιδευτούν, να κάνουν πανεπιστημιακή εκπαίδευση οι γενικοί γιατροί που το επιθυμούν, γιατί με αυτόν τον τρόπο πραγματικά θα αναβαθμιστεί μια ειδικότητα που επί 40 χρόνια είναι η πιο υποβαθμισμένη. Θέλουμε λοιπόν να λειτουργεί ο προσωπικός γιατρός; Οφείλουμε να αναβαθμίσουμε την ειδικότητα. Εξ αρχής πάντα λέγαμε και φωνάζαμε ότι για να αναβαθμιστεί η ειδικότητα πρέπει να γίνουν ακαδημαϊκές έδρες στα πανεπιστήμια. Δεν το έχουμε καταφέρει εδώ και 40 χρόνια.

 Οφείλουμε τώρα που γίνονται τα πανεπιστημιακά κέντρα υγείας, να γίνει κάτι καλύτερο. Να εκπαιδευτούν εκεί νέοι γενικοί γιατροί, αλλά και ακαδημαϊκοί γενικοί οικογενειακοί γιατροί.

Το τρίτο που θα ήθελα να επισημάνω είναι ότι προς το παρόν οι προσωπικοί γιατροί που εργάζονται στο ΕΣΥ, γνωρίζετε ότι έχουν ένα πλαφόν ασθενών και πάνω από αυτό το πλαφόν πληρώνονται. Δηλαδή, έχουν 1.500 ασθενείς και πάνω από τους 1.500 μέχρι τους 2.000, παίρνουν ένα ποσό. Αυτό το ποσόν, δυστυχώς, δεν θα το πάρουν ποτέ γιατροί που εργάζονται στην περιφέρεια και στα νησιά μας. Θα πρέπει λιγάκι να το δείτε. Δεν θα πάνε ποτέ οι γιατροί στην περιφέρεια. Θα τους μαζεύετε στις πόλεις, αν δίνετε κίνητρα στις πόλεις και όχι στην περιφέρεια. Δεν αρκούν τα κίνητρα που έχετε δώσει μέχρι σήμερα. Χρειάζεται και αυτό το κίνητρο. Τουλάχιστον οι γιατροί που ζουν και εργάζονται στην περιφέρεια, οφείλουν να έχουν μικρότερο πλαφόν. Δηλαδή, να μην έχει 500 ασθενείς, μπορεί να είναι 1000 ή 800 και πάνω από αυτούς θα πρέπει να πληρώνονται.

Κυρία Αγαπηδάκη, οφείλετε να το δείτε και αυτό το κομμάτι, γιατί χρειάζονται κίνητρα για την περιφέρεια. Βλέπετε τις ανάγκες που υπάρχουν, γιατί συνέχεια μας ζητάνε από τις υγειονομικές περιφέρειες να καλύπτουμε νησιά και παραμεθόριες περιοχές και είναι πάρα πολύ δύσκολο. Δεν καλύπτονται. Βρείτε κίνητρα και ένα κίνητρο είναι και αυτό βέβαια. Γιατί το άλλο είναι αντικίνητρο. Δεν πρόκειται ποτέ να έχει κάποιος στην περιφέρεια 2.000 άτομα ως προσωπικός γιατρός. Αυτά είχα να πω. Σας ευχαριστώ πάρα πολύ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής)**: Ευχαριστούμε. Ο κ. Παπανικολάου έχει τον λόγο.

**ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ (Γενικός Γραμματέας της Ομοσπονδίας Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδος)**: Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε. Καλησπέρα σε όλες και σε όλους. Δεν θα εξαντλήσουμε το χρόνο των πέντε λεπτών. Θα είμαστε εξαιρετικά σύντομοι. Θα πούμε τα εξής. Αυτό το καινούργιο νομοσχέδιο κατ’ αρχήν δεν είναι το πρώτο νομοθέτημα για το θέμα των τελευταίων ετών. Υπενθυμίζω πως είχε προηγηθεί, για παράδειγμα, ήδη από τον Απρίλιο του 2022 ένας νόμος με Υπουργό τον κ. Πλεύρη τότε, για το ίδιο ακριβώς θέμα. Όλες αυτές οι ρυθμίσεις γυρίζουν γύρω γύρω και συνεχώς αποτυγχάνουν στο στόχο που διακηρύσσουν. Δηλαδή, στην ενίσχυση της δημόσιας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, για τον απλούστατο λόγο ότι, κατά τη γνώμη μας, δεν θέλουν να εξυπηρετήσουμε αυτό το σκοπό. Δεν θέλουν να εξυπηρετήσουν πραγματικά μια ανάπτυξη δημόσιας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για την πλειοψηφία τη μεγάλη των ασθενών, του λαού, των κατοίκων κ.λπ..

Αυτό που θέλουν και αυτό είναι κλιμάκωση επί της σημερινής κυβέρνησης, γιατί το έκαναν και προηγούμενες κυβερνήσεις, στην ουσία είναι αυτό που περιγράφεται στη δεύτερη αναθεώρηση του 3ου Μνημονίου. Σαφέστατα περιγραφόταν. Δηλαδή, ένας γιατρός στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ο οποίος δεν θα έχει τα μέσα για να είναι πραγματικός γιατρός, θα είναι απλά ένας «γραφειοκράτης». Αυτό σημαίνει ένας κέρβερος της πύλης, ένας θυρωρός φύλακας, πορτιέρης, ο οποίος θα αποτρέπει την πρόσβαση των ασθενών σε πιο εξειδικευμένες υπηρεσίες, με στόχο τη μείωση του κόστους. Όλα τα νομοθετήματα των τελευταίων ετών σε αυτό στοχεύουν και γι’ αυτό διαρκώς αποτυγχάνουν από το στόχο που διακηρύσσουν.

Αυτό το καινούργιο νομοθέτημα κάνει ένα βήμα παραπάνω το οποίο είναι και αυτό μία συνταγή αποτυχίας. Αναθέτει καθήκοντα και ευθύνες ειδικευμένων γιατρών, δηλαδή ειδικευμένων γιατρών γενικής οικογενειακής ιατρικής, ειδικευμένων γιατρών ειδικής παθολογίας, ειδικευμένων γιατρών παιδιατρικής, σε ανειδίκευτους γιατρούς, σε ειδικευόμενους γιατρούς ακόμα και σε γιατρούς υπηρεσίας υπαίθρου. Δηλαδή, σε νέους πτυχιούχους, που δεν έχουν καν ξεκινήσει την εκπαίδευσή τους στην ειδικότητα.

 Αυτή η ρύθμιση που γυρίζει την Ιατρική στη χώρα μας πολλές δεκαετίες πίσω, δεν μπορεί έτσι να απασφαλιστεί και να πλασαριστεί επικοινωνιακά με κάποια επικοινωνιακά επιχρίσματα περί Πανεπιστημιακών Κέντρων Υγείας, ακαδημαϊκής αναβάθμισης των γιατρών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και λοιπά και λοιπά. Δηλαδή, πώς γίνεται από τη μία να έχουμε ακαδημαϊκή αναβάθμιση και Πανεπιστημιακά Κέντρα Υγείας και από την άλλη να αναθέτουμε το ρόλο του Ειδικευμένου Γιατρού Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής, Ειδικής Παθολογίας ή Παιδιατρικής σε νέους Πτυχιούχους Ιατρικής οι οποίοι βρίσκονται σε αυτό τον αναχρονιστικό θεσμό της Υπηρεσίας Υπαίθρου που επιβιώνει ακόμα στην χώρα μας, ενώ φυσικά δεν υφίσταται σε καμία άλλη ανεπτυγμένη χώρα του κόσμου;

 Για όλους αυτούς τους λόγους νομίζουμε ότι και αυτό το νομοθέτημα, όπως προηγούμενα αντίστοιχα νομοθετήματα και προηγούμενες εξαγγελίες των τελευταίων ετών, είναι συνολικά σε λάθος κατεύθυνση και δεν νομίζουμε ότι μπορεί να εξωραϊστεί με επιμέρους βελτιώσεις. Νομίζουμε ότι πρέπει να αποσυρθεί στο σύνολό του και επιτέλους να γίνει μια σοβαρή προσπάθεια για πραγματική δημόσια Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στελεχωμένη με μόνιμους Ειδικευμένους Γιατρούς, με μόνιμο λοιπό προσωπικό (νοσηλευτές, τραυματιοφορείς, τεχνολόγους ό,τι χρειάζεται) με βάση ένα σύγχρονο χάρτη των υγειονομικών αναγκών που δεν έχει φτιαχτεί ακόμα.

Παράδειγμα - λέω μόνο αυτό και τελειώνω - ποιες είναι οι υγειονομικές ανάγκες σήμερα, ας πούμε, στη Θεσσαλία;

Είναι οι ίδιες υγειονομικές ανάγκες από ότι ήταν πριν τα τελευταία φαινόμενα οξείας κλιματικής κρίσης;

 Έχει γίνει μια αντίστοιχη επεξεργασία για την υπόλοιπη χώρα για τους νοσογόνους παράγοντες, για το τι χρειάζεται η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, πώς θα διασυνδέεται με τη Δευτεροβάθμια με τα νοσοκομεία;

 Δεν έχει γίνει.

 Για όλους αυτούς τους λόγους επαναλαμβάνω ότι είμαστε τελείως αρνητικοί σε αυτό το νομοσχέδιο, δεν νομίζουμε ότι θα προάγει την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, δεν νομίζουμε ότι δίνει κάποιο ιδιαίτερο κίνητρο ακόμα και στους υπάρχοντες υγειονομικούς να τη στελεχώσουν, δεν διορθώνει φυσικά τίποτα για τους εξευτελιστικό μισθούς των γιατρών στην Ελλάδα που είναι οι εξευτελιστικότεροι σε όλη την Ευρώπη Δυτική και Ανατολική και δεν διορθώνει τίποτα στους μισθούς των υπόλοιπων υγειονομικών που είναι ασύμβατοι με την επιβίωση, γιατί τα 800 και 900 ευρώ τον μήνα για τον νοσηλευτή και τον διασώστη του ΕΚΑΒ που πρωτοδιορίζονται είναι ασύμβατα με την επιβίωση, δεν είναι απλώς εξευτελιστικά.

 Νομίζουμε ότι την πολιτική ηγεσία όλα αυτά τα ξέρει, απλώς παραπλανά με διάφορα, κατά καιρούς, νομοθετήματα τα οποία δεν προσφέρουν τίποτα επί της ουσίας.

 Ευχαριστούμε πάρα πολύ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Και εμείς ευχαριστούμε.

Έχουν καταγραφεί όλα όσα έχετε πει.

Προχωρούμε μέσω WEBEX με τον κ. Εξαδάκτυλο.

 **ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΕΞΑΔΑΚΤΥΛΟΣ (Πρόεδρος του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου)**: Καλησπέρα, κύριε Πρόεδρε, κυρία Αναπληρώτρια Υπουργέ, κυρίες και κύριοι Βουλευτές, κυρίες και κύριοι συμμετέχοντες στην Επιτροπή.

 Ζητούμενο για τη χώρα μας είναι η οργανωμένη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σχεδόν 100 χρόνια τώρα και το 2022 υπήρξε αντίστοιχη νομοθετική πρωτοβουλία τον Απρίλιο από την σημερινή κυβέρνηση.

Χαρακτηριστικό στη χώρα μας η έλλειψη ικανού αριθμού Γενικών Γιατρών, προστίθεται σε αυτή δυστυχώς και η έλλειψη παθολόγων εσχάτως που είναι πάρα πολύ μεγάλο πρόβλημα για το σύστημα συνολικά, ενώ αντιθέτως έχουμε έναν πλούτο Ειδικών που δεν συναντιέται σε άλλες χώρες και που αποτυγχάνουμε για μια ακόμα φορά να τον αξιοποιήσουμε. Ενδεχομένως, οι σύμβουλοι είτε εγχώριοι είτε διεθνείς δεν αντιλαμβάνονται τις ιδιαιτερότητες της χώρας και ερχόμαστε στις αλλεπάλληλες προσπάθειες που έχουν γίνει.

 Η τελευταία ήταν το 2022, όπως προείπα, και ήταν η σχετικά πλέον πετυχημένη όλων, καθώς ενέταξε 6,5 εκατομμύρια πολίτες στο σύστημα. Υπήρξαν, όμως προβλέψεις του νόμου που δεν εφαρμόστηκαν ή άλλες οι οποίες εξαλείφθηκαν. Η μια πρόβλεψη που δεν εφαρμόστηκε καίτοι είχε ψηφιστεί το 2022 επανέρχεται τώρα ως ένταξη των αμιγώς ιδιωτών γιατρών μέσα στο σύστημα και αυτό είναι κάτι πάρα πολύ θετικό.

Θα ήταν καλύτερο, να είχε εφαρμοστεί από την πρώτη στιγμή, αλλά έστω και τώρα είναι καλό που επανέρχεται. Αφαιρείται η δυνατότητα να ασκούν τον ρόλο του προσωπικού γιατρού, γιατροί που αντιμετωπίζουν χρονίως πάσχοντες και ακούσαμε τους ίδιους τους χρονίως πάσχοντες να μιλούν γι’ αυτό και να λένε ότι αυτό δεν είναι μια καλή ιδέα. Εδώ πάλι έχει να κάνει με την αξιοποίηση του γενικότερου πλούτου.

Έρχεται μια ρύθμιση θετική επιτέλους που λέει ότι ο προσωπικός γιατρός πρέπει να είναι στην ίδια περιφερειακή ενότητα, για να είναι προσωπικός, διότι είναι γιατρός εμπιστοσύνης. Αυτό είναι θεωρητικά και αυτό και πρέπει να είναι και πρακτικά αν θέλουμε να επιτύχει, αλλιώς θα έχουμε ενδεχόμενος ένα ξεναγό, αλλά όχι γιατρό.

Τα Πανεπιστημιακά Κέντρα Υγείας, προς θετική κατεύθυνση δεν υπάρχει καμία αμφιβολία γι’ αυτό και ερχόμαστε τώρα σε κάτι, το οποίο θα έλεγα ότι ανατρέπει την εικόνα σοβαρότητας που έχει αυτό το νομοθέτημα. Η ένταξη των αγροτικών γιατρών στον θεσμό του Προσωπικού Γιατρού, με συγχωρείται πολύ, αλλά δεν μπορούμε να τη δούμε όπως μια σοβαρή επιλογή, στοιχειωδώς σοβαρή επιλογή.

Πρώτα απ’ όλα, ο αγροτικός γιατρός είναι ένας απαρχαιωμένος θεσμός που δεν το χρειάζεται πλέον η χώρα μας. Πρόσφατα ρυθμίστηκαν θέματα στην υγεία πριν από ενάμιση, δύο χρόνια και αυτό ήταν προς τη σωστή κατεύθυνση και αποτελεί κι ένα μείζον αντικίνητρο για τους νέους γιατρούς να μένουν στη χώρα και σημειώστε σας παρακαλώ ότι σε πρόσφατη έρευνα που έγινε, οι μισοί νέοι γιατροί δηλώνουν ότι βλέπουν το μέλλον τους στην ιατρική εκτός Ελλάδος.

Τώρα πώς είναι δυνατόν, ο άνθρωπος που χτες πήρε πτυχίο, να ασκήσει τα ίδια καθήκοντα με αυτά που ασκεί ο κ. Μαριόλης, δεκαετίες τώρα στην Αερόπολη και οι υπόλοιποι συνάδελφοι, με αυτά που ασκούν οι παθολόγοι και οι παιδίατροι, όλο αυτό το χρονικό διάστημα, πώς είναι δυνατόν, να δώσουμε στους πολίτες, ένα γιατρό ο όποιος μόλις αποφοίτησε από την ιατρική για τα ίδια καθήκοντα που έχουν γιατροί, οι οποίοι έχουν ειδικευτεί για τουλάχιστον πέντε χρόνια; Αυτό νομίζω ότι είναι η «Αχίλλειος πτέρνα» του νομοσχεδίου, καλό θα ήταν να αποσυρθεί.

Επίσης, τα οικονομικά κίνητρα είναι στη θετική κατεύθυνση, αλλά μένει να δούμε πώς θα λειτουργήσουν, γιατί καμιά φορά ξέρετε από μόνα τους δεν λειτουργούν τα οικονομικά κίνητρα, για πολλούς και διάφορους λόγους. Παραμένει ως αρνητικό αυτό που υπήρχε και στο πρώτο νομοσχέδιο του 2022. Η επίταξη, η ενδεχόμενη επίταξη γιατρών που είναι συμβεβλημένοι με το Σύστημα για την κάλυψη των νοσοκομείων, ειδικά και μετά την επιδείνωση που είχαμε στις 30 Ιουλίου με τα νομοθετήματα του Υπουργείου και βεβαίως, η Συλλογική Σύμβαση Εργασίας, έχει καταντήσει που προβλέπεται από τον Απρίλιο του 2022, έχει καταντήσει ένας διαρκής εμπαιγμός για μας και αισθανόμασταν πάρα πολύ άσχημα γι’ αυτό.

Τέλος, κάτι το οποίο δεν έχει να κάνει με τον προσωπικό γιατρό, αλλά υπάρχει μέσα στο νομοσχέδιο. Προβλέπεται παράταση της υπηρέτησης των γιατρών του Εθνικού Συστήματος Υγείας, για άλλα τρία χρόνια για ορισμένες ειδικότητες.

Είναι η δεύτερη φορά που δίνεται αυτό. Αποτελεί αντικίνητρο το να μένουν για πάρα πολλά χρόνια οι συνάδελφοι εκεί, αντιλαμβανόμαστε τις ανάγκες, αλλά στην περίπτωση αυτή θα θέλαμε δύο πράγματα.

Πρώτον να αφορά σε όλες τις ειδικότητες και αν τα νοσοκομεία έχουν ανάγκη να παραμένουν οι συνάδελφοι άλλα 3 χρόνια.

Δεύτερο και κυριότερο όμως και κομβικής σημασίας, η παραμονή τους στην υπηρεσία θα πρέπει να συνδυάζεται με αποχώρησή τους από τα διευθυντικά τους καθήκοντα. Σε κάθε άλλη περίπτωση η παραμονή τους θα είναι αντικίνητρο στην προσέλκυση νέων συναδέλφων και θα είναι και κίνητρο για τους υφισταμένους τους να αποχωρήσουν αυτοί, πριν από τους προϊσταμένους τους.

Αντιλαμβάνεστε τι θέλω να πω. Θα θέλαμε αυτά τα δύο, να τα δούμε να υλοποιούνται, θα είναι για το καλό του Εθνικού Συστήματος Υγείας, το οποίο ενώ ενισχύεται εντυπωσιακά και αποτελεσματικά σε ό,τι αφορά στις υποδομές, συνεχίζει να είναι προβληματικό σε ό,τι αφορά την προσέλκυση του Ανθρώπινου Δυναμικού και ιδιαιτέρως των γιατρών.

Σας ευχαριστώ πολύ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε τον Πρόεδρο του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου. Τώρα τον λόγο έχει ο κ. Τριαρίδης Στέφανος, Πρόεδρος της Ιατρικής Σχολής Θεσσαλονίκης.

Στο σημείο αυτό γίνεται η β΄ 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, Πλεύρης Αθανάσιος, Ρουσόπουλος Θεόδωρος (Θόδωρος), Σενετάκης Μάξιμος, Σκόνδρα Ασημίνα, Σούκουλη - Βιλιάλη Μαρία - Ελένη (Μαριλένα), Σταμάτης Γεώργιος, Στύλιος Γεώργιος, Συρεγγέλα Μαρία, Τσιλιγγίρης Σπυρίδων (Σπύρος), Χατζηιωαννίδου Μαρία - Νεφέλη, Χρυσομάλλης Μιλτιάδης (Μίλτος), Γαβρήλος Γεώργιος, Θρασκιά Ουρανία (Ράνια), Καλαματιανός Διονύσιος - Χαράλαμπος, Κοντοτόλη Μαρίνα, Νοτοπούλου Αικατερίνη (Κατερίνα), Παναγιωτόπουλος Ανδρέας, Παππάς Πέτρος, Πολάκης Παύλος, Λιακούλη Ευαγγελία, Μουλκιώτης Γεώργιος, Πουλάς Ανδρέας, Σταρακά Χριστίνα, Τσίμαρης Ιωάννης, Κομνηνάκα Μαρία, Συντυχάκης Εμμανουήλ, Λαμπρούλης Γεώργιος, Στολτίδης Λεωνίδας, Αθανασίου Μαρία, Γραμμένος Βασίλειος, Φερχάτ Οζγκιούρ, Φωτίου Θεανώ, Οικονομόπουλος Αναστάσιος, Παπαδόπουλος Νικόλαος, Κεφαλά Γεωργία (Τζώρτζια), Μπιμπίλας Σπυρίδων, Δημητριάδης Πέτρος, Χαλκιάς Αθανάσιος, Λινού Αθηνά και Φλώρος Κωνσταντίνος.

**ΣΤΕΦΑΝΟΣ ΤΡΙΑΡΙΔΗΣ (Πρόεδρος της Ιατρικής Σχολής Θεσσαλονίκης - (ΑΠΘ)):** Ευχαριστώ, κ. Πρόεδρε. Ευχαριστώ που μας δίνετε τον λόγο γι’ αυτό το πολύ σημαντικό νομοσχέδιο που προσδιορίζει δύο θεμελιώδη ζητήματα στην παροχή φροντίδας υγείας.

Ήδη, έχουν αναφερθεί οι συνάδελφοι για τον θεσμό του Προσωπικού Γιατρού και τα δύο κυρίαρχα που πρέπει να δείτε λίγο πιο πολύ είναι η έννοια της προσβασιμότητας, γιατί ξέρουμε ότι τα συστήματα υγείας, όπως το βρετανικό που έχουν τον οικογενειακό τον γενικό γιατρό, έχουν προβλήματα προσβασιμότητας σε αυτό.

Το δεύτερο είναι η έννοια της παραπομπής, έτσι ώστε να υπάρχει έγκαιρη παραπομπή, γιατί και εκεί έχουμε δει πολλές καθυστερήσεις με αποτέλεσμα χρόνια νοσήματα να επιβαρύνονται και να μη γίνεται η πρώιμη διάγνωση κακοήθειας και άλλων νοσημάτων.

Συνεπώς, είναι δύο κομβικά σημεία η προσβασιμότητα που έχει να κάνει με τον αριθμό που έχει ο κάθε γενικός γιατρός, ο κάθε οικογενειακός γιατρός, όσον αφορά στην πρόβλεψη για να μπορεί να καλύψει συγκεκριμένη περιοχή του πληθυσμού.

Το δεύτερο είναι η κινητροδότηση, όπου που είναι σωστή η κινητροδότηση, αλλά ίσως ένα δοκιμαζόμενο σύστημα υγείας που όλοι όσοι εμπλέκονται στη φροντίδα των συνανθρώπων μας αυτή τη στιγμή υπάρχουν οικονομικά αιτήματα. Αυτή η κινητροδότηση ίσως δημιουργήσει κάποια λάθος εντύπωση όταν δημοσιοποιηθεί. Γι’ αυτό, σας τα επισημαίνω, να λάβετε γνώση.

Από εκεί και πέρα, όσον αφορά το κύριο σημείο που μας αφορά και το οποίο έχει να κάνει με τα Πανεπιστημιακά Κέντρα Υγείας, να σας ενημερώσω ότι το Τμήμα Ιατρικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης από το 2008, δηλαδή, 16 χρόνια τώρα, έχει υποχρεωτική εκπαίδευση των φοιτητών μας, όλων των φοιτητών μας, στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε Κέντρα Υγείας και η εκπαίδευση αυτή στηρίζεται τόσο στα μέλη ΔΕΠ της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, όσο και σε ένα δίκτυο εκπαιδευτών σε όλη την Ελλάδα σε Κέντρα Υγείας όπου αποστέλλονται και επίσης, ότι μαζί με την Ιατρική Σχολή της Κρήτης συμμετείχαν στη συζήτηση για τις ακαδημαϊκές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας στο νομό του 2017 που έφτασε σε μία Κοινή Υπουργική Απόφαση δημιουργίας ακαδημαϊκής μονάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας στη Θεσσαλονίκη και στο Ηράκλειο Κρήτης το 2019.

Σε σχέση με το σχέδιο νόμου, να σχολιάσω ότι ο θεσμός είναι σε πολύ σωστή κατεύθυνση. Ιδανικά, θα έπρεπε να ιδρυθούν νέα Κέντρα Υγείας. Καταλαβαίνω ότι αυτό είναι δύσκολο και γι’ αυτό, μιλάμε για εγκατάσταση σε ήδη λειτουργούντα και υπάρχοντα Κέντρα Υγείας. Εδώ, πρέπει όμως το Υπουργείο σε συνεργασία με τα οικεία τμήματα να αποφασίσει, γιατί πρέπει να δούμε να μην κληρονομήσουμε εμπόδια, τα οποία, να μην επιτρέψουν να ευοδωθεί η στοχοθεσία που έχετε θέσει, έτσι ώστε στην ουσία να έχουμε και τα ακαδημαϊκά κριτήρια που θα είναι εχέγγυα, αλλά εμάς μας ενδιαφέρει να είναι και εύκολα προσβάσιμο για τους φοιτητές χωροταξικά, γιατί υπάρχουν Κέντρα Υγείας απομακρυσμένα μέσα στο πολεοδομικό συγκρότημα της Θεσσαλονίκης και επειδή οι φοιτητές θα πρέπει να πηγαίνουν από τα νοσοκομεία στα οποία ήδη κάνουν την κλινική τους άσκηση, στα υπόλοιπα, στην παθολογία, στη χειρουργική, η κλινική άσκηση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που είναι υποχρεωτική στο Αριστοτέλειο θα πρέπει να είναι συμβατή χωροταξικά, έτσι ώστε να έχουμε προσβασιμότητα.

Ένα δεύτερο σημείο, το οποίο, ήδη αναφέρθηκε, είναι ότι πρέπει να προβλέπεται στο σχέδιο νόμου η άσκηση τόσο των προπτυχιακών φοιτητών, αλλά και των μεταπτυχιακών. Έχουμε μεταπτυχιακά πάνω στη δημόσια υγεία που απευθύνονται, όχι μόνο σε γιατρούς, αλλά σε γενικά άτομα εμπλεκόμενα στη φροντίδα υγείας των συνανθρώπων μας.

Συνεπώς, πρέπει μέσα στο νομοθέτημα να υπάρχει πρόβλεψη για προπτυχιακούς φοιτητές και για μεταπτυχιακούς φοιτητές, οι οποίοι, εμπλέκονται στην κλινική άσκηση σαν μέρος της εκπαίδευσής τους στο τελικό έτος της λήψης του πτυχίου ή στο μεταπτυχιακό στο οποίο εμβαθύνουν πάνω στην πρωτοβάθμια φροντίδα ή στη δημόσια υγεία.

Όσον αφορά τώρα το σχέδιο νόμου, σε 2 - 3 σημεία, όπως εκεί που προβλέπεται η εγκατάσταση της ειδικής μονάδας του πανεπιστημιακού εργαστηρίου, όπως ειπώθηκε και για τα Γιάννενα, εμείς έχουμε δύο τομείς σχετικούς. Το εργαστήριο στον Τομέα Φυσιολογίας, Φαρμακολογίας, Βιολογικών Επιστημών και Προληπτικής Ιατρικής.

Έχουμε το Εργαστήριο Υγιεινής, Κοινωνικής, Προληπτικής Ιατρικής και Ιατρικής Στατιστικής και το Εργαστήριο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Γενικής Ιατρικής και Υπηρεσιών Υγείας. Εκεί, θα πρέπει να προσδιοριστεί καλύτερα ίσως η εγκατάσταση ή η ίδρυση να είναι με πληθυντικό μιας μονάδας πανεπιστημιακών εργαστηρίων, έτσι ώστε να μπορεί ή το τμήμα ή σε συνεργασία και με το Υπουργείο να αποφασίσουν πώς θα εγκατασταθεί και πώς θα στελεχωθεί αυτή η μονάδα.

Άρα, να μην είναι απαγορευτικό ο ενικός που χρησιμοποιείται, αλλά είναι ο πληθυντικός και ίσως το «Πρωτοβάθμιας Φροντίδας» θα πρέπει να είναι και μαζί με το «Υγιεινής και Επιδημιολογίας» και όχι, να έπεται.

Όσον αφορά στην πρόβλεψη για τις θέσεις, να συμφωνήσω με τους συναδέλφους που είπαν ότι και η ειδικότητα της γενικής και οικογενειακής ιατρικής δεν πρέπει να είναι στον προσδιορισμό όπως βγαίνει μετά αλλά στα γνωστικά αντικείμενα. Επειδή με βάση το τελευταίο νομοσχέδιο, το οποίο αυτή τη στιγμή είναι στην πράξη, προσδιορίζουμε στο ΑΠΕΛΛΑ τα γνωστικά αντικείμενα και αυτούς που έχουν το ίδιο ή το συναφές, καλό είναι εκεί να προβλέπεται σύνθετο γνωστικό αντικείμενο που να έχει όρο προληπτικής ιατρικής και πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας γιατί στο υπάρχων μητρώο γνωστικών αντικειμένων, όπως έχει αναρτηθεί στο ΑΠΕΛΛΑ και από 1/1/2025 θα εφαρμοστεί, θα υπάρχουν ξεχωριστά η προληπτική ιατρική σαν δεύτερο συνθετικό στην παθολογία, στην καρδιολογία, στη γενική ιατρική. Άρα, εάν προσδιορίσουμε μια θέση που θα προκηρυχθεί ως προληπτική ιατρική μπορεί να είναι ασύμβατη με τα υπάρχουσα γνωστικά αντικείμενα. Άρα, παρακαλώ εκεί να προστεθεί σύνθετο γνωστικό αντικείμενο που να εμπεριέχει τους όρους προληπτική ιατρική πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ίσως και γενική οικογενειακή ιατρική, όπως αναφέρθηκε από τους συναδέλφους.

Στη στελέχωση, επίσης, ακούστηκε και από προηγούμενους, πέρα από τη μία θέση της ψυχολόγου που σωστά ορίζεται μέσα στο team για την διεπιστημονικότητα, επειδή ακριβώς αυτό το team θα έχει και μια εκπαιδευτική διάσταση εκπαίδευσης των παρόχων και των φροντιστών υγείας και θα περάσουν από εκεί όλοι οι εκπαιδευόμενοι, καλό είναι να υπάρχει αυτή η διεπιστημονικότητα, ίσως θα χρειαζόταν να προβλεφθούν και άλλες ειδικότητες, εάν όχι τώρα σε μεταγενέστερη φάση να στελεχωθούν με κάποιον νοσηλευτή ο οποίος θα έχει τη φροντίδα αυτής της διεπιστημονικής εκπαίδευσης στη νοσηλευτική στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ιδίως τώρα που προσπαθούμε να αποκεντρώσουμε κάποιες υπηρεσίες υγείας με την κατ’ οίκον νοσηλεία και την επίσκεψη στον τόπο διαμονής συνανθρώπων μας με χρόνια προβλήματα, έτσι ώστε να ενισχυθεί και η έννοια της νοσηλευτικής φροντίδας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Για να μην μακρηγορώ, να πω ότι είναι ένα θετικό νομοσχέδιο, ένα νομοσχέδιο το οποίο καλύπτει ένα κενό το οποίο υπάρχει αυτή τη στιγμή. Σας επισήμανα κάποια σημεία που ίσως χρειάζονται μικρές τροποποιήσεις, έτσι ώστε να μπορούμε καλύτερα να βάλουμε ακριβώς την εφαρμογή τους στο σωστό πλαίσιο και σας ευχαριστώ πολύ που μας δίνετε τη δυνατότητα να ακουστούμε έτσι ώστε να συμπληρωθούν κάποιες πινελιές σ’ αυτό το πολύ σωστό και προς τη σωστή κατεύθυνση νομοσχέδιο.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής)**: Ευχαριστούμε, κ. Τριαρίδη. Μένετε στη συνεδρίασή μας διότι θα τεθούν ερωτήματα. Ήταν πολύ ουσιαστική η παρέμβαση σας και τα τεχνικά θέματα που θίξατε και για το ΑΠΕΛΛΑ.

Το λόγο έχει ο τελευταίος προσκεκλημένος, κ. Αναστάσιος Σαμουηλίδης.

**ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΣΑΜΟΥΗΛΙΔΗΣ (Δικηγόρος - Υπεύθυνος Δημοσίων Υποθέσεων της Ένωσης Ασθενών Ελλάδος)**: Καλησπέρα σας. Ευχαριστούμε πολύ την Επιτροπή, την Υπουργό και τις παρατάξεις που μας κάλεσαν εδώ σήμερα, γιατί θεωρούμε ότι σε συζητήσεις όπως αυτή η φωνή των ασθενών οφείλει και πρέπει να ακούγεται.

Επιγραμματικά θα αναφέρω ότι το σχέδιο νόμου περιλαμβάνει αρκετά θετικά στοιχεία σε σύγκριση με τον ν. 4931, όπως η κατάργηση των αντικινήτρων, η αξιολόγηση, τα κίνητρα για τις ειδικότητες, τα πανεπιστημιακά κέντρα υγείας και τα γεωγραφικά όρια για την επιλογή προσωπικού γιατρού.

Ο θεσμός αυτός και η επιτυχία του είναι καθοριστικής σημασίας για την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη χώρα μας και δύναται να συμβάλλει τόσο στη θωράκιση της δημόσιας υγείας όσο και στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων. Αναγκαίες προϋποθέσεις για την επιτυχία του ωστόσο είναι η εύκολη και άμεση πρόσβαση των πολιτών στον προσωπικό γιατρό, ώστε πλέον ο κάθε πολίτης να έχει το γιατρό του με τον οποίο θα αναπτύξει σχέσεις εμπιστοσύνης. Είναι ένα σημαντικό βήμα, αλλά δεν αρκεί. Απαιτείται και η ανάπτυξη ενός δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας με ομόκεντρους κύκλους γύρω από τον προσωπικό γιατρό που θα περιλαμβάνει τόσο γιατρούς ειδικοτήτων, όσο και ψυχολόγους, φυσιοθεραπευτές κ.τ.λ. για την ολιστική φροντίδα των ασθενών, εάν θέλουμε να μιλάμε για ασθενοκεντρική φροντίδα.

Ως προς τα άρθρα 4 και 14, αυτή τη στιγμή πάρα πολλοί χρόνιοι ασθενείς στη χώρα παρακολουθούνται σε ειδικές μονάδες, κέντρα εμπειρογνωμοσύνης κ.τ.λ., όπου ο θεράπων ιατρός ασκεί de facto τον ρόλο του προσωπικού γιατρού.

Από τη στιγμή που επιλέγετε ότι αυτοί οι θεράποντες ιατροί δεν θα είναι οι προσωπικοί γιατροί, θα πρέπει να θεσμοθετηθεί ένας τρόπος επικοινωνίας και ανατροφοδότησης μεταξύ προσωπικού και θεράποντος ιατρού, γιατί ξέρετε, ένα μεγάλο βάρος για τους ασθενείς, είναι, «το να πηγαίνει πέρα δώθε και να προσπαθεί» να κάνει τους γιατρούς να επικοινωνήσουν μεταξύ τους. Αυτό, πρέπει να το προσέξουμε πάρα πολύ.

Ως προς τον ανώτατο αριθμό των εγγεγραμμένων με προσωπικό γιατρό, θεωρούμε ότι είναι μεγαλύτερος απ’ ότι θα έπρεπε και ευελπιστούμε ότι με τις υπουργικές αποφάσεις, «θα κατέβει προς τα κάτω».

Τώρα σε ότι αφορά στο θέμα των αγροτικών ιατρών, όπως πολύ εύστοχα αναφέρεται στην Αιτιολογική Έκθεση που κατατέθηκε στη Βουλή, ο στόχος του θεσμού είναι, να δημιουργηθεί αφενός μια σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ των ληπτών υπηρεσιών υγείας και αφετέρου μια χρονική συνέχεια στην προσφορά φροντίδας στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αυτό, είναι δύσκολο να εξυπηρετηθεί από αγροτικούς γιατρούς που έχουν περιορισμένη χρονική θητεία.

Προτείνουμε, λοιπόν, οι αγροτικοί και οι ειδικευόμενοι, να ασκούν επικουρικό ρόλο με σαφώς καθορισμένες αρμοδιότητες.

Ως προς το άρθρο 13, το δικαίωμα μεταγραφής σε άλλο προσωπικό γιατρό. Θα πρέπει να είναι ελεύθερο, όπως ίσχυε με το ν.4931, διότι δεν διευκρινίζεται τι συνιστά επαρκώς αιτιολογημένα αίτημα και ποιος θα το κρίνει και σε ποιο χρονικό διάστημα θα εγκρίνεται ή θα απορρίπτεται το αίτημα μεταγραφής.

Για το άρθρο 16, είναι ιδιαίτερα θετική η αξιολόγηση των προσωπικών γιατρών βάσει δεικτών απόδοσης και θα πρέπει να προβλεφθεί επιπλέον και σύνδεση με απολαβές σ’ ένα ποσοστό ως επιπλέον κίνητρο. Ταυτόχρονα, θα πρέπει οι λήπτες των υπηρεσιών, να συμμετέχουν και αυτοί στην αξιολόγηση και η εμπειρία τους, να αποτελεί έναν από τους δείκτες απόδοσης.

Ως προς το άρθρο 27. Στο Δ.Σ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. θα πρέπει να συμπεριληφθεί και εκπρόσωπος των ασθενών, διότι οι σύλλογοι ασθενών στη χώρα πραγματοποιούν πλειάδα δράσεων για την προστασία και την προαγωγή της δημόσιας υγείας, συχνά υποκαθιστώντας την πολιτεία, όπως αναγνωρίζει άλλωστε ο ν.4675 για τη Δημόσια Υγεία και το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, αλλά και το άρθρο 60 του ν.4931. Θεωρούμε ότι ο πλέον κατάλληλος εκπρόσωπος για το Δ.Σ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. για τους λήπτες υπηρεσιών υγείας, είναι η Ένωση Ασθενών Ελλάδας.

Τέλος, θα ήθελα να αναφερθώ στο άρθρο 29 του σχεδίου νόμου το οποίο εισήχθη στη Βουλή, η δυνατότητα σύναψης Προγραμματικών Συμβάσεων Μνημονίων Συνεργασίας κτλ., κρίνεται από ιδιαίτερα θετική και θα δώσει στην πολιτεία τη δυνατότητα να αξιοποιήσει οργανώσεις, όπως οι Σύλλογοι Ασθενών, που πραγματοποιούν σημαντικές δράσεις δημόσιας υγείας ανά την επικράτεια και περαιτέρω μπορούν να διεισδύσουν και διεισδύουν σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες και πληθυσμούς, όπως Ρομά, χρήστες ουσιών, φυλακισμένοι, που το κράτος αδυνατεί να προσεγγίσει. Συνεπώς, η πολιτεία οφείλει να στηρίξει αυτή την προσπάθεια και ρυθμιστικά και χρηματοδοτικά για να γίνει ακόμα πιο αποτελεσματική, όπως έχει τονίσει άλλωστε η Υπουργός, αλλά αναφέροντας ότι αυτό είναι, όχι μόνο το σωστό ηθικά ή και κοινωνικά, αλλά είναι και το σωστό επιστημονικά.

Κλείνοντας, με αφορμή τη συγκεκριμένη διάταξη που κάνει αναφορά στο Μητρώο Εθελοντικών Οργανώσεων Δράσεων Δημόσιας Υγείας που δεν έχει ενεργοποιηθεί ακόμα, καλούμε το Υπουργείο να επανεξετάσει τις προϋποθέσεις του άρθρου 7 παρ.4 του ν.4675 του 2020, καθώς ουσιαστικά αποκλείει μικρούς τοπικούς ή περιφερειακούς συλλόγους με σημαντικές δράσεις σε μικρές κοινότητες και τοπικές κοινωνίες, οι οποίοι δε θα δύνανται να ανταποκριθούν στις αυξημένες απαιτήσεις του Μητρώου. Αν θέλουμε δράσεις Δημόσιας Υγείας να φτάσουν σε κάθε χωριό της Ελλάδας, δεν πρέπει να αφήσουμε απ’ έξω αυτούς τους συλλόγους.

Σας ευχαριστώ πολύ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Σας ευχαριστούμε πολύ. Ολοκληρώθηκαν σε αυτό το σημείο οι τοποθετήσεις από τους εξωκοινοβουλευτικούς φορείς, προσκεκλημένους της Επιτροπής μας. Τώρα, εάν υπάρχουν ερωτήσεις, θα δώσω το λόγο στους Εισηγητές και στους υπόλοιπους Βουλευτές και σε ποιον φορέα απευθύνεστε.

Τον λόγο έχει η κυρία Κεφάλα.

**ΜΑΡΙΑ – ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΚΕΦΑΛΑ (Εισηγήτρια της Πλειοψηφίας):** Δεν έχω ερωτήσεις, κύριε Πρόεδρε, σας ευχαριστώ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Σας ευχαριστούμε πολύ.

Τον λόγο έχει ο κ. Παναγιωτόπουλος.

**ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΣ (Εισηγητής της Μειοψηφίας):** Σας ευχαριστώ πολύ, κύριε Πρόεδρε.

Θα ήθελα να ρωτήσω τον κύριο Αρκαδόπουλο, εάν θεωρεί ότι ο αγροτικός γιατρός με αυτό το σύνολο της υπηρεσίας, δηλαδή το δωδεκάμηνο (12μηνο), αν ο ένας μήνας εκπαίδευσης αρκεί για να γίνει προσωπικός γιατρός και τη συνέχεια θα έχει αυτό. Δηλαδή, ποιο μοντέλο προτείνει ή καταλαβαίνει ότι θα προσφέρει στη Δημόσια Υγεία, στην πρόληψη, στην προάσπιση στη Πρωτοβάθμια, το «solo practice» ή το «group practice»;

Θα ήθελα την άποψή του σε αυτό το θέμα, γιατί δεν αναφέρθηκαν καθόλου και κάτι άλλο. **Άκουσα, από τον κύριο Τριαρίδη ότι το οικονομικό κίνητρο μπορεί να αποτελέσει πρόβλημα. Τι πρόβλημα θα αποτελέσει; Διαίρεσης των γιατρών σε αυτούς που δίνουμε παραπάνω και σε αυτούς που δεν παίρνουν τίποτα; Για να τα καταλάβω. Επίσης, να ρωτήσω τι αντίληψη έχουν και τι σκέφτονται στο σύνολο της πορείας του ασθενούς και του προβλήματός του. Δηλαδή, γράφει μια εξέταση. Πρέπει να επανέλθει στον γιατρό του; Πρέπει να φτιαχτεί οικογενειακός φάκελος; Ατομικός φάκελος του ασθενούς; Πότε θα φτιαχτεί αυτός; Από ποιους θα φτιαχτεί; Από ποια ομάδα θα παρακολουθείται; Γιατί όλα αυτά στα νομοσχέδια τα έχουμε ακούσει, τα έχουμε ξανακούσει, έχουν νομοθετηθεί, αποτέλεσμα όμως έχουμε ένα γιατρό που συνταγογραφεί και τελειώσαμε όποτε τον βρει βέβαια, γιατί αν δεν τον βρει προσφεύγει αλλού. Τώρα, το γενικεύουμε και επειδή άκουσα κάποιον πάλι εκπρόσωπο δεν τον θυμάμαι τώρα ποιος είναι. Επειδή στην Ελλάδα, είναι γεγονός ότι έχουμε πολλές ειδικότητες, πολύ ειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό, δεν είμαστε χώρα που γενικώς έχει ανειδίκευτους γιατρούς. Θα έπρεπε πιστεύω, να επεκταθεί ο θεσμός αυτός και σε άλλες ειδικότητες που με την κατάλληλη εκπαίδευση, μπορούν να ενταχθούν στον προσωπικό γιατρό. Δηλαδή, εγώ στο Κέντρο Υγείας που ήμουνα είχαμε 12 καρδιολόγους και 10 πνευμονολόγος. Δεν μπορεί αυτούς να τους αφήνεις ξεκομμένους και να σχεδιάζεις οικογενειακό γιατρό τότε, προσωπικό γιατρό σήμερα, που διαφωνούμε βέβαια, με τον όρο. Θέλω να πω, η αξιοποίηση του επιστημονικού δυναμικού που διαθέτουμε ως χώρα και λαός, θα πρέπει να είναι τέτοια, που να συμπεριλάβει τον κόσμο όλο και να τον αξιοποιήσει. Ευχαριστώ πολύ.**

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

**ΙΩΑΝΝΗΣ ΤΣΙΜΑΡΗΣ (Ειδικός Αγορητής Κ.Ο του «ΠΑΣΟΚ-ΚΙΝΗΜΑ ΑΛΛΑΓΗΣ») Καλησπέρα και από εμένα. Η ερώτηση αφορά στους καθηγητές τον κ . Τριαρίδη και τον κύριο Αρκαδόπουλο. Τι γνώμη έχουν για την εισαγωγή των αγροτικών γιατρών χωρίς κριτήρια, ανά την Επικράτεια στον θεσμό του προσωπικού γιατρού. Και δεύτερη ερώτηση, αν έχει γίνει διαβούλευση με το Υπουργείο. Σας ρώτησε το Υπουργείο, για τη δημιουργία των Πανεπιστημιακών Κέντρων Υγείας και αν είχατε καταθέσει προτάσεις. Αυτό είναι το πρώτο.**

**Επίσης, θα ήθελα να ρωτήσω τους εκπροσώπους των Ενώσεων Γενικών Γιατρών και Παθολόγων, καθώς και τον Πρόεδρο του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου, αν έχουν εικόνα ή αν ξέρουν πόσοι συνάδελφοι είναι έτοιμοι να μεταβούν από σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ στο νέο καθεστώς χωρίς σύμβαση. Δηλαδή, να είναι προσωπικοί γιατροί χωρίς καμία συμβατική υποχρέωση απέναντι στον ΕΟΠΥΥ . Αυτή είναι η ερώτησή μου.**

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Ο Ειδικός Αγορητής του Κομμουνιστικού Κόμματος δεν έχει ερώτηση.**

**Τον λόγο έχει η κυρία Αθανασίου.**

 **ΜΑΡΙΑ ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ( Ειδική Αγορήτρια της «Κ.Ο ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΛΥΣΗ- ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΒΕΛΟΠΟΥΛΟΣ») Ευχαριστώ κύριε Πρόεδρε, θα ήθελα να κάνω την πρώτη ερώτηση στον κ . Δήμο. Αναφέρατε ότι οι πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία να μπορούν να θεωρούν τον θεράποντα γιατρό τους ως προσωπικό. Πιστεύετε ότι ο θεσμός του προσωπικού γιατρού μπορεί να εξυπηρετήσει τους χρόνιους ασθενείς ή απαιτείται αυξημένη γνώση από εξειδικευμένο γιατρό; Μπορεί ο προσωπικός γιατρός, εάν δεν είναι θεράπων να προσφέρει επαρκείς υπηρεσίες προς τους χρονίως πάσχοντες, ή μήπως ο προσωπικός γιατρός γι αυτήν την κατηγορία πασχόντων μπορεί να είναι μόνο ο θεράπων.**

 **Στον κύριο Αρκαδόπουλο την έκανε ο κ. Παναγιωτόπουλος την ερώτηση δηλαδή, αν θεωρείτε ότι οι γιατροί που υπηρετούν σε υπηρεσίες υπαίθρου είναι σε θέση να ασκήσουν αποτελεσματικά τα καθήκοντα του προσωπικού γιατρού;**

**Στην κυρία Περδικάρη θα ήθελα να ρωτήσω, θεωρείτε ότι το σύστημα αξιολόγησης των προσωπικών γιατρών είναι επαρκές έτσι όπως ισχύει σήμερα; Πιστεύετε ότι μπορεί να ισχύσει ένα ενιαίο σύστημα αξιολόγησης σε όλη την ελληνική επικράτεια; Αν το κριτήριο είναι ποσοτικό, πώς μπορεί να συγκριθεί ο προσωπικός γιατρός μεγάλων αστικών κέντρων, με τον προσωπικό γιατρό του νομού Ευρυτανίας, Φλώρινας ή απομακρυσμένων νησιωτικών περιοχών. Μήπως θεωρείτε ότι θα πρέπει να αξιολογούνται αυτοί;**

 **Σας ευχαριστώ.**

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ(Πρόεδρος της Επιτροπής):** Τον λόγο έχει, ο Ειδικός Αγορητής της Κοινοβουλευτικής Ομάδας, «Νέα Αριστερά», κ. Οζγκιούρ Φερχάτ.

**ΟΖΓΚΙΟΥΡ ΦΕΡΧΑΤ(Ειδικός Αγορητής της ΚΟ «ΝΕΑ ΑΡΙΣΤΕΡΑ»):** Θα ήθελα να απευθύνω δυο ερωτήσεις προς την ΟΕΝΓΕ,με δεδομένη την τραγική έλλειψηπαθολόγων από τα νοσοκομεία, πώς διαβλέπουν την προώθηση που επιχειρείται με το νομοσχέδιο προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και δεύτερον, οι γιατροί των νοσοκομείων με ποιους όρους θα μπουν στο σύστημα του προσωπικού γιατρού και πόσο θα επηρεάσει την ήδη επιβαρυμένη λειτουργία των νοσοκομείων;

Και μια ερώτηση προς την Ένωση Ασθενών Ελλάδος, δεδομένων των ιδιαίτερων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, πώς βλέπουν ένα νομοσχέδιο στο οποίο δεν υπάρχει καμία μέριμνα για τους χρόνιους και σπάνιους ασθενείς;

 Σας ευχαριστώ.

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

Τον λόγο έχει, ο Ειδικός Αγορητής της Κοινοβουλευτικής Ομάδας «ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΚΟ ΠΑΤΡΙΩΤΙΚΟ ΚΙΝΗΜΑ “ΝΙΚΗ” », κ. Νικόλαος Παπαδόπουλος.

**ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ(Ειδικός Αγορητής της ΚΟ «ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΚΟ ΠΑΤΡΙΩΤΙΚΟ ΚΙΝΗΜΑ“ΝΙΚΗ”»):** Ευχαριστώ.

Μια ερώτηση προς τον κ. Εξαδάκτυλο, που είπε ότι βρίσκει πολύ θετική την παρουσία αμιγώς ιδιωτών σαν προσωπικούς γιατρούς, θέλω να ρωτήσω πού ακριβώς είναι το θετικό για τον μέσο Έλληνα πολίτη που χειμάζεται οικονομικά; Η απόλυτη εξάρτηση από ιδιώτη γιατρό. Και βέβαια πάλι ήθελα να τον συγχαρώ που με μια πρόταση τα είπε όλα, είπε ότι το 50% των συναδέλφων που τελειώνουν την ιατρική κοιτάζουν να φύγουν στο εξωτερικό. Αυτό πρέπει να προβληματίσει το Σώμα. Ξέρουμε ότι τελευταίως με εκλογές του πανελλήνιου ιατρικού συλλόγου 20.000 Έλληνες γιατροί έχουν φύγει στο εξωτερικό, με μετρήσεις στοίχισαν για τη χώρα 7,5 με 9 δισεκατομμύρια.

Επίσης, ακόμη μια ερώτηση, πάλι ειπώθηκε ότι σκέπτεστε παραμονή επί τριετία ακόμη των διευθυντών, αυτό είναι έτσι; Η κυρία Υπουργός ας μας διαφωτίσει, αν είναι έτσι, γιατί πραγματικά θα πούμε τόπο στα νιάτα αντί να φέρουμε νέους ανθρώπους που να έχουν όραμα και να δώσουν τις υπηρεσίες τους εδώ. Βέβαια οι ηλικιωμένοι συνάδελφοι έχουν κάποια εμπειρία αλλά πρέπει οπωσδήποτε να μπουν άτομα νέα στο σύστημα και θα συμφωνήσω και με τον προηγούμενο συνάδελφο που είπε, ότι από τη μια κάνουμε Πανεπιστημιακά Κέντρα Υγείας και από την άλλη προωθούμε την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας με αγροτικούς και ανειδίκευτους ιατρούς.

Ευχαριστώ πολύ.

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

Τον λόγο έχει ο Ειδικός Αγορητής της Κοινοβουλευτικής Ομάδας «ΠΛΕΥΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ-ΖΩΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ», κ. Σπυρίδων Μπιμπίλας.

 **ΣΠΥΡΙΔΩΝ ΜΠΙΜΠΙΛΑΣ(Ειδικός Αγορητής της ΚΟ «ΠΛΕΥΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ-ΖΩΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ»):** Ευχαριστώ.

Είναι μία ερώτηση προς τον κ. Δήμο, της Ε.Σ.Α.μεΑ., ήθελα να ρωτήσω επειδή από ότι κατάλαβα, είπατε ότι ο μόνιμος θεράπων ιατρός θα πρέπει να είναι και προσωπικός γιατρός, τι πρακτικό πρόβλημα υπάρχει, αν υπάρχει ο προσωπικός γιατρός ξέχωρα από τον θεράποντα, γιατί υπάρχει περίπτωση να τύχει μια άλλη ασθένεια στον συμπολίτη μας που έχει ένα πρόβλημα και είναι ΑμεΑ, ενα τελείως διαφορετικό πρόβλημα, δεν θα του είναι χρήσιμος ο προσωπικός γιατρός;

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

 Τον λόγο έχει, ο Ειδικός Αγορητήςτης κοινοβουλευτικής ομάδας «ΣΠΑΡΤΙΑΤΕΣ», κ. Πέτρος Δημητριάδης.

**ΠΕΤΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ(Ειδικός Αγορητής της ΚΟ «ΣΠΑΡΤΙΑΤΕΣ»):** Ευχαριστώ κ. Πρόεδρε και ευχαριστώ πάρα πολύ και όλους τους φορείς για τις πληροφορίες που μας έδωσαν. Εγώ θα θέσω μία ερώτηση στον κ. Εξαδάκτυλο. Θέλω να ρωτήσω, επειδή ειπώθηκε από προηγούμενους συνάδελφος, εάν η ένταξη αγροτικών γιατρών και ειδικευόμενων στο ίδιο σύστημα παράλληλα με γιατρούς που έχουν ειδικότητα θα δημιουργήσει ανισότητα στον τρόπο αντιμετώπισης των ασθενών; Δηλαδή, αν θα έχουμε κάποιο ενιαίο σύστημα ή θα έχουμε κάποιο σύστημα ανισοτήτων; Επίσης, ένα δεύτερο που θα ήθελα να πω είναι, εάν τα κίνητρα που δίνονται για την ένταξη στον προσωπικό γιατρό των γιατρών είναι επαρκή ή όχι;

Ευχαριστώ.

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

Έχουν ζητήσει δύο Βουλευτές τον λόγο για να θέσουν ερωτήσεις, η κυρία Λινού μέλος της Επιτροπής μας και η κυρία Τζούφη, η οποία δεν είναι μέλος της Επιτροπής μας και θα της δώσω τον λόγο αμέσως μετά την κυρία Λινού.

 Τον λόγο έχει η κυρία Αθηνά Λινού.

 **ΑΘΗΝΑ ΛΙΝΟΥ:**  Ευχαριστώ πάρα πολύ κύριε Πρόεδρε. Αυτό που θα ήθελα να επισημάνω και να ρωτήσω ανθρώπους που έχουν εμπειρία από την άσκηση της γενικής ιατρικής, όπως είναι η κυρία Περδικάρη ή ο κ. Μαριώλης και φυσικά ο Πρόεδρος μας, ο κύριος Εξαδάκτυλος, είναι ότι το πολύ ενδιαφέρον στο παρόν νομοσχέδιο, είναι ότι θέτει όπως όφειλε πολύ σημαντικά και το θέμα της προαγωγής υγείας και της πρόληψης. Σε αυτόν τον τομέα είναι γενικώς γνωστό ότι χρειαζόμαστε ειδικότητες που δεν είναι αναγκαστικά μόνο ιατρικές ειδικότητες. Π.χ., για να κάνουμε προαγωγή υγείας χρειαζόμαστε και επικοινωνιολόγο της υγείας, εκτός από ψυχολόγο που ήδη αναφέρθηκε, ίσως και βιοστατιστικούς θα έλεγα και σύμφωνα με αυτά που ανέφερε ο κύριος Σκληρός και τον ρωτά και αυτόν, επαρκεί ένα σύστημα που δεν έχουμε κάποιον ειδικό μηχανικό τεχνολόγο στη δημιουργία αρχείων; Και επίσης, μήπως ακόμα για να μπορέσει ο κλινικός γιατρός, ο γενικός γιατρός να επιλέξει στόχους για τον κάθε ασθενή ως θα όφειλε από πλευράς πρόληψης, πρέπει να είναι και κάποιος ικανός να χειρίζεται τεχνητή νοημοσύνη και να συνεργάζεται;

Νομίζω, ότι η εκπαίδευση που υπάρχει στο νομοσχέδιο τώρα για τους γενικούς οικογενειακούς ιατρούς περιλαμβάνει μια εκπαίδευση ενός μηνός στο 1ο έτος της ειδικότητας και ενός επιπλέον μηνός στο 4ο έτος της ειδικότητας, που ορισμένα κέντρα δίνουν αυτή τη θεωρητική εκπαίδευση τη δίνει και η παλιά Σχολής Δημόσιας Υγείας στο ειδικό τμήμα στο Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής. Αυτό πώς θα καλυφθεί; Και επίσης, πώς θα καλυφθεί το ανέφερα και προηγουμένως και από πλευράς χρόνου. Στον Καναδά, π.χ. η αντιστοιχία γενικού οικογενειακού γιατρού και ασθενούς ή και αριθμό ασθενών είναι 1:830 αυτή τη στιγμή. Εμείς πώς θα μπορέσουμε- και ειλικρινά ρωτάω τους αυτούς που ασκούν αυτή τη στιγμή το έργο- πώς θα μπορέσουν άλλοι νέοι, νεότεροι γιατροί; Και περιττό να αναφερθώ στους ανειδίκευτους συναδέλφους που τους στέλνουμε μόλις τελείωσαν την ιατρική για να ασκήσουν αυτό το έργο. Υπάρχει δυνατότητα ή χρειάζεται κάποια βελτίωση στο νομοσχέδιο

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

 Τον λόγο έχει ο κ. Φλώρος.

 **ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΦΛΩΡΟΣ:**  Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε. Για τον κύριο Εξαδάκτυλο και τον κύριο Αρκαδόπουλο, έχω ερωτήσεις. Γνωρίζουμε βασικά όλοι μας ότι στη χώρα μας ο αριθμός των εξειδικευμένων ιατρών είναι μεγάλος, σε αντίθεση με τον αριθμό των γενικών ιατρών αλλά και των κλασικών παιδιάτρων πάνω στους οποίους στηρίζεται το σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Αν προσθέσουμε και τον ιδιαίτερα νησιωτικό χαρακτήρα της Ελλάδας χρειαζόμαστε ένα ιδιαίτερο σχεδιασμό έτσι ώστε να μην υπάρχει και άνιση κατανομή των επαγγελματιών υγείας.

Στο νοσοκομείο της Θήρας έχει έναν ιατρό, αν δεν κάνω λάθος, μεγάλον ηλικιακά και άνευ ειδικότητας σε αντίθεση με την επάρκεια των ιδιωτών στο νησί της Σαντορίνης. Αυτό το κομμάτι πως θα το βοηθήσουμε ουσιαστικά ώστε να μην υπάρχει αυτή η ανισότητα;

Δεύτερον. Πόσο καταρτισμένοι θεωρούνται οι νέοι ιατροί στους δημόσιους φορείς οι οποίοι μετά την αποφοίτησή τους θα παρέχουν υπηρεσία για χρονικό διάστημα 12 μηνών ως προσωπικοί ιατροί υποχρεωτικής υπηρεσίας;

Αν θεωρείτε χρονικά επαρκή την υποχρεωτική και εκπαιδευτική πρακτική εξάσκηση των προσωπικών ιατρών που διαρκεί μόνο ένα μήνα σε δημόσιο φορέα για να διαχειριστούν, για παράδειγμα, χρόνια νοσήματα ή έκτακτα περιστατικά; Πόσο μάλλον σε ένα νησί, όπως ανέφερα της Σαντορίνης που είναι τραγικά υποστελεχωμένο. Και αυτό το λέω, γιατί; Γνωρίζουμε ότι η βασική και ειδική εκπαίδευση της γενικής ιατρικής αλλά και της εσωτερικής παθολογίας διαρκούν αθροιστικά πέντε έτη. Εδώ, λοιπόν, υπάρχει ένα εκπαιδευτικό κενό που δεν ξέρουμε πώς ακριβώς θα καλυφθεί έτσι ώστε να μπορέσουν οι νέοι ιατροί να ανταπεξέλθουν επαρκώς στις απαιτήσεις του σημαντικού ρόλου τους ως σημείο πρώτης επαφής με τον ασθενή και οι οποίοι καλούνται να διαχειριστούν χρόνια νοσήματα ή έκτακτα περιστατικά.

Επίσης, σε περίπτωση που ο ιδιώτης θεράπων ιατρός δεν ενταχθεί στο σύστημα ως προσωπικός ιατρός, ποιο το κίνητρο του ασθενούς να αλλάξει τη χρήση του σε νοσοκομειακό προσωπικό ιατρό; Μήπως θεωρείται αντικίνητρο η αλλαγή προσωπικού ιατρού σε δημόσιους φορείς στο 12μηνο μιας και δεν συνάδει με την αρχή συνέχειας φροντίδας ασθενούς και δημιουργεί κοινωνικές ανισότητες με βάση τα εισοδηματικά κριτήρια;

Και τέλος, ποιο το κίνητρο επίσης για τον πολίτη να δηλώσει ως προσωπικό γιατρό έναν αμιγώς ιδιώτη γιατρό που θα πληρώνει ο ίδιος και στο θέμα της αξιολόγησης, πιο συγκεκριμένα, θα αξιολογεί τον ιατρό και πάνω σε ποια βάση στοιχείων θα στηριχθεί αυτή η αξιολόγηση;

Ευχαριστώ πολύ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Έχει ζητήσει τον λόγο η κυρία Τζούφη για ερωτήσεις.

**ΜΕΡΟΠΗ ΤΖΟΥΦΗ:** Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε.

Η πρώτη ερώτηση αφορά στους συναδέλφους παιδιάτρους οι οποίοι έβαλαν ένα ζήτημα αύξησης του ορίου παρακολούθησης των παιδιατρικών ασθενών μέχρι τα 18 χρόνια. Το θεωρώ ότι είναι πάρα πολύ σοβαρό και σημαντικό. Έχουν γίνει προσπάθειες ιδιαίτερα για την προσβασιμότητα αυτής της ηλικίας στα δημόσια νοσοκομεία και είχε υπάρξει νομοθέτηση ιδιαίτερα για τα χρόνια νοσήματα αν και τον τελευταίο καιρό από την πίεση που ασκείται στα δημόσια νοσοκομεία έγινε μια προσπάθεια πάλι να αλλάξει αυτό το όριο. Θεωρώ ότι είναι πάρα πολύ κρίσιμο να υπάρξει αύξηση αυτού του ορίου μέχρι τα 18 χρόνια, έτσι συμβαίνει και διεθνώς και νομίζω ότι είναι κάτι πάρα πολύ σημαντικό και προφανώς μπορούν να τοποθετηθούν εδώ και οι καθηγητές των ιατρικών σχολών πάνω σε αυτή την κατεύθυνση.

Το δεύτερο προς τους καθηγητές των ιατρικών σχολών, τον κύριο Αρκαδόπουλο και τον κύριο Τριαρίδη, μας είπαν ότι «Βλέπουμε ότι τα πράγματα, είναι στη θετική κατεύθυνση». Θα ήθελα, λοιπόν, δύο σχολιασμούς, πώς είναι δυνατόν να λέμε ότι αυτό το νομοσχέδιο είναι σε θετική κατεύθυνση; Ο στόχος στην Πρωτοβάθμια είναι η καθολική κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού και από την άλλη μεριά, ορίζουμε την δυνατότητα ως θεράποντες γιατρούς για κάποιους να είναι οι αγροτικοί γιατροί και οι ανειδίκευτοι γιατροί. Αυτό είναι ένα καθεστώς απόλυτης ανισοτιμίας και το δεύτερο ότι μέσα σ’ αυτή τη διαδικασία θα είναι κάποιοι που θα έχουν δωρεάν προσωπικό γιατρό και θα είναι και κάποιοι που θα πρέπει να τον πληρώνουν. Επομένως το σύστημα το οποίο συζητάμε αυτή τη στιγμή και βρίσκεται υπό εξέλιξη δεν έχει την βασική παράμετρο που είναι με τους ίδιους όρους, η καθολική κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού και θα ήθελα πραγματικά πέραν των θεμάτων και των ζητημάτων που υπάρχουν επιστημονικά ότι δεν μπορούν ανειδίκευτοι γιατροί και αγροτικοί γιατροί να ασκούν αυτόν τον ρόλο, κυρίως πάνω σ’ αυτόν τον πυρήνα αυτής της μεταρρύθμισης, γιατί το θεωρώ πάρα πολύ κρίσιμο.

Επίσης, προς τον κύριο Τριαρίδη, να τον ρωτήσω, γιατί είπε ότι είχε υπάρξει προσπάθεια να δημιουργηθούν ακαδημαϊκές μονάδες και μάλιστα προχώρησε αυτό στη Θεσσαλονίκη και στην Κρήτη, αντίστοιχα, είχαμε και στα Γιάννενα, όπως ξέρετε η Γενική Ιατρική και βάλατε ένα θέμα ότι καλό θα ήταν αυτό να γίνεται σε νέα Κέντρα Υγείας και όχι στην εγκατάσταση, στα ήδη υπάρχοντα.

Θα ήθελα, λοιπόν, να σχολιάσετε την προηγούμενη νομοθέτηση, γιατί δεν προχώρησε, ποιο είναι το πρόβλημά της και τι θα λύσουμε με την καινούργια νομοθέτηση σε αυτή την κατεύθυνση έτσι όπως τη φαντάζεστε και έτσι όπως την περιγράψατε και να ασκεί, από την μια μεριά, κλινικό έργο, αλλά να έχει και τη δυνατότητα να κάνει εκπαίδευση και μάλιστα, επεκτείνατε όχι μόνο στους προπτυχιακούς, αλλά και στους μεταπτυχιακούς φοιτητές. Είναι αυτό εφικτό κάτω από αυτές τις συνθήκες;

 Και μια τελευταία ερώτηση προς όλους. Ο πυρήνας του οικογενειακού γιατρού, γιατί αυτός είναι ο όρος, τον διόρθωσαν αρκετοί και όχι του προσωπικού γιατρού, είναι να υπάρχει ομάδα υγείας. Εδώ δεν φαίνεται αυτό να πληρούνται στα κριτήρια του συγκεκριμένου νομοσχεδίου, δηλαδή ο σχεδιασμός του να είναι σε αυτή την κατεύθυνση και προφανώς δεν φθάνει ένας ψυχολόγος, άρα και ένα ακόμη δομικό στοιχείο του νομοσχεδίου για να νομοθετούμε σε θετική κατεύθυνση φαίνεται ότι δεν πληρείται. Θα ήθελα λοιπόν τα σχόλιά σας.

Και ένα τελευταίο προς την Ένωση Ασθενών Ελλάδας. Ένα από τα πολύ σοβαρά θέματα και ζητήματα ήταν τα Κέντρα Εμπειρογνωμοσύνης, όπου ακριβώς θα μπορούσαν να καταφεύγουν οι πάσχοντες και να έχουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα. Πως βλέπετε να έχει προχωρήσει αυτή η νομοθέτηση, ποια προβλήματα υπάρχουν και τι ακριβώς νομίζετε ότι μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα, το να πρέπει ένας άνθρωπος που έχει τόσο σύνθετα προβλήματα, το έβαλε και η Ε.Σ.Α.μεΑ., να έχει έναν προσωπικό γιατρό για τη συνταγογράφηση και έναν άλλο γιατρό που θα πρέπει να τον παρακολουθεί, μια ομάδα γιατρών, αυτό ήταν τα Κέντρα Εμπειρογνωμοσύνης, να τον παρακολουθεί για το σύνολο των άλλων θεμάτων και προβλημάτων και τι θα μπορούσε να γίνει σε αυτή την κατεύθυνση; Σας ευχαριστώ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε, έχω σημειώσει σε ποιους απευθύνθηκαν οι ερωτήσεις. Ξεκινώ, έτσι όπως ήταν και πιο πριν, με τη σειρά.

Τον λόγο έχει ο κ. Αντώνιος Κοντός, Μέλος του Δ.Σ. της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Ελευθεροεπαγγελματιών Παιδίατρων, στον οποίον απεύθυνε μια ερώτηση η κυρία Τζούφη.

**ΑΝΤΩΝΙΟΣ ΚΟΝΤΟΣ (Μέλος του Δ.Σ. της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Ελευθεροεπαγγελματιών Παιδίατρων):** Συμφωνούμε, νομίζω ότι θα πρέπει να επεκταθεί μέχρι 18 ετών, οι παιδίατροι να παρακολουθούν τα παιδιά.

Να πω ένα πρακτικό πρόβλημα. Ο παιδίατρος ξέρει το παιδί από τη γέννησή του, ξέρει όλο το ιστορικό και στα 17-ετών, 16-ετών και ένα μήνα, θα πρέπει το παιδί να πάει σε έναν άλλο γιατρό.

 Να πω και μια εμπειρία. Δικαιολογημένα, ένας συνάδελφος παθολόγος, με πήρε τηλέφωνο και μου λέει: «γιατρέ, συνάδελφε, το παιδί αυτό είναι 17 ετών. Πες μου το εμπορικό όνομα των εμβολίων να το γράψω για να έρθει σε εσένα να το κάνετε» Δηλαδή, πρακτικά, είναι κάποια πράγματα που τα γνωρίζει πολύ καλά ο παιδίατρος, άρα, πρέπει να επεκταθεί στα18 χρόνια.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):**Ευχαριστούμε τον κ. Κοντό. Στον κ. Δήμο, η κυρία Αθανασίου, νομίζω, απεύθυνε μια ερώτηση.

Τον λόγο έχει ο κ. Βασίλειος Δήμος.

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΔΗΜΟΣ (Μέλος της Εκτελεστικής Γραμματέας της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Αναπηρία):** Είναι δύο οι ερωτήσεις που μου έγιναν. Θεωρώ, ότι ήταν το ίδιο ερώτημα. Να σας πω, ότι, οι χρόνιοι πάσχοντες που παρακολουθούνται σε ειδικές μονάδες, ο θεράπων ιατρός είναι και προσωπικός τους γιατρός εδώ και πάρα πολλά χρόνια από τη στιγμή της γέννησής τους. Δηλαδή, όταν ένας χρόνιος ασθενής πηγαίνει στη μονάδα θαλασσαιμίας για παράδειγμα να κάνει τη μετάγγιση του, δεν πηγαίνει να λάβει δύο μονάδες αίματος και να φύγει. Εκεί, ο θεράπων γιατρός εξετάζει όλη τη νοσηρότητα που φέρνει η πάθηση. Συγκεκριμένα, ένας πάσχων από πολλά σημεία μπορεί να έχει επιπλοκές ενδοκρινολογικές, ήπαρ, καρδιολογικές και πάρα πολλά. Οπότε, ο θεράπων ιατρός τους είναι αυτός που θα τον παραπέμψει στη συνέχεια για περαιτέρω έλεγχο και σε άλλη ομάδα επιστημόνων. Δηλαδή, ενώ, βρισκόμαστε ήδη στην δευτεροβάθμια περίθαλψη δεν μπορούμε για παραπομπή να γυρίζουμε πίσω στην πρωτοβάθμια και στον προσωπικό γιατρό. Αυτό είναι το σκεπτικό και το άγχος ότι θα έχουμε χάσιμο πολύτιμου χρόνου, ώστε για μία παραπομπή θα υπάρχει μια πρόσθετη ταλαιπωρία, ενώ, τώρα αυτή τη στιγμή, ο θεράπων ιατρός και το ξανατονίζω είναι ο άτυπα προσωπικός γιατρός εδώ και πάρα πολλά χρόνια.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε τον κ. Δήμο. Τον λόγο έχει ο κ. Αρκαδόπουλος, στον οποίο απευθύνθηκαν αρκετοί συνάδελφοι.

**ΑΡΚΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ (Πρόεδρος της Ιατρικής Σχολής Αθηνών - (ΕΚΠΑ):** Ευχαριστώ πολύ. Κατ’ αρχάς, να πω για την ερώτηση κατά πόσον είχαμε διαβούλευση ως ιατρική σχολή με το Υπουργείο Υγείας. Βεβαίως, είχαμε με την ηγεσία του Υπουργείου Υγείας και την ηγεσία της ιατρικής σχολής και του πανεπιστημίου και τις πρυτανικές αρχές, την διευθύντρια τότε του τομέα της, που περιλαμβάνει το εργαστήριο προληπτικής ιατρικής και νυν κοσμήτορας, οπότε, σαφώς υπήρξε διαβούλευση.

 Τώρα σε ότι αφορά το ερώτημα που τέθηκε νομίζω και από τον κύριο Παναγιωτόπουλο και από τον κ. Φλώρο και από την κυρία Τζούφη, κατά πόσον, ο απόφοιτος της ιατρικής σχολής είναι σε θέση να ασκήσει αυτό το ρόλο, σε ότι τουλάχιστον μπορώ να αναφέρω σε ότι αφορά τη τη δική μας ιατρική σχολή αλλά και τις άλλες ελληνικές σχολές που γνωρίζω, είναι σε πολύ υψηλό επίπεδο. Έχουν άδεια άσκησης επαγγέλματος και με αυτή την άδεια αναλαμβάνουν και το ρόλο των αγροτικών γιατρών και το ρόλο των ειδικευομένων σε κλινικές και νοσοκομεία, ο οποίος είναι κι αυτός ένας πολύ σοβαρός ρόλος και είναι άσκηση ιατρικής ουσιαστικά. Οπότε, εφόσον, δούμε τον προσωπικό γιατρό ως μια άσκηση ιατρικής, βεβαίως, ένας απόφοιτος ιατρικής σχολής είναι σε θέση να το κάνει, αφού μεσολαβήσει φυσικά ένα διάστημα εκπαίδευσης για πρακτικά θέματα, το οποίο δεν ξέρω αν πρέπει να είναι ένας μήνας ή παραπάνω. Όμως, νομίζω η γενική ιδέα, κατ’ εμέ, είναι ότι ένας απόφοιτος ιατρικής σχολής μπορεί να ασκήσει την ιατρική σε πολλά επίπεδα. Έχει τη δυνατότητα και έχει το υπόβαθρο να το κάνει.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):**Ευχαριστούμε τον κύριο Καθηγητή. Το λόγο έχει ο κ. Μαριόλης.

 **ΑΝΑΡΓΥΡΟΣ ΜΑΡΙΟΛΗΣ (Πρόεδρος της Ελληνικής Ακαδημίας Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας):** Σας ευχαριστώ πολύ, κύριε Πρόεδρε. Στο ερώτημα, ότι μόνο οι τρεις ιατρικές ειδικότητες, Γενική Οικογενειακή Ιατρική, Παθολογία και Παιδιατρική, ότι είναι μέσα στο θεσμό, νομίζω ρωτηθήκαμε γιατί να μην είναι και άλλες ιατρικές ειδικότητες. Το είπα και στην τοποθέτησή μου, εμείς δώσαμε συγχαρητήρια στο Υπουργείο Υγείας, γιατί παγκοσμίως μόνο αυτές οι ιατρικές ειδικότητες μπορούν να ασκούν το ρόλο ή την ιδιότητα του προσωπικού γιατρού, όπως συμβαίνει σε όλες τις χώρες του κόσμου. Επομένως, νομίζω, ότι αυτό έχει απαντηθεί. Δεν μπορεί ο γαστρεντερολόγος ή ο καρδιολόγος να κάνει τον προσωπικό γιατρό.

 **ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΣ (Εισηγητής της Μειοψηφίας):** Μπορεί ο αγροτικός.

 **ΑΝΑΡΓΥΡΟΣ ΜΑΡΙΟΛΗΣ (Πρόεδρος της Ελληνικής Ακαδημίας Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας):** Στη τοποθέτησή μου αναφέρθηκα στους προβληματισμούς που μπορεί να υπάρχουν και μόνο με την καθοδήγηση του ειδικευμένου γιατρού που ανήκει στο Κέντρο Υγείας ή στο Περιφερειακό Ιατρείο θα μπορεί να συμβάλει. Καταλαβαίνετε, γιατί ακούστηκε, ότι πρέπει να καταργηθεί κιόλας ο θεσμός. Δεν μπορεί να καταργηθεί ακόμη, μακάρι να καταργηθεί ο θεσμός του αγροτικού γιατρού, αλλά ένα ποσοστό στις απομακρυσμένες άγονες νησιωτικές περιοχές λειτουργεί αμιγώς μόνο με αυτούς. Υπάρχουν νησιωτικές περιοχές των 300 κατοίκων που έχουν μόνο αγροτικούς γιατρούς. Κάτω από τη καθοδήγηση μπορούν σε αυτούς τους τέσσερις άξονες που κινείται το Υπουργείο, λόγω έλλειψης ανθρώπινου δυναμικού, να βοηθήσουν σε αυτή τη πορεία.

 Ακούστηκε, ότι οι προσωπικοί γιατροί, από την κυρία Τζούφη, αν θυμάμαι καλά, είναι για συνταγογράφηση. Αν το άκουσα καλά, ειλικρινά, δεν είναι προσβολή, δεν μπορεί να το ανεχτεί κάποιος αυτό, όταν αυτή τη στιγμή 3.150 γενικοί οικογενειακοί γιατροί, το 95% εξ αυτών, προσφέρουν υπηρεσίες σε όλη τη χώρα και ειδικά κάτω από δύσκολες αντίξοες συνθήκες και είναι σχεδόν μόνοι τους στη πλειοψηφία των περιπτώσεων.

 Στο θέμα της αξιολόγησης, έχουμε τοποθετηθεί.

 Στο ερώτημα που τέθηκε πόσοι ιδιώτες συμβεβλημένοι και αυτό είναι σημαντικό, δεν θυμάμαι ποιος το έθεσε, γιατί αναφέρθηκα εγώ σε αυτό, πόσοι ιδιώτες συμβεβλημένοι του ΕΟΠΥΥ θα συμμετέχουν, θα συνεχίσουν να παραμένουν στο σύστημα, θεωρούμε, ότι με το ότι δεν υπάρχουν αντικίνητρα, ότι δεν θα φύγουν γιατί τους δόθηκε η δυνατότητα και περιγράφεται νομίζω στο σχέδιο νόμου για 500 επιπλέον, νομίζω, κυρία Υπουργέ, 500 επιπλέον να ασκούν ήδη οι συμβεβλημένοι και ιδιωτικό έργο, επομένως, θεωρούμε, ότι εκεί δεν θα φύγουν, δηλαδή δεν θα δούμε να φεύγουν από τον θεσμό.

 Σε ένα ερώτημα που έθεσε η κυρία Λινού, η διεπιστημονική ομάδα και η συγκρότησή της, αυτό είναι εδώ και 40 χρόνια, κυρία καθηγήτρια. Θεωρώ, ότι μερικά πράγματα δεν χρειάζονται καν νόμος. Το ότι πρέπει να κάνει μια Ομάδα Υγείας, ένα Κέντρο Υγείας, το κομμάτι των προληπτικών εξετάσεων, δεν χρειάζεται να νομοθετήσουμε αυτή τη στιγμή, κατά τη γνώμη μου, και το καλημέρα, δηλαδή, είναι γνωστό τι κάνουμε. Η ειδικότητα που έχει αυτή τη στιγμή το γνωστικό αντικείμενο, πέρα από αυτό που αναφερθήκατε στο κομμάτι, δεν είναι μόνο οι εκπαιδεύσεις που κάνουμε στην πρώην Σχολή Δημόσιας Υγείας και στο 4ο έτος τα σεμινάρια δημόσιας υγείας, η κουλτούρα που αναφέρει ο κ. Συμεωνίδης υπάρχει, το γνωστικό αντικείμενο είναι της ειδικότητας, επομένως, προσωπικό ζητάμε. Το να υλοποιήσουμε τέτοια προγράμματα πρόληψης, γίνονται σε όλες τις μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, δεν χρειάζεται να έρθει κανένας Υπουργός να το νομοθετήσει. Ευχαριστώ.

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

 **ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ ΣΚΛΗΡΟΣ (Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Έρευνας και Εκπαίδευσης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας):** Συμφωνώ καταρχήν με τον κ. Μαριόλη, να πω το εξής, ότι στις μονάδες τις δημόσιες, σαφώς υπάρχει το προσωπικό εκείνο που είναι εκπαιδευμένο στη δημόσια υγεία. Δηλαδή, εγώ για παράδειγμα, έχω γιατρό που έχει κάνει Μάστερ δημόσιας υγείας. Άρα, πολλά προγράμματα μπορούν να γίνουν, όμως, το πρόβλημα είναι ο ιδιωτικός τομέας, το κάθε άτομο που θα είναι προσωπικός γιατρός, που θεωρώ, ότι κεντρικά πλέον φαίνεται, ότι τα προγράμματα πρόληψης θα δίνονται με τη μορφή, να το πω, οδηγιών μέσω κεντρικών υπηρεσιών. Οπότε, ένα κομμάτι θα καλύπτεται από αυτό.

Ένα δεύτερο κομμάτι είναι, ότι θα υπάρξουν προγράμματα εκπαίδευσης των προσωπικών γιατρών, απ’ ότι φαντάζομαι, κυρία Υπουργέ, όπου θα ευαισθητοποιηθούν ακόμα περισσότερο, ενώ είναι ευαισθητοποιημένοι, η ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής κυριολεκτικά είναι πιστοποιημένη στη δημόσια υγεία. Ίσως οι συνάδελφοι παθολόγοι να μην είναι τόσο επικεντρωμένοι στη δημόσια υγεία, αλλά εμείς οι γενικοί γιατροί σαφέστατα είμαστε σε αυτό το κομμάτι, οπότε, νομίζω, ότι δεν θα υπάρχει ιδιαίτερο πρόβλημα όσον αφορά στην εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης και προσυμπτωματικού ελέγχου.

Ήθελα να πω για την αξιολόγηση, νομίζω αιτήθηκε μια ερώτηση προς εμένα για την αξιολόγηση. Οι δείκτες οι οποίες που χρησιμοποιούνται διεθνώς είναι ανεξάρτητοι από το που ασκείς την ιατρική. Όταν είναι στο νησί ή αν είναι στο βουνό ή αν είναι στην πόλη. Δηλαδή, ουσιαστικά χρησιμοποιούμε δείκτες. Παραδείγματος χάρη, η εμβολιαστική κάλυψη σε βασικά εμβόλια ανάλογα την ηλικία, είτε λέγεται παιδική ηλικία, είτε λέγεται ενηλίκων, είτε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες με συγκεκριμένη νοσηρότητα, οπότε εκεί σαφέστατα βλέπει κάποιος ποιο είναι το performance του κάθε γιατρού.

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

**ΠΗΓΗ ΠΕΡΔΙΚΑΚΗ (Γενική Γραμματέας του Ελληνικού Κολλεγίου Γενικών Ιατρών, Συντονίστρια-Διευθύντρια του Κέντρου Υγείας Άστρους):** Εγώ θα συνεχίσω λίγο από εκεί που σταμάτησε ο κύριος Σκληρός, για την αξιολόγηση των Προσωπικών Ιατρών, που ήταν και το ερώτημα σε μένα. Και βεβαίως, πρέπει να αξιολογείται, όπως είπε ο κύριος Σκληρός, αλλά οφείλουμε να αξιολογούμε και ποσοτικά και ποιοτικά και την επαγγελματική του κατάρτιση. Δηλαδή, αυτός ο γιατρός έχει συνεχιζόμενη εκπαίδευση; Η συμπεριφορά, η συμπεριφορά προς τους πολίτες. Βεβαίως, και ο ασθενής πρέπει να αξιολογεί το γιατρό του. Άρα, δεν νομιζω ότι πρέπει να απαντήσω κάτι άλλο, εκτός αν θέλετε πιο ειδικά να σας πω κάποια πράγματα, αλλά σίγουρα θα είναι ποσοτικά και ποιοτικά τα κριτήρια.

 **ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε πολύ την κυρία Περδικάκη. Τον λόγο έχει ο κύριος Παπανικολάου Παναγιώτης. Νομίζω, αρκετοί συνάδελφοι απευθύνθηκαν σε εσάς, κύριε Παπανικολάου.

**ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ (Γενικός Γραμματέας της Ομοσπονδίας Ενώσεων Νοσοκομειακών Ιατρών Ελλάδος):** Συγκράτησα την ερώτηση, την πιο βασική, για να μην σας τρώω τον χρόνο. Με το αν οι νοσοκομειακοί γιατροί, αυτή τη στιγμή, μπορούν να παίξουν το ρόλο του Προσωπικού Ιατρού. Νομίζω ότι κοροϊδευόμαστε. Θα σας πω μόνο ένα παράδειγμα, γιατί μ’ αρέσει να μιλάω πάντα με παραδείγματα, χωρίς πολλές περιττές «πολιτικούρες».

Στο νοσοκομείο, από το οποίο σας μιλώ αυτή τη στιγμή, από το Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά. Είναι ένα από τα μεγαλύτερα νοσοκομεία της χώρας. Έχει τρία παθολογικά τμήματα, πέρα από τα αυτόνομα ιατρεία παθολογικών ειδικοτήτων, κέντρα και λοιπά. Συνολικά υπηρετούν μόλις 17 ειδικευμένοι γιατροί παθολόγοι. Ενώ, σύμφωνα με τις συντηρητικότερες εκτιμήσεις, αυτές του Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας, που είναι ορισμένος σε αυτή σε αυτή τη θέση από την υπάρχουσα κυβέρνηση, όπως ξέρετε. Γιατί τους Διευθυντές Ιατρικής Υπηρεσίας που ορίζουν οι Διοικητές των Υγειονομικών Περιφερειών, ούτε καν οι Διοικητές των νοσοκομείων. Δηλαδή, ουσιαστικά απευθείας πολιτικές ηγεσίες του Υπουργείου Υγείας. Θα έπρεπε να είναι 30 ειδικευμένοι παθολόγοι, αντί για 17. Τώρα, τι συζητάμε; Να αναλάβουν αυτοί ρόλο Προσωπικού Ιατρού Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας; Αυτά είναι αστεία πράγματα. Ούτε καν τακτικό έργο δεν μπορούν να κάνουν οι συνάδερφοι, γιατί απασχολούνται, σχεδόν αποκλειστικά και αναγκαστικά, με τα επείγοντα περιστατικά. Τα οποία προχθές, Σάββατο 2 Νοεμβρίου 2024 επόμενη γενικής εφημερίας, είχαν απομείνει επί πολλές ώρες στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών δεκάδες ασθενείς, επείγοντα περιστατικά της εφημερίας, ώρες μετά τη λήξη της εφημερίας, για τους οποίους είχε γίνει εισιτήριο και δεν υπήρχε διαθέσιμη κλίνη να νοσηλευτούν. Το να λέμε ότι θα αγγαρέψουμε τους ειδικευμένους γιατρούς των νοσοκομείων να παίξουν το ρόλο του Προσωπικού Ιατρού είναι αστειότητες, είναι προσχηματικό. Δεν πρόκειται να γίνει ποτέ. Δεν πρόκειται να μπορέσουμε να τον παίξουμε αυτό το ρόλο. Τώρα, με συγχωρείτε κύριε Πρόεδρε αλλά εγώ βασικά αυτή την ερώτηση συγκράτησα. Εσείς θυμάστε κάποια άλλη;

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Όχι, την ίδια ερώτηση έκανε και ο κύριος Τσίμαρης.

**ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ (Γενικός Γραμματέας της Ομοσπονδίας Ενώσεων Νοσοκομειακών Ιατρών Ελλάδος):** Ευχαριστώ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Τον λόγο έχει ο κύριος Εξαδάκτυλος.

 **ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΕΞΑΔΑΚΤΥΛΟΣ (Πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου)**: Θα ήθελα πρώτα να εξηγήσω για το πώς μπορούν να ενισχύσουν το σύστημα οι αμιγώς ιδιώτες. Ας έχουμε υπόψη μας ότι από το 2012 και κάθε χρόνο, σε όλες τις έρευνες κοινής γνώμης που κάνουν οι ιατρικοί σύλλογοι και ο πανελλήνιος ιατρικός σύλλογος, υπάρχει ένα 45% των συμπολιτών μας που λένε ότι επιλέγουν υπηρεσίες αποκλειστικά από τον ιδιωτικό τομέα. Από το 2012 είναι αυτό, γιατί πιο πριν δεν κάναμε έρευνες. Επίσης, υπάρχει και ένα 75% που λέει ότι αν είχα τη δυνατότητα θα επέλεγα και εγώ αμιγώς από τον ιδιωτικό τομέα. Κατά συνέπεια, υπάρχουν άνθρωποι που έχουν αυτή τη στιγμή προσωπικό γιατρό της επιλογής τους, γιατρό της εμπιστοσύνης τους, γιατρό που τον έχουν επιλέξει παντελώς ελεύθερα και που δεν κουράζονται μέσα σ’ αυτό το διάβα του χρόνου να αναλαμβάνουν και τη δαπάνη. Μέχρι σήμερα τα όποια νομοθετήματα υπήρχαν, ερχόντουσαν να φυτέψουν κάποιον τρίτο ανάμεσα σε αυτή τη σχέση η οποία είναι πολύ ουσιαστική και αυτή είναι και η πεμπτουσία του προσωπικού οικογενειακού γιατρού, αυτού της εμπιστοσύνης.

Άρα, αυτή τη στιγμή αυτή η πρόβλεψη η οποία υπάρχει, θα βοηθήσει γιατρούς που θέλουν να εργάζονται με αυτό τον τρόπο και πολίτες που παίρνουν ήδη τέτοιου είδους υπηρεσίες από τους συναδέλφους, να μην έχουν κάποιον τρίτο ανεπιθύμητο στην παρέα. Είναι πάρα πολύ θετικό, θα το δείτε στην πράξη και θα εκπλαγούμε ενδεχομένως από τον αριθμό των συμπολιτών μας που θα κατευθυνθούν προς αυτή τη λύση. Επίσης, θα υπάρχει ανταπόκριση από πλευράς των γιατρών να μπούνε σε αυτήν την διαδικασία και εδώ πιστεύω ότι θα έχουμε μια θετική ανταπόκριση. Τώρα, πόσοι από αυτούς που έχουν σήμερα σύμβαση θα μεταπηδήσουν σε αυτή την κατάσταση, δηλαδή στη χωρίς σύμβαση λειτουργία ως προσωπικών γιατρών, δεν το γνωρίζω. Γνωρίζω όμως ότι όλοι όσοι επιθυμούσαν να μπουν με αυτή τη διαδικασία το 2022, δεν προχώρησαν σε σύμβαση. Άρα κατά πάσα πιθανότητα δεν θα έχουμε πολλούς, οι οποίοι θα μετακινηθούν. Το αντίθετο, θα έχουμε αρκετούς οι οποίοι θα ενισχύσουν.

Έγιναν αρκετές ερωτήσεις σχετικά με τους με τους αγροτικούς και τους ειδικευόμενους. Ο κάθε γιατρός μπορεί να αναλάβει καθήκοντα και όχι ρόλο - δεν παίζει ρόλο σαν γιατρός, καθήκοντα αναλαμβάνει - ανάλογα με το στάδιο της εκπαιδεύσεως του. Ο γιατρός που είναι ειδικευόμενος, είναι ειδικευόμενος για να μάθει. Δεν είναι για να βοηθήσει το σύστημα. Βοηθά το σύστημα εφόσον αυτό του μαθαίνει δευτερευόντως. Το πρώτο ενδιαφέρον μιας πολιτείας που σκέφτεται υγιώς σχετικά με το ιατρικό δυναμικό, είναι ο ειδικευόμενος πρωτίστως να μαθαίνει και δευτερευόντως να υπηρετεί. Αν αναστραφεί αυτό, το οποίο πολλές φορές στη χώρα μας αναστρέφεται, πρώτα υπηρετεί και δευτερευόντως μαθαίνει, τότε έχουμε έξοδο στο εξωτερικό. Οι άνθρωποι οι οποίοι πηγαίνουν και υπηρετούν την υπηρεσία υπαίθρου, μια υπηρεσία που μας έρχεται από την εποχή που στη χώρα μας η ιατρική ασκούνταν από την μαία ή από τους πρακτικούς και που δεν υπήρχαν γιατροί, σήμερα είναι κάτι το οποίο μπορεί πρακτικά να καταργηθεί. Άκουσα τον κύριο Μαριόλη, που μου είπε ότι δεν μπορεί να καταργηθεί. Αν βάλουμε κάτω τους αριθμούς 100 έως 200 άνθρωποι μας λείπουν σε όλη τη χώρα για να πούμε ότι κανείς δεν χρειάζεται να πηγαίνει πλέον να κάνει αγροτικό.

Τώρα, αν μπορεί να ανταποκριθεί στα καθήκοντα ο άριστος φοιτητής που τελείωσε με 9 - 9,5 την ιατρική σχολή της Αθήνας ή της Θεσσαλονίκης στα καθήκοντα του προσωπικού γιατρού, με συγχωρείτε πολύ αλλά μήπως πρέπει να τον ρωτήσουμε αν θέλει να το κάνει αυτό το πράγμα; Διότι για κάποιον με αυτό το μυαλό και με αυτή την επίδοση, ο οποίος φιλοδοξεί να γίνει ένας εξαιρετικός νευροχειρουργός, αγγειοχειρουργός, καρδιοχειρουργός ή οτιδήποτε άλλο, το να το βάλετε μέσα σε αυτό το σύστημα και ειδικά με το ζόρι θα τον καταστρέψετε τον άνθρωπο, θα τον κάψετε και θα φύγει στο εξωτερικό για να περιφρουρήσει την επιστημονική του πορεία. Σε καμία περίπτωση βεβαίως δεν θα προσφέρει τις ίδιες υπηρεσίες με αυτές που προσφέρει ο άνθρωπος ο οποίος με δική του βούληση ειδικεύτηκε και έχει γίνει γενικός γιατρός, έχει γίνει παθολόγος, έχει γίνει παιδίατρος και αυτά τα καθήκοντα ασκεί καθημερινά.

 **ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής)**: Σας ευχαριστούμε. Τον λόγο έχει ο κ. Τριαρίδης.

 **Στέφανος Τριαρίδης (Πρόεδρος της Ιατρικής Σχολής Θεσσαλονίκης - (ΑΠΘ))**: Καλησπέρα σε όλους. Από τα ερωτήματα που τέθηκαν θα μου επιτρέψτε να διευκρινίσω ορισμένα πράγματα επιδιώκοντας να συμβάλω στη συζήτηση.

Το πρώτο το οποίο καταγράφω εδώ είναι με την έννοια της κινητροδότησης. Να πω ότι εγώ αναφέρθηκα κυρίως στο μέρος του νομοσχεδίου που αφορά τα πανεπιστημιακά κέντρα υγείας. Έκανα κάποιες μικρές αναφορές όσον αφορά τον προσωπικό γιατρό για την ολότητα της παρέμβασης, έτσι ώστε να πάρω μέρος στη συζήτηση. Όσον αφορά την κινητροδότηση. Η κινητροδότηση πάντα είναι θετική. Εκείνο το οποίο επεσήμανα είναι ότι όπως βλέπω ότι υπάρχουν διατάξεις οι οποίες προβλέπουν στο να μην καταστρατηγηθεί μία τέτοια κινητροδότηση, λέω ότι θα δημιουργήσει μια ανισότητα και φανταστείτε ότι έχουμε και άλλες ελλείψεις πέρα από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, παράδειγμα τους αναισθησιολόγους. Είναι πρόθεση να δώσουμε κινητροδότηση για να στελεχώσουμε με αναισθησιολόγους τα νοσοκομεία μας; Ακούστηκε και πριν από λίγο και για τους παθολόγους στα νοσοκομεία τα οποία κάνουν μια δευτεροβάθμια και μία τριτοβάθμια. Είναι στην πρόθεση να κάνουμε ανάλογη κινητροδότηση;

Με αυτό το σκεπτικό είπα ότι αυτή η ανισότητα ίσως δημιουργήσει προσδοκίες σε κάποιες άλλες ειδικότητες που έχουν επίσης υποστελέχωση και με αυτό το σκεπτικό απλώς επεσήμανα αυτό χωρίς να ασκήσω θετική ή αρνητική κριτική.

Όσον αφορά τον ιατρικό φάκελο που ρωτήθηκε εάν μπορούν. Απλώς να σας πω ότι σε όλα τα επίπεδα της παροχής υπηρεσιών υγείας, πέρα από την υποστελέχωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, έχουμε και μια βασική υποστελέχωση σε γραμματειακή υποστήριξη. Η γραμματειακή υποστήριξη είναι πολύ σημαντική για υπηρεσίες όπως η σωστή συμπλήρωση του φακέλου ασθενή και όταν ένας consultant στην Αγγλία έχει μία και δυο γραμματείς και εμείς δεν έχουμε ούτε ατομική γραμματέα, αλλά ούτε σαν κλινική, καταλαβαίνετε ότι θέματα γραμματειακής υποστήριξης δημιουργούν ένα πρόβλημα στο να ανταποκριθούμε πλήρως σε μία αναγκαιότητα, όπως είναι ο ιατρικός φάκελος.

Το τρίτο θέμα που τέθηκε και στον κύριο Αρκαδόπουλο, αλλά και σε μένα όσον αφορά τους αγροτικούς γιατρούς. Μην ξεχνάμε ας κάνουμε λίγο πάλι καθορισμό των όρων. Γιατρός είναι κάποιος ο οποίος έχει άδεια άσκησης επαγγέλματος, μπορεί να ασκεί ιατρική, μπορεί να συνταγογραφήσει, μπορεί να ασκήσει απλές ιατρικές πράξεις. Γενικός γιατρός είναι ένας συνάδελφος μετά από ειδικότητα ο οποίος ασκεί εξειδικευμένες γνώσεις. Συνεπώς, ασκεί εξειδικευμένα φροντίδα πρωτοβάθμια οικογενειακή ιατρική πρόληψη. Αυτό δεν σημαίνει ότι ένας γιατρός που μόλις τελείωσε δεν μπορεί να παρέχει κάποια υπηρεσία. Αλλα είναι άλλου επιπέδου. Αντιλαμβάνομαι ότι αυτή τη στιγμή επειδή υπάρχει ένα υφιστάμενο δίκτυο και υπάρχει ένας θεσμός, ο οποίος είναι βέβαια παλαιός θεσμός, χρησιμοποιείται σαν έναρξη αλλά κάποια στιγμή θα πρέπει να προβλεφθεί ώστε να υπάρχουν μόνο εξειδικευμένοι οικογενειακοί γιατροί, έτσι ώστε να αποδώσει αυτός ο θεσμός. Άρα, σαν ένα αρχικό στάδιο θα μπορούσε θεωρητικά να χρησιμοποιηθεί ένα υφιστάμενο δίκτυο. Σαφώς όμως οι απαιτήσεις των πολιτών σε παροχή υπηρεσιών υγείας έχουν αυξηθεί παρότι γιατροί παράγονται. Θέλουμε τον εξειδικευμένο γιατρό και έτσι όταν έχω να προκάρδιο άλγος προτιμώ να πάω στον ειδικό καρδιολόγο ή και σε αυτόν ο οποίος είναι επεμβατικός καρδιολόγος. Βέβαια, ένα σύστημα υγείας δεν μπορεί να είναι τόσο κοστοβόρο. Συνεπώς, πρέπει να κάνουμε ένα δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Άρα, μια πρώτη χρησιμοποίηση ενός υφιστάμενου δικτύου, σαν μια λύση ανάγκης, μπορεί να υφίσταται. Ιδεατό, όμως, είναι να έχουμε το θεσμό του οικογενειακού, του γενικού γιατρού στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Τέλος, το τέταρτο ερώτημα που είναι για το πανεπιστημιακό κέντρο υγείας. Θεωρώ ότι όλα τα νομοθετήματα που βάζουν αυτό που ήδη υφίσταται και σας είπα ότι η ιατρική της Θεσσαλονίκης του Αριστοτελείου, εδώ και 16 χρόνια εκπαιδεύουμε φοιτητές σε κέντρα υγείας ως μέρος της υποχρεωτικής πρακτικής άσκησης του 6ου έτους. Το ίδιο κάνει και τα Ιωάννινα, το ίδιο κάνει και η Κρήτη και είναι ευχής έργο όλοι μας οι απόφοιτοι να έχουν εκπαίδευση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, αφού θα κληθούν να στελεχώσουν και δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας.

 Άρα, οτιδήποτε θεσμοθετεί την ύπαρξη Πανεπιστημιακού Κέντρου Υγείας είναι προς τη θετική κατεύθυνση και ιστορικά αναφέρθηκα και σε προηγούμενο νομοθέτημα το οποίο επίσης ήταν στη σωστή κατεύθυνση και κάθε νομοθέτημα, όπως εδώ προβλέπει κάποια χαρακτηριστικά στοιχεία. Εκείνο το οποίο είπα είναι ότι σε έναν ιδεατό κόσμο θα θέλαμε ίδρυση ενός Νέου Κέντρου Υγείας, αντιλαμβάνομαι ότι αυτό δεν είναι εφικτό και έτσι ζήτησα, αν είναι δυνατόν, στην εγκατάσταση σε υπάρχον Κέντρο Υγείας να έχουμε τη δυνατότητα διαβούλευσης με το Υπουργείο Υγείας, έτσι ώστε τα ακαδημαϊκά κριτήρια τα οποία αποτελούν εχέγγυο για να μπορέσει να κάνει αυτή την επιτελική λειτουργία και την εκπαιδευτική λειτουργία που προβλέπεται στο νομοσχέδιο, να μπορούν να εκπληρωθούν και να είμαστε λυσιτελείς. Δεν σημαίνει ότι κάνουμε διαβάθμιση του Κέντρο Υγείας, αλλά το υπάρχον στελεχιακό δυναμικό είναι διαφορετικό από Κέντρο Υγείας σε Κέντρο Υγείας.

 Όπως, επίσης και η προσβασιμότητα που μας ενδιαφέρει ένα Κέντρο Υγείας δίπλα είτε στο «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» είτε στο «ΑΧΕΠΑ» είτε στο Campus το Πανεπιστημιακό, καθότι οι φοιτητές μας κάνοντας πρακτική εξάσκηση μετακινούνται από ένα σε άλλο Ίδρυμα, έτσι ώστε να μπορούμε τοπογραφικά να τους εντάξουμε την πρακτική τους άσκηση μέσα στο πρόγραμμα σπουδών μας.

Αυτά είναι δύο επισημάνσεις, όπως η επισήμανση για τα γνωστικά αντικείμενα τα οποία με τον καινούργιο νόμο πρέπει να ληφθούν υπόψη, όπως σας είπα, όπως επίσης η διεπιστημονικότητα που πιστεύω ότι πρέπει να προβλεφθούν και κάποιες θέσεις πέραν του ψυχολόγου και για τη νοσηλευτική εκπαίδευση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, γιατί νομίζω ότι και οι απόφοιτοι των Νοσηλευτικών Σχολών πρέπει να αποκτήσουν μια κουλτούρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ιδιαίτερα την εποχή που προωθείται από την κυβέρνηση η κατ΄ οίκον νοσηλεία, τα διάφορα προγράμματα τα οποία θα βοηθούν τον συνάνθρωπό μας στο χώρο διαμονής του, έτσι ώστε να υπάρχει και η νοσηλευτική υποστήριξη αυτού του θεσμού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

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

Το λόγο έχει ο κ. Σαμουηλίδης που νομίζω ότι είχε μία ερώτηση από την κυρία Τζούφη.

**ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΣΑΜΟΥΗΛΙΔΗΣ (Δικηγόρος – Υπεύθυνος Δημοσίων Υποθέσεων της Ένωσης Ασθενών Ελλάδος):** Κύριε Πρόεδρε, ήταν από δύο Βουλευτές, αλλά ήταν παρόμοια ερώτηση.

Όπως προανέφερα, σε πάρα πολλά Κέντρα, Μονάδες κ.λπ. ο θεράπων ιατρός μέχρι σήμερα ασκεί de facto το ρόλο του Προσωπικού Γιατρού. Από την άλλη, βέβαια, κάθε περίπτωση είναι ξεχωριστή. Εγώ π.χ. που παρακολουθούμε από μια τέτοια Μονάδα είναι πολύ πιο εύκολο να έχω πρόσβαση στον Προσωπικό μου Γιατρό παρά στον θεράποντα ιατρό σε δημόσιο νοσοκομείο.

 Για αυτόν, λοιπόν, το λόγο, όπως προανέφερα, είναι πάρα πολύ σημαντική η θεσμοθέτηση ενός πλαισίου συνεννόησης μεταξύ Προσωπικού και θεράποντος, ώστε να υπάρχει μια ενιαία κατεύθυνση στη φροντίδα υγείας.

 Τώρα σε ό,τι αφορά στα σπάνια νοσήματα θα σας παραπέμψω στο σχόλιο που έχει κάνει ο πλέον ειδικός, δηλαδή, η Ένωση Σπανίων Ασθενών, τη διαβούλευση, όπου συγκεκριμένα γράφει: «Συνήθως υπάρχει εμπειρία των Γενικών Οικογενειακών Γιατρών για τα χρόνια νοσήματα, αλλά για τα σπάνια νοσήματα υπάρχει άγνοια. Οι σπάνια ασθενείς πηγαίνουν στον Προσωπικό Γιατρό με ασυνήθιστα συμπτώματα ή συμπτώματα που είναι δύσκολο να διαγνωστούν, χάνουν χρόνο, ώστε να κατευθυνθούν σε ειδικούς γιατρούς με κίνητρα εξειδίκευσης εμπειρογνωμοσύνης με αποτέλεσμα την καθυστέρηση της διάγνωσης που οδηγεί σε επιβάρυνση της υγείας του ασθενή. Επομένως, χρειάζονται πολιτικές ενσωμάτωσης των ασθενών αυτών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Αναγκαία επίσης είναι η ενημέρωση των Προσωπικών Ιατρών που συμμετέχουν στην Υπηρεσία για τις Σπάνιες Παθήσεις, για τα εργαλεία πληροφόρησης τους για αυτές, καθώς και για τα σημεία παραπομπής (Κέντρα Εμπειρογνωμοσύνης, Εξειδικευμένα Ιατρεία, Διαγνωστικά Κέντρα κλπ.).

 Ευχαριστώ πολύ.

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

Ολοκληρώθηκαν και οι δευτερολογίες.

Άρα, ολοκληρώθηκε η δεύτερη συνεδρίαση της Επιτροπής μας. Στις 5 η ώρα στην ίδια αίθουσα ακριβώς θα ξεκινήσουμε με την ψήφιση επί της αρχής του νομοσχεδίου.

 Ευχαριστούμε πολύ. Ευχαριστούμε και τους προσκεκλημένους. Είστε ελεύθεροι.

Στο σημείο αυτό γίνεται 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, Πλεύρης Αθανάσιος, Ρουσόπουλος Θεόδωρος (Θόδωρος), Σενετάκης Μάξιμος, Σκόνδρα Ασημίνα, Σούκουλη - Βιλιάλη Μαρία - Ελένη (Μαριλένα), Σταμάτης Γεώργιος, Στύλιος Γεώργιος, Συρεγγέλα Μαρία, Τσιλιγγίρης Σπυρίδων (Σπύρος), Χατζηιωαννίδου Μαρία - Νεφέλη, Χρυσομάλλης Μιλτιάδης (Μίλτος), Γαβρήλος Γεώργιος, Θρασκιά Ουρανία (Ράνια), Καλαματιανός Διονύσιος - Χαράλαμπος, Κοντοτόλη Μαρίνα, Νοτοπούλου Αικατερίνη (Κατερίνα), Παναγιωτόπουλος Ανδρέας, Παππάς Πέτρος, Πολάκης Παύλος, Λιακούλη Ευαγγελία, Μουλκιώτης Γεώργιος, Πουλάς Ανδρέας, Σταρακά Χριστίνα, Τσίμαρης Ιωάννης, Κομνηνάκα Μαρία, Συντυχάκης Εμμανουήλ, Λαμπρούλης Γεώργιος, Στολτίδης Λεωνίδας, Αθανασίου Μαρία, Γραμμένος Βασίλειος, Φερχάτ Οζγκιούρ, Φωτίου Θεανώ, Οικονομόπουλος Αναστάσιος, Παπαδόπουλος Νικόλαος, Κεφαλά Γεωργία (Τζώρτζια), Μπιμπίλας Σπυρίδων, Δημητριάδης Πέτρος, Χαλκιάς Αθανάσιος, Λινού Αθηνά και Φλώρος Κωνσταντίνος.

Τέλος και περί ώρα 16.15΄ λύθηκε η συνεδρίαση.

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ**

 **ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ ΜΑΡΙΑ – ΝΕΦΕΛΗ ΧΑΤΖΗΙΩΑΝΝΙΔΟΥ**