

**ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΤΥΠΟΥ  
ΥΠΟΥΡΓΟΥ ΥΓΕΙΑΣ  
κ. ΑΝΔΡΕΑ ΞΑΝΘΟΥ**

**ΤΡΙΤΗ 11 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2017**

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Λοιπόν, μετά από καιρό, είναι αλήθεια, έχουμε τη δυνατότητα να επικοινωνήσουμε σήμερα με τους εκπροσώπους του τύπου και να συζητήσουμε μία πολύ σημαντική αλλαγή και μεταρρύθμιση στο χώρο της περίθαλψης, στο χώρο του συστήματος υγείας.

Είναι ένα προσχέδιο νόμου για την πρωτοβάθμια φροντίδα το οποίο θα βγει αυτές τις μέρες σε δημόσια διαβούλευση. Είναι αποτέλεσμα μίας αρκετά μεγάλης προετοιμασίας που έχει δημιουργηθεί και διαβούλευσης και συνεννόησης, ανταλλαγής απόψεων με υγειονομικούς, με ανθρώπους που έχουν και ακαδημαϊκή παρουσία στο χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, γενικότερα με επαγγελματίες υγείας, μετά από, επίσης, ένα εκτεταμένο διάλογο με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, μετά από ανταλλαγή εμπειρίας από χώρες και ειδικούς που έχουν ασχοληθεί με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και έχουν προωθήσει αντίστοιχες μεταρρυθμίσεις σε άλλες χώρες της Ευρώπης.

Και νομίζω ότι αυτή η αλλαγή καλύπτει ένα πολύ σημαντικό και διαχρονικό έλλειμμα που υπήρχε στο δημόσιο σύστημα υγείας της χώρας μας.

Ξέρουμε πάρα πολύ καλά ότι από την ίδρυσή του ήταν ένα σύστημα υγείας κατά βάση νοσοκομειακοκεντρικό και σε μεγάλο βαθμό ιατροκεντρικό φυσικά.

Και ξέρουμε ότι αυτή ήταν, αν θέλετε, και η αχίλλειος πτέρνα του, το ότι δηλαδή δεν υλοποιήθηκε ποτέ η πρόβλεψη του ιδρυτικού νόμου του ΕΣΥ, του 1397, για τη δημιουργία δημόσιων δομών κέντρων υγείας αστικού τύπου στα μεγάλα αστικά κέντρα και η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας περιορίστηκε μόνο στα κέντρα υγείας της υπαίθρου, αυτό, κατά την άποψή μας, ήταν ένα δομικό έλλειμμα του συστήματος

υγείας το οποίο συνέβαλε στο να ενισχυθεί ο νοσοκομειακοκεντρικός του χαρακτήρας, να δημιουργηθεί ένα πλαίσιο χωρίς μηχανισμούς ελέγχου, χωρίς τεκμηριωμένη ιατρική πράξη, ένα πλαίσιο το οποίο ευνοούσε την προκλητή ζήτηση, τη σπατάλη πόρων, την υπερσυνταγογράφηση εργαστηριακών εξετάσεων και φαρμάκων και φυσικά τη διαφθορά.

Θεωρώ, λοιπόν, ότι πραγματικά αυτό το σημαντικό έλλειμμα, το οποίο κυρίως ήταν έλλειμμα ποιοτικής φροντίδας για τους πολίτες ερχόμαστε να καλύψουμε τώρα με ιστορική καθυστέρηση σε μία περίοδο κρίσης, σε μία περίοδο δυσχέρειας δημοσιονομικής, σε μία περίοδο στενότητας ανθρώπινων και υλικών πόρων.

Θεωρώ ότι είναι μία μεταρρύθμιση και μία αλλαγή η οποία προφανώς δεν είναι μνημονιακή υποχρέωση, προφανώς δεν είναι ένα εργαλείο για τη λιτότητα και για τις περικοπές στο σύστημα υγείας, ούτε φυσικά είναι μία ιδεολογική εμμονή ή ένας άκρατος κρατικισμός όπως κάποιοι θέλουν να το παρουσιάζουν.

Η μεταρρύθμιση αυτή, την οποία εισηγούμαστε θεωρούμε ότι είναι η στρατηγική απάντηση στην κρίση του συστήματος υγείας της χώρας μας.

Αυτό λέει και η διεθνής βιβλιογραφία, αυτό λένε όλοι οι σοβαροί αναλυτές των συστημάτων υγείας ότι η υγειονομική κρίση, η ανισότητα στην φροντίδα, η ανάγκη καθολικής κάλυψης του πληθυσμού μπορεί να απαντηθεί μόνο μέσα από την αναδιοργάνωση των δημόσιων συστημάτων υγείας με επίκεντρο την πρωτοβάθμια φροντίδα.

Θεωρούμε, λοιπόν, ότι αυτό το σκοπό υπηρετεί το νομοσχέδιο αυτό, υπηρετεί την κατεύθυνση της ενδυνάμωσης της δημόσιας περίθαλψης, του δημόσιου συστήματος υγείας, υπηρετεί το στόχο της καθολικότητας, της ισότητας και της αποτελεσματικότητας στη φροντίδα.

Υπηρετεί τη στροφή στην πρόληψη, στην αγωγή υγείας, στην παρέμβαση σε αυτό που λέμε κοινωνικούς προσδιοριστές της ασθένειας, στην αναίρεση του νοσοκομειακοκεντρικού και ιατροκεντρικού χαρακτήρα του συστήματος και στην ανθρωποκεντρική φροντίδα.

Θεωρώ, λοιπόν, ότι είναι ένα πολύ σημαντικό βήμα αυτό, είναι μία επένδυση σε μία νέα αντίληψη και σε μία νέα φιλοσοφία για την υγεία που έχει την προσέγγιση της ολιστικής φροντίδας. Της φροντίδας δηλαδή που περιλαμβάνει ένα συνεχές από την πρόληψη, την αγωγή υγείας, τους προσυμπτωματικούς ελέγχους, τους εμβολιασμούς, την παρακολούθηση των χρόνιων νοσημάτων, τις παραπομπές και τη διαχείριση των περιστατικών μέσα στο σύστημα υγείας, την αποθεραπεία και την αποκατάσταση.

Νομίζω ότι είναι μια νέου τύπου προσέγγιση αυτή. Είναι μια υπέρβαση ενός μοντέλου αγοράς επιτρέψτε μου να πω το οποίο υπήρχε όλα αυτά τα χρόνια όπου οι πολίτες κατά το δοκούν αποφάσιζαν από πού θα «ψωνίσουν» υπηρεσίες υγείας.

Χρεώνοντας συνήθως το δημόσιο και τα ασφαλιστικά ταμεία αλλά και επιβαρυνόμενοι και οι ίδιοι προσωπικά με ένα ενδεχομένως δυσβάστακτο κόστος και ιδιαίτερα την περίοδο της κρίσης και της φτωχοποίησης.

Είναι μια επένδυση επίσης στη λογική της διεπιστημονικής ομάδας υγείας. Η πρωτοβάθμια φροντίδα δεν είναι, βεβαίως έχει ως κεντρικό της στοιχείο τον οικογενειακό γιατρό, το γιατρό δηλαδή ο οποίος έχει τις τρεις βασικές ειδικότητες δηλαδή γενική ιατρική μπορεί να είναι ή γενικός γιατρός ή παθολόγος ή παιδίατρος. Ο οποίος θα έχει μια συνεχή επανεκπαίδευση στην κουλτούρα της οικογενειακής φροντίδας και της κοινοτικής φροντίδας.

Έχει μια εξωστρεφή λογική, απευθύνεται στην κοινότητα και προσπαθεί να παρέμβει και να επηρεάσει τους νοσογόνους παράγοντες του γενικότερου κοινωνικού περιβάλλοντος.

Υπάρχει λοιπόν μια κουλτούρα διεπιστημονικής συνεργασίας, είναι πολύ σημαντική αλλαγή αυτή. Υπάρχει επίσης η κουλτούρα της αποκεντρωμένης φροντίδας.

Οι νέες δομές που είναι το πυρηνικό στοιχείο αυτής της αλλαγής, της μεταρρύθμισης που είναι οι νέες αποκεντρωμένες δομές, οι τοπικές μονάδες υγείας έχουν μια λογική εγγύτητας προς την κοινότητα, διευκόλυνσης της πρόσβασης, μείωσης της ταλαιπωρίας και των αναμονών για ραντεβού και ολοκληρωμένης φροντίδας με συνέχεια και με τομεοποιημένη λογική με πληθυσμό ευθύνης.

Θεωρώ λοιπόν ότι αυτό είναι όντως μια νέα αντίληψη που σήμερα προσπαθούμε να εισάγουμε στο σύστημα υγείας.

Και οι γιατροί οι οικογενειακοί και το υπόλοιπο προσωπικό θα προσληφθούν επί τη βάσει ενός συμβολαίου υποχρεώσεων. Ενός συμβολαίου παρακολούθησης συγκεκριμένων υγειονομικών δεικτών και με βάση τους οποίους, την ανταπόκριση σε αυτούς τους υγειονομικούς στόχους θα κρίνονται και θα αξιολογούνται και οι δομές και οι άνθρωποι που τις στελεχώνουν.

Και φυσικά εισάγεται και μια κουλτούρα κοινωνικού ελέγχου και δημόσιας λογοδοσίας αυτών των δομών που θέλουμε να αποκτήσουν οργανική σχέση με τις τοπικές κοινωνίες, με την Αυτοδιοίκηση. Να είναι σε διασύνδεση και σε δικτύωση με άλλες δομές του δημόσιου συστήματος υγείας και του κοινωνικού κράτους όπως είναι για παράδειγμα οι πρωτοβάθμιες δομές ψυχικής υγείας, τα κέντρα ψυχικής υγείας.

Όπως είναι οι δομές αντιμετώπισης των εξαρτήσεων. Όπως είναι οι υπόλοιπες δομές κοινωνικής φροντίδας, τα ΚΑΠΗ, τα προγράμματα Βοήθεια στο Σπίτι, τα ΚΗΦΗ κλπ.

Θεωρούμε επίσης ότι με την παρέμβαση αυτή περιορίζουμε και στο βαθμό που θα αναπτύσσεται και θα καλύπτει ολοένα μεγαλύτερο κομμάτι του πληθυσμού, θα σας πούμε τώρα τα στάδια και τα βήματα τα οποία θα υπάρξουν, θεωρώ ότι αντιμετωπίζουμε σε σημαντικό βαθμό, μπορούμε να αντιμετωπίσουμε και το φαινόμενο της παθητικής ιδιωτικοποίησης του συστήματος υγείας το οποίο έχει επισυμβεί τα τελευταία χρόνια εξαιτίας ακριβώς της ανεπάρκειας των δημόσιων δομών και του ελλείμματος στη στελέχωση και στις υπηρεσίες που προσφέρουν, υπήρξε μία μετακύληση του κόστους περίθαλψης στις τσέπες των πολιτών.

Νομίζω λοιπόν ότι με αυτήν την αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας, με δομές αποκεντρωμένες που προσφέρουν δωρεάν υπηρεσίες μπορούμε σε μεγάλο βαθμό να περιορίζουμε και αυτό το φαινόμενο και θεωρώ επίσης ότι είναι μία σημαντική διέξοδος επαγγελματική και επιστημονική για το επιστημονικό δυναμικό των νέων γιατρών της χώρας που ξέρουμε πάρα πολύ καλά ότι μαζικά μεταναστεύουν στο εξωτερικό τα τελευταία χρόνια και οφείλουμε να δημιουργήσουμε τις προϋποθέσεις να αντιστραφεί αυτό το brain drain.

Θεωρώ λοιπόν ότι αυτό μπορεί και σε συνεννόηση και με τα Πανεπιστήμια, η κουλτούρα της πρωτοβάθμιας φροντίδας να ενσωματωθεί περισσότερο στα προγράμματα σπουδών, να αυξηθούν οι θέσεις ειδικότητας για τη γενική ιατρική και την οικογενειακή ιατρική.

Να ενισχυθεί η δυνατότητα προσέλκυσης νέων γιατρών, νέων επιστημόνων σε αυτό το πεδίο. Πιστεύω λοιπόν ότι είναι όντως μία πραγματική μεταρρύθμιση στο σύστημα υγείας.

Υπάρχει ισχυρή πολιτική βούληση να προχωρήσει. Είναι μία από τις 3 – 4 κορυφαίες μεταρρυθμίσεις που έχει δηλώσει αυτή η κυβέρνηση και δια στόματος Πρωθυπουργού, ότι θα προχωρήσουν στο επόμενο διάστημα.

Υπάρχει ένα πολύ συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα υλοποίησης και κυρίως χρηματοδότησης αυτής της αλλαγής που θα σας παρουσιαστεί σε λεπτομέρειες από τον Σταμάτη τον Βαρδαρό, τον αναπληρωτή Γενικό Γραμματέα με ευθύνη την πρωτοβάθμια φροντίδα και θεωρώ ότι αυτή η παρέμβαση προφανώς πηγαίνει παράλληλα με την προσπάθεια να στηρίξουμε τις σημερινές δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας, δηλαδή τα κέντρα υγείας αγροτικού τύπου και τις δομές του ΠΕΔΥ, που ξέρουμε πάρα πολύ καλά ότι μετά το '14, μετά το νόμο 4238 αποστελεχώθηκαν, αποδιοργανώθηκαν και χάθηκε πραγματικά μία συνέχεια στη φροντίδα, η οποία υπήρχε τα προηγούμενα χρόνια, παρά τις στρεβλώσεις, παρά το ότι δεν είχε οργανική σχέση με το υπόλοιπο δημόσιο σύστημα υγείας.

Επίσης, έχουμε πει ότι θα προσπαθήσουμε το επιστημονικό δυναμικό που σήμερα υπηρετεί σε αυτές τις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας, που έχει πιο εξειδικευμένη γνώση και στελεχώνεται από ειδικότητες πολλών κατηγοριών, να το αξιοποιήσουμε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο και σε συνέργια και με τη δευτεροβάθμια περίθαλψη όπου οι ειδικότητες το επιτρέπουν.

Αυτό θα αποτυπωθεί και ως ρύθμιση στο νομοσχέδιο και θα μας δίνει τη δυνατότητα να αξιοποιήσουμε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο το ανθρώπινο δυναμικό που σήμερα υπάρχει στο δημόσιο σύστημα υγείας, καλύπτοντας περισσότερες ανάγκες και αυξάνοντας τη χωρητικότητα, το capacity όπως λέμε του δημόσιου συστήματος υγείας.

Αυτός είναι ο στρατηγικό στόχος, να καλύψουμε περισσότερες ανάγκες με ποιότητα, με καθολικότητα, με ισότιμη φροντίδα και κυρίως με αποτελεσματική φροντίδα.

Νομίζω ότι μέσα από τη συζήτηση η οποία θα ακολουθήσει, θα έχετε τη δυνατότητα να αποκρυσταλλώσετε μία πιο ολοκληρωμένη εικόνα για την αλλαγή η οποία θα προωθηθεί.

Θα έχετε τη δυνατότητα φυσικά να μελετήσετε και το προσχέδιο. Αυτό θα τύχει μιας γενικευμένης διαβούλευσης και στο επίπεδο των εκπροσώπων του υγειονομικού τομέα, αλλά και των τοπικών κοινωνιών.

Έχουμε κάνει αρκετές συζητήσεις, ιδιαίτερα με τους εκπροσώπους της Περιφερειακής Αυτοδιοίκησης. Η ανταπόκριση που υπάρχει, αλλά και της πρωτοβάθμιας, στην πολιτική μάλιστα της εξεύρεσης χώρων για να αναπτύξουμε τις πρώτες δομές, η ανταπόκριση που υπάρχει είναι πάρα πολύ θετική.

Ο κόσμος αντιλαμβάνεται ότι αυτό είναι ένα πολύ μεγάλο έλλειμμα και αντιλαμβάνεται επίσης ότι όσο και να στηριχθούν τα δημόσια νοσοκομεία και γίνεται μία πολύ συστηματική προσπάθεια για αυτό τον τελευταίο καιρό και με ανθρώπινους και με υλικούς πόρους, όσο και αν στηριχτούν τα δημόσια νοσοκομεία αν δεν αναδιοργανωθεί το σύστημα υγείας με επίκεντρο την πρωτοβάθμια φροντίδα μακροπρόθεσμα δεν θα υπάρχει επίπτωση θετική και στη λειτουργία του συστήματος αλλά και στους υγειονομικούς δείκτες της χώρας, στους δείκτες υγείας του πληθυσμού, που ξέρουμε πάρα πολύ καλά ότι υστερούμε και υπάρχει μία επιβράδυνση σε σχέση με την πρόοδο που έχει σημειωθεί σε άλλες χώρες ακριβώς επειδή, κατά την άποψή μας, υπήρχε αυτό το έλλειμμα οργανωμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας αγωγής υγείας, πολιτικών δημόσιας υγείας.

Λοιπόν, εγώ αυτά πολύ σύντομα, μάλλον όχι τόσο σύντομα, είχα να σας πω. Και το λόγο τώρα τον έχει ο Σταμάτης ο Βαρδαρός.

### **Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Καλημέρα, ευχαριστούμε πολύ που ήρθατε. Σας διαβεβαιώ ότι κάναμε μεγάλη προσπάθεια να μη σας φωνάξουμε αργότερα μέσα στη Μεγάλη Βδομάδα, άρα αυτό ζητώ να το εκτιμήσετε. Και παράλληλα προσπαθήσαμε να τηρήσουμε και τη δέσμευση που είχαμε ώστε να

καταθέσουμε το νομοσχέδιο προς δημόσια διαβούλευση πριν το Πάσχα.

Νομίζω ότι ακόμη και σήμερα ενδεχομένως να προλάβουμε να το αναρτήσουμε, διαφορετικά αύριο πρωί. Αλλά πολύ πιθανώς σήμερα να το έχουμε σε δημόσια διαβούλευση.

Θα είναι μία ουσιαστική διαβούλευση. Τι εννοώ με αυτό, ότι και αρκετές μέρες θα μείνει στο open.gov ανοιχτό και δεκτικό σε σχόλια, παρατηρήσεις, προτάσεις, θεωρώ ότι τουλάχιστον 10 μέρες θα είναι σε δημόσια διαβούλευση στην ψηφιακή πλατφόρμα.

Και παράλληλα αμέσως μετά το Πάσχα ξεκινάμε με τον Υπουργό τη διαδικασία διαβούλευσης με τους φορείς τους εμπλεκόμενους, άρα αυτό το νομοσχέδιο είναι μεταξύ άλλων και μία βάση συζήτησης.

Προφανώς αποτυπώνει την κεντρική μας στόχευση και το στρατηγικό μας σχέδιο για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Το θετικό είναι ότι έχουμε, επειδή ακριβώς αυτή η προσέγγιση, το είπε και ο Υπουργός νωρίτερα, βασίζεται σε ένα αξιακό πλαίσιο θα έλεγα κοινά αποδεκτό, δηλαδή της καθολικής πρόσβασης του πληθυσμού, της ισότιμης πρόσβασης του πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας, και της όσο το δυνατόν μικρότερης οικονομικής επιβάρυνσης, άρα έρχεται σε συνέχεια της παρέμβασης των ανασφάλιστων στο σύστημα υγείας, νομίζω ότι εκεί μπορούμε να αναζητήσουμε και να βρούμε ευρείες συναινέσεις ακόμη και στον πολιτικό χώρο, σίγουρα πάντως στον κοινωνικό και πολύ περισσότερο στους ανθρώπους που εργάζονται και μοχθούν για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Τώρα, από εκεί και πέρα στο επίπεδο της διαβούλευσης προφανώς θα δούμε όλους τους εμπλεκόμενους φορείς και θα είναι πιο εύκολο να πούμε μία ουσιαστική διαβούλευση πριν προχωρήσουμε στην νομοθέτηση, ελπίζω να είμαστε σε θέση μέσα στο Μάιο να προχωρήσουμε τη νομοπαρασκευαστική διαδικασία στη Βουλή.

Επειδή ακριβώς, λοιπόν, η προσέγγισή μας είναι μία ορθολογική προσέγγιση, θέλω να επιμείνω σε αυτό, αυτή η προσέγγιση, αυτή η μεταρρύθμιση χαίρει και τέτοιας αποδοχής από τους διεθνείς συνομιλητές μας είτε αυτοί είναι οι θεσμοί, οι οποίοι έχουν ένα ουσιαστικό ρόλο στα ελληνικά πράγματα εδώ και μία εξαετία-επταετία, και πολύ περισσότερο βέβαια στον κατ' εξοχήν τεχνικό μας,

αν θέλετε, σύμβουλο και κατ' εξοχήν διεθνή συνομιλητή μας, τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Άρα η παρέμβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι μία παρέμβαση που είναι αποδοτική γιατί και τους οικονομικούς πόρους τους αξιοποιεί με τον πλέον ενδεδειγμένο τρόπο αλλά και γιατί αποδεδειγμένα μέχρι σήμερα όπου έχει εφαρμοστεί έχει βελτιώσει τους υγειονομικούς δείκτες του πληθυσμού.

Τώρα, στο κομμάτι του νομοσχεδίου το πιο ουσιαστικό, να σταθώ εγώ σε κάποια σημεία, θα τα δείτε και στο πλήρως αναρτημένο νομοσχέδιο αναλυτικά.

Νομίζω ότι έρχεται, μάλιστα, το νομοσχέδιο να συμπληρώσει και τη διάταξη που συζητήθηκε αρκετά για τη συγκρότηση των τοπικών ομάδων υγείας, τη διάταξη που περάσαμε στο νόμο για την ψυχική υγεία, τον 4461, όπου εκεί ήταν στην ουσία η αναγκαία αυτή τροπολογία γέφυρα για να μπορέσουμε να βγάλουμε την προκήρυξη τις πρώτες μέρες του Μαΐου για την πρόσληψη του προσωπικού, προσωπικό που έχουμε πει ότι είναι περίπου 3.000 άτομα. Οι 1.300 από αυτούς είναι γιατροί, γενικοί γιατροί, παθολόγοι, παιδίατροι και το άλλο προσωπικό αποτελείται από νοσηλεύτες, επισκέπτες υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς και διοικητικό προσωπικό.

Η προκήρυξη προφανώς θα ελεγχθεί από το ΑΣΕΠ ως προς τα κριτήρια που θα τεθούν και ο πλήρης έλεγχος της νομιμότητας και της αξιοπιστίας της περνάει από το ΑΣΕΠ, άρα δεν είναι σε καμία περίπτωση μια τροπολογία αυτού που περάσαμε για εξυπηρέτηση ιδίου πολιτικού οφέλους. Και προφανώς και οι ενστάσεις θα περάσουν από το ΑΣΕΠ.

Οι συμβάσεις εργασίας είναι συμβάσεις εργασίας που διαβάζω, θα μου επιτρέψετε εδώ να διορθώσω, πολλούς να γράφετε ότι είναι διετούς διάρκειας, δεν είναι διετούς διάρκειας. Η τροπολογία της μιλάει για ένα 4ετές χρηματοδοτούμενο πρόγραμμα, 4ετές. Η αρχική σύμβαση είναι για δυο χρόνια και υπάρχει δυνατότητα επέκτασης μέχρι το τέλος του προγράμματος.

Άρα η δική μας βούληση είναι να είναι 4ετείς αυτές οι συμβάσεις εργασίας με καλές αποδοχές, πολύ καλές αποδοχές. Κάνουμε ότι είναι δυνατόν και ότι μας επιτρέπεται στο πλαίσιο και των δημοσιονομικών περιορισμών για να είναι πραγματικά οι απολαβές κίνητρο κυρίως για



τους γιατρούς και να αποτελέσουν και ένα σήμα για τον επαναπατρισμό πολλών νέων γιατρών που έχουν φύγει στο εξωτερικό αλλά και για να δώσουμε μια διέξοδο.

Και έρχεται, λοιπόν, τώρα το νομοσχέδιο να αποτελέσει στην ουσία το σημάδι, το αποτύπωμα ή αν θέλετε καλύτερα τη σφραγίδα ότι αυτή η καινούργια προσπάθεια με τις μονάδες σε επίπεδο κοινότητας, μονάδες υγείας σε επίπεδο κοινότητας, έρχονται για να μείνουν. Δηλαδή δίνουμε και το στοιχείο της βιωσιμότητας σε αυτή την παρέμβαση με τη θεσμοθέτηση του συστήματος.

Θεσμοθετούμε στην ουσία δυο επίπεδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Το πρώτο είναι οι τοπικές μονάδες υγείας οι οποίες θα συγκροτηθούν και από τις τοπικές ομάδες υγείας του 4461 αλλά και αργότερα και με προφανώς μόνιμες προσλήψεις προσωπικού που θα λειτουργεί με τα ίδια κριτήρια, με το ίδιο καθηκοντολόγιο και στον ίδιο ρόλο των τοπικών ομάδων υγείας.

Το δεύτερο επίπεδο είναι στην πραγματικότητα οι υφιστάμενες δομές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Άρα οι μονάδες υγείας του ΠΕΔΥ, τα κέντρα υγείας αστικού τύπου και τα κέντρα υγείας υπαίθρου αποτελούν το δεύτερο επίπεδο του συστήματος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Μάλιστα όπως θα δείτε και στο νομοσχέδιο αυτές οι δομές ενοποιούνται, ενιαιοποιούνται και ως προς τη λειτουργία τους αλλά και ονοματικά, θα πάψει αυτό το τρίπτυχο το τρισυπόστατο. Θα ονομάζονται κέντρα υγείας εφεξής όλες αυτές οι δομές της περιπατητικής φροντίδας όπως λέμε και καταργούμε, αυτό είναι σε συμβολικό επίπεδο και θα ήθελα να σταθώ σε αυτό, την επωνυμία ΠΕΔΥ.

Το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας για εμάς ελπίζουμε με τη νομοθέτηση του νομοσχεδίου μέσα στο Μάιο λαμβάνει τέλος ως ονομασία. Αυτές οι δομές στο σύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα είναι συστατικό κομμάτι του εθνικού συστήματος υγείας.

Οι τοπικές ομάδες υγείας θα είναι στο πρώτο επίπεδο, τα κέντρα υγείας θα είναι στο δεύτερο επίπεδο και όλα αυτά θα βρίσκονται υπό την ομπρέλα του εθνικού συστήματος υγείας. Θα υπάρχουν τα συνδεδεμένα νοσοκομεία, ούτω το κάθε εξής. Υπάρχει η ομπρέλα του εθνικού συστήματος υγείας.

Τώρα, να τελειώσω και θα το συζητήσουμε. Η στελέχωση τώρα τον ΤΟΜΥ ακολουθεί, θα δείτε και το νομοσχέδιο αλλά με ρωτήσατε, να το διευκρινίσουμε αυτό, να το επαναλάβω.

Το πρώτο επίπεδο έχει τις τοπικές μονάδες υγείας, τις ΤΟΜΥ. Το δεύτερο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας έχει τα κέντρα υγείας. Κέντρα υγείας νοούνται και τα κέντρα υγείας που ξέρουμε σήμερα κυρίως στην ύπαιθρο και οι μονάδες υγείας του ΠΕΔΥ του και τα κέντρα υγείας όποια έχουμε αστικού τύπου.

Και από εκεί και πέρα τα νοσοκομεία με την ελπίδα και προσδοκία να μην φτάνει πολύ εύκολα ο πληθυσμός σε αυτά. Ενωώ αχρείαστα, όχι πολύ εύκολα, δεν θα δυσκολέψουμε την πρόσβαση. Να διευκολύνουμε την πρόσβαση θέλουμε. Και μην μπερδεύουμε την ελεύθερη πρόσβαση με την ελεύθερη επιλογή. Κλείνω την παρένθεση.

Η στελέχωση τώρα των κέντρων υγείας θα στηριχθεί στους ειδικούς γιατρούς που ήδη έχουμε. Μάλιστα αναβαθμίζουμε το ρόλο των ειδικών γιατρών στο σύστημα δίνοντάς τους τη δυνατότητα να συμμετέχουν και στο εφημεριακό πρόγραμμα των νοσοκομείων αλλά πολύ περισσότερο και στην τακτική τους λειτουργία. Πρωινή, απογευματινά ιατρεία, συμμετοχή σε χειρουργεία για όσες χειρουργικές ειδικότητες θέλουν.

Νομίζω ότι αυτό ήταν ένα πάγιο αίτημα των ειδικών γιατρών που υπηρετούσαν στις μονάδες υγείας του ΠΕΔΥ. Και με αυτόν τον τρόπο τους εξισώνουμε και ουσιαστικά γιατί μισθολογικά, βαθμολογικά και ασφαλιστικά το είχαμε κάνει ήδη με το νόμο του παράλληλου προγράμματος. Νομίζω ότι τώρα έρχεται και η ουσιαστική τους εξίσωση με τους υπόλοιπους γιατρούς του ΕΣΥ.

Συγκροτούμε τα κεντρικά διαγνωστικά εργαστήρια. Ήδη σε κάποιες περιοχές όπως η πρώτη υγειονομική Περιφέρεια λειτουργεί κεντρικό εργαστήριο και θέλουμε αυτό το παράδειγμα να ακολουθηθεί και σε άλλες υγειονομικές περιφέρειες.

Νομίζω και η 2<sup>η</sup> ΥΠΕ, οι περιοχές του Πειραιά της Δυτικής Αττικής, αλλά και οι περιοχές της Θεσσαλονίκης ,ναι, που σταματήσατε να ακούτε;

Τέλος πάντων, θα πιάσω τα τελευταία. Στα κεντρικά διαγνωστικά εργαστήρια. Λέω ότι συγκροτούμε τα κεντρικά διαγνωστικά εργαστήρια που ήδη λειτουργούν σε κάποιες υγειονομικές περιφέρειες,

κατά βάση στην 1<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια με το κεντρικό εργαστήριο της Δεληγιώργη, που γίνεται ήδη πάρα πολύ καλή δουλειά, συγκεντροποιούμε δηλαδή δυνάμεις.

Αυτό δεν σημαίνει ότι θα δυσκολέψουμε την πρόσβαση των πολιτών στις εξετάσεις διαγνωστικές. Οι υπόλοιπες δομές υγείας θα συνεχίζουν να λειτουργούν ως δομές που ο πολίτης θα απευθύνεται και θα γίνεται η λήψη του δείγματος, αλλά η επεξεργασία θα γίνεται στα κεντρικά εργαστήρια.

Αυτή είναι η βασική μας κατεύθυνση για τις εργαστηριακές δομές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Και η Κρήτη και η 7<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια ακολουθεί ένα τέτοιο παράδειγμα με δείγματα που συλλέγονται από πολλές περιοχές της Περιφέρειας Υγειονομικής και κατευθύνονται σε κεντρικό εργαστήριο για επεξεργασία.

Αυτό μας μειώνει και το κόστος, αλλά αυξάνει πάρα πολύ και τους χρόνους απόδοσης και τους χρόνους εξαγωγής των αποτελεσμάτων.

Μία άλλη παρέμβαση που γίνεται, είναι στη συγκρότηση των κέντρων ειδικής φροντίδας. Έχουμε παραδείγματος χάρη στο σύστημα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης δομές που έχουνε εκ των έσω θα έλεγα συγκροτηθεί.

Είχαμε παλιότερα κεντρικά φυσικοθεραπευτήρια. Έχουμε σήμερα κεντρικά οδοντιατρεία. Οδοντιατρικά κέντρα, όπως αυτό που λειτουργεί στη Λένορμαν.

Τέτοιες περιπτώσεις ειδικών δηλαδή παρεμβάσεων στο σύστημα υγείας, θέλουμε να τις συστηματοποιήσουμε με ενδεχόμενα και προοπτικά και κέντρα ειδικής αγωγής να βάλουμε σε αυτή τη διαδικασία και κέντρα οδοντοπροσθητικής.

Επαναρυθμίζουμε για να είμαι ακριβής, τη διάταξη πρόβλεψη για τον οικογενειακό γιατρό. Ο 4238 προέβλεπε ως οικογενειακό γιατρό μόνο τον ιδιώτη συμβεβλημένο γιατρό, τον ελεύθερο επαγγελματία συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ.

Αυτή για εμάς είναι η μία κατηγορία οικογενειακού γιατρού. Οι άλλες δύο είτε είναι γιατρός που υπηρετεί στον κλάδο ιατρών του ΕΣΥ, άρα ένας μόνιμος γιατρό στο εθνικό σύστημα υγείας, που λειτουργεί ως οικογενειακός γιατρός.

Η δεύτερη περίπτωση είναι η περίπτωση που άρθρου 106 του Ν. 4461, οι γιατροί δηλαδή οι οικογενειακοί που θα υπηρετούν στις τοπικές ομάδες υγείας και η τρίτη περίπτωση θα είναι ελευθεροεπαγγελματίες οι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ οικογενειακοί γιατροί.

Το όλο σχέδιο περιλαμβάνει και την πρόβλεψή μας για τις νέες συμβάσεις. Υπάρχει διάταξη στην οποία θα πατήσουν οι νέες συμβάσεις του ΕΟΠΥΥ.

Ναι λέω, ο οικογενειακός γιατρός. Η διάταξη που υπήρχε από τον 4238 αναγνώριζε ως οικογενειακό γιατρό στο σύστημα υγείας μόνο το συμβεβλημένο ιδιώτη γιατρό.

Ήταν μία διάταξη που στην πραγματικότητα δεν ενεργοποιήθηκε. Δηλαδή ο ΕΟΠΥΥ δεν έκανε συμβάσεις έκτοτε με οικογενειακούς γιατρούς. Δηλαδή με γιατρούς που λειτουργούσαν με ένα πληθυσμό ευθύνης και βάσει αυτού του πληθυσμού λειτουργούσαν στα ιδιωτικά τους ιατρεία.

Αλλά, ως πρόβλεψη θεσμική αυτό μόνο προβλεπόταν στον 4238. Αυτό που αλλάζουμε εκεί, είναι το εξής. Ότι υπάρχει αφενός, διατηρούμε αυτήν την πρόβλεψη, ότι μπορεί ο οικογενειακός γιατρός να είναι ένας ιδιώτης συμβεβλημένος οικογενειακός γιατρός με τον ΕΟΠΥΥ, αλλά προσθέτουμε και δύο άλλες κατηγορίες που είναι πάρα πολύ σημαντικές για τη λειτουργία του συστήματος.

Οικογενειακός γιατρός ως γιατρός κλάδου ΕΣΥ, άρα μόνιμος γιατρός του εθνικού συστήματος υγείας ή οικογενειακός γιατρός βάσει των προβλέψεων του 4461 που λειτουργεί στο πλαίσιο της τοπικής ομάδας υγείας.

Άρα τρεις κατηγορίες οικογενειακών γιατρών.

### **ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(εκτός μικροφώνου).

### **Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Όχι. Αυτό συνέβαινε. Αυτό προβλεπόταν μέχρι σήμερα. Λέω ότι αυτό δεν θα προβλέπεται από εδώ και πέρα. Η μία κατηγορία θα είναι αυτή. Η δεύτερη θα είναι οι μόνιμοι γιατροί του ΕΣΥ που θα λειτουργούν ως οικογενειακοί γιατροί και η τρίτη θα είναι οι γιατροί που στο πλαίσιο της τοπικής ομάδας υγείας λειτουργούν ως οικογενειακοί γιατροί με πληθυσμό ευθύνης.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(εκτός μικροφώνου).

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Ναι, αλλά να το ολοκληρώσω και να μαζέψουμε λίγο τα ερωτήματα. Το κομμάτι επίσης έλεγα των συμβεβλημένων γιατρών του ΕΟΠΥΥ είναι ένα κομμάτι στο οποίο θεσμικά βάζουμε νομίζω τη βάση ώστε να έχουμε τις νέου τύπου συμβάσεις που πάρα πολλές φορές και ο Πρόεδρος του ΕΟΠΥΥ ο Σωτήρης ο Μπεςίνης έχει αναφερθεί.

Ο σχεδιασμός έχει γίνει από κοινού. Άρα επειδή βλέπουμε μία συμπληρωματικότητα του ιδιωτικού τομέα προς το δημόσιο σύστημα και προλαβαίνω εδώ ερωτήσεις και επειδή η ΤΟΜΥ δεν θα καλύψουν το σύνολο της χώρας επαρκώς, έχουμε ένα δίκτυο ανάπτυξης στον ΤΟΜΥ που θα καλύψει το 30% του πληθυσμού, το υπόλοιπο 70% θα καλυφθεί με συμβάσεις του ΕΟΠΥΥ, με ελευθεροεπαγγελματίες, οικογενειακούς γιατρούς.

Αυτές οι νέου τύπου συμβάσεις θα έχουν μία λογική capitation, αποζημίωσης δηλαδή κατά κεφαλήν με ένα πληθυσμό αναφοράς συγκεκριμένο. Φανταστείτε, όσοι παρακολουθείτε από παλαιότερα το υγειονομικό ρεπορτάζ, μία λογική των συμβάσεων που είχε παλιά το ΤΕΒΕ με πληθυσμό που εγγράφεται ανά οικογενειακό γιατρό, δηλαδή, αυτό για το κομμάτι των οικογενειακών ιατρών, που θα είναι γενικοί ιατροί, παθολόγοι, παιδίατροι.

Και από εκεί και πέρα ο ΕΟΠΥΥ θα έρθει να επικουρήσει, να συμπληρώσει το δημόσιο σύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και με αντίστοιχες συμβάσεις με ειδικούς γιατρούς.

Θα είναι δύο επιλογές που δίνει το νομοσχέδιο, θα κρίνει ο ΕΟΠΥΥ με τι είδους σύμβαση θα κινηθεί. Η μία επιλογή είναι είτε με πάγια αντιμισθία του ειδικού γιατρού όσο κρίνουμε ότι χρειαζόμαστε για δέσμευση ενός συγκεκριμένου ωραρίου ώστε να υπηρετεί ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ.

Η δεύτερη επιλογή που δίνουμε στο νομοσχέδιο, και μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο της σύμβασης του ΕΟΠΥΥ με τους ελευθεροεπαγγελματίες ειδικούς γιατρούς, είναι αποζημίωση κατά πράξη με ένα συγκεκριμένο αριθμό πράξεων που θα ζητήσουμε ανά τομέα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Άρα εμείς βλέπουμε συμπληρωματικό τον ιδιωτικό τομέα προς το δημόσιο σύστημα. Απαντώ εμμέσως, όχι απαντώ αμέσως, δεν απαντώ εμμέσως, και στις αιτιάσεις περί σοβιετικού τύπου προσέγγιση και τα λοιπά.

Αναγνωρίζουμε ότι η οικονομία μας είναι μικτή οικονομία, το εθνικό σύστημα υγείας για εμάς είναι προτεραιότητα αλλά για να μπορεί να λειτουργεί αποτελεσματικά το εθνικό σύστημα υγείας χρειαζόμαστε ακόμη, και θεωρώ ότι θα χρειαζόμαστε για καιρό ακόμη, και τις υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα.

Αυτό που θέλουμε να ρυθμίσουμε τον τρόπο που ο ιδιωτικός τομέας θα συνεισφέρει στο δημόσιο σύστημα και αυτό να μην γίνεται ανεξέλεγκτα και εις βάρος του δημόσιου συστήματος και των περιορισμένων πόρων που έχουμε να διαθέσουμε στην υγεία των πολιτών.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Θα τα εξηγήσουμε.

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Θα τα εξηγήσουμε αυτό. Αυτό σημαίνει ότι ήταν ξεκάθαρα τα πράγματα πριν για να μπερδεύεστε τώρα. Εκεί διαφωνώ.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Θα σας το πω. Οι νοσοκομειακοί γιατροί δεν θα είναι οικογενειακοί γιατροί. Όταν μιλάω για γιατρούς του ΕΣΥ μιλάω για γιατρούς που είναι στις δομές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Άρα ή στην ...ή στην επαρχία στα κέντρα υγείας. Αυτοί θα έχουν τη δυνατότητα να πάνε, ναι, και στο σπίτι.

Λοιπόν, να συνεχίσω λίγο; Να ολοκληρώσω και να μαζέψουμε τα ερωτήματα;

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Οι γιατροί της πρωτοβάθμιας, οι οικογενειακοί γιατροί της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα μπορούν να κάνουν και κατ' οίκον επισκέψεις.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Βεβαίως, είναι οικογενειακός γιατρός και ο παιδίατρος.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

...από πού θα πληρώνονται;

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Θα το δούμε.

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Αφήστε λίγο να τελειώσει και μετά έχουμε χρόνο να το συζητήσουμε. Μην ανησυχείτε.

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Ωραία. Την κρατάω την ερώτηση, θα σας πω.

Λοιπόν, η διάταξη για την ομάδα υγείας η οποία αποτελεί συστατικό κομμάτι του συστήματος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με συγκεκριμένα καθήκοντα, με ενσωμάτωση διαφόρων υπηρεσιών δημόσιας υγείας που ξέρετε πολύ καλά ότι μέχρι σήμερα ένα μεγάλο μέρος τους καλυπτόταν μόνο από τις νομαρχίες, από τις Περιφέρειες. Και επίσης με πρόβλεψη για διαδικασίες αξιολόγησης για τις ομάδες υγείας, αναφορικά με την λειτουργία των ομάδων υγείας. Αυτό νομίζω είναι ένα πραγματικά καινούριο στοιχείο στη λειτουργία του δημόσιου συστήματος υγείας.

Θα δείτε στο νομοσχέδιο τις διατάξεις για την αναβάθμιση της μαιευτικής φροντίδας και την αναγνώριση του ρόλου των επισκεπτών υγείας. Για εμάς είναι δύο ειδικότητες μαζί με τους άλλους, τους μη ιατρικούς συντελεστές του συστήματος υγείας που έχουν πάρα πολύ κρίσιμο ρόλο στο σύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Υπάρχουν οι διατάξεις για την εκλογή συντονιστών στο πλαίσιο του τομέα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, μία πιο αξιοκρατική διαδικασία που θα λαμβάνει υπόψη της και τυπικά και ουσιαστικά προσόντα.

Διάταξη για τους συντονιστές οδοντιάτρους στο πλαίσιο αναβάθμισης της οδοντιατρικής φροντίδας που παρέχουν οι δομές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Και οι διαδικασίες για την εγγραφή, βεβαίως, περιγράφεται όλη αυτή η λειτουργία της εγγραφής και των παραπομπών στο σύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Για εμάς είναι πολύ σημαντική η πρόβλεψη για κοινωνική λογοδοσία των δομών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, θα βοηθήσει και σε μία καλύτερη σύνδεση της ΤΟΜΥ με την κοινότητα.

Και κλείνοντας με την αρχική παρουσίαση δυο ακόμη σημαντικές διατάξεις. Η μια έχει να κάνει με την αξιοποίηση των όποιων ηλεκτρονικών εφαρμογών παρέχονται σήμερα στους συμβεβλημένους και στους υπόλοιπους ιδιώτες γιατρούς τους συστήματος. Εκεί θέλουμε να βάλουμε κάποιους όρους, κάποια κριτήρια και να δούμε λίγο αυτή τη σχέση.

Και το τελευταίο, τα τελευταία μάλλον έχουν να κάνουν με την ενεργοποίηση μικρού ταμείου στα κέντρα υγείας. Είναι πάρα πολλές φορές οι περιπτώσεις που βρισκόμαστε αντιμέτωποι με προβλήματα καθημερινής λειτουργίας των κέντρων υγείας που δεν είναι αποτέλεσμα έλλειψης πόρων αλλά είναι αποτέλεσμα κάποιων αρκετά αυστηρών διαδικασιών θα έλεγα. Για μικροδαπάνες ενεργοποιούμε αυτό το μικρό ταμείο, νομίζω θα μας λύσει πάρα πολλά προβλήματα στη καθημερινή λειτουργία των κέντρων υγείας.

Και τελευταίο η διάταξη για την εκπαίδευση, τη δημιουργία κάποιων πανεπιστημιακών δομών μέσα στην πρωτοβάθμια. Αυτή είναι μια κουβέντα που θα τραβήξει βεβαίως σε χρόνο αλλά ήδη έχουμε την εμπλοκή της πανεπιστημιακής κοινότητας κυρίως με την εμπλοκή καθηγητών από το πανεπιστήμιο Κρήτης και από το Αριστοτέλειο πανεπιστήμιο της Θεσσαλονίκης, ανθρώπων που ξέρουν καλά το κομμάτι της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της οικογενειακής ιατρικής. Και θέλουμε αυτή τη σχέση να τη συστηματοποιήσουμε ώστε να έχει προφανώς και συνέχεια.

Τώρα νομίζω μπορούμε να ακούσουμε τις ερωτήσεις και να αποσαφηνίσουμε.

### **ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Ερώτηση μακριά από το μικρόφωνο.



**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Ναι, μιλάμε για πολύ μικρά ποσά. Δηλαδή μιλάμε για ένα ποσό που θα ορίζεται ανά ΥΠΕ και ανάλογα με τις δυνατότητές της.

Ένα ποσό που δεν θα υπερβαίνει τις 2.000, 2.500 ευρώ το χρόνο αλλά μιλάμε για αυτά τα πολύ μικρά καθημερινά έξοδα που μπορεί να έχουν να κάνουν με αντικατάσταση λαμπτήρων, διόρθωση σε κάποια τουαλέτα, γραφική ύλη. Τέτοια πράγματα που χρειάζεται άμεσα να αντικατασταθούν για να λειτουργήσει σε καθημερινή βάση η δομή της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Μια διευκρίνιση για τους οικογενειακούς γιατρούς οι οποίοι θα είναι παράλληλα και γιατροί των κέντρων υγείας.

Είπατε ότι θα έχουν δικαίωμα κατ' οίκον επισκέψεων. Πως θα αμείβονται για αυτό το σκέλος της δουλειάς τους; Θα υπάρχει έξτρα αμοιβή ή περιλαμβάνεται στην αμοιβή τους που έχουν εκ της θέσεώς τους στο κέντρο υγείας;

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Περιλαμβάνεται στο καθηκοντολόγιο τους από τη θέση τους στο κέντρο υγείας. Θα είναι μέσα στο χρόνο εργασίας τους προφανώς, ένα μέρος του χρόνου εργασίας τους θα αφιερώνεται για την κάλυψη αυτών των αναγκών.

Αυτό θα είναι πολύ πιο έντονο βέβαια στις τοπικές μονάδες υγείας διότι οικογενειακός γιατρός που θα έχει έναν πληθυσμό ευθύνης των 2000 παραδείγματος χάρη ενηλίκων ή των 1000 παιδιών αντίστοιχα ο παιδίατρος έχει και την ευθύνη παρακολούθησης, άρα γνωρίζει και καλύτερα τα περιστατικά και μπορεί να ρυθμίσει και πολύ καλύτερα και αυτός το χρόνο του.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Ερώτηση μακριά από το μικρόφωνο.

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Όχι, νομίζω αυτό το ξεκαθαρίσαμε από την αρχή. Όχι δεν θα πληρώνει ο ασφαλισμένος. Ο ασφαλισμένος, ο πολίτης δεν θα πληρώνει ούτε για τις χρήσεις των υπηρεσιών από τις τοπικές μονάδες υγείας διότι είναι δομές του δημόσιου συστήματος υγείας.

Μισό λεπτό, όχι ούτε για την.., για αυτό είπα ότι είναι μέρος του καθηκοντολογίου τους. Και συμπληρώνω ότι ο ασφαλισμένος, όχι

καλά κάνετε και ρωτάτε να το ξεκαθαρίσουμε αυτό. Πληρώνει ούτως ή άλλως ο πολίτης δεν χρειάζεται να πληρώνει περισσότερα.

Και ο ασφαλισμένος για τους συμβεβλημένους γιατρούς του ΕΟΠΥΥ για αυτό μίλησα και για τις νέου τύπου συμβάσεις και νομίζω αυτό το έχει πει και ο Μπερσίμης επανειλημμένα.

Σκοπός μας είναι να μην πληρώνει για τις υπηρεσίες που προσφέρουν συμβεβλημένοι γιατροί του ΕΟΠΥΥ διότι ξέρουμε πάρα πολύ καλά ότι το σύστημα που ισχύει σήμερα των 200 επισκέψεων καλύπτει παρά ελάχιστα και τις πρώτες μέρες του μήνα στην ουσία τις δωρεάν υπηρεσίες προς τους ασφαλισμένους.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Ερώτηση μακριά από το μικρόφωνο.

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Ο οικογενειακός γιατρός όχι ο συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ. Ο οικογενειακός γιατρός του συστήματος υγείας. Εννοείται, ο πληθυσμός ευθύνης είναι και οι ασφαλισμένοι και οι ανασφάλιστοι πολίτες προφανώς. Δεν υπάρχει διάκριση.

Εδώ από το νόμο 4368 και μετά δεν υπάρχει διάκριση ασφαλισμένου και ανασφάλιστου πολίτη όσον αφορά την εξυπηρέτηση και την πρόσβασή του στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Δεν υπάρχει.

Η διαφορά είναι ...

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(εκτός μικροφώνου).

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Βεβαίως και στις τοπικές μονάδες υγείας ακριβώς.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(εκτός μικροφώνου).

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ**

Εντάξει, το άκουσα. Η ερώτηση είναι σε τι επίπεδο θα κυμαίνονται οι αποδοχές. Ναι, έχουμε εικόνα.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Των νεοπροσληφθέντων.

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ**

Ναι. Ωραία. Ο το μη ιατρικό προσωπικό θα μπει σε μία λογική ενιαίου μισθολογίου με προφανώς με ότι επιδόματα προβλέπονται.

Το ιατρικό προσωπικό θα πάμε σε μία λογική να δώσουμε το κάτι παραπάνω. Επεξεργαζόμαστε μία λύση που θα τους αντιστοιχήσει με τους Επιμελητές Α΄ και συμπεριλαμβανομένων και των λοιπών επιδομάτων, του κλάδου ιατρών ΕΣΥ.

Έχουμε τη δυνατότητα να το κάνουμε. Χρηματοδοτικά το έχουμε, είμαστε καλυμμένοι σε αυτό. Το έχουμε προϋπολογίσει.

### **ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Για πόσα χρόνια; Δεδομένου ότι είναι από το ΕΣΠΑ .....

### **Κος ΒΑΡΛΑΡΟΣ**

Θα σας πω πολύ συγκεκριμένα. Η Ευρωπαϊκή Ένωση και το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο για ένα μέρος των προγραμμάτων των επιχειρησιακών, απαιτείται η σύμφωνη γνώμη της.

Για ένα άλλο κομμάτι δεν απαιτείται η σύμφωνη γνώμη της. Είναι δηλαδή στην ευχέρεια του κράτους μέλους πως θα διαχειριστεί αυτά τα χρήματα, εφόσον εναρμονίζονται με τους στόχους τους στρατηγικούς που έχει θέσει.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και από τη δική μας κυβέρνηση, και από προηγούμενες κυβερνήσεις ήτανε υψηλά στην ατζέντα. Η διαφορά είναι ότι εμείς, νομίζω ότι αυτή είναι η διαφορά, αυτό πιστεύω εγώ, αυτό θα το κρίνετε εσείς.

Προχωράμε και στην υλοποίηση κάποια βήματα παραπέρα. Τώρα, είναι για 4 χρόνια αυτές οι προσλήψεις, δηλαδή για αυτά τα 4 χρόνια θα πληρώνονται αυτοί οι άνθρωποι από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο.

Η λογική δεν είναι ότι δώστε μας χρήματα για να προσλάβουμε. Και αυτή είναι η παρεξήγηση. Συγχρηματοδοτείται, διότι συμμετέχουν και οι τεχνικοί πόροι βεβαίως. Ένα πρόγραμμα για την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με ότι αυτό συνεπάγεται.

Ότι προφανώς για να τρέξει αυτό το πρόγραμμα θα χρειαστεί και προσωπικό, αυτό συνεπάγεται. Αλλά δεν πήγαμε να ζητήσουμε ένα πρόγραμμα απασχόλησης στην Κοινότητα.

Αυτή είναι μία παρερμηνεία που γίνεται συνήθως.

### **ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Μετά τα 4;

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ**

Μετά τα 4 χρόνια η δική μας η βούληση και ο δικός μας ο σχεδιασμός είναι αυτοί οι άνθρωποι να ενταχθούν στο εθνικό σύστημα υγείας.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Εκτός μικροφώνου).

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ**

Εάν μπορούν να είναι άλλοι, ας είναι άλλοι. Θα θέλαμε να είναι οι ίδιοι, διότι θα είναι άνθρωποι που θα έχουν τρέξει την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Θα έχουμε μία εμπειρία και μία σύνδεση με την τοπική κοινότητα.

Μπορεί να αποφασίσουν να μην είναι οι ίδιοι και εδώ λέω ότι αυτό είναι και ένα κίνητρο που δίνουμε. Διότι πέρα από τις απολαβές που εμείς θεωρούμε ότι πάμε στο ταβάνι αυτών που μπορούμε να δώσουμε, δίνουμε παράλληλα κυρίως ενός γιατρού, τη δυνατότητα αφενός να ενταχθούν στο εθνικό σύστημα υγεία μετά από μία τετραετία, αφετέρου αν κρίνουν ότι δεν θέλουν να ενταχτούν στο εθνικό σύστημα υγείας, να κάνουνε τα πρώτα τους βήματα σε περιβάλλον κοινότητας. Καταλαβαίνομαστε.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Ο μισθός του Επιμελητή Α' πόσο είναι;

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ**

Με τα επιδόματα και τα λοιπά είναι μεταξύ 1.500 και 1.600 ευρώ. Δεν θυμάμαι ακριβώς. Μιλάω για καθαρά. Δεν θα έλεγα μεικτά. Δεν θα χρησιμοποιούσα αυτά τα μεικτά ως κίνητρο. Εντάξει. Για γιατρούς μιλάμε, καταλαβαίνομαστε.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(εκτός μικροφώνου).

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Με αυτές;

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Ναι, με αυτές.

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Όχι. Θα είναι χαμηλό.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Εκτός μικροφώνου). Εμείς να είμαστε πολύ θετικοί στο ότι αυτό θα γίνει. Απλά επειδή εγώ και η κυρία Χαραλαμπίκου έτυχε να κάνουμε δύο πολύ μεγάλα οδοιπορικά στο ΠΕΔΥ Κερατσινίου, Δραπετσώνας, Αιγάλεω, και το είδαμε και σε ώρες αιχμής και πραγματικά βλέπαμε άδεια κτήρια.

Βασικές ειδικότητες όπως παιδίατρο, ουρολόγοι, δεν υπάρχουν και σκέφτομαι ότι επειδή είναι πολύ συγκεκριμένες οι ειδικότητες για την πρωτοβάθμια, οι υπόλοιπες ειδικότητες των γιατρών τι θα απογίνουν; Προφανώς δεν θα είναι ωφέλιμοι στο σύστημα και πρακτικά πότε θα γίνει; Γιατί αν όλο αυτό και οι προσλήψεις με τις ενστάσεις πάρει ένα χρόνο, αυτό φαντάζομαι θα διαιωνιστεί. Ένα.

Και όταν θα τελειώσει, θα ήθελα να ρωτήσουμε τον Υπουργό, το βασικό θέμα της ημέρας σήμερα και χθες, είναι ότι την Παρασκευή έχασε τη ζωή του ο 38χρονος στη Χαλκιδική εξαιτίας της έλλειψης ασθενοφόρου. Θέλω να το θέσω γιατί σήμερα έχουμε και ένα 35χρονο.

Αυτά τα 240 ασθενοφόρα που θα πάρουμε είναι πάλι μέσω ΕΣΠΑ, που σημαίνει ότι οι περισσότερες Περιφέρειες ακόμα δεν έχουν καν εγκρίνει κονδύλια, οι 93 διασώστες που θα προσληφθούν, θα προσληφθούν τουλάχιστον μετά από ένα χρόνο. Οπότε μας ενδιαφέρει να ξέρουμε: έρχεται Πάσχα, έρχεται τουριστική περίοδος, οι περισσότερες βάρδιες του ΕΚΑΒ είναι ακάλυπτες. Αυτό μας καίει περισσότερο σήμερα.

### **ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΡΙΑ:**

Να κρατήσουμε όμως λίγο τις άλλες ερωτήσεις και να την κρατήσουμε την ερώτηση ...αν βάλουμε όλες τις ερωτήσεις. Θα προσπαθήσουμε όσο το δυνατόν πιο σύντομα ώστε να καλυφθούν.

### **Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Να ρωτάτε λίγα για να τελειώσουμε πιο γρήγορα. Ποια ήταν η ερώτηση; Η πρώτη ερώτηση, λοιπόν, εγώ θα προσπαθήσω, αλλά εντάξει, θέλουμε να παρουσιάσουμε να νομοσχέδιο, προφανώς είναι ο Υπουργός εδώ, θα ερωτηθεί. Να τελειώσουμε με αυτά, δεν θα σας καθυστερήσω.

(Διάλογος)

### **Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Να το μαζέψουμε όλο;

### **Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Όχι, μία, μία ερώτηση.

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Μία, μία. Ωραία, λοιπόν, να απαντήσω εγώ το πρώτο σκέλος και αν θέλει ο Υπουργός θα απαντήσει τώρα ή θα το αφήσει για αργότερα.

**ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΡΙΑ:**

Μετά που θα έρθει και στα μικρόφωνα ο Υπουργός, γιατί τώρα ...

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Ωραία, για τις ειδικότητες είπαμε. Όχι, οι χρόνοι προσλήψεων προφανώς δεν θα είναι διάρκειας 12 μηνών. Εμείς είπαμε ότι βγαίνει αρχές Μαΐου η προκήρυξη και επειδή θα γίνει με ηλεκτρονική υποβολή και ο έλεγχος των δικαιολογητικών θα γίνει κατά την τοποθέτηση θα έχουμε ένα χρονικό διάστημα ενός με ενάμιση μήνα που θα έχουμε τους γιατρούς και το υπόλοιπο προσωπικό στις δομές.

Αυτός είναι ο στόχος. Μάιο θα έχουμε προκήρυξη, τέλη Ιουνίου θα έχουμε προσωπικό. Αυτό ήδη το έχουμε κάνει και με τους επικουρικούς, το κάναμε και με τους αγροτικούς, έγινε πρόσφατα και με την προκήρυξη του ΟΑΕΔ.

Λοιπόν, για τους ειδικούς γιατρούς δεν είπα σε καμία περίπτωση ότι είναι αχρειαστοι στο σύστημα. Στο δεύτερο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αυτό που ξέρουμε σήμερα ως μονάδες υγείας του ΠΕΔΥ, κέντρα υγείας αστικού τύπου κλπ, εκεί θα υπάρχουν ειδικοί γιατροί.

Είπα απλά το πρώτο επίπεδο των ΤΟΜΥ θα είναι συγκεκριμένες ιατρικές ειδικότητες που θα χρησιμοποιήσουμε. Στο δεύτερο επίπεδο, το είπε μάλιστα και ο Υπουργός στην αρχική του τοποθέτηση, ήδη επεξεργαζόμαστε και νομίζω πολύ σύντομα θα είμαστε σε θέση να ανακοινώσουμε και την προκήρυξη μόνιμων θέσεων για τις δομές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης ειδικών γιατρών. Άρα αυτό το έλλειμμα που έχουμε να το καλύψουμε σε ένα σημαντικό βαθμό.

Και επιπρόσθετα σε αυτό νομίζω εμείς δείξαμε την κάθε μας καλή διάθεση, βούληση και αποφασιστικότητα, θα έλεγα, να συνεχίσουμε να ενισχύουμε τις δομές των μονάδων υγείας του ΠΕΔΥ με ένα πολύ μεγάλο μεταβατικό διάστημα που δώσαμε στο πλαίσιο της δεύτερης ευκαιρίας των γιατρών που υπηρετούσαν ήδη στις μονάδες υγείας του ΠΕΔΥ και ήταν με ασφαλιστικά μέτρα και κυρίως ειδικοί γιατροί. Γιατί κρίνουμε ότι συνεχίζουμε να τους χρειαζόμαστε, τους

θέλουμε στο σύστημα υγείας. Άρα γύρω από αυτούς διαμορφώνουμε και μία άλλη καινούρια κατάσταση.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Ωραία, το χρονοδιάγραμμα ανάπτυξης έχει να κάνει ότι μέσα στο καλοκαίρι, Ιούνιο με Ιούλιο ξεκινούν οι πρώτες δομές, οι πρώτες 50 με 60. Μέσα στο 2017, μέχρι το Δεκέμβριο θα έχουν αναπτυχθεί όλες, οι 239, στο 2017 θα έχουν αναπτυχθεί και οι 239.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Σε 65 περίπου αστικά κέντρα.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Ναι, αυτές όλες είναι νέες δομές. Κάποιες από αυτές θα στελεχωθούν και σε υφιστάμενες δομές και πολλές άλλες θα στεγαστούν σε καινούριες δομές. Καινούριες πιθανότατα μισθωμένες ή δομές που θα βρούμε από την Τοπική Αυτοδιοίκηση ή κάποιο υπόλοιπο από το δημόσιο, τον ΕΦΚΑ κλπ.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Διότι έχουμε περιπτώσεις που δεν έχουμε χώρο σε αυτές τις δομές. Όπου έχουμε θα τις χρησιμοποιήσουμε. Και έχουμε και το άλλο πολύ βασικό για εμάς, θέλουμε την εγγύτητα στην κοινότητα. Δεν θέλουμε να πάμε να δημιουργήσουμε νέα ΙΚΑ όπου θα συγκεντρώσουμε ιατρικό και άλλο προσωπικό και θα περιμένουμε απλά ο πολίτης όταν νοσήσει να πηγαίνει.

Θέλουμε να είναι σε επίπεδο κοινότητας. Αυτοί φανταστείτε είναι μικροί χώροι, είναι χώροι των 100, 120 τετραγωνικών και λειτουργούν με μια λογική ιατρείου με δυο, τρεις γιατρούς ανά βάρδια σε ένα διευρυμένο ωράριο και παράλληλα με την οικογενειακή ιατρική δηλαδή την παρακολούθηση μεταξύ άλλων του εγγεγραμμένου πληθυσμού που θα έχει ο κάθε γιατρός από εκεί θα ξεκινούν και οι

δράσεις πρόληψης και αγωγής στην κοινότητα. Δηλαδή οι παρεμβάσεις στα σχολεία, στα ΚΑΠΗ, στους αθλητικούς συλλόγους και ούτω το κάθε εξής.

Αρα θέλουμε αυτόν τον κατακερματισμό των ... για να έχουμε μια καλύτερη πρόσβαση στην κοινότητα και αυτή την καλύτερη ορατότητα. Τη διασπορά, δεν είναι κατακερματισμός είναι διασπορά.

### **ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Ερώτηση μακριά από το μικρόφωνο.

### **Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Σε όλη τη χώρα θα υπάρχουν πρώτες δομές, σε όλη τη χώρα. Να σας αναφέρω όλους τους νομούς της χώρας; Σε όλους τους νομούς της χώρας ανάλογα με το που είμαστε πιο έτοιμοι ξεκινάμε.

Ναι, προφανώς και στην Αττική θα έχουμε τέτοιες δομές και στη Θεσσαλονίκη και στον Εύοσμο προφανώς που ήταν και στις αρχικές έτσι προτεραιότητες.

Τα κριτήρια ναι, νομίζω τα έχουμε ξαναπεί να τα αναφέρω πάλι. Τα κριτήρια είναι η κοινωνικοοικονομική επισφάλεια που λέμε, δηλαδή θα πάμε σε περιοχές που έχουμε υψηλότερους δείκτες ανεργίας, κοινωνικού αποκλεισμού και χαμηλότερο αντίστοιχα κατά κεφαλήν ΑΕΠ. Μιλάω και για περιοχές ολόκληρες αλλά μιλάω και δήμους μέσα σε περιφερειακές ενότητες.

Είναι η υγειονομική φτώχεια αν μπορώ να το χαρακτηρίσω έτσι άρα περιοχές όπου έχουμε μικρότερη παρουσία του εθνικού συστήματος υγείας που έχουν μεγαλύτερες ελλείψεις για να το κάνω λιανό.

Και από εκεί και πέρα περιοχές που κρίνουμε ότι έχουμε και τις υποδομές παράλληλες, αυτό είναι το τελευταίο, για να αναπτύξουμε πιο γρήγορα αυτές τις υπηρεσίες.

Επίσης είναι και οι περιοχές που έχει δείξει μέχρι τώρα η ιστορία ότι έχουμε και μια δυσκολία να συμβληθούμε με ελευθεροεπαγγελματίες γιατρούς. Διότι φανταστείτε για εμάς ότι είναι πάρα πολύ δύσκολο να μην έχουμε υγειονομική παρουσία στο δημόσιο σύστημα υγείας σε μια περιοχή και παράλληλα οι γιατροί ελευθεροεπαγγελματίες της περιοχής να έχουν σχηματίσει ένα εντός ή εκτός εισαγωγικών καρτέλ και να μην συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ.



Αυτή είναι μια περιοχή εξ ορισμού που για εμάς χτυπάνε καμπανάκια ότι πρέπει να παρέμβουμε άμεσα.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Ερώτηση μακριά από το μικρόφωνο.

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Ωραία, η εγγραφή θα γίνεται κατά προτεραιότητα για τις δημόσιες δομές και θεωρούμε ότι μέσα από τις συμβάσεις θα καλύψουμε και τον υπόλοιπο πληθυσμό αλλά εντός του τομέα πρωτοβάθμιας υγείας. Δηλαδή δεν θα έχουμε μετακινήσεις πληθυσμού για να πάνε να εγγραφούν στη δομή που ανοίγει.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Ερώτηση μακριά από το μικρόφωνο.

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Ναι, ναι.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Θα υπάρχει κάποιο τηλέφωνο, τετραψήφιο νούμερο;

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Θα υπάρχει μια ηλεκτρονική βάση και θα μπορεί επίσης να πηγαίνει ο πολίτης στη δομή και να εγγράφεται.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Η λογική είναι ότι εγώ στον Πειραιά θα πάω στον Πειραιά. Αλλά αν εγώ θέλω να πάω στο Μαρούσι γιατί δεν έχω τι να κάνω, με αποκλείει το σύστημα;

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Ναι, θα πρέπει να εγγραφείτε.. Υπάρχει δυνατότητα μετακίνησης μέσα στο χρόνο. Παραδείγματος χάρη αν εσείς μετακομίσετε προφανώς δεν θα συνεχίσουμε να έχουμε την απαίτηση στο σύστημα υγείας να παραμένετε εγγεγραμμένη στον Πειραιά.

Σε αρχική όμως βάση θα πρέπει να τεκμηριώσετε ότι εκεί είναι ο τόπος κατοικία σας.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Στα νοσοκομεία θα μπορούν να πηγαίνουν;

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Ωραία αυτό το απαντώ γιατί συμπληρώνει την ερώτηση της κυρίας ...

Κοιτάξτε να δείτε. Ένα πράγμα είναι.., τα επείγοντα είναι μια δυνατότητα που την έχουμε ούτως ή άλλως στο σύστημα υγείας.

Δηλαδή το επείγον δεν θα περιμένει να περάσει από τον οικογενειακό του γιατρό για να προσεγγίσει το υπόλοιπο σύστημα υγείας.

Και για την ερώτηση για το gate keeping. Εμείς έχουμε μια αντίληψη ότι θέλουμε ένα αυστηρό σύστημα παραπομπών μεν αλλά όχι το αυστηρό gate keeping που εφαρμόζεται στην κακή του εκδοχή στο φιλελεύθερο, το προσφάτως φιλελευθεροποιημένο αρκετά αγγλικό σύστημα υγείας.

Τι εννοώ με αυτό; Ότι ο πολίτης μέσα από την εγγραφή του θα εξασφαλίζει ταχύτερους χρόνους πρόσβασης. Παράδειγμα, στα κέντρα υγείας όπως τα λέμε από εδώ και πέρα όπου υπάρχουν ειδικοί γιατροί όταν ο οικογενειακός σου γιατρός σε παραπέμπει μπορεί εκείνη τη στιγμή να σου κλείνει το ραντεβού με τον ειδικό γιατρό το διαθέσιμο στη μονάδα του 2<sup>ου</sup> επιπέδου της πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή του νοσοκομείου αντίστοιχα.

Εάν εσύ δεν πας μέσω του οικογενειακού σου γιατρού, κάποια ραντεβού που ήδη θα έχουν δεσμευτεί για τους οικογενειακούς γιατρούς, δεν θα μπορείς να τα προσεγγίσεις. Δεν θα μπορείς να τα καλύψεις. Θα πας στα υπόλοιπα.

Άρα, συμφέρει τον πολίτη να πηγαίνει μέσω του οικογενειακού του γιατρού.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(εκτός μικροφώνου).

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Όχι αποκλειστικά. Αλλά κατά προτεραιότητα.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Εκτός μικροφώνου).

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ**

Εισάγουμε σύστημα παραπομπών.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(εκτός μικροφώνου).

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ**

Όχι. Λειτουργία για τις δομές της πρωτοβάθμιας φροντίδας, για τις ΤΟΜΥ, για το πρώτο επίπεδο θα είναι διευρυμένο το ωράριο, 08:00 το πρωί με 21:00 το βράδυ και για κάποιες δομές του δευτέρου επιπέδου,

των κέντρων υγείας δηλαδή, εκεί θα δούμε τι δυνατότητες έχουμε για 24ωρη λειτουργία.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(εκτός μικροφώνου).

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ**

Δεν θα θέλατε καθόλου να πάμε σε αυτήν την αίθουσα.

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Είναι χαλασμένη.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Όπως γνωρίζετε, η διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων κομίζουν πρόβλημα σε όλα τα συστήματα υγείας. Έχουμε λοιπόν στον Πειραιά έναν διαβητικό, ο οποίος είναι διασυνδεδεμένος χρόνια τώρα με το Διαβητολογικό Κέντρο του Τζανείου και κάνει άριστη δουλειά.

Αυτός ο διαβητικός λοιπόν θα κληθεί στην .. του Πειραιά να πάει να εγγραφεί. Για το νόσημά του και θα είναι και συνοσηρότητα. Δεν είναι μόνο ο διαβήτης. Ποιος θα τον διαχειρίζεται; Ο κύριος Μελιδόνης ή ο οικογενειακός του γιατρός;

Και θα πρέπει να ρωτάει τον οικογενειακό του γιατρό για τον θεράποντα ιατρό του Τζάνειο; Ένα πρακτικό πρόβλημα ... και επειδή αναφερθήκατε σε αιτιάσεις ... τύπου, γιατί τις έχω κάνει και εγώ αυτές τις αιτιάσεις, σε χώρες...

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ**

Δεν είχα εσάς στο μυαλό μου.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Εντάξει, δεν πειράζει. Εγώ το παραδέχομαι ο ίδιος. Σε χώρες της προηγμένης Ευρώπης, πήγανε σε τέτοια συστήματα γιατί δεν είχαν ειδικούς γιατρούς.

Δεν είχαν ειδικούς γιατρούς. Ακόμη δεν έχουν και παίρνουν τώρα τους Έλληνες. Εμείς είχαμε το προνόμιο; Την κατάρα; Να έχουμε πάρα πολλούς ειδικούς γιατρούς. Εμείς λοιπόν ακολουθούμε ο μοντέλο των ξένων που δεν έχουν ειδικούς γιατρούς, ενώ τους έχουμε και τους αφήνουμε να φύγουν βεβαίως. Γιατί δεν τους εκμεταλλευόμαστε; Τουλάχιστον στο βαθμό που θα έπρεπε, για να τους κρατήσουμε.

Δεν βλέπω να τους εκμεταλλευόμαστε επαρκώς.

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ**

Να απαντήσω; Νομίζω ότι εμείς προσπαθήσαμε, μάλλον όχι με τόση επιτυχία, να περιγράψουμε το ρόλο που θα έχουν, θα συνεχίσουν να έχουν οι ειδικοί γιατροί στο σύστημα.

Άρα, ναι προφανώς θέλουμε να συνεχίσουμε να τους αξιοποιούμε τους ειδικούς γιατρούς. Γίνεται πολλές φορές η αντιπαραβολή με το Πορτογαλικό σύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, κυρίως γιατί γειτνιάζουμε ως χαρακτηριστικά και λόγω μεγέθους και δημοσιονομικών μεγεθών, αλλά εκεί υπάρχει μία ειδοποιός διαφορά.

Οι Πορτογάλοι δεν έχουν αυτό το ενδιάμεσο σύστημα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης των ειδικών γιατρών που περιγράφουμε εμείς σήμερα και το αποτυπώνουμε και στο νομοσχέδιο.

Άρα, βλέπετε ότι αξιοποιούμε προφανώς τους ειδικούς που έχουμε, αλλά θα συμπληρώσω εδώ ότι δεν κάνουμε μόνο εξαγωγή ειδικών γιατρών. Κάνουμε εξαγωγή και γενικών γιατρών.

Κάνουμε γενικώς εξαγωγή, διότι τα μην πάω στη συνηθισμένη αφήγηση, που για μένα είναι πραγματικότητα, ότι τα προηγούμενα 6 – 7 χρόνια δεν υπήρχε καμία προοπτική στο σύστημα υγείας.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Εγώ είμαι από την πλευρά του ασθενή. .... (εκτός μικροφώνου). Είναι ένα δυνάμει κέντρο .... Τι θα γίνει .. θα μείνει εκεί;

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ**

Η παραπομπή από τους ΤΟΜΥ θα γίνεται για τα χρόνια νοσήματα άπαξ. Προφανώς δεν έχουμε τέτοιες τάσεις. Για αυτό είπα στην αρχή ότι είναι άλλο πράγμα η ελεύθερη επιλογή, άλλο πράγμα η ελεύθερη πρόσβαση.

Ο χρόνος θα μπορεί προφανώς να συνεχίσει να επισκέπτεται τον ειδικό γιατρό του, εφόσον όμως έχει εγγραφεί και έχει πάρει μία παραπομπή από τον οικογενειακό γιατρό.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Πάντως δεν είναι μόνο αυτό το πρόβλημα. Οι ουρές στα εξωτερικά ιατρεία είναι επίσης μεγάλο πρόβλημα και το ότι απορροφούμε δυνάμεις, είναι πολύ βασικό και αυτό.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

ΟΚ.

**ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΡΙΑ:**

Μία συμπληρωματική ερώτηση από την κυρία και συνεχίζουμε.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

Σε ποιο ποσοστό ξέρετε ότι θα ...επειγόντων περιστατικών η προσέλευση και σε πόσα... ...τα απογευματινά ιατρεία των νοσοκομείων θα λειτουργούν κανονικά....

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Λοιπόν, εμείς η εκτίμηση που έχουμε κάνει ότι με την ολοκλήρωση αυτής της πρώτης φάσης του συστήματος γύρω στις 5,5 εκατομμύρια επισκέψεις δεν θα πραγματοποιούνται, δηλαδή θα έχουμε ένα περιορισμό 5,5 εκατομμυρίων επισκέψεων από εξωτερικά ιατρεία και από επισκέψεις σε ειδικούς γιατρούς. Αυτή είναι η μία εκτίμηση.

Για το κομμάτι των επειγόντων περιστατικών...

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Είπα με την ολοκλήρωση, όχι. Μιλάμε για την πρώτη διαιτησία, τριαιτησία ολοκλήρωση αυτής της..., δεν σημαίνει ότι επειδή στήσαμε τις ΤΟΜΥ ή επειδή κάναμε τις νέες συμβάσεις με τους ελευθεροεπαγγελματίες γιατρούς μέσω του ΕΟΠΥΥ ότι σε τρεις μήνες θα δούμε τέτοια κατακόρυφη αλλαγή.

Σας θυμίζω, το έχουμε ξαναπεί νομίζω ότι αυτές είναι παρεμβάσεις που θέλουν χρόνο.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Θα είναι συνολικά με την πλήρη ανάπτυξη αυτής της πρώτης φάσης.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Και αυτό μας δίνει την δυνατότητα, να επεκτείνω λίγο την απάντηση, αυτό μας δίνει και τη δυνατότητα μετά το πέρας του προγράμματος αυτή η παρέμβαση να είναι αυτοχρηματοδοτούμενη, δηλαδή όταν θα πάψει το συγχρηματοδοτούμενο σκέλος της 4ετίας, με την εξοικονόμηση που θα έχει επέλθει αυτή θα είναι προσωπικό που θα μπορεί να τους σηκώσει άνετα το εθνικό σύστημα υγείας, είτε είμαστε εμείς στην Κυβέρνηση είτε είναι κάποιοι άλλοι.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Στα απογευματινά ιατρεία που είναι άλλο πράγμα, εκεί είπα ότι για θα είναι και οι ειδικοί της πρωτοβάθμιας να συμμετέχουν σε μία τέτοια διαδικασία. Εφόσον το απογευματινό ιατρείο ...σε αυτή τη φάση που βρισκόμαστε, αυτό μπορεί να γίνει για τα εξωτερικά ιατρεία, εκεί είναι, έχουμε εκτιμήσει ότι είναι το 75%-80% των περιστατικών που χάνουν θα μπορούσαν να έχουν σταματήσει πολύ νωρίτερα στο σύστημα υγείας.

Και αυτά δεν είναι χρόνια νοσήματα. Για αυτό είπα ότι δεν είναι τα χρόνια νοσήματα. Το πρόβλημα δεν είναι στα χρόνια, είναι κυρίως στα υπόλοιπα.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Η απάντηση είναι όχι για το δεύτερο. Στο πρώτο ναι, προφανώς η συνταγογράφηση θα γίνεται εκεί κανονικά.

Οι εξετάσεις θα γίνονται, αυτό είναι κάτι που το επεξεργαζόμαστε, οι εξετάσεις θα γίνονται και στα εργαστήρια των κέντρων υγείας, μονάδων υγείας ΠΕΔΥ σήμερα. Αλλά λήψεις θα μπορούν να γίνονται και στις ΤΟΜΥ, λήψεις δείγματος, κυρίως για τις αιματολογικές.

Προφανώς οι υπόλοιπες εξετάσεις θα μπορούν να γίνονται και στα κεντρικά εργαστήρια και στο κεντρικό διαγνωστικό εργαστήριο αλλά η λειτουργία του κεντρικού διαγνωστικού εργαστηρίου είναι

κυρίως όχι να υποδέχεται ασθενείς, ασφαλισμένους πολίτες, αλλά να πηγαίνουν τα δείγματα εκεί για τις επεξεργασίες και τις αναλύσεις.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Ποια καθυστέρηση;

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Ίσα, ίσα, είναι πολύ πιο γρήγορα.

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Αυθημερόν.

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Δεν θέλω να αναφερθώ στους μεγάλους ιδιωτικούς ομίλους που ίσα, ίσα επειδή εφαρμόζουν αυτό ακριβώς το μοντέλο δίνουν πολύ πιο γρήγορα αποτελέσματα.

Και από εκεί και πέρα βέβαια και τα ιδιωτικά συμβεβλημένα διαγνωστικά εργαστήρια θα συνεχίσουν να καλύπτουν ένα μεγάλο μέρος των αναγκών.

Δεν συστήνουμε κεντρικά διαγνωστικά εργαστήρια ώστε να στέλνουμε τους πολίτες αποκλειστικά εκεί.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Αυτό δεν το είπα.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Δεν είπατε ότι αναβαθμίζετε τους ειδικευμένους γιατρούς..

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Είπα, μισό λεπτό, νομίζω το καταλάβατε το επιβεβαιώνω, όπως το καταλάβατε είναι.

Είπα οι 1300 είναι γιατροί της πρωτοβάθμιας αυτοί οι καινούργιοι. Δεν είπα για εφημερίες στα νοσοκομεία. Υπάρχει μια δυνατότητα θα τη δούμε και ανάλογα με τις ανάγκες μας να καλύπτουν εφημερίες στα κέντρα υγείας, δηλαδή να παραμείνουν σε δομές πρωτοβάθμιας.

Αυτό που είπα ήταν για τους ειδικούς γιατρούς, αυτούς που ήδη υπηρετούν στις δομές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ναι ακριβώς για τους δευτέρου επιπέδου, να συμμετέχουν στο εφημεριακό πρόγραμμα των νοσοκομείων στα χειρουργεία, στα απογευματινά ιατρεία. Ένα αίτημα πάγιο των ειδικών γιατρών που λένε ότι μην μας αποξενώνετε από τη νοσοκομειακή παρέμβαση.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Ερώτηση μακριά από το μικρόφωνο.

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Όχι, όχι. Και τους δίνουμε, σας λέω αυτό είναι διαχρονικό αίτημα των ειδικών γιατρών. Όταν συμμετέχουν σε εφημερίες ναι, θα αποζημιώνονται για την εφημερία τους.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Ερώτηση μακριά από το μικρόφωνο.

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Ως σύστημα θα υπάρχει. Αν με ρωτάτε αν θα παραμείνουν οι ίδιοι..

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Αν θα παραμείνουν οι ίδιοι.

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Δεν το ξέρω αυτό αν θα παραμένουν οι ίδιοι.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Αλλά λέω ως σύστημα θα υπάρχει;

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Των συμβεβλημένων ή το σύστημα των 200 επισκέψεων λέτε;

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Των συμβεβλημένων.

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Βεβαίως, μα το είπα και ήδη το έχουμε αποτυπώσει, δεν θυμάμαι τώρα το άρθρο, ότι υπάρχει ο συμπληρωματικός ρόλος. Και εγώ φωνάζω επειδή φωνάζετε για να ακούγομαι.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Δυο διευκρινιστικές ερωτήσεις θέλω να κάνω. Με το δικό σας σύστημα όπως μας το παρουσιάζετε σε βάθος χρόνου όλοι οι πολίτες θα έχουν έναν οικογενειακό γιατρό. Αυτό είναι υποχρεωτικό; Δηλαδή θα πάμε όλοι να εγγραφούμε στην Ελλάδα για να έχουμε τον οικογενειακό γιατρό;



**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Να απαντήσω ή θέλετε να κάνετε και τη δεύτερη;

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Λοιπόν, η δεύτερη ερώτηση. Θέλω να μας διευκρινίσετε λιγάκι το στάδιο. Εγώ σε ένα χρόνο θα πρέπει πρώτα να πηγαίνω στις τοπικές μονάδες ακόμα και αν έχω ένα ορθοπεδικό πρόβλημα; Και αυτός ο οικογενειακός γιατρός θα με παραπέμπει μετά στα κέντρα υγείας; Ή θα μπορώ να επιλέξω ακόμα και αν έχω μια καθυστέρηση στο ραντεβού αν θα παρακάμψω ... και θα πάω στο κέντρο υγείας;

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Ωραία. Λοιπόν, η πρώτη ερώτηση με την υποχρέωση εγγραφής. Όταν θα είμαστε σε θέση να εξασφαλίσουμε οικογενειακό γιατρό για όλους τους πολίτες αυτής της χώρας τότε θα υπάρχει υποχρέωση εγγραφής σε οικογενειακό γιατρό.

Μέχρι τότε και απαντώ και στο δεύτερο, θα υπάρχει παράλληλα η δυνατότητα πρόσβασης και στα άλλα επίπεδα του συστήματος υγείας με την παράμετρο του χρόνου που βάλουμε.

Σε κάθε περίπτωση όμως επειδή ας πούμε η εκτίμηση της ειδικότητας που πρέπει να κάνετε χρήση της υπηρεσίας είναι αυτό από το οποίο θέλουμε να φύγουμε σιγά-σιγά. Δηλαδή θέλουμε ο οικογενειακός γιατρός να λειτουργεί κατά βάση και ως σύμβουλος υγείας. Δηλαδή ότι έχω τη δυνατότητα να πάρω τον οικογενειακό μου γιατρό ακόμα και ένα τηλέφωνο δεν χρειάζεται να πάω από εκεί και να του πω είμαι η τάδε, ο τάδε, με ξέρεις, με παρακολουθείς κλπ. Πονάει η μέση παραδείγματος χάρη, θα έρθω από εκεί, θα πάω στον ορθοπεδικό; Αυτό είναι.

Τώρα χτύπα ξύλο αν αυτό είναι το σπάσιμο ενός ποδιού εκεί πάμε στην περίπτωση του επείγοντος, δεν μεσολαβεί καν, απλά ενημερώνεται ο οικογενειακός γιατρός μέσα από τη χρήση και του ηλεκτρονικού φακέλου αλλά είναι άλλη κατηγορία περιστατικού. Τα επείγοντα συνεχίζουν να έχουν πρόσβαση.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Ερώτηση μακριά από το μικρόφωνο.

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Το σαφές στο πρόβλημα υγείας είναι θα μου επιτρέψετε να πω πάρα πολύ, είναι υποκειμενικό. Ο πόνος, θα σας πω ένα παράδειγμα που

στον αντρικό πληθυσμό είναι πιο σύνηθες. Ο πόνος στο στήθος τι είναι; Μπορείτε να μου απαντήσετε τι γιατρό χρειάζεστε για τον πόνο στο στήθος;

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Ερώτηση μακριά από το μικρόφωνο.

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Λοιπόν ξεφεύγουμε τώρα.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Αν πάω εγώ σε ένα κέντρο υγείας θα με δεχθούν ή θα μου πουν όχι κυρία μου πρέπει πρώτα να σας παραπέμψει ο οικογενειακός γιατρός;

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Σε ένα μεταβατικό διάστημα που θα είναι αρκετά εύλογο, αυτό σημαίνει ότι δεν θα ... να το εφαρμόσουμε ότι αύριο το πρωί ούτε του χρόνου ας πούμε, θα υπάρχει όμως ένα μεταβατικό διάστημα το αναγνωρίζουμε γιατί είναι ένα άλλο παράδειγμα στο σύστημα υγείας για τον πολίτη, όχι προφανώς θα σας δεχθεί και το κέντρο υγείας.

Τα έκτακτα περιστατικά ούτως η άλλως τα κέντρα υγείας έχουν μία τάση να αντιμετωπίζουν και ως επείγοντα.

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Επιτρέψτε να πω κάτι σε αυτό. Γιατί βλέπω ότι εστιάζονται πολλές ερωτήσεις σε αυτό. Η παρέμβαση. Όχι καταλαβαίνω, όχι βλέπω ότι υπάρχει πραγματικό ενδιαφέρον.

Η παρέμβαση αυτή δεν γίνεται για να βάλει φίλτρα στην πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Κατά την άποψή σας.

Λέω, ότι η παρέμβαση αυτή δεν γίνεται για να βάλει φίλτρα και εμπόδια στην πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Γίνεται για να αναπτύξει την επιρροή του δημόσιου συστήματος υγείας σε έναν τομέα ο οποίος στην πραγματικότητα είχε εκχωρηθεί αποκλειστικά στον ιδιωτικό τομέα τα προηγούμενα χρόνια και αυτό ήταν μία πολύ σαφής πολιτική επιλογή που έγινε από τη δεκαετία του '80 κιόλας.

Το είπα εισαγωγικά. Αναιρέθηκε η αρχική πρόβλεψη του νόμου 1397 για την ανάπτυξη δημόσιων δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στα αστικά κέντρα.

Παρέμειναν οι δομές του ΙΚΑ, που όμως ήτανε ένα παράλληλο σύστημα, όχι σε διασύνδεση με τις υπηρεσίες του ΕΣΥ.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(εκτός μικροφώνου).

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Μα, σας παρακαλώ.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(εκτός μικροφώνου).

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Τα νοσοκομεία δεν πρέπει να κάνουν πρωτοβάθμια. Δεν πρέπει και προφανώς θα συνεχίσουν να κάνουν. Υπάρχουν νοσοκομεία που έχουν ιατρεία συνταγογράφησης.

Αυτό είναι προβληματικό όπως αντιλαμβάνεστε. Δεν είναι τα νοσοκομεία για να συνταγογραφείται ο κόσμος. Εμείς λοιπόν πάμε να κάνουμε ένα καινούριο σύστημα, το οποίο αποκεντρώνει δομές, σε μια λογική εγγύτητας στην καθημερινή διαβίωση και εργασία των πολιτών από τη μια και από την άλλη και αυτό είναι το πιο δύσκολο προφανώς, θέλουμε να αλλάξουμε την κουλτούρα και των υγειονομικών, αλλά και του πληθυσμού.

Το είπα από την αρχή. Να πάμε δηλαδή από τη λογική της αγοράς υπηρεσιών, της αναζήτησης υπηρεσιών οικεία βουλήσει, σε μία οργανωμένη φροντίδα που την παρέχει ένα σύστημα που έχει δικτύωση με όλες τις υπόλοιπες δομές και υπηρεσίες του ΕΣΥ.

Με γιατρούς που έχουν και δομές που είναι το πρώτο σημείο επαφής, που δεν είναι όμως αυτό ο μοναδικός ηθμός για να προσεγγίσει κάποιος το σύστημα υγείας.

Θέλουμε να διευκολύνουμε και όχι να αποκλείσουμε και πιστεύουμε ότι με αυτήν την παρέμβαση θα είναι καλύτερη η ποιότητα της φροντίδας. Θα υπάρξει συνέχεια στη φροντίδα. Δεν θα υπάρχει κατακερματισμός και αποσπασματικότητα. Θα υπάρχει συνεχής παρακολούθηση της πορείας της υγείας και των αναγκών κάθε πολίτη από τον οικογενειακό του γιατρό και προφανώς οι άνθρωποι που έχουν ειδικά προβλήματα και χρόνια προβλήματα υγείας, δεν θα χρειάζεται

να ταλαιπωρούνται για να έχουν ένα παραπεμπτικό από τον οικογενειακό γιατρό.

Θα υπάρχει μία πρόβλεψη που θα τους δίνει την ευχέρεια να επισκέπτονται τους εξειδικευμένους γιατρούς, τα ειδικά ιατρεία τα οποία υπάρχουν είτε στα νοσοκομεία, είτε ενδεχομένως και σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας, στα κέντρα υγείας δηλαδή που θα έχουν και εξειδικευμένους γιατρούς.

Είναι άλλη αντίληψη. Οι ειδικευμένοι γιατροί είναι χρήσιμοι. Θα παραμείνουν στις σημερινές δομές. Θα κάνουμε ειδική προκήρυξη φέτος, που θα προβλέψουμε ειδικές θέσεις. Ένα σημαντικό αριθμό ειδικευμένων γιατρών, εργαστηριακών, άλλων ειδικοτήτων, καρδιολόγων, ΩΡΛ, πνευμονολόγων, λέω τώρα έτσι ενδεικτικά, που λείπουν. Παθολόγων και παιδίατρων που είναι το μεγάλο έλλειμμα σήμερα στις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Για τα κέντρα υγείας. Δεν απαξιώνουμε τα κέντρα υγείας, ούτε είναι ανταγωνιστικό το σχέδιο αυτό με τα κέντρα υγείας και τους γιατρούς που ήδη σήμερα δουλεύουν.

Και με την παρέμβαση που κάναμε πριν από λίγο καιρό, και το μεγάλο μεταβατικό διάστημα το οποίο δώσαμε, για την ενιαιοποίηση των εργασιακών σχέσεων, αυτό ακριβώς θέλουμε να κάνουμε. Θέλουμε να κρατήσουμε σήμερα ανθρώπους στο δημόσιο σύστημα υγείας.

Να μην επιτρέψουμε σε αυτή τη φάση που κάνουμε πολύ μεγάλη προσπάθεια για την ευστάθεια και την αναβάθμισή του, να έχουμε διαρροή ανθρώπινου δυναμικού και να μην επαναλάβουμε προφανώς τη δραματική εξέλιξη του 2014 όπου 3.000 γιατροί μαζικά αποχώρησαν από το σύστημα υγείας.

Εμείς θέλουμε να αξιοποιήσουμε και το υπάρχον προσωπικό, να του δώσουμε ένα νέο ρόλο, για αυτό λέμε ότι θα υπάρχει πρόβλεψη της συνέργειας με τα νοσοκομεία διότι πάρα πολλές ειδικότητες γιατρών είναι κυρίως νοσοκομειακές και μπορούν να συνεισφέρουν και στην πρωινή τους λειτουργία και στην εφημερία τους, οι γιατροί των ΤΟΜΥ θα μπορούν να επικουρούν τα κέντρα υγείας στο εφημεριακό τους έργο όπου κριθεί απαραίτητο.

Και σας λέω ότι τώρα ετοιμάζουμε σε πέντε ή έξι δομές του ΠΕΔΥ στο λεκανοπέδιο, να προχωρήσουμε σύντομα σε 24ωρη εφημερία έτσι ώστε να αρχίσει να δημιουργείται ένα πρώτο φίλτρο.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Είναι 3-4 στην Α' ΥΠΕ και 2 στην Β', το οργανώνουμε τώρα, όταν είμαστε έτοιμοι ακριβώς να σας πούμε θα σας το παρουσιάσουμε.

Το πρώτο που έχουμε στο μυαλό μας είναι το παλιό ΙΚΑ, ΕΟΠΥΥ της Λ. Αλεξάνδρας. Θα προσπαθήσουμε, λοιπόν, δομές με μία χωροταξική κατανομή στο λεκανοπέδιο να μουν σε 24ωρη λειτουργία με τη συνδρομή γιατρών και από άλλες φυσικά, όχι μόνο από τις ίδιες, έτσι ώστε να δημιουργηθεί ένα πρώτο φίλτρο ιδιαίτερα για την προσέλευση στα ΤΕΠ την ώρα της εφημερίας των μεγάλων νοσοκομείων όπου ξέρετε πάρα πολύ καλά ότι οι συνθήκες είναι πάρα πολύ άσχημες και πιεστικές.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Να τελειώσουμε λίγο τις ερωτήσεις για την πρωτοβάθμια.

Και όσον αφορά, επιτρέψτε μου να πω δύο πράγματα και για το κομμάτι της χρηματοδότησης γιατί αυτό είναι σημαντικό. Είπε ο Σταμάτης ότι στην αρχική φάση του σχεδίου θα είναι η χρηματοδότηση κατά κύριο λόγο από ευρωπαϊκούς πόρους.

Αξιοποιήσαμε το ΕΣΠΑ και τα διαρθρωτικά ταμεία της Ευρώπης για πρώτη φορά επιτρέψτε μου να πω για να προωθήσουν όχι αποσπασματικά έργα, εξοπλισμό, μικρές παρεμβάσεις σημειακές στο σύστημα υγείας ατάκτως ειρημένες, αλλά για να χρηματοδοτήσουν μια σοβαρή ρυθμιστική τομή στο σύστημα υγείας.

Αυτή είναι η προσέγγιση. Είμαστε σε απόλυτη συνεννόηση με το Υπουργείο Οικονομίας. Υπάρχει στρατηγική εξόδου από το χρηματοδοτικό πλαίσιο της Ευρώπης. Θα υπάρξει σταδιακά αυξανόμενη συνδρομή και του κρατικού προϋπολογισμού μετά τη διετία, αυτό θα αποτυπωθεί πιστεύω και στο μεσοπρόθεσμο πρόγραμμα κάποια στιγμή που θα εγκριθεί από την Κυβέρνηση και από τη Βουλή.

Και θα φαίνεται και θα διασφαλίζεται ότι θα υπάρχει συνέχεια σε αυτή την παρέμβαση. Δεν θέλουμε να κάνουμε τώρα, να αξιοποιήσουμε όπως-όπως κάποια ευρωπαϊκά κονδύλια, να στήσουμε κάποιες δομές, να προσλάβουμε κάποιους ανθρώπους για να δουλέψουν 3-4 χρόνια και μετά αυτό το πράγμα να μείνει μετέωρο.

Θέλουμε αυτό, ουσιαστικά θέλουμε να χρηματοδοτήσουμε ένα πρόγραμμα το οποίο θα οδηγεί σε μια μεγάλη μεταρρύθμιση στη λειτουργία του συστήματος που πρέπει να γίνει κεντρικό στοιχείο της πολιτικής του κράτους.

Τώρα είναι περίπου 80.000.000 ευρώ το ετήσιο κόστος αυτών των πρώτων δομών. Στην πλήρη ανάπτυξή τους στο σύστημα υγείας είναι περίπου τρεις φορές παραπάνω ή τέσσερεις φορές παραπάνω.

#### **ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Ερώτηση μακριά από το μικρόφωνο.

#### **Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Για το 2017 η χρηματοδότηση θα γίνει από το τομεακό πρόγραμμα του Υπουργείου Διοικητικής Μεταρρύθμισης, από το πρόγραμμα δηλαδή μεταρρύθμιση δημοσίου τομέα και μπορούμε να απορροφήσουμε όλο το ποσό αυτό που είπα πριν. Αλλά προφανώς επειδή η λειτουργία θα αρχίσει από τη μέση της χρονιάς μας δίνει τη δυνατότητα να χρηματοδοτήσουμε, να πάμε πιο πίσω το συνολικό εύρος της χρηματοδότησης.

Αυτή είναι η λογική και θέλουμε στην ουσία αυτοί οι άνθρωποι και αυτές οι δομές οι οποίες θα αναπτυχθούν να ενσωματωθούν πλήρως στη λειτουργία του δημοσίου συστήματος υγείας με πιο μόνιμο τρόπο. Δεν μπορούμε αυτή τη στιγμή να το προαναγγείλουμε ούτε να το προκαθορίσουμε αυτό πως θα γίνει.

Προφανώς θα πρέπει να υπάρξουν διαδικασίες το είπα και πριν και αξιολόγηση αυτών των δομών και των υπηρεσιών τους και αξιολόγηση του προσωπικού το οποίο θα συνεισφέρει σε αυτές και προφανώς αυξημένης μοριοδότησης όσων έχουν αυτή την εμπειρία για να μπορέσουν να διεκδικήσουν στη συνέχεια μια πιο μόνιμη θέση στο σύστημα υγείας.

#### **ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Ερώτηση μακριά από το μικρόφωνο.

#### **Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Ακριβώς, αυτή είναι η λογική. Δεν χρηματοδοτούμε προσλήψεις, χρηματοδοτούμε μια μεταρρύθμιση και ένα πρόγραμμα που στηρίζει τη λειτουργία αυτών των νέων δομών.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Ερώτηση μακριά από το μικρόφωνο.

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Νομίζω το απάντησα προηγουμένως ότι θα υπάρχει και θα αποτυπώνεται στους προϋπολογισμούς τους κρατικούς μετά το '18 μια σταδιακή ενίσχυση και συνδρομή του κρατικού προϋπολογισμού.

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Συγγνώμη για να σας διορθώσω, είναι για 4 χρόνια το πρόγραμμα, δεν είναι για 2, είναι για 4 χρόνια. Δεν είπε 2 ο Υπουργός, ο Υπουργός είπε ότι είναι καταρχήν για δυο χρόνια οι συμβάσεις οι πρώτες και μετά από αξιολόγηση υπάρχει η δυνατότητα επέκτασης μέχρι το τέλος του προγράμματος. Το πρόγραμμα είναι για 4 χρόνια.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Ερώτηση μακριά από το μικρόφωνο.

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Κοιτάξτε πρώτον δεν καταργούνται τα ΠΕΔΥ ως δομές. Ως χώροι. Μετονομάζονται. Τα ΠΕΔΥ μετονομάζονται σε κέντρα υγείας και δεν υπάρχει πια αυτός ο δυισμός ας πούμε των δημόσιων δομών.

Τα κέντρα υγείας αγροτικού τύπου και οι δομές των αστικών κέντρων που λέγονται ΠΕΔΥ. Όλα και τα μεν και τα δε, λέγονται κέντρα υγείας.

Αυτό είναι, πρόκειται περί μετονομασίας και όχι περί αλλαγής ας πούμε, υπόστασης, λειτουργίας, στελέχωσης και λοιπά. Τώρα, όσον αφορά. Ναι.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(εκτός μικροφώνου).

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ**

Να το πω εγώ. Ως οικογενειακός γιατρός λογίζεται για εμάς, ο γιατρός που υπηρετεί με μόνιμη σχέση.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(εκτός μικροφώνου).

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ**

Ως οικογενειακός. Αυτό που είπα, είναι το εξής. Ως οικογενειακός γιατρός για εμάς λογίζεται ο γιατρός που υπηρετεί με μόνιμη σχέση εργασίας στο σύστημα υγείας και λειτουργεί ως οικογενειακός γιατρός.

Ο οικογενειακός γιατρός που λειτουργεί στο πλαίσιο της τοπικής ομάδας υγείας του Ν. 4461, του πρόσφατου νόμου για τη ψυχική υγεία, και η τρίτη περίπτωση είναι ο συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ οικογενειακός γιατρός.

Είναι αυτές οι τρεις περιπτώσεις και αυτό το ανέφερα σε αντιδιαστολή με το νόμο τον προηγούμενο τον 4238, που εκεί ως οικογενειακός γιατρός θεωρούνταν μόνο ο συμβεβλημένος ελευθεροεπαγγελματίας οικογενειακός γιατρός.

### **ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(εκτός μικροφώνου).

### **Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ**

Θα σας πω. Είπα ότι οι γιατροί που θα προσλάβουμε ως οικογενειακούς γιατρούς με το τετραετές αυτό συγχρηματοδοτούμενο πρόγραμμα, θα παίρνουν κάπου εκεί αυτά τα χρήματα που αναφέρατε.

Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι αν κάποιος μόνιμος γιατρός του συστήματος που υπηρετεί σήμερα και θα λειτουργήσει ως οικογενειακός γιατρός ή μία πρόσληψη μόνιμου γιατρού ως γιατρός κλάδου ΕΣΥ αργότερα, ότι δεν θα ακολουθεί προφανώς τη μισθολογική εξέλιξη και την αντιστοίχιση με τους υπόλοιπους γιατρούς του εθνικού συστήματος υγείας.

Άρα, αυτό που ανέφερα ως αποζημίωση για τους γιατρούς, έχει να κάνει για τους γιατρούς που θα πάρουμε στο πλαίσιο λειτουργίας των τοπικών ομάδων υγείας. Για αυτούς δηλαδή τους πρώτους 1.300.

### **Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Να προσθέσω κάτι σε αυτό, στην κυρία ... αυτό το οποίο κάνουμε ως κίνητρο οικονομικό, είναι στην ουσία να δίνουμε αποδοχές της επόμενης βαθμίδας του συστήματος υγείας και όχι της εισαγωγικής βαθμίδας.

Αυτό νομίζω ότι είναι ένα συγκεκριμένο μόνους το οποίο δίνεται. Προφανώς δεν μπορούμε να δώσουμε μισθούς που να



αντιστοιχίζονται με τις αποδοχές που υπάρχουν σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, όχι μόνο σε αυτούς τους γιατρούς, αλλά και σε κανένα γιατρό του δημόσιου συστήματος υγείας της χώρας μας, παρότι υπάρχουν χιλιάδες γιατροί με αυτές ή και με χαμηλότερες αποδοχές, που σήμερα πραγματικά κρατάνε όρθιο το σύστημα υγείας και στηρίζουν τη λειτουργία των νοσοκομείων, την εφημερία τους και λοιπά και λοιπά.

### **ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(εκτός μικροφώνου).

### **Κος ΒΑΡΛΑΡΟΣ**

Ναι. Δώσανε παραπάνω χρήματα με στόχους αντίστοιχα. Χρήματα όμως που, αυτό ήταν το ένα κομμάτι. Το δεύτερο είναι ότι δεν δίνανε την προοπτική που δίνουμε εμείς για ενσωμάτωση στο εθνικό σύστημα υγείας, μετά την...

Εκεί λειτουργούσαν αποκλειστικά με contracts. Μπορούσε δηλαδή ο ιδιώτης γιατρός να μπει σε μία ομάδα υγείας και να αποζημιωθεί μεν παραπάνω για στόχους που έπιανε, άρα αυτή είναι η μία διαφορά.

Η δεύτερη είναι ότι εκεί μπορεί ενδεχομένως να υπήρχαν και τα παραπάνω χρήματα, επειδή δεν υπήρχαν ειδικοί γιατροί. Εμείς είπαμε, δεν μπορούμε να τα έχουμε όλα.

Θεωρώ ότι θα έχουμε ένα καλύτερο επίπεδο υπηρεσιών υγείας, επειδή έχουμε και τους ιδιώτες γιατρούς. Στην Πορτογαλία δεν υπάρχει ενδιάμεσο σύστημα.

Στην Πορτογαλία από τον οικογενειακό γιατρό, η επόμενη βαθμίδα είναι το νοσοκομείο, ιδίως για τα διαγνωστικά δεν υπάρχουν και καθόλου δημόσια διαγνωστικά κέντρα.

### **ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

### **Κος ΒΑΡΛΑΡΟΣ:**

Όχι απαραίτητα. Αν με ρωτάτε εμένα, ιδανικά θα ήθελα να προσελκύσω γιατρούς που θα πιστέψουν σε αυτό το πράγμα και θα δουν τον εαυτό τους να εξελίσσεται μέσα από την εξέλιξη του συστήματος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Μπορεί να είναι δηλαδή ένας νέος γιατρός ή μπορεί να είναι κάποιος μεγαλύτερης υγείας γιατρός που να έχει μία άλλη αντίληψη πιο κοντά σε αυτό που αποτυπώνουμε εμείς με το νομοσχέδιο σήμερα.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Αυτό το τελευταίο που λέτε θα το χάσει έτσι και αλλιώς, το είναι άμεσα, γιατί και ο ΕΟΠΥΥ έχει ..ο τύπος της σύμβασης.

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Δεν θα έχουμε αυτό το ότι στάνταρ 200 επισκέψεις, δηλαδή 2.000 ακαθάριστα ο συμβεβλημένος γιατρός. Θα είναι άλλο μοντέλο, μάλλον με δύο διαφορετικές ταχύτητες, τα εξήγησε ο κύριος Βαρδαρός προηγουμένως.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Θα έχουν και αυτοί γύρω στους 2.000 εγγεγραμμένους ο κάθε οικογενειακός γιατρός.

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Θα έχουν υποχρέωση συγκεκριμένων ωρών ημερησίως και με κατανομή σε όλο το μήνα που θα δέχονται δωρεάν ασφαλισμένους, αυτή είναι η διαφορά. Ενώ τώρα ήταν ένα πλασματικό σύστημα.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Ναι, αλλά έχουν και το ιδιωτικό τους ιατρείο. Είναι λογικό απολύτως να έχουν διαφοροποιήσεις στην αμοιβή. Αλλιώς δεν θα υπάρχει κανένα κίνητρο για κάποιον να στελεχώσει τις δομές.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Κάτι ρώτησε η κυρία.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Των κέντρων υγείας.

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Οι γιατροί των ΠΕΔΥ είναι ειδικότητες αντίστοιχες.

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Να το ξεκαθαρίσουμε, οι γιατροί του ΕΣΥ εννοούμε, σε αυτό το κομμάτι που συζητάμε τώρα τους γιατρούς των κέντρων υγείας.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Γιατί δεν θα μπει στον κλάδο;

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Μα είναι τώρα.

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Μιλάμε για αυτούς που είναι ήδη στο σύστημα. Γενικούς γιατρούς, παθολόγους ή παιδίατρους που υπηρετούν στις μονάδες υγείας του ΠΕΔΥ και που παίζουν σε μία λογική οικογενειακής ιατρικής.

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Ακριβώς. Θέλουμε δηλαδή και τους υπάρχοντες γιατρούς, που έχουν τις αντίστοιχες ειδικότητες, που ταιριάζουν στο περιεχόμενο της οικογενειακής ιατρικής, να τους βάλουμε από τώρα σε μία λογική αντίστοιχη ότι δηλαδή έχουν συγκεκριμένο πληθυσμό ευθύνης, αυτός ο πληθυσμός απευθύνεται σε αυτούς, δημιουργείται δηλαδή μία σχέση προσωπικής επαφής και συνεχούς παρακολούθησης και φροντίδας.

**ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΡΙΑ:**

Να πω λίγο κάτι; Να πούμε δύο τελευταίες ερωτήσεις για την πρωτοβάθμια, χρωστάμε μετά και μία απάντηση.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Ωραία, σε αυτό έχετε ένα δίκιο. Λοιπόν, ανέφερα πάντως στην αρχή για τις προβλέψεις και για τους επισκέπτες υγείας και για τους μαιευτές και τις μαιές, τις αντίστοιχες έτσι προβλέψεις, προφανώς υπάρχει ο ρόλος που τους αναλογεί και στους νοσηλευτές και στους επισκέπτες υγείας και στους κοινωνικούς λειτουργούς στο πλαίσιο της ομάδας, για αυτό έχουμε επιμείνει αρκετά στη λογική της ομάδας και

μάλιστα υπάρχουν και συγκεκριμένα άρθρα που περιγράφουν και τους ρόλους μέσα στην ομάδα.

Και το φαρμακοποιό. Ο φαρμακοποιός, εμείς τον βλέπουμε σε μία λογική, μάλιστα μία μεγάλη μερίδα φαρμακοποιών και των συλλογικοτήτων το θέλει αυτό, διευρύνουμε την ιδέα, τη λογική του τοπικού δικτύου της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας δίνοντας και στο φαρμακοποιό ρόλο για συγκεκριμένες δράσεις πρόληψης και αγωγής υγείας. Παραδείγματος χάρη διαβητολογικά ζητήματα, ζητήματα που μπορεί να παίξει ένα ρόλο ως κοινωνός της πληροφορίας καθώς είναι αυτός που έρχεται σε καθημερινή επαφή με πάρα πολύ κόσμο και με κόσμο που έχει χρόνια νοσήματα.

Άρα νομίζω ότι αυτό είναι ένα βήμα σημαντικό να εντάξουμε και το φαρμακοποιό σε μια λογική ότι κινείται περίξ αν θέλετε του οργανωμένου συστήματος υγείας.

#### **ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Ερώτηση μακριά από το μικρόφωνο.

#### **Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Επί του παρόντος δεν υπάρχει τέτοια συζήτηση. Επί του παρόντος δεν υπάρχει τέτοια συζήτηση.

#### **Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Θεσμοθετείται ο ρόλος τους ως οργανικού κομματιού του δικτύου της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για τα κομμάτια της πρόληψης και της προαγωγής υγείας.

#### **ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Όλη αυτή τη μεταρρύθμιση ποια υπηρεσία του Υπουργείου συγκεκριμένα και ποιος είναι αυτός ο οποίος θα το ελέγχει για την εξέλιξή του, γιατί μιλήσατε και για λογοδοσία των δομών και για αξιολόγησή τους.

#### **Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Λοιπόν, αφενός υπάρχουν οι κεντρικές υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η διεύθυνση στρατηγικού σχεδιασμού που θα έχουν ένα ρόλο.

Ένα πολύ μεγάλο κομμάτι, το μεγαλύτερο κομμάτι θα πάει στις υγειονομικές περιφέρειες διότι είναι αυτές, οι διοικήσεις των υγειονομικών περιφερειών θα είναι αυτές που θα έχουν και την

καθημερινή εποπτεία του συστήματος και βέβαια κατά το πρώτο διάστημα..

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Και τις προσλήψεις οι ΥΠΕ θα τις κάνουν.

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Η προκήρυξη θα είναι μια κεντρικά αλλά οι ΥΠΕ θα είναι αυτές που θα πάρουν τον κόσμο και θα τον τοποθετήσουν.

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Ακριβώς. Και θα ανήκουν οργανικά στις ΥΠΕ. Οργανικά, θα είναι υπό την εποπτεία των ΥΠΕ το ανθρώπινο δυναμικό το οποίο θα στελεχώσει τις δομές.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Ερώτηση μακριά από το μικρόφωνο.

**Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:**

Κοιτάξτε να δείτε, ήδη για την κατάθλιψη ας πούμε υπάρχει και κατευθυντήρια οδηγία που έχει εγκριθεί και από το ΚΕΣΥ και θα είναι μέσα και στο καθηκοντολόγιο των τοπικών μονάδων υγείας.

Αλλά από εκεί και πέρα βέβαια πέρα από αυτά τα πιο ελαφριά να το πω έτσι ψυχικά νοσήματα υπάρχει πάντα και η υποχρέωση του οικογενειακού γιατρού σε συνεργασία με τον κοινωνικό λειτουργό για παραπομπή στον τομέα πια της ψυχικής υγείας στις δομές πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας να το πω έτσι για τα πιο σύνθετα περιστατικά. Στα κέντρα της ψυχικής υγείας ναι, στις δομές.

Νομίζω ότι αυτό περιγράφηκε και στο νόμο για την ψυχική υγεία και με την τομεοποίηση και με τα κέντρα ψυχικής υγείας υπάρχει αυτή η δικτύωση.

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Θα υπάρχει δικτύωση ανάμεσα στις δομές ψυχικής υγείας και στις δομές της πρωτοβάθμιας. Αυτή είναι η λογική.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Ερώτηση μακριά από το μικρόφωνο.

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Κοιτάξτε ότι επαρκούν, προφανώς δεν επαρκούν. Όχι το έλλειμμα στην ψυχική υγεία αυτή τη στιγμή είναι πρώτον σε πρωτοβάθμιες δομές, δηλαδή σε κέντρα ψυχικής υγείας. Είναι σε δομές κοινοτικής φροντίδας για να μπορέσουμε σιγά-σιγά να μετασχηματιστεί το άσυλο

και οι άνθρωποι που είναι χρονίως πάσχοντες να έχουν μια πιο εξατομικευμένη φροντίδα και μια παραμονή όχι σε ασυλικό περιβάλλον.

Και το μεγάλο κενό είναι να αναπτυχθούν ψυχιατρικές κλινικές και τμήματα οξέων στην περιφέρεια έτσι ώστε να μην συρρέουν όλα τα περιστατικά και ιδιαίτερα οι εισαγγελικές εντολές στα τρία μεγάλα δημόσια ψυχιατρεία που έχουν μείνει.

Αυτή είναι η προσπάθεια, θέλει ένα σχέδιο για να προωθηθεί αυτή η αποασυλοποίηση. Ξέρουμε, έχουμε ενημερώσει, το είπαμε και στη Βουλή πριν από λίγο καιρό ότι αυτό θα γίνει πλέον σε συνεργασία με το Υπουργείο Εργασίας διότι η απαίτηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι ότι η ασυλοποίηση πρέπει να έχει μια ολιστική προσέγγιση και να αφορά όχι μόνο τις δομές ψυχικής υγείας αλλά και τις προνοιακές δομές.

Και είμαστε τώρα στη φάση εκπόνησης ενός business plan το οποίο θα κατατεθεί στην Ευρωπαϊκή Ένωση για να μπορέσουμε να πάμε σε ένα νέο σύμφωνο μέσα από το οποίο θα χρηματοδοτηθεί και η πλήρης ανάπτυξη αυτού του συστήματος.

**Κα .....**:

Λοιπόν, έχουμε ολοκληρώσει με την πρωτοβάθμια. Έχουμε δυο ερωτήσεις σίγουρα για ΕΚΑΒ, για εξεταστική και για λίστα χειρουργείου κύριε Αγγουρίδη;

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Λοιπόν, θα προσπαθήσω να κάνω μια συνολική τοποθέτηση για αυτά.

Όπως αντιλαμβάνεστε είμαστε σε μία φάση όπου προωθούν νομοθετικές πρωτοβουλίες που αφορούν το χώρο της υγείας και κατά την άποψή μας αντιμετωπίζονται θεσμικά ελλείμματα και εκκρεμότητες πάρα πολλών χρόνων.

Μία είναι αυτή για την πρωτοβάθμια φροντίδα, η άλλη αφορά τον τομέα των προμηθειών, δόθηκε σε δημόσια διαβούλευση αυτές τις μέρες το νέο σχέδιο για την πρωτοβάθμια φροντίδα. Φαντάζομαι θα έχουμε μία δυνατότητα να το συζητήσουμε πιο αναλυτικά στο επόμενο διάστημα, για τις προμήθειες.

Υπάρχει το θέμα των αλλαγών που αφορούν την φαρμακευτική πολιτική, αυτό είναι ένα κομμάτι που επίσης γίνεται μία συστηματική επεξεργασία και μία προσπάθεια να βρεθούν κοινά αποδεκτές λύσεις

και αλλαγές σε συνεννόηση με τους θεσμούς. Σε μεγάλο βαθμό είναι στοιχείο της διαδικασίας των διαπραγματεύσεων και της αξιολόγησης.

Και πιστεύω ότι θα είμαστε σε θέση μετά το Πάσχα να έχουμε καταλήξει, αφού ολοκληρωθούν κάποιες συναντήσεις με τους θεσμούς που έχουμε προγραμματίσει το επόμενο διάστημα, σε μία πρόταση την οποία προφανώς θα διαβουλευτούμε και δημόσια με τους εμπλεκόμενους και με τη φαρμακοβιομηχανία και με τους φαρμακοποιούς γιατί υπάρχουν και ρυθμίσεις που αφορούν το κομμάτι των φαρμακείων. Και στη συνέχεια θα το νομοθετήσουμε.

Τώρα, δεν έχουμε καταλήξει αν θα είναι μία νομοθέτηση που θα αφορά ένα νομοσχέδιο του Υπουργείου Υγείας ή αν θα είναι ενσωματωμένο ενδεχομένως σε ένα πολυνομοσχέδιο το οποίο θα αφορά τις υπόλοιπες ρυθμίσεις της αξιολόγησης.

Επιτρέψτε μου να μην μπω σε περισσότερες λεπτομέρειες γιατί είναι θέματα που είναι υπό εξέταση και υπό διερεύνηση και θέλουμε να τα παρουσιάσουμε όταν πια θα τα έχουμε οριστικοποιήσει.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Για τις προμήθειες όχι.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Κοιτάξτε, η ΕΠΥ μετασχηματίζεται, ενσωματώνεται μάλλον, όχι μετασχηματίζεται, λάθος είναι ο όρος. Ενσωματώνεται, η σημερινή ΕΠΥ, στη νέα κεντρική αρχή προμηθειών υγείας.

Είδατε τη δομή αυτού του νέου φορέα. Η λογική του είναι κεντρικοποίηση των προμηθειών. Και ενιαίες διαδικασίες κωδικοποίησης προδιαγραφών, προκήρυξης διαγωνισμών κλπ, κλπ.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Πραγματικά δεν θέλω να πω μπω σε λεπτομέρειες. Νομίζω ότι θα έχουμε μία δυνατότητα αυτό να το διαβουλευτούμε και να το συζητήσουμε και μαζί σας και με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς της αγοράς, με τους προμηθευτές υγείας κλπ, στο επόμενο διάστημα.

Τώρα, όσον αφορά την εξεταστική, αύριο γίνεται η διαδικασία στη Βουλή, 10ωρη διαδικασία η οποία θα καταλήξει, πιστεύουμε, στην απόφαση του σώματος για τη σύσταση εξεταστικής επιτροπής.

Η διαδικασία είναι γνωστή, συγκροτείται η εξεταστική επιτροπή από βουλευτές, με αναλογική εκπροσώπηση όλων των πολιτικών χώρων, των πολιτικών δυνάμεων, και αρχίζει η διερεύνηση των υποθέσεων που αφορούν σκάνδαλα διαφθοράς στο χώρο της υγείας σε ένα βάθος περίπου 20ετίας όσο είναι το χρονικό όριο της κακουργηματικής παραγραφής. Αυτή είναι η λογική της επέκτασης μέχρι το 1997.

Εκεί η προσέγγισή μας εμάς είναι ότι ξέρουμε όλοι πολύ καλά ότι υπήρχε πάρτι στο χώρο της υγείας, αυτό είναι αδιαμφισβήτητο. Οι πολιτικές ευθύνες των κομμάτων εξουσίας της περιόδου που προηγήθηκε είναι απολύτως δεδομένες και σαφείς και αδιαμφισβήτητες.

Αυτό που διερευνούμε είναι τυχόν ποινικές ευθύνες που αφορούν είτε κρατικούς λειτουργούς είτε πολιτικά πρόσωπα. Αυτό είναι το αντικείμενο διερεύνησης της εξεταστικής επιτροπής. Και ο λόγος που γίνεται αυτό το πράγμα είναι πρώτον για να μην υπάρχει η παραμικρή υπόνοια στην κοινή γνώμη ότι σε ένα τέτοιο πεδίο που ήταν γνωστό τοις πάση ότι ήταν ένας χώρος ασυδοσίας, ανυπαρξίας μηχανισμών ελέγχου, προκλητής ζήτησης, σπατάλης, διαφθοράς και εκμετάλλευσης του αρρώστου ότι δεν υπάρχει καμία πρόθεση να προσφερθεί πολιτική ασυλία ή συγκάλυψη σε αξιόποινες πράξεις που έχουν τελεστεί. Αυτό είναι το ένα.

Άρα να υπάρξει ένα σήμα, να δοθεί ένα σήμα μηδενικής ανοχής απέναντι σε αυτές τις παθογένειες και τις στρεβλώσεις του συστήματος υγείας που τις ξέρουμε όλοι, από τη μια.

Αλλά και από την άλλη κατά την άποψή μας η προσπάθεια γίνεται μέσα από αυτή τη διαδικασία να εντοπίσουμε τις τρύπες επιτρέψτε μου να πω του συστήματος, τους μηχανισμούς που επέτρεψαν την εδραίωση αυτών των φαινομένων και την αναπαραγωγή τους με τελικό στόχο να θωρακίσουμε το δημόσιο σύστημα υγείας, να εξυγιάνουμε το τοπίο και να στηρίξουμε ένα πολιτικό σχέδιο αναβάθμισης και ηθικοποίησης της δημόσιας περίθαλψης.

Αυτή είναι η πολιτική μας στόχευση.



**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Ερώτηση μακριά από το μικρόφωνο.

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Η πρόταση της Κυβέρνησης είναι για την περίοδο από το '97 εξήγησα για ποιο λόγο μέχρι εννοείται το τέλος των προηγούμενων κυβερνήσεων μέχρι το '14.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Ερώτηση μακριά από το μικρόφωνο.

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Παρακαλώ, εντάξει. Ο λόγος είναι πάρα πολύ απλός, θα το εξηγήσουμε φυσικά και στη Βουλή και νομίζω ότι εκεί θα εστιαστεί σε ένα μεγάλο βαθμό και η συζήτηση.

Ο λόγος είναι πάρα πολύ απλός, διότι εμείς είμαστε οι πρώτοι που ανοίγουμε αυτή τη συζήτηση. Διότι εμείς είμαστε οι μόνοι που δεν είχαμε οργανική σχέση με αυτό το πάρτι το οποίο βεβαίως είχε πολλούς συμμετέχοντες αλλά είχε λίγους οργανωτές. Και διότι δεν θέλουμε να δώσουμε το σήμα ότι είμαστε εν δυνάμει ελεγχόμενοι όλοι και ότι είμαστε όλοι το ίδιο.

Και θέλω να είμαι απολύτως σαφής σε αυτό. Η σημερινή πολιτική ηγεσία του Υπουργείου είναι άνθρωπου που έχουν οργανική σχέση με το σύστημα υγείας, έχουν δουλέψει και έχουν αγωνιστεί για τη δημόσια περίθαλψη στη χώρα. Εκπροσωπούσαν πάντα το έντιμο κομμάτι του συστήματος υγείας που με αξιοπρέπεια πρόσφερε τις υπηρεσίες του.

Είχαν πάντα μέτωπο απέναντι στα φαινόμενα διαφθοράς και εκμετάλλευσης του αρρώστου και προφανώς δεν μπορούν να μπουν στο ίδιο τσουβάλι.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Ερώτηση μακριά από το μικρόφωνο.

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Αυτή είναι μια πολιτική τοποθέτηση. Βεβαίως κυρία Φιντανίδου. Εμείς λοιπόν πιστεύουμε ότι έχουμε το ηθικό και το πολιτικό δικαίωμα ακριβώς για αυτούς τους λόγους που σας είπα πριν να ζητούμε τη διερεύνηση μιας περιόδου που είναι σαφέστατη η εμπλοκή, η ανοχή, η συγκάλυψη, η ολιγωρία πολιτικών προσώπων και στελεχών των κομμάτων εξουσίας.

Η διαφθορά, ακούστε σας παρακαλώ, η γενικευμένη ανομία και η διαφθορά όχι μόνο στο χώρο της υγείας συνολικά στη λειτουργία του κράτους σε αυτή τη χώρα έχουν πολιτικό ονοματεπώνυμο. Έχουν πολιτικό ονοματεπώνυμο.

Ποιο είναι; ΠΑΣΟΚ και Νέα Δημοκρατία. Είναι σαφές.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Ερώτηση μακριά από το μικρόφωνο.

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Ακούστε, εγώ δεν λέω και αυτό θα παρουσιάσουμε αύριο, θα παρουσιάσουμε ακριβώς, εγώ δεν λέω ότι το πάρτι τελείωσε. Ότι δεν υπάρχει καμία εστία διαφθοράς στο σύστημα υγείας.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Ερώτηση μακριά από το μικρόφωνο.

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Επιτρέψτε μου λίγο να απαντήσω. Λοιπόν, λέω δεν λέμε ότι σταμάτησαν οι ανομικές συμπεριφορές και αυτές οι παθογένειες οι διαχρονικές του συστήματος υγείας.

Όμως για πρώτη φορά έρχονται στο επίκεντρο της πολιτικής υγείας. Για πρώτη φορά για παράδειγμα υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας, η 7<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια έκανε προχθές εκδήλωση για το φακελάκι και ανοίγει αυτή τη συζήτηση, προφανώς είναι διαφορετικό.

Για πρώτη φορά υπάρχει πολιτική πρωτοβουλία σύστασης εξεταστικής επιτροπής για αυτό το χώρο που όλοι ήξεραν ότι ήταν προβληματικός και διάτρητος. Και ακριβώς για αυτό το λόγο θεωρούμε ότι δεν μπορούμε να αυτοενοχοποιούμαστε και να συμπεριλαμβάνουμε και τη δική μας περίοδο στην υπό έλεγχο εξέταση.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Ερώτηση μακριά από το μικρόφωνο.

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Προφανώς δεν λύνει το πρόβλημα και να το συζητήσουμε όσο θέλετε. Αυτό το οποίο λοιπόν θα κάνουμε εμείς αύριο στη συζήτηση στη Βουλή, θα παρουσιάσουμε τις θεσμικές δικλείδες ασφαλείας που προσπαθούμε να βάλουμε καθημερινά στο σύστημα αλλάζοντας τις προμήθειες.

Αναδιοργανώνοντας το μοντέλο της πρωτοβάθμιας φροντίδας, βάζοντας μηχανισμούς αξιολόγησης της φαρμακευτικής καινοτομίας,

ορθολογικής συνταγογράφησης, ουσιαστικής διαπραγμάτευσης τιμών για τα φάρμακα, μηχανισμού κοστολόγησης της νοσοκομειακής δαπάνης, λίστας χειρουργείου, γραφείων προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, θεσμικές αλλαγές που αλλάζουν το τοπίο σιγά-σιγά και ηθικοποιούν όπως λέμε το σύστημα υγείας.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Ερώτηση μακριά από το μικρόφωνο.

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Δεν έχω μετρητή διαφθοράς αυτή τη στιγμή. Υπάρχουν μελέτες. Ορίστε;

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Ερώτηση μακριά από το μικρόφωνο.

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Ακούστε να δείτε, εμείς δεν έχουμε να φοβηθούμε τίποτα. Είναι απολύτως σαφές αυτό, το λέμε και το εννοούμε και δεν λειονταρίζουμε. Το λέμε και το εννοούμε και δεν λειονταρίζουμε.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Ερώτηση μακριά από το μικρόφωνο.

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Εντάξει, εντάξει. Προφανώς δεν θα ανακυκλώσουμε την επιχειρηματολογία της αυριανής συζήτησης. Νομίζω ότι έχω απαντήσει.

Και όσον αφορά το περιστατικό το συγκεκριμένο ακούστε τώρα. Κοιτάξτε, ορίστε;

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Ερώτηση μακριά από το μικρόφωνο.

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Εντάξει, μην το χαλάσουμε τώρα στο τέλος. Μην το χαλάσουμε τώρα στο τέλος.

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Ερώτηση μακριά από το μικρόφωνο.

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Αφιερώσαμε αρκετά νομίζω. Για ποιο;

**ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Ερώτηση μακριά από το μικρόφωνο.

**Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Αφήστε να ρωτήσει και κάτι η αντιπολίτευση και να απαντήσουμε στη διαδικασία την κοινοβουλευτική. Σας παρακαλώ, δεν μπορούμε να αναπαράγουμε εδώ πέρα την αυριανή συζήτηση. Σας παρακαλώ πάρα πολύ. Θα υπάρξει μπόλικη τροφή για συζητήσεις στο επόμενο διάστημα, πιστέψτε με.

Τώρα, όσον αφορά το περιστατικό το οποίο ανέφερε η κυρία προηγουμένως. Κοιτάξτε να δείτε πρέπει να είμαστε απολύτως ειλικρινείς. Το σύστημα υγείας έχει πάρα πολλά κενά, έχει πάρα πολλές ελλείψεις, έχει πάρα πολλές δυσλειτουργίες. Όλες οι δομές και όλοι οι φορείς.

Το ερώτημα δεν είναι αν υπάρχουν προβλήματα, το έχουμε πει πάρα πολλές φορές. Αν υπάρχει ταλαιπωρία, αν υπάρχουν περιστατικά τα οποία δεν αντιμετωπίζονται με την επάρκεια και με την αποτελεσματικότητα που χρειάζεται.

Το ερώτημα είναι αν γίνονται βήματα προς τη σωστή κατεύθυνση. Και η δική μας η άποψη, αυτό το κρίνετε και εσείς, το κρίνει και η κοινωνία κυρίως, το κρίνουν οι εργαζόμενοι στο σύστημα υγείας είναι ότι γίνεται μια συστηματική προσπάθεια τα δυο τελευταία χρόνια να στηριχθεί ένα σύστημα υγείας το οποίο είχε υποστεί πολλαπλές αρνητικές παρενέργειες από τις περικοπές και τα μέτρα λιτότητας της προηγούμενης 5ετίας.

Και παρά το ότι το δημοσιονομικό πλαίσιο δεν έχει αλλάξει νομίζουμε ότι το αποτύπωμα της προτεραιότητας στη δημόσια περίθαλψη έχει δοθεί και αυτό είναι αδιαμφισβήτητο και από τις χρηματοδοτήσεις και από τη στελέχωση που έχει προωθηθεί με προσλήψεις μόνιμου και επικουρικού προσωπικού. Οι οποίες σε αυτή τη συχνότητα, σε αυτό το εύρος χρόνου και με αυτή τη μαζικότητα έχουν να γίνουν τα τελευταία 15 χρόνια.

Τα κενά παραμένουν παρότι είναι σε εξέλιξη αυτή η προσπάθεια. Και κανείς Υπουργός νομίζω ότι δεν είναι ευτυχής όταν το σύστημα υγείας δυσλειτουργεί, όταν έχει ανεπάρκειες, όταν ταλαιπωρούνται οι πολίτες και φυσικά όταν υπάρχουν αρνητικά συμβάματα στην υγεία του οποιουδήποτε ανθρώπου.

Αλλά η δουλειά του υπουργού είναι να ενισχύει όσο είναι δυνατόν μέσα στους συγκεκριμένους και δύσκολους δημοσιονομικούς

όρους που λειτουργεί η χώρα μας να ενισχύει αυτό το κρίσιμο και ζωτικής σημασίας κοινωνικό αγαθό που είναι η δημόσια περίθαλψη.

Και το ΕΚΑΒ έχει ενισχυθεί τα τελευταία χρόνια. Έχει ενισχυθεί και όσον αφορά το στόλο του. Ξεμπλοκάραμε μετά από περίπου μια δετία ένα διαγωνισμό και έχουμε πάρει καινούργια ασθενοφόρα. Βεβαίως υπάρχει πεπαλαιωμένος στόλος και υπάρχει το σχέδιο που είπατε το οποίο βεβαίως έχει τις γνωστές δυσκίνητες γραφειοκρατικές και χρονοβόρες διαδικασίες.

Και όσον αφορά το προσωπικό επίσης έχει ενισχυθεί το ΕΚΑΒ και συμπεριλαμβάνεται σε όλες τις δέσμες προσλήψεων και μόνιμου και επικουρικού προσωπικού ακόμα και στα προγράμματα που χρηματοδοτούνται για το προσφυγικό μέσω της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Και στο ISF στα νησιά του ανατολικού Αιγαίου υπήρχε ειδική πρόβλεψη 40 διασωστών του ΕΚΑΒ που στήριξαν το δημόσιο σύστημα υγείας και κάλυψαν μια περίοδο πολύ μεγάλης πίεσης ειδικά το '15 και σε όλες τις προκηρύξεις που γίνονται αυτή την περίοδο και των προγραμμάτων του ΟΑΕΔ υπάρχει ειδική πρόβλεψη και μέριμνα για το ΕΚΑΒ.

Η χώρα μας έχει γνωστές γεωμορφολογικές ιδιαιτερότητες. Υπάρχουν απομακρυσμένες δυσπρόσιτες περιοχές που πραγματικά όσο και αν αναπτυχθεί το σύστημα υγείας και όσο και αν υπερβάλουν εαυτό το ανθρώπινο δυναμικό και οι διοικήσεις των φορέων πάντα θα υπάρχουν δυσκολίες στην ανταπόκριση.

Το σήμα, μάλλον το μήνυμα για εμάς από αυτά τα γεγονότα είναι ότι πρέπει να επιταχύνουμε και να εντείνουμε τις προσπάθειές μας.

### **ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:**

Ερώτηση μακριά από το μικρόφωνο.

### **Κος ΞΑΝΘΟΣ:**

Την Ουρανόπολη τη λες. Εντάξει, εν πάση περιπτώσει να σας πω όμως το εξής: Έχουμε κάνει και σε αυτό το κομμάτι σημαντικές παρεμβάσεις.

Για παράδειγμα, ξέρετε ότι από πέρυσι οργανώθηκε μια βάση με ένα ελικόπτερο της πυροσβεστικής που έδρευε στην αρχή στο πρώτο πόδι της Χαλκιδικής και είχε ακριβώς και λειτούργησε πάρα πολύ αποτελεσματικά για τη διακομιδή περιστατικών που λόγω της μεγάλης μετακίνησης πληθυσμών τα σαββατοκύριακα στη Χαλκιδική υπήρχε

τρομερό μποτιλιάρισμα και δυσκολία των ασθενοφόρων να διακομίσουν γρήγορα ένα επείγον περιστατικό.

Έγινε μια πολύ καίρια παρέμβαση πέρυσι η οποία βελτίωσε πάρα πολύ τους χρόνους και την ανταπόκριση του συστήματος υγείας σε επείγουσες περιπτώσεις.

Επίσης ξέρετε ότι στο Αιγαίο ενισχύουμε τη μοναδική βάση αεροδιακομιδών που υπήρχε στη Ρόδο, λειτουργεί ήδη δεύτερη βάση αεροδιακομιδών στη Σύρο και ετοιμάζεται τρίτη στη Μυτιλήνη ακριβώς για να βελτιώσουμε την ανταπόκριση και τη μεταφορά από νησιωτικές περιοχές περιστατικών που δεν μπορούν να αναπτυχθούν εκεί.

Και υπάρχει και μια συνεργασία με το Υπουργείο Εμπορικής Ναυτιλίας για πλωτά μέσα διακομιδών χρηματοδοτούμενα από το ΕΣΠΑ που θα αναπτυχθούν και θα έχει την επιχειρησιακή ευθύνη το λιμενικό και τη υγειονομική ευθύνη το ΕΚΑΒ έτσι ώστε να διασφαλίσουμε και τις πλωτές διακομιδές ανάμεσα σε νησιά και τη διακομιδή ασθενών σε νησιά που έχουν καλύτερες υποδομές και υπηρεσίες.

Είναι ένα διαρκές στοίχημα αυτό το πράγμα. Δεν νομίζω ότι ποτέ θα αισθανθούμε ότι είμαστε απολύτως ασφαλείς και απολύτως έχουμε καλύψει με πλήρη τρόπο όλες τις ανάγκες. Αλλά πραγματικά μας ενδιαφέρει αυτή τη δύσκολη περίοδο που η κοινωνία επιβαρύνεται με μέτρα λιτότητας, με φόρους, με περικοπές να υπάρχει μια ανταποδοτικότητα κοινωνική ειδικά στο δημόσιο της δημόσιας περίθαλψης.

Είναι πολύ κεντρική πολιτική μας επιλογή και έγνοια αυτό το πράγμα γιατί νομίζουμε ότι αυτό χρειάζεται σήμερα μια κοινωνία η οποία έχει φτωχοποιηθεί και αισθάνεται ότι οι εισφορές που πλήρωνε όλα αυτά τα χρόνια δεν είχαν την ανταποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα μέσα από ένα καλά οργανωμένο κοινωνικό κράτος.

\*\*\*\*\*