

Η συνέντευξη Τύπου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και το θεσμό του Οικογενειακού Γιατρού



Κος ΞΑΝΘΟΣ:

Ευχαριστούμε για την ανταπόκριση, παρότι είναι δύσκολες οι μέρες. Το καταλαβαίνουμε. Θεωρήσαμε όμως υποχρέωσή μας να έχουμε αυτήν την επικοινωνία για να δώσουμε τις απαραίτητες διευκρινίσεις για το πώς θα κινηθούμε στο επόμενο διάστημα, ποια θα είναι τα βήματα υλοποίησης του νέου θεσμού, του οικογενειακού γιατρού και της μεταρρύθμισης στην πρωτοβάθμια φροντίδα την επόμενη χρονιά.

Επιτρέψτε πριν να ξεκινήσουμε από αυτό, να σας μεταφέρω μια εμπειρία που είχαμε χθες στη Νάξο. Επισκεφτήκαμε το νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας.

Είχαμε εκεί συναντήσεις και με το προσωπικό. Διαπιστώσαμε ότι έχουν γίνει αρκετά βήματα στήριξης και αναβάθμισης αυτής της δομής του ΕΣΥ, σε μια περιοχή με αρκετό πληθυσμό και με πολύ περισσότερο φυσικά κόσμο το καλοκαίρι λόγω τουρισμού.

Το πιο ενδιαφέρον όμως δεν ήταν αυτό. Ήταν ότι το απόγευμα είχαμε μια εκδήλωση, συνδιοργάνωση του νοσοκομείου και του Ωνάσειου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου, και συγκεκριμένα του τμήματος παρακολούθησης σπανίων καρδιαγγειακών νοσημάτων, όπου παρουσιάστηκε ένα πρόγραμμα χρηματοδοτούμενο από το Υπουργείο Υγείας, για την ανίχνευση του γονιδίου της μετάλλαξης του γονιδίου, στο οποίο οφείλεται η γνωστή «νόσος Νάξος», που είναι μια αρρυθμογόνος μυοκαρδιοπάθεια.

Αυτό ήταν μια υπόθεση πολλών δεκαετιών. Ήδη από τη δεκαετία του '80 υπήρξαν οι πρώτες εμπειρικές καταγραφές και ανακοινώσεις που χάρις την παρατηρητικότητα, την επιστημονική έφεση και το ερευνητικό ενδιαφέρον δύο αγροτικών γιατρών τότε, του Νίκου του Πρωτονοτάριου και της συζύγου

του, διαπιστώθηκε ότι κάποιοι άνθρωποι από τον πληθυσμό της Νάξου, αλλά και ευρύτερα των Κυκλάδων, με ένα συγκεκριμένο φαινότυπο, εμφάνιζαν πολύ συχνότερα προβλήματα καρδιολογικής φύσεως, αρρυθμίες κυρίως και υπήρχαν και στο ιστορικό των οικογένειών τους περιστατικά με αιφνίδιο καρδιακό θάνατο.

Μετά από πολύ έρευνα, επαφή με νοσοκομεία του εξωτερικού, ιδιαίτερα της Μεγάλης Βρετανίας, με ερευνητικά κέντρα, ουσιαστικά το 2000 πιστοποιήθηκε ότι αυτό οφείλεται σε μία μετάλλαξη ενός συγκεκριμένου γονιδίου, το οποίο εξαιτίας της μετάλλαξης παράγει κάποιες παθολογικές πρωτεΐνες.

Αυτό δημιουργεί μία βλάβη στον καρδιακό μυ και πυροδοτούνται αυτές οι αρρυθμίες που σε πολλές περιπτώσεις, οδηγούν στον αιφνίδιο θάνατο.

Έγινε λοιπόν μία μεγάλη προσπάθεια, ώστε να υπάρχει ένα γονιδιακό τεστ ανίχνευσης αυτής της διαταραχής. Ο Σύλλογος φίλων, ανθρώπων με σπάνια και κληρονομικά καρδιαγγειακά νοσήματα στη Νάξο το προωθούσε χρόνια και τώρα το καταφέρνουμε. Βεβαίως, με τη συνδρομή του νοσοκομείου, το οποίο έχει το αρχείο, καταγράφει, παίρνει ιστορικό και κάνει τη συλλογή του δείγματος. Η εξέταση γίνεται στο γενετικό εργαστήριο του Ωνασείου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου με τη χρηματοδότηση του Υπουργείου.

Έχουμε εξασφαλίσει μια χρηματοδότηση- σε πρώτη φάση 100.000 ευρώ- ώστε να ελεγχθεί ο πληθυσμός. Είναι 5.000 άτομα.

Νομίζω ότι αυτό είναι μια εξαιρετική παρέμβαση προστασίας της δημόσιας υγείας και πρόληψης θανάτων που μπορούν να αποφευχθούν. Διαπιστώνουμε, λοιπόν, ότι στον τομέα των δημόσιων πολιτικών πρόληψης, για μια ευρύτερη γκάμα παθήσεων και προβλημάτων, υπήρχε ένα έλλειμμα πολιτικής στη χώρα μας και συνήθως αυτά τα θέματα ήταν πολύ χαμηλά στην ατζέντα της πολιτικής υγείας.

Στην ουσία η μεταρρύθμιση στην πρωτοβάθμια φροντίδα ακριβώς αυτό το θεσμικό έλλειμμα θέλει πρωτίστως να καλύψει. Να δώσει, δηλαδή, έμφαση όχι μόνο στην παρακολούθηση των χρονίως πασχόντων, όχι μόνο στη ρύθμιση, στη συνταγογράφηση, στις παραπομπές κλπ, κλπ, αλλά να καλύψει αυτό το κενό, να δώσει έμφαση στην πρόληψη, στην αγωγή υγείας, σε οργανωμένους προσυμπτωματικούς ελέγχους, σε οργανωμένα σχέδια πρόληψης των μειζόνων παραγόντων κινδύνου που είναι, για παράδειγμα, τα καρδιαγγειακά προβλήματα στη χώρα μας που είναι και η πρώτη αιτία θανάτου.

Τώρα, το θέμα της πρωτοβάθμια φροντίδας το έχουμε συζητήσει πολλές φορές. Νομίζω ότι όλοι αναγνωρίζουμε ότι υπήρχε ένα έλλειμμα οργανωμένων δημόσιων υπηρεσιών διαχρονικά. Θα έλεγα από ιδρύσεως του ΕΣΥ.

Βεβαίως υπήρξαν τα κέντρα υγείας της υπαίθρου στην πρώτη περίοδο ανάπτυξης του ΕΣΥ, που ήταν μία πολύ μεγάλη αλλαγή, η οποία βελτίωσε και αναβάθμισε σημαντικά την υγειονομική φροντίδα των ανθρώπων της υπαίθρου και της ενδοχώρας.

Βεβαίως υπήρχαν τα παλιά πολυιατρεία του ΙΚΑ, τα οποία ήταν ένα παράλληλο σύστημα το οποίο όμως δεν ήταν διασυνδεδεμένο με το υπόλοιπο ΕΣΥ και αυτό ήταν μια πολύ σημαντική στρέβλωση.

Αυτό το σύστημα εξάντλησε τα όριά του, ουσιαστικά έκλεισε με ένα άγαρμπο, θα έλεγα, τρόπο, το 2014 και δημιουργήθηκε ένα πραγματικό κενό φροντίδας, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα.

Αυτό το κενό προσπαθούμε τώρα, με αυτό το νέο μοντέλο των τοπικών μονάδων υγείας, του θεσμού του οικογενειακού γιατρού αλλά και του θεσμού των άλλων επαγγελματιών υγείας που συνεπικουρούν (νοσηλεύτης, επισκέπτης υγείας, κοινωνικός λειτουργός) οι οποίοι αποτελούν μία διεπαγγελματική και διεπιστημονική ομάδα που οργανώνει όχι μόνο την περίθαλψη και τη φροντίδα των ασθενών, αλλά για πρώτη φορά προσπαθεί να μετατοπίσει το κέντρο βάρους στην πρόληψη, στην κοινοτική φροντίδα, στην κατ' οίκον φροντίδα, νομίζω ότι αυτά είναι πολύ σημαντικές ποιοτικές αλλαγές, στην τομεοποιημένη φροντίδα.

Η λογική, λοιπόν, είναι να κάνουμε αυτό το οποίο έχουν περίπου κάνει οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες: να υπάρχουν δομές, γιατροί και ομάδες υγειονομικών πρώτης πρόσβασης και πρώτης επαφής με το σύστημα, οι οποίοι θα έχουν την ευθύνη της συνολικής διαχείρισης των αναγκών υγείας των ανθρώπων από τους εμβολιασμούς και τους απαραίτητους προληπτικούς εργαστηριακούς ελέγχους μέχρι τη σωστή κλινική και εργαστηριακή παρακολούθηση των χρονίως πασχόντων και βεβαίως να έχουν και την ευθύνη της διαχείρισης του πολίτη μέσα στο σύστημα υγείας, τις παραπομπές τους σε άλλα επίπεδα πιο εξειδικευμένης φροντίδας κλπ.

Νομίζω ότι αυτό είναι ένα κομβικό στοιχείο. Δεν υπάρχει πουθενά στον κόσμο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας που δεν εμπεριέχει αυτή τη δομή, δηλαδή τον οικογενειακό γιατρό και φυσικά ένα σύστημα παραπομπών.

Το νέο, λοιπόν, μοντέλο θέτει και ορισμένους στόχους πέραν της συνήθους φροντίδας στην οποία είχε συνηθίσει το μεγαλύτερο κομμάτι του πληθυσμού ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα και κυρίως αυτοί που προσέρχονταν στα παλιά πολυιατρεία του ΙΚΑ ΕΟΠΥΥ.

Πρώτον υπάρχει η ανάγκη να τροποποιήσουμε συμπεριφορές γιατί ένα κομμάτι από τα προβλήματα υγείας και από τους κοινωνικούς προσδιοριστές της νόσου είναι και οι συμπεριφορές που έχουν σχέση με τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν θέματα διατροφής, άσκησης, σχέσεις με εξαρτησιογόνους παράγοντες κλπ.

Και το κυριότερο βεβαίως- το μεγάλο στοίχημα- είναι να τροποποιήσουμε μια κουλτούρα η οποία είναι εδραιωμένη στους πολίτες για δεκαετίες, μια κουλτούρα που προτάσσει τη δυνατότητα ο κάθε πολίτης να απευθύνεται και να αναζητά αποσπασματικά, χωρίς ένα συγκεκριμένο τρόπο, υπηρεσίες από το σύστημα υγείας. Συνήθως επιβαρυνόμενος οικονομικά ο ίδιος ή και κάποιες άλλες φορές επιβαρύνοντας οικονομικά το σύστημα υγείας.

Το νέο μοντέλο λοιπόν δημιουργεί μια, αυτό που λέμε, δομημένη πρόσβαση στο σύστημα. Θέλουμε να πείσουμε τους πολίτες ότι αυτό το νέο μοντέλο στην ΠΦΥ δεν γίνεται ούτε για να μπουν εμπόδια, ούτε για να τεθούν φραγμοί και να υπάρξει συνακόλουθα ταλαιπωρία ή οικονομική επιβάρυνση των πολιτών και επομένως να γλιτώσουμε χρήματα.

Δεν είναι δηλαδή σε μια λογική περικοπής πόρων αλλά σε μια λογική σταθερής, συνεχούς και μη αποσπασματικής εγγυημένης κάλυψης υγειονομικών αναγκών με δωρεάν τρόπο μέσα από δημόσιες δομές.

Αυτή είναι η γενική προσέγγιση. Υπάρχει το κομμάτι της αποτύπωσης αναγκών, δηλαδή οι δομές αυτές έχουν ευθύνη να αναδεικνύουν υγειονομικές ανάγκες αλλά και ανάγκες ευρύτερης ψυχοκοινωνικής φροντίδας που υπάρχουν και έχουν ενδεχομένως επιδεινωθεί λόγω της κρίσης. Να προσφέρουν φροντίδα σε επίπεδο κοινότητας αλλά και κατ' οίκον φροντίδα.

Να έχουν μια εξωστρέφεια, να προωθούν δράσεις πρόληψης αγωγής υγείας, σχολικής υγιεινής, συνεργασίας και δικτύωσης με άλλες δομές είτε του συστήματος υγείας, είτε του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας, είτε των δομών αντιμετώπισης των εξαρτήσεων είτε των υπόλοιπων κοινωνικών και προνοιακών δομών του κράτους και της Αυτοδιοίκησης.

Είναι πολύ κρίσιμο ένα νέο μοντέλο να στηριχθεί σε μια θεσμοθετημένη συνεχιζόμενη εκπαίδευση διότι αυτές οι προσεγγίσεις και αυτή η φιλοσοφία είναι κάτι καινούριο στη λειτουργία του ΕΣΥ στη χώρα μας και προφανώς χρειάζονται και οικογενειακοί γιατροί αλλά και το υπόλοιπο προσωπικό, οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας μια συνεχιζόμενη μετεκπαίδευση στη νέα κουλτούρα της οικογενειακής ιατρικής και της κοινοτικής φροντίδας.

Έχουμε προβλέψει λοιπόν και τώρα θα σας τα πει αυτά και ο κος Βαρδαρός, στο αμέσως επόμενο διάστημα να ξεκινήσουμε πιλοτικά τη λειτουργία των πρώτων ακαδημαϊκών μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας όπου έχουμε για πρώτη φορά συνέργεια και συνεργασία ανάμεσα στο ΕΣΥ και στο Πανεπιστήμιο στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Θυμίζω ότι αυτή η συνεργασία και η συνύπαρξη κυρίως αφορά μέχρι στιγμής τα νοσοκομεία. Με στόχο λοιπόν να υπάρχει και να δοθεί ένας ακαδημαϊκός χαρακτήρας σε αυτή την εκπαίδευση, να έχουμε μια πραγματική και οργανωμένη συνεχιζόμενη εκπαίδευση με βάση τις νέες απόψεις που

υπάρχουν διεθνώς, τις κατευθυντήριες οδηγίες, τις νέες προσεγγίσεις για την πρωτοβάθμια φροντίδα.

Και βεβαίως είναι πολύ σημαντικό ότι για πρώτη φορά μιλάμε για φροντίδα σε πρωτοβάθμιο επίπεδο που δεν επικεντρώνεται μόνο στο άτομο αλλά και στην οικογένεια και στην κοινότητα. Και αυτό είναι πολύ σημαντικό και από τη σκοπιά της δημόσιας υγείας διότι έτσι μπορούμε να οργανώσουμε δράσεις και παρεμβάσεις που αφορούν με ένα πιο ολοκληρωμένο τρόπο τον πληθυσμό και καλύπτουν ανάγκες ή παρεμβαίνουν προληπτικά και αποτρέπουν παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν και την ατομική υγεία των ανθρώπων.

Και φυσικά για εμάς είναι πάρα πολύ κρίσιμο αυτό το νέο βήμα να στηρίζεται στις αρχές της τεκμηριωμένης ιατρικής.

Θέλουμε δηλαδή πραγματικά να υπάρχει ένα ενιαίο σύστημα, ένας ενιαίος τρόπος με τον οποίο θα λειτουργούν αυτές οι δομές. Έχουμε επιστημονικές ομάδες που είναι δίπλα στο Υπουργείο, στην Επιτροπή Συντονισμού και Σχεδιασμού της Μεταρρύθμισης, που μας εισηγούνται κείμενα για το ποιες είναι αρμοδιότητες, ποιος είναι ο ρόλος, ποια είναι η στοχοθεσία αυτών των νέων δομών και των ανθρώπων που τις απαρτίζουν.

Τεκμηριωμένη ιατρική. Δείκτες αξιολόγησης ποιότητας. Νομίζω ότι είναι πάρα πολύ κρίσιμο αυτό και αν θέλετε είναι και μια αλλαγή που δεν την είχαμε μέχρι τώρα στο σύστημα. Επίσης αυτό που ξεκινήσαμε πριν από λίγες μέρες και μας ενδιαφέρει να υπάρχει είναι η δημόσια λογοδοσία και η δυνατότητα κοινωνικού ελέγχου. Η δυνατότητα να μπορούν οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας να συνδιαλέγονται με τους ανθρώπους των δημόσιων δομών, να αναδεικνύουν ακάλυπτες ανάγκες, να θέτουν θέματα και προτεραιότητες που κατά την άποψή τους πρέπει να αντιμετωπιστούν και να πείθονται ότι εδώ έχουμε μία νέα φιλοσοφία που πραγματικά προσπαθεί να οικοδομήσει μία νέα σχέση ανάμεσα στον πολίτη και στο δημόσιο σύστημα υγείας.

Και ήδη τα συζητήσαμε αυτά πριν από λίγες μέρες στην ημερίδα που κάναμε για τον πρώτο ετήσιο απολογισμό από τη λειτουργία των πρώτων τοπικών μονάδων υγείας.

Η εικόνα είναι, ότι όντως οικοδομείται μία νέα σχέση. Μας το λένε με πολύ έμφαση οι ασθενείς. Βλέπουν ότι οι γιατροί και το υπόλοιπο προσωπικό αφιερώνουν περισσότερο χρόνο, καταγράφουν το ιστορικό τους με πληρότητα, γίνεται μία καλή κλινική εξέταση, συγκροτείται σιγά – σιγά ο ατομικός ηλεκτρονικός φάκελος υγείας.

Υπάρχει ένα μεγαλύτερο ενδιαφέρον για μια ολοκληρωμένη και ολιστική φροντίδα και όχι απλώς για συνταγογράφηση. Ήδη έχουμε αρκετές εγγραφές σε οικογενειακούς γιατρούς σε αυτό το πρώτο στάδιο λειτουργίας του νέου θεσμού.

Έχουμε αρκετές επισκέψεις στις τοπικές μονάδες υγείας. Αρκετές, καλύπτουν ένα πολύ σημαντικό κενό που υπήρχε στη συνταγογράφηση. Έχουμε πάνω από 350.000 συνταγογραφήσεις που έχουν γίνει τους τελευταίους μήνες σε αυτό το επίπεδο και βεβαίως έχουμε ήδη αρκετούς συγκροτημένους ατομικούς ηλεκτρονικούς φακέλους υγείας που πλέον θα είναι το κρίσιμο εργαλείο ηλεκτρονικής διακυβέρνησης, το οποίο θα συνοδεύει τον ασθενή σε όλα του τα βήματα και θα είναι προσβάσιμο από το υπόλοιπο ΕΣΥ και από όλους τους γιατρούς που χρησιμοποιούν και έχουν πρόσβαση, στους πιστοποιημένους γιατρούς στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

Θέλω να κλείσω με μία γενική επικεφαλίδα, ότι για εμάς ο οικογενειακός γιατρός δεν είναι κάτι το οποίο μας επιβλήθηκε. Οι τοπικές μονάδες υγείας δεν είναι κάποια μνημονιακή υποχρέωση.

Αυτή η μεταρρύθμιση έγινε επειδή διαπιστώσαμε ένα δομικό έλλειμμα στο σύστημα που έπρεπε να αντιμετωπιστεί και πιστεύουμε ότι με αυτόν τον τρόπο προοπτικά θα έχουμε μια συνολική αναδιοργάνωση και μια βελτιστοποίηση της ποιότητας των υπηρεσιών του ΕΣΥ προς όφελος φυσικά των πολιτών και λοιπά.

Άρα είναι μια υποχρέωση της πολιτείας να αναπτύξει τον οικογενειακό γιατρό ως ένα νέο θεσμό, σταδιακά, με πληρότητα και με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη γεωγραφική κάλυψη.

Εδώ έρχονται τα προβλήματα. Τα προβλήματα είναι πρώτον ότι είχαμε μία δυσκολία, γιατί ασκείται μία κριτική, ότι ενώ το χρονοδιάγραμμα προέβλεπε 239 τοπικές μονάδες, έχουν αναπτυχθεί μόνο 101.

Εδώ επιτρέψτε μου να πω δυο λόγια. Μιλάμε για νέες δημόσιες δομές. Ουσιαστικά για μικρά, οργανωμένα πολυιατρεία κυρίως στα αστικά κέντρα της χώρας.

Πρέπει να υπενθυμίσω ότι αυτό έχει να συμβεί από τη δεκαετία του '90. Οι τελευταίες δημόσιες δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας φτιάχτηκαν τότε.

Μετά από 20 χρόνια, λοιπόν, μέσα σε περίοδο κρίσης, ακριβώς επειδή υπήρχε η πολιτική βούληση αναπτύχθηκε το σχέδιο αναδιοργάνωσης του ΕΣΥ με επίκεντρο την πρωτοβάθμια φροντίδα και προχωρήσαμε σε αυτές τις αλλαγές.

Με υπαρκτές δυσκολίες και πραγματικά προβλήματα όπως η μειωμένη διαθέσιμη δεξαμενή γιατρών αυτή την περίοδο, οικογενειακών γιατρών, δηλαδή γιατρών ειδικοτήτων γενικής ιατρικής, παθολογίας και παιδιατρικής στη χώρα, λόγω κυρίως του brain drain, με μία δυσκολία να βρούμε δημόσιους αλλά και ιδιωτικούς χώρους για να τους διαμορφώσουμε κατάλληλα.

Και βεβαίως με μία αδράνεια του συστήματος και με μία κουλτούρα και στους υγειονομικούς και στους πολίτες που πρέπει σιγά-σιγά να μετασηματιστεί για να μπορέσουμε να πείσουμε ότι αυτή είναι μία αλλαγή που και το ρόλο των επαγγελματιών υγείας αναβαθμίζει αλλά και τη φροντίδα των πολιτών.

Άλλο δυσκολίες, προβλήματα, καθυστερήσεις και εν πάση περιπτώσει μία κριτική αυτού του τύπου ότι δηλαδή είναι ένα καλό μοντέλο σε γενικές γραμμές, καταλαβαίνουμε ότι αυτό θα βελτιώσει τη φροντίδα και είναι πολύ ενθαρρυντικό ότι τα μηνύματα που έχουμε αυτή την περίοδο και από τους συλλόγους των ασθενών και από τις συναντήσεις που έχουμε μαζί τους είναι ότι επί της αρχής θεωρούν ότι είναι μία σωστή μεταρρύθμιση προς τη σωστή κατεύθυνση που θα έχει κοινωνική ανταποδοτικότητα για αυτούς.

Αυτή η κριτική είναι αποδεκτή, η κριτική δηλαδή που λέει να επιταχυνθούν τα βήματα, να προχωρήσουμε με πιο γρήγορο τρόπο στην κάλυψη και στην ευρύτερη γεωγραφική διασπορά και των νέων δομών και του νέου μοντέλου.

Αυτή η κριτική που είναι τελείως ασύμβατη είναι η κριτική του τύπου ότι «αυτές είναι αχρείαστες δομές», «είχαμε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας», «αυτά είναι κρατισμός», «φαραωνικού τύπου παρεμβάσεις», «ιδεολογικές εμμονές», και «αγκυλώσεις μίας πολιτικής ηγεσίας η οποία κατά το δοκούν προχωρά σε αυτές τις αλλαγές».

Καταρχάς, δεν είναι κατά το δοκούν. Έχουμε λάβει υπόψη μας τις καλές πρακτικές και τα πετυχημένα μοντέλα των περισσότερων χωρών της Ευρώπης και ιδιαίτερα του Ευρωπαϊκού Νότου. Και κυρίως έχουμε τη συνεχή τεχνικοεπιστημονική υποστήριξη από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Είναι μια μεταρρύθμιση που έχει και τη δική του τη σφραγίδα. Και είναι και μία μεταρρύθμιση που οι επιτελείς του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας την αξιολογούν ως ένα πάρα πολύ καλό παράδειγμα για το πώς μια χώρα σε περίοδο λιτότητας, επειδή ακριβώς βάζει τις σωστές προτεραιότητες, κάνει βήματα σε ένα τομέα που μέχρι τώρα ήταν προβληματικός και ελλειμματικός.

Και κλείνω λέγοντας το εξής: Προφανώς αυτή η μεταρρύθμιση είναι εθνική υπόθεση, δεν είναι ούτε προσωπικό στοίχημα του Υπουργού ούτε μια πολιτική επιλογή της Κυβέρνησης. Απλώς είναι μία εθνική υπόθεση την οποία μπορούμε να στηρίξουμε με σοβαρότητα και με σταθερά βήματα στο αμέσως επόμενο διάστημα και να περάσουμε στην ομαλή μετεξέλιξη της ευρωπαϊκής χρηματοδότησης στην χρηματοδότηση από εθνικούς πόρους, αυτό είναι απολύτως διασφαλισμένο.

Στην πρόσφατη ημερίδα που κάναμε ο αρμόδιος Υπουργός, ο Υπουργός Εσωτερικών, ο κύριος Χαρίσης, ο οποίος μάλιστα είχε και την ευθύνη της διαμόρφωσης του ευρωπαϊκού προγράμματος τότε, παρουσίασε όλη τη στρατηγική σταδιακής εξόδου του προγράμματος αυτού από την ευρωπαϊκή

χρηματοδότηση και τη μετάπτωσή του στο εθνικό πρόγραμμα δημοσίων επενδύσεων.

Και το κυριότερο είναι να πείσουμε τους πολίτες ότι αυτό είναι ένα νέο μοντέλο από το οποίο πραγματικά θα έχουν καλύτερες υπηρεσίες.

Ήδη έχουμε 1.150.000 περίπου εγγραφές πολιτών σε οικογενειακό γιατρό και υπάρχουν και 450.000 σε αναμονή για τελική οριστικοποίηση. Είναι μια πολύ καλή πρώτη μαγιά εγγραφών σε οικογενειακούς γιατρούς.

Αυτοί οι πολίτες βεβαίως θα μπορούν να αξιοποιούν αυτό το νέο δίκτυο και να εξυπηρετούνται πολύ πιο γρήγορα, πολύ πιο φιλικά και κυρίως δωρεάν.

Θέλουμε να δώσουμε κίνητρα στον πολίτη για να αξιοποιεί το δίκτυο αυτό και η ιδέα είναι σε πρώτη φάση να ξεκινήσουμε από τα κέντρα υγείας και μετά να πάμε και στα νοσοκομεία, να υπάρχει προτεραιοποίηση και άρα λιγότερος χρόνος αναμονής για ραντεβού τα οποία κλείνονται μέσω του οικογενειακού γιατρού. Για παραπομπές δηλαδή σε εξειδικευμένες εξετάσεις, κλινική παρακολούθηση, σε γιατρούς άλλους ειδικοτήτων.

Αυτό είναι ένας τρόπος για να δώσουμε ένα κίνητρο στον πολίτη να ενισχύσει και να στηρίξει αυτή τη λειτουργία.

Και βεβαίως όσοι πολίτες δεν έχουν τη δυνατότητα διότι δεν υπάρχουν διαθέσιμοι οικογενειακοί γιατροί στην περιοχή τους, στον τόπο τους, διότι δεν επαρκούν οι γιατροί των ΤΟΜΥ, δεν επαρκούν οι συμβεβλημένοι γιατροί, δεν επαρκούν ακόμα οι γιατροί των υπόλοιπων δημόσιων δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας που και αυτοί σταδιακά θα προσπαθήσουμε χωρίς να διαταράξουμε τη λειτουργία των δημόσιων δομών να μπουκ στη φιλοσοφία του νέου μοντέλου. Όσοι λοιπόν δεν έχουν αυτή τη δυνατότητα προφανώς θα συνεχίσουν και από 1/1/2019 να εξυπηρετούνται όπως εξυπηρετούνται μέχρι σήμερα στο σύστημα υγείας.

Το αναφέρω γιατί δημιουργήθηκε μια εικόνα ότι από 1/1/2019 αν δεν έχεις οικογενειακό γιατρό πλέον δεν μπορείς να κάνεις καμία κίνηση και κανένα βήμα στο σύστημα υγείας.

Δεν ισχύει προφανώς αυτό ούτε είχαμε τέτοια λογική, η εγγραφή στον οικογενειακό γιατρό δεν είναι ένα τιμωρητικό μέτρο, είναι μια αναγκαιότητα που πρέπει σιγά-σιγά να εμπεδωθεί στη λειτουργία του συστήματος υγείας στη χώρα μας.

Και είναι και μια νομίζω πολύ σημαντική καινοτομία η οποία παρότι θεσμοθετήθηκε και νομοθετήθηκε πάρα πολλές φορές στο παρελθόν από ιδρύσεως του ΕΣΥ, για πρώτη φορά έχουμε την εφαρμογή ενός νόμου που έχει ψηφιστεί με προβλήματα, με δυσκολίες, με καθυστερήσεις, να τα συζητήσουμε όσο θέλετε.

Αντίστοιχες παρεμβάσεις στο παρελθόν που ήταν στη λογική του του οικογενειακού γιατρού, της μεταρρύθμισης στην πρωτοβάθμια φροντίδα κλπ., ποτέ δεν υλοποιήθηκαν.

Και ο λόγος που δεν υλοποιήθηκαν είναι- κατά την άποψή μας- ότι υπήρξε μια πολιτική επιλογή διαχρονικά ότι αυτό το πεδίο, το πεδίο δηλαδή της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι ένα πεδίο προνομιακό στο οποίο δραστηριοποιείται με κυρίαρχο τρόπο θα έλεγε κανείς ο ιδιωτικός τομέας.

Εμείς πάμε λοιπόν τώρα να διευρύνουμε την παρουσία του δημόσιου τομέα και σε αυτό το πεδίο με ένα σοβαρό και οργανωμένο μοντέλο που έχει ακριβώς την καινούρια φιλοσοφία που σας περιέγραψα.

Σας ευχαριστώ και συγγνώμη για τη μακροσκελή εισαγωγή.

Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:

Καλημέρα και από μένα. Ευχαριστούμε πολύ για την παρουσία σας εδώ.

Θα προσπαθήσω να είμαι σύντομος για να δώσω και χρόνο σε ερωτήσεις. Θα πω δυο τρία πράγματα παραπάνω και να εξειδικεύσω λίγο και κάποια σημεία στην τοποθέτηση του Υπουργού.

Αυτή η ιστορία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που 1,5 σχεδόν χρόνο μετά τη νομοθέτηση, το καλοκαίρι του '17 με τον 4486, είναι μία ιστορία που προχωράει, υλοποιείται.

Υπάρχουν ήδη 101 τοπικές μονάδες υγείας σε λειτουργία. Γίνεται σοβαρή προσπάθεια ώστε ένα μεγάλο μέρος του προσωπικού των κέντρων υγείας των υφιστάμενων δομών και κέντρων υγείας και περιφερειακών ιατρείων, να αναδιοργανώσει τον τρόπο λειτουργίας τους και την παροχή υπηρεσιών.

Μιλάω για τους ανθρώπους που είναι ήδη προσωπικό του Εθνικού Συστήματος Υγείας, για να μην παρεξηγούμε, στην κατεύθυνση της οικογενειακής ιατρικής.

Αυτό από μόνο του για εμάς δεν αρκεί. Δηλαδή, τους γιατρούς που ήδη έχουμε ή τους γιατρούς που προσλαμβάνουμε μέσα από τις τοπικές ομάδες υγείας ή τους συμβεβλημένους ελευθεροεπαγγελματίες γιατρούς ειδικότητας γενικής ιατρικής, παθολογίας και παιδιατρικής, να τους βάλουμε να λειτουργήσουν ως οικογενειακοί γιατροί με τον ατομικό ηλεκτρονικό φάκελο υγείας, που είναι μια πολύ σημαντική καινοτομία στο σύστημα υγείας.

Άλλη μια κουβέντα, θα έλεγα παράλληλη κουβέντα με την πρωτοβάθμια φροντίδα, που την ακούμε για αρκετά χρόνια και πλέον έχοντας ήδη 150.000 ενεργούς ατομικούς οικογενειακούς φακέλους, είναι μία ιστορία που έχει ξεκινήσει και υπάρχει και η βούληση να προχωρήσει και να αναπτυχθεί σταδιακά, αλλά αυτή η ιστορία θα προχωρήσει, γιατί είναι μία ιστορία που

την πιστεύουμε. Είναι μία ιστορία που θέλουμε σταδιακά αυτό το ιατροκεντρικό και νοσοκομειοκεντρικό θα μου επιτρέψετε μοντέλο που είχαμε στο εθνικό σύστημα υγείας από την ίδρυσή του, θα πω εγώ μέχρι και σήμερα, θέλουμε να αλλάξει.

Έχουν γίνει σημαντικά βήματα για την αναβάθμιση και των υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας, όχι μόνο μέσα από την παρουσία τους στις TOMY, που είναι αυτό το νέο μοντέλο.

Εδώ να αναφέρω ένα στοιχείο που νομίζω χαρακτηριστικό της δουλειάς που γίνεται. Πλησιάζουν τις 2.000 οι δράσεις που έχουν γίνει από Δεκέμβριο του '17 μέχρι σήμερα. Οι δράσεις πρόληψης και προαγωγής υγείας από τους επαγγελματίες υγείας των TOMY στις τοπικές κοινωνίες, στα σχολεία, στους χώρους εργασίας, σε ΚΑΠΗ.

Αυτές είναι δράσεις και παρεμβάσεις που μπορεί να είναι από απλού ενημερωτικού χαρακτήρα μέχρι πιο σύνθετες θα μου επιτρέψετε να πω δράσεις παρέμβασης όπως παραδείγματος χάρη, εμβολιασμοί.

Πολύ μεγάλο κομμάτι και στους ενήλικες, τον αντιγριπικό εμβολιασμό το έχουν σηκώσει οι εργαζόμενοι τις τοπικές μονάδες υγείας, αλλά και στον παιδικό πληθυσμό.

Θυμάμαι χαρακτηριστικό παράδειγμα, νομίζω ότι το έχω αναφέρει ξανά, η TOMY Ευόσμου το 30% των πλημμελώς εμβολιασμένων παιδιών της περιοχής καλύφθηκε από τη δραστηριότητα της TOMY της εκεί περιοχής.

Αυτά είναι καλά παραδείγματα και είναι παραδείγματα που δεν τα είχαμε στο σύστημα υγείας. Ή μάλλον, για να ακριβολογώ, τα είχαμε μόνο ως παραδείγματα κάποιων ανθρώπων που ήταν πιο φωτισμένοι, πιο ενεργοί αν θέλετε, εννοώ επαγγελματίες υγείας που υπηρετούν στο σύστημα υγείας, αλλά συγκροτημένα, στοχευμένα και συστηματικά, δεν ήταν λειτουργία που την ασκούσε το σύστημα υγείας.

Πλέον από τις τοπικές ομάδες υγείας και με προσπάθεια να περάσει αυτή η λειτουργία, αυτή η κουλτούρα και στις υπόλοιπες δομές της πρωτοβάθμιας φροντίδας, είναι μία ευθύνη σημαντική του συστήματος υγείας, όπως οφείλει να είναι.

Οι υπόλοιπες οργανώσεις μη κυβερνητικές, εθελοντικές και τα λοιπά, που δραστηριοποιούνταν συστηματικά στο πεδίο, μπορούν να έχουν έναν επικουρικό ρόλο μέσα βέβαια σε κάποια όρια και τηρώντας κάποιους κανόνες.

Τώρα, στη δημόσια συζήτηση υπήρξε μία κουβέντα από την αρχή για το πόσο σύγχρονη είναι η προσέγγιση αυτή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Νομίζω ότι πιο επίκαιρη από ποτέ είναι η επιβεβαίωση που έδωσε ο ίδιος ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στη Διακήρυξη της Αστάνια, 1,5 μήνα

πριν, που ήρθε να επιβεβαιώσει στην ουσία και να εκσυγχρονίσει αν θέλετε και τις δεσμεύσεις που είχε βάλει η ΑΛΜΑ-ΑΤΑ 40 χρόνια πριν, όταν αυτό το παράδειγμα, αυτή η μεταρρύθμιση στη χώρα συνεχίζει σχεδόν εμμονικά θα έλεγα, να παρουσιάζεται ως μία πολύ καλή πρακτική και ως ένα παράδειγμα που κόντρα στη solo practice του γιατρού αυθεντία έρχεται βάζοντας ουσιαστικά τις ομάδες υγείας σε ένα κομβικό ρόλο στο σύστημα υγείας, να επιδιώξει την καθολική κάλυψη του πληθυσμού και να παρέμβει σε αυτό που λέμε κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας προληπτικά με την οικογενειακή ιατρική και τις δράσεις πρόληψης και αγωγής υγείας στην κοινότητα.

Τα απολογιστικά στοιχεία που έχουμε από τις τοπικές ομάδες υγείας εγώ θα πω ότι είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά γιατί μπορεί να λέμε ότι έχουμε 101 ομάδες σε λειτουργία αλλά πρώτον αυτές οι ομάδες δεν ξεκίνησαν όλες μαζί, αναπτύχθηκαν σταδιακά, άρα έχουμε κάποιους που κλείνουν αυτό το μήνα 1 χρόνο λειτουργίας αλλά έχουμε και πολλές άλλες που είναι κοντά στο εξάμηνο, ίσως είναι και πιο πρόσφατες, πιο καινούριες.

Έχουμε πάνω από 500.000 επισκέψεις στις τοπικές ομάδες υγείας. Το ενδιαφέρον σε αυτό το νούμερο είναι ότι, και για να δείτε πώς λειτουργεί και το σύστημα παραπομπών στην πράξη, γιατί οικογενειακό γιατρό έχουμε εδώ και ένα χρόνο, ενάμιση στο σύστημα, και έχουμε και ένα σύστημα παραπομπών το οποίο είναι ουσιαστικό στην καθημερινή λειτουργία των τοπικών ομάδων.

Από τις 500.000, λοιπόν, αυτές επισκέψεις, μόλις το 1,5% των περιστατικών έχει χρειαστεί να παραπεμφθούν σε άλλα επίπεδα του συστήματος υγείας είτε είναι σε νοσοκομεία είτε είναι σε γιατρούς άλλων ειδικοτήτων που χρειάστηκε περαιτέρω έλεγχος, πιο εντατική, πιο εξειδικευμένη φροντίδα.

Τι σημαίνει αυτό; Ότι έρχονται να καλύψουν αυτές οι ομάδες ένα πραγματικό κενό στο σύστημα υγείας και αυτό σημαίνει επίσης ότι όταν μιλάμε για θετικό ρόλο, θετική επίδραση του οικογενειακού γιατρού χωρίς να μπαίνουν εμπόδια στην πρόσβαση των πολιτών στις υπόλοιπες υπηρεσίες αυτό μπορεί να είναι πραγματικότητα. Και αυτό δείχνει και η εμπειρία των τοπικών ομάδων υγείας μέχρι σήμερα.

Θα ήταν, άλλωστε νομίζω οξύμωρο να έχουμε θεσμοθετήσει την πρόσβαση των ανασφάλιστων στο δημόσιο σύστημα υγείας και να ερχόμαστε τώρα ένα μέρος αυτής της πρόσβασης να το περιορίσουμε στον ενδοοικογενειακό γιατρό.

Ένα μεγαλύτερο εξορθολογισμό θέλουμε. Σε αυτή την ιστορία που λέγεται Εθνικό Σύστημα Υγείας και που νομίζω ότι όλες οι πολιτικές δυνάμεις σε αυτό τουλάχιστον συμφωνούμε. Δεν μπορεί τα «ψυχρά» περιστατικά στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, δηλαδή αυτά που δεν χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης, να ξεπερνούν το 80% και αυτή να είναι μία εικόνα που την

αφήνουμε να τη διαχειριστούν τα νοσοκομεία μας με τις όποιες ελλείψεις, προβλήματα, αδυναμίες.

Θα μου επιτρέψετε να πω ότι η δική μας προσέγγιση ήταν μία προσέγγιση που έλεγε ότι αυτό πρέπει να αλλάξει και προσπαθούμε να το αλλάξουμε συγκροτώντας σταδιακά ένα σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Η άλλη επιλογή θα ήταν να αφήσουμε αυτή την ιστορία να σέρνεται, να κάνουμε κάποια μπαλώματα στο σύστημα υγείας- γιατί τα κενά και οι πληγές από την κρίση ήταν αρκετές- και να συνεχίσουμε να αφήνουμε αυτή την κατάσταση όπως υπήρχε.

Δεν το επιλέξαμε, όπως δεν επιλέξαμε να ωριμάσουν και πλήρως, αν θέλετε, οι συνθήκες ώστε να πάμε να παρέμβουμε στο πεδίο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Για αυτό άλλωστε και προκρίθηκε η επιλογή ενός συγχρηματοδοτούμενου προγράμματος με πόρους από το ΕΣΠΑ, διότι η στενότητα η δημοσιονομική δεν μας επέτρεπε να πάμε αρχικά από τον τακτικό προϋπολογισμό να στήσουμε αυτές τις νέες δομές.

Κερδίσαμε, λοιπόν, χρόνο. Έχουμε αυτό το αναγκαίο μεταβατικό διάστημα. Οι πόροι από το ΕΣΠΑ είναι, νομίζω, μία πολύ κρίσιμη έτσι παράμετρος σε αυτή την ιστορία, ξεκίνησε όλη αυτή η λειτουργία των τοπικών ομάδων και ο οικογενειακός γιατρός μέσα από αυτή την ιστορία με ένα συγχρηματοδοτούμενο πρόγραμμα.

Θυμάστε ότι αρχικά είναι η χρηματοδότηση από τη μεταρρύθμιση του δημόσιου τομέα, άρα από ένα κεντρικό επιχειρησιακό πρόγραμμα.

Και το επίσης ευχάριστο της υπόθεσης είναι ότι πλέον εμπλέκονται και οι Περιφέρειες στη χρηματοδότηση των πρώτων τοπικών ομάδων υγείας μέσω των περιφερειακών επιχειρησιακών προγραμμάτων και μάλιστα το κάνουν και με ιδιαίτερη, θα έλεγα, χαρά και με ιδιαίτερη διάθεση προβολής, δεν χρειάζεται νομίζω να θυμίσω τον πολιτικό προσανατολισμό των περισσότερων περιφερειακών αυτοδιοικήσεων της χώρας και ότι δεν είναι σαφώς στην ίδια γραμμή πλεύσης με την Κυβέρνηση.

Παρόλα αυτά βλέπουν ότι αυτές οι δομές, αυτή η παρέμβαση είναι κοινωνικά αναγκαία και είναι και κοινωνικά ορατή.

Ακόμα, λοιπόν, και αυτές ότι περιφερειακές αυτοδιοικήσεις που είχαν κάποιες αμφιβολίες, κάποιους προβληματισμούς, κάποιες ενστάσεις αρχικά, πλέον αγκαλιάζουν αυτή την πρωτοβουλία και θα έλεγα ότι πλέον μας εγκαλούν γιατί οι δομές δεν είναι περισσότερες, ή γιατί δεν έχουν και άλλες περιοχές της επικράτειάς τους αντίστοιχα τέτοια σχήματα αναπτύξει.

Τώρα, στο κομμάτι των συμβεβλημένων, που είναι επίσης ένα σημαντικό κομμάτι σε αυτή την παρέμβαση διότι εμείς λέμε ότι ο δημόσιος τομέας θέλουμε να έχουμε τον κρίσιμο, τον κύριο ρόλο αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι ο

ιδιωτικός τομέας δεν μπορεί, όταν αυτή προσπάθεια γίνεται με σαφείς όρους και κριτήρια επ' ωφελεία του δημοσίου συμφέροντος να είναι πραγματικά χρήσιμη η συνεισφορά του.

Οι οικογενειακοί γιατροί τώρα που έχουν συμβληθεί μέσω του ΕΟΠΥΥ και έχουν ξεπεράσει τους 700 υπάρχει, είναι και αυτή η συνεισφορά ιδιαίτερα σημαντική. Θυμίζω ότι είναι ανοιχτή η πρόσκληση από τον ΕΟΠΥΥ.

Ήδη η εικόνα σε που έχουμε σε σχέση με το καλοκαίρι που αυτή τη σημαντική αλλαγή με τη διακοπή των προηγούμενων συμβάσεων ήταν υποχρεωτικό από το νόμο προκειμένου να ξεκινήσουμε τις νέες συμβάσεις αυτοδικαίως έληξαν οι παλιές σε αυτές τις ειδικότητες, ήδη νομίζω αυτή η δεξαμενή σταδιακά ενισχύεται.

Το πρόβλημα είναι η στρεβλή κατανομή τους. Είναι αλήθεια ότι στην Αττική και σε δυο άλλα μεγάλα αστικά κέντρα υπάρχουν δυσκολίες και εκεί είναι και η μεγάλη μας προσπάθεια να ενισχύσουμε και με τοπικές ομάδες υγείας αυτές τις περιοχές αλλά και με επιπλέον συμβεβλημένους γιατρούς και αν χρειαστεί και με μόνιμες προσλήψεις.

Ανέφερε και ο Υπουργός ότι δεν υπάρχει κανενός είδους καταληκτική ημερομηνία για την εγγραφή του πληθυσμού. Και με το νέο έτος προφανώς υπάρχει η δυνατότητα εγγραφών και νομίζω ότι όσο και η δεξαμενή με νέους γιατρούς που μπαίνουν στις τοπικές ομάδες υγείας αλλά και με συμβεβλημένους γιατρούς ενισχύεται υπάρχουν και περισσότερες επιλογές.

Υπάρχουν δήμοι οι οποίοι δεν είναι καλυμμένοι, αυτό είναι μια πραγματικότητα. Ξαναλέω ότι το μεγαλύτερο πρόβλημα φαίνεται να υπάρχει στην Αττική. Και εκεί θα πέσει και το μεγαλύτερο μέρος της προσπάθειας από εδώ και πέρα.

Νομίζω ότι η επαρχία και οι δημόσιες δομές έχουν μπει σε μια πολύ καλή σειρά και στις περισσότερες περιπτώσεις και θα ενισχυθούν ιδιαίτερα και με τις μόνιμες προσλήψεις.

Ανέφερε και ο Υπουργός, έχουμε την προκήρυξη για 455 θέσεις, μόνιμες θέσεις γιατρών ΕΣΥ στα κέντρα υγείας και των πόλεων, τα πρώην ΠΕΔΥ εννοώ και στα αγροτικά κέντρα υγείας. 450 θέσεις διαφόρων ειδικοτήτων, αυτές δεν είναι μόνο ειδικότητες γενικής ιατρικής, παθολογίας και παιδιατρικής. Ωστε σιγά-σιγά να ενισχύσουμε και αυτό το δεύτερο επίπεδο του συστήματος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Η κατανομή είναι σε όλη τη χώρα. Η 1η υγειονομική περιφέρεια έχει 63 θέσεις, η 2η έχει 102 στην κατανομή που έχουμε κάνει, η 3η 62, η 4η της ανατολικής Μακεδονίας-Θράκης 65 και του ανατολικού κομματιού της κεντρικής Μακεδονίας. Η 5η ΥΠΕ 59, η 6η 78 και η 7η 26 θέσεις. Προκηρύσσονται και ανοίγει η πλατφόρμα υποβολής στις 10 του Γενάρη. Υπάρχει ήδη έγκριση αυτών των θέσεων από το Υπουργείο.

Στα απολογιστικά είπε ήδη κάποια νούμερα ο Υπουργός, να μην τα επαναλάβω. Και για το φάκελο τα είπαμε. Λίγο να σταθώ στο κομμάτι των ακαδημαϊκών μονάδων, να το εξηγήσουμε λίγο αυτό.

Αυτό είναι θα έλεγα ένα αίτημα των ανθρώπων από την ακαδημαϊκή κοινότητα σχεδόν διαχρονικό. Ξέρετε οι ιατρικές σχολές την ατζέντα της πρωτοβάθμιας δεν την είχαν ιδιαίτερα ψηλά στις ιεραρχήσεις τους.

Υπήρχαν κάποιοι λίγοι, ακόμα υπάρχουν κάποιοι λίγοι ακαδημαϊκοί που ασχολούνται με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας κυρίως στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης και στο Πανεπιστήμιο Κρήτης. Είναι οι άνθρωποι που μας βοήθησαν και με το αρχικό σχέδιο και είναι οι άνθρωποι που έχουν και ένα ρόλο και στην ανάπτυξη του συστήματος με συμμετοχή κάποιων εξ αυτών και στην επιτροπή συντονισμού και σχεδιασμού.

Από αυτές τις δύο, από αυτά λοιπόν τα δύο ακαδημαϊκά ιδρύματα μέσω προγραμματικών συμβάσεων με την 4η Υγειονομική Περιφέρεια το Αριστοτέλειο και με την 7η Υγειονομική Περιφέρεια το Πανεπιστήμιο Κρήτης ξεκινά αυτή η πρώτη συνεργασία.

Στην ουσία μιλάμε για κέντρα διαρκούς επιμόρφωσης και του προσωπικού που υπηρετεί στις δημόσιες δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, άρα δεν είναι μόνο για τις ΤΟΜΥ είναι και για το προσωπικό των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων, σε αυτή τη νέα προσέγγιση στο σύστημα υγείας.

Και γνωστικά βεβαίως σε ιατρικά, νοσηλευτικά αντικείμενα γιατί θα εμπλακούν και τα αντίστοιχα τμήματα Τ.Ε.Ι. των επαγγελματιών υγείας σε αυτή την ιστορία αλλά και σε αυτή τη διαφορετική προσέγγιση που επιδιώκουμε να εισάγουμε στο χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Δηλαδή με την οργάνωση δράσεων στην κοινότητα, με την οργάνωση των δράσεων πρόληψης της αγωγής υγείας, τι γίνεται, πως λειτουργεί ο οικογενειακός γιατρός, πως λειτουργεί προληπτικά η όλη αυτή παρέμβαση, πως προσεγγίζουμε τον πολίτη, γιατί εστιάζουμε στον πολίτη που δεν είναι απλά άρρωστος, αλλά τον φροντίζουμε και αναλαμβάνουμε την ευθύνη του, την υγειονομική του ευθύνη πριν νοσήσει.

Αυτά λοιπόν σημαίνουν, αυτές οι δύο προσπάθειες που ξεκινούν τώρα, ότι θα έχουμε αντίστοιχα και την ακαδημαϊκή υποστήριξη σε αυτό το πεδίο, προκειμένου και αυτές οι δράσεις που είναι, αυτές οι παρεμβάσεις, που είναι παρεμβάσεις να μην συγχρηματοδοτούμενες, πέρα από τη χρηματοδότηση, ένα πολύ σημαντικό κομμάτι, αναφέρθηκε ο Υπουργός, της σταδιακής εξόδου και της ενσωμάτωσης πια στον τακτικό προϋπολογισμό, να έχουμε και μία ακαδημαϊκή υποστήριξη που θα ενισχύσει ακόμη περισσότερο τη λειτουργία αυτών των δομών, αλλά και των αναπροσανατολισμό των ανθρώπων που ήδη βρίσκονται στις δημόσιες δομές.

Η εγκύκλιος για τα ραντεβού στα κέντρα υγείας είναι έτοιμη. Σήμερα ή αύριο θα δημοσιευτεί και είναι αυτό ακριβώς που εξήγησε ο Υπουργός, πως ανάλογα με τον βαθμό κάλυψης μιας περιοχής από οικογενειακούς γιατρούς, αντίστοιχα τα ραντεβού στα κέντρα υγείας σε διάφορες ειδικότητες θα ταξινομούνται ένα κομμάτι τους για να μπορεί να παραπέμπεται απευθείας ο πολίτης από τον οικογενειακό γιατρό, άρα να κερδίζει χρόνο και εάν άλλο κομμάτι ελεύθερα.

Προφανώς δεν υπάρχει σε αυτό το πράγμα μία γενική διαχωριστική γραμμή. Θα πηγαίνει αυτή η ιστορία, θα αποτυπωθεί και στην εγκύκλιο, ανάλογα με τα βαθμό διαθεσιμότητας των περιοχών αυτών σε οικογενειακούς γιατρούς.

Να φέρω ένα παράδειγμα. Μία περιοχή που θα έπρεπε να έχει 100 οικογενειακούς γιατρούς και έχει 10, προφανώς θα δεσμεύσει στο πρόγραμμα των κέντρων υγείας πολύ μικρότερο ποσοστό για παραπομπές απ' ότι θα δεσμεύσει μία περιοχή που έχει καλύψει το 50% , το 60% το 80% ή και μεγαλύτερο ποσοστό των ραντεβού της.

Σταδιακά θα αρχίσει να εφαρμόζεται και αυτό. Ούτως ή άλλως νομίζω χρειαζόμαστε είναι εδώ και ο Τάσος, σε κάνα δίμηνο για να μπορέσουμε να το εντάξουμε στον προγραμματισμό του ραντεβού μέσα από την πλατφόρμα της ΗΔΙΚΑ και το επόμενο βήμα είναι βέβαια και αυτό είναι σημαντικό και θα φανεί ακόμα περισσότερο η διαφορά αξιοποίησης, χρησιμοποίησης του οικογενειακού γιατρού, με τα ραντεβού στα νοσοκομεία και στις νοσοκομειακές ειδικότητες.

Να δώσουμε δηλαδή ένα θετικό κίνητρο ώστε ο θεσμός αυτός να αξιοποιείται επειδή όντως έχει ένα θετικό αποτέλεσμα στη συμπεριφορά και στους χρόνους αναμονής και στην ταλαιπωρία του πολίτη.

Δυο τρία πράγματα να συμπληρώσω σε κοντινά αντικείμενα. Το ένα έχει να κάνει με την πορεία της διαπραγμάτευσης με τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, με την ομάδα εργασίας από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο για τις συμβάσεις των άλλων ειδικοτήτων.

Έχει ξεκινήσει εδώ και ένα δίμηνο, τρίμηνο αυτός ο κύκλος συναντήσεων. Η πρόθεση του Υπουργείου είναι για τις άλλες ειδικότητες να έχουμε στην ουσία 3 τμήματα να το πω έτσι στο κομμάτι των συμβάσεων. Θα πάμε κατά πράξη και περίπτωση προσδιορίζοντας τις ανάγκες που χρειαζόμαστε ανά περιοχή και ανά ειδικότητα, δίνοντας τη δυνατότητα σε όσους γιατρούς επιθυμούν των αντίστοιχων ειδικοτήτων να συμβληθούν με τον ΕΟΠΥΥ και να καλύψουν μέρος από αυτές τις επισκέψεις.

Αυτό είναι και νομίζω και ανταπόκριση σε ένα διαχρονικό αίτημα του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου, το κατά πράξη και περίπτωση και η πρόσβαση ελεύθερα όλων των γιατρών σε αυτό το σύστημα των επισκέψεων.

Οι επισκέψεις αυτές, η δική μας η πρόθεση είναι, το συζητάμε. Νομίζω είναι θετική κατ' αρχήν η ανταπόκριση από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο να είναι τριών ειδών.

Η μία να αφορά την επίσκεψη ελεύθερα να το πω έτσι, όπως ήταν μέχρι σήμερα. Νοιώθω ότι πρέπει να επισκεφτώ έναν καρδιολόγο, θα τον επισκεφτώ σε ένα περιορισμένο αριθμό επισκέψεων.

Θα με δει και θα αποζημιωθεί αντίστοιχα. Ένα μεγαλύτερο ποσό αποζημίωσης όταν η επίσκεψη σε γιατρό άλλης ειδικότητας προκύπτει μέσα από παραπομπή, ώστε να δώσουμε και ένα κίνητρο στους πολίτες να χρησιμοποιούν τους οικογενειακούς τους γιατρούς και αντίστοιχα και το τρίτο κομμάτι, που νομίζω ότι έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον και έρχεται να καλύψει και έτσι μία ανησυχία των ανθρώπων που έχουν χρόνια νοσήματα, είναι μία στην ουσία παραπομπή σε συμβεβλημένο γιατρό άλλης ειδικότητας, ώστε να αναλάβει να φροντίζει έναν χρόνια πάσχοντα σε ετήσια βάση.

Το κάνω πιο λιανό. Αν μία επίσκεψη σε έναν καρδιολόγο αποζημιώνεται από την ΕΟΠΥΥ 10 ευρώ σήμερα, η φροντίδα ενός χρόνιου πάσχοντα σε ετήσια βάση θα αποζημιώνεται με 80 – 100 – 120 ευρώ. Θα δούμε τώρα που θα καταλήξουμε και τι μας επιτρέπουν τα οικονομικά μας.

Αυτό θα γίνεται για να μπορεί ο γιατρός να έχει την ευθύνη ενός ασθενή σε ετήσια βάση, αυτό μας βοηθάει και να μην προκαλούνται επισκέψεις αχρείαστες, αλλά και για να έχει ο γιατρός την ευθύνη και το κίνητρο να έχει «ρυθμισμένο», να το πω έτσι, τον χρόνια ασθενή, να ξέρει ότι θα πάρει μία αποζημίωση σε ετήσια βάση συγκεκριμένη και θα έχει τον ασθενή Ξανθό να τον κουράρει καθ' όλο το έτος.

Αυτό νομίζω βρήκε και ιδιαίτερα θετική ανταπόκριση από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο.

Δεν έχουμε καταλήξει, είμαστε ακόμη σε αυτή τη διαδικασία, θεωρώ ότι πηγαίνει καλά, ευελπιστώ ότι θα έχουμε μία συμφωνία ώστε να καταλήξουμε και σε συλλογική σύμβαση εργασίας. Εντάξει, υπάρχουν και διάφορα θέματα που μπαίνουν εκτός συμβάσεων θα έλεγα από την πλευρά του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου, και υπάρχουν προφανώς διάφορα ζητήματα, οι πόροι είναι συγκεκριμένοι, άρα υπάρχει και ένα ταβάνι που το ορίζει ο κλειστός προϋπολογισμός αλλά είναι μία διαδικασία θα έλεγα ιδιαίτερα εποικοδομητική, τουλάχιστον έτσι όπως την αξιολογώ εγώ.

Το δεύτερο σημείο είναι η οδοντιατρική φροντίδα, είναι η πρώτη χρονιά το 2019 που ο ΕΟΠΥΥ θα ξεκινήσει την οδοντιατρική φροντίδα, συμβάσεις δηλαδή με ελευθεροεπαγγελματίες οδοντιάτρους για την κάλυψη του σχολικού πληθυσμού, παιδιών δηλαδή ηλικίας 5-12 ετών. Είναι περίπου 900.000 παιδιά αυτός ο πληθυσμός, με ένα πακέτο πράξεων σημαντικών για την προληπτική στοματική υγιεινή αλλά και θεραπευτικό όπου χρειάζεται.

Ανάλογα με τις ηλικίες των παιδιών οι πράξεις περιλαμβάνουν από απλές οδοντιατρικές εξετάσεις, φθοριώσεις, προληπτικές εμφράξεις και σφραγίσματα όπου χρειάζεται για παιδιά ηλικίας 5-12 ετών. Ξεκινάμε από εκεί την οδοντιατρική φροντίδα, σταδιακά θα πρέπει να επεκταθεί βέβαια και στον υπόλοιπο πληθυσμό, νομίζω ότι είναι όμως μία καλή αρχή και είναι και στο πνεύμα της προσπάθειάς μας να επενδύσουμε στην πρόληψη και στην προαγωγή της υγείας.

Και το τελευταίο που θα ήθελα εγώ να συμπληρώσω είναι ότι πέρα από την παρέμβαση στις αστικές περιοχές, κυρίως, μέσω των τοπικών ομάδων υγείας, που συνεχίζεται, θέλω να πιστεύω, αυτός είναι ο προγραμματισμός, μέχρι τέλος του Γενάρη θα έχουμε φτάσει στις 120 τέτοιες ομάδες και συνεχίζουμε.

Κάποιες τοπικές μονάδες υγείας θα συγκροτηθούν και με ιδίους πόρους, εννοώ με προσωπικό του Εθνικού Συστήματος Υγείας, εκεί που θέλουμε να μετεξελιζόμαστε, παραδείγματος χάριν, κάποια τοπικά ή περιφερειακά ιατρεία.

Αλλά ένα σημαντικό έλλειμμα που υπάρχει στις αγροτικές περιοχές και με πρόσφατη μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας δείχνει ότι υπάρχουν ελλείμματα κυρίως στο κομμάτι της πρόληψης, της προληπτικής φροντίδας, των εξετάσεων και της πρώιμης διάγνωσης σε αγροτικές περιοχές, κυρίως για τον γυναικείο πληθυσμό ειδικά αν αυτός ο πληθυσμός είναι και μίας κάποιας ηλικίας, είναι ακόμη χειρότερα τα ευρήματα.

Αυτό το κενό θέλουμε να το καλύψουμε μέσα από την λειτουργία, τη δραστηριοποίηση, την έναρξη λειτουργίας των κινητών ομάδων της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Στην ουσία πρόκειται για ομάδες υγείας διεπιστημονικές με επαγγελματίες υγείας διαφόρων ειδικοτήτων, θα πω ενδεικτικά κάποιες ειδικότητες: μαίες, φυσικοθεραπευτές, τεχνολόγους ιατρικών εργαστηρίων.

Αυτές οι ομάδες σε συνεργασία θα έχουν ένα κέντρο υγείας αγροτικής περιοχής ως βάση και θα κάνουν κυλιόμενες παρεμβάσεις σε πληθυσμούς αγροτικών περιοχών σε συνεργασία με τους γιατρούς των περιφερειακών ιατρείων, άρα δίνουμε στην ουσία στους γιατρούς των περιφερειακών ιατρείων μία ομάδα που θα τους επικουρεί σε τακτική κυλιόμενη βάση για να μπορέσουμε να ελέγξουμε, να προλάβουμε νοσήματα και να αρχίσουμε σιγά-σιγά και αυτό το κομμάτι της ολιστικής φροντίδας και της πρόληψης να το εισάγουμε και στην φροντίδα των αγροτικών περιοχών.

Αυτή είναι μία παρέμβαση που θα μας επιτρέψει να σχηματίσουμε 92 τέτοιες ομάδες σε αγροτικές περιοχές σε όλη τη χώρα, είναι μία παρέμβαση που θα χρηματοδοτηθεί από το επιχειρησιακό πρόγραμμα της μεταρρύθμισης του δημόσιου τομέα. Προφανώς είναι μία νέα λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας και είναι μία παρέμβαση που και αυτή θα έχει, θα τα πούμε αναλυτικά και το επόμενο διάστημα, χαρακτηριστικά βιωσιμότητας

και ενσωμάτωσης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας για τη μετά το πέρας της χρηματοδότησης περίοδο.

Αυτά από εμένα, στη διάθεσή σας.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΡΙΑ:

Ωραία, να περάσουμε στις ερωτήσεις. Παρακαλώ να περιοριστούμε στις ερωτήσεις για την πρωτοβάθμια και μετά θα δοθεί χρόνος και για άλλου ενδιαφέροντος.

Η κυρία Ευθυμιάδου από το Έθνος.

Κα ΕΥΘΥΜΙΑΔΟΥ:

Ήθελα να ρωτήσω, κύριε Υπουργέ, επειδή είπατε όσοι έχουν εγγραφεί σε οικογενειακό γιατρό θα έχουν μία προτεραιότητα με αυτά τα κίνητρα που δίνετε.

Δεν υπάρχει, δεν δημιουργείται εδώ ένα σύστημα δύο ταχυτήτων για το οποίο μάλιστα δεν φταίνε οι πολίτες αφού δεν έχουν βρει οικογενειακό γιατρό; Δηλαδή αν είσαι άτυχος και δεν βρήκες θα περιμένεις περισσότερο για να κάνεις εξετάσεις ή να πας σε ειδικό γιατρό;

Και συμπληρωματικά για να μου απαντήσετε κύριε Υπουργέ, υπάρχει και ένα πρόβλημα με τους γιατρούς τους συμβεβλημένους του ΕΟΠΥΥ. Από τότε που διεκόπησαν οι συμβάσεις από το καλοκαίρι όσοι δεν βρίσκουν να πάνε σε οικογενειακό γιατρό συμβεβλημένο πληρώνουν από την τσέπη τους.

Προφανώς μιλάμε για ένα πάρα πολύ μεγάλο ποσοστό των ασφαλισμένων των 10.000.000. Αυτό δεν έχει αναδειχθεί δεόντως και νομίζω ότι είναι ένα ερώτημα που θα ήθελα μια απάντηση.

Κος ΞΑΝΘΟΣ:

Λοιπόν, αυτό το οποίο έχει συμβεί στη χώρα στην περίοδο της κρίσης είναι ότι υπήρξαν δυο πραγματικά διαφορετικές ταχύτητες στη φροντίδα των ανθρώπων.

Υπήρξε η ταχύτητα αυτών που είχαν ασφάλιση και αυτών που λόγω της κρίσης και της φτωχοποίησης και της μακροχρόνιας ανεργίας έχασαν την ασφάλισή τους. Αυτό επιτρέψτε μου να πω ότι δημιούργησε συνθήκες υγειονομικής φτώχειας στη χώρα.

Και αυτό πυροδότησε πρωτοβουλίες κοινωνικής αλληλεγγύης, γίνανε τα κοινωνικά ιατρεία και φαρμακεία, υπήρξαν πρωτοβουλίες από διάφορες ΜΚΟ, από διάφορους φορείς, από τους δήμους, από την εκκλησία. Υπήρξε μια προσπάθεια από τους ανθρώπους του ΕΣΥ με ευαισθησία και πολλές φορές παρακάμπτοντας τις δυσκαμψίες και τους ηθμούς και τα εμπόδια που έβαζε το πλαίσιο να εξυπηρετήσουν αυτό τον κόσμο.

Αυτό τελείωσε εδώ και περίπου τρία χρόνια. Από το Φλεβάρη του '16 που έχουμε το νόμο 4368 έχουμε πλέον ουσιαστικά μια ισότιμη μεταχείριση των ανθρώπων της χώρας μας ανεξάρτητα από εργασία, ασφάλιση, εισόδημα ή καταγωγή και αυτό είναι τεράστια τομή στην κοινωνική πολιτική και στην πολιτική υγείας που ασκείται αυτή την περίοδο.

Και αυτό ήδη έχει αρχίσει, υπάρχουν μετρήσεις για αυτό να αμβλύνει υπαρκτές ανισότητες οι οποίες υπήρχαν και πριν από την κρίση και που διογκώθηκαν στη διάρκεια της κρίσης.

Υπάρχει ένας πολύ κρίσιμος δείκτης, είναι ο δείκτης των ανικανοποίητων ιατρικών αναγκών. Κυρίως για λόγους οικονομικούς αλλά και για άλλους λόγους, δυσκολιών πρόσβασης, μετακίνησης από απομακρυσμένα μέρη κλπ.

Αυτός ο δείκτης ως ποσοστό του πληθυσμού της χώρας πριν από την κρίση, το '08, το '09 ήταν 4,1%. 4,1% των πολιτών δήλωναν ότι δεν μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες υγείας τους. Ήταν ήδη υψηλό ακόμα και σε σχέση, διπλάσιο σε σχέση με τα ευρωπαϊκά στάνταρ όπου περίπου ήταν γύρω στο 2%.

Αυτό έφτασε στην περίοδο της κρίσης 14,4%. Με risk τα χρόνια '14-'15. Ένα χρόνο μετά, με το νόμο για τους ανασφάλιστους έχουμε μια σημαντική υποχώρηση αυτού του δείκτη ο οποίος γίνεται το 2017 10,9%. Και ιδιαίτερα στα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα εκεί υποδιπλασιάζεται

Νομίζω λοιπόν ότι αυτό που στην πραγματικότητα έγινε ήταν μια τεράστια παρέμβαση στήριξης των πιο αδύναμων στρωμάτων και άρσης ανισοτήτων. Προφανώς συνεχίζουν να υπάρχουν ανισότητες και δυσκολίες.

Εμείς έχουμε ένα νέο μοντέλο το οποίο αναπτύσσεται σταδιακά, πιστεύουμε ότι αυτό το μοντέλο είναι μια επένδυση σε ποιοτικότερη φροντίδα. Θεωρώ ότι αυτό είναι το στοίχημα της νέας φάσης στην οποία έχει βρεθεί η χώρα και το σύστημα υγείας. Μέχρι τώρα δώσαμε μια μάχη επιβίωσης του ΕΣΥ η οποία νομίζω κερδήθηκε με τη συνδρομή και την εξαιρετική συμβολή του ανθρώπινου δυναμικού, των γιατρών, των υπόλοιπων εργαζομένων αλλά και με κρίσιμες παρεμβάσεις ενίσχυσης των ανθρώπινων και υλικών πόρων του συστήματος οι οποίες έγιναν αυτά τα χρόνια.

Τώρα λοιπόν που διασφαλίσαμε την επιβίωση της δημόσιας περίθαλψης το στοίχημα είναι η ποιότητα της φροντίδας. και η τεκμηριωμένη ιατρική.

Εκεί νομίζω, σε αυτήν την κατεύθυνση κινείται η παρέμβαση για την πρωτοβάθμια φροντίδα και για εμάς η πρωτοβάθμια φροντίδα είναι και ένα πρόταγμα ισότητας στην υγεία.

Αυτήν την οπτική θέλουμε να δώσουμε και αυτήν την προσέγγιση θέλουμε να έχουν όλες οι παρεμβάσεις. Προφανώς ένα νέο μοντέλο δεν αναπτύσσεται από τη μία μέρα στην άλλη με τον ίδιο τρόπο, με την ίδια πληρότητα και με την ίδια γεωγραφική κάλυψη παντού.

Θυμίζω ότι σε πάρα πολλές χώρες Ευρωπαϊκές που έχουν ξεκινήσει αντίστοιχες μεταρρυθμίσεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα, στην Πορτογαλία για παράδειγμα, υπάρχουν αναφορές ότι 10 χρόνια μετά την έναρξη αυτών των μεταρρυθμίσεων στην πρωτοβάθμια φροντίδα, έχει καλυφθεί ένα μέρος του πληθυσμού που λίγο υπερβαίνει το 50%.

Αυτά τα πράγματα δεν γίνονται από τη μια μέρα στην άλλη και μάλιστα σε περίοδο έλλειψης πόρων. Έχει τεράστια νομίζω σημασία το ότι αυτή η αλλαγή δεν επιχειρήθηκε την περίοδο της υποτιθέμενης αφθονίας πόρων, αλλά επιχειρήθηκε ακριβώς μέσα στην κρίση, αξιοποιώντας χρηματοδοτικά εργαλεία διαθέσιμα, αλλά με ένα τρόπο συγκεκριμένο και με βάση το πολιτικό σχέδιο της κυβέρνησης.

Νομίζω λοιπόν ότι πραγματικά θα προσπαθήσουμε στο επόμενο διάστημα να κερδίσουμε την εμπιστοσύνη των πολιτών για το νέο σύστημα και για αυτό και χρειάζονται θετικά κίνητρα και όχι προφανώς εμπόδια και δυσκολίες.

Εμείς θέλουμε αυτός ο νέος θεσμός να πείσει τον πολίτη, τον ασθενή ότι και θα του εξασφαλίσει συνεχή ολοκληρωμένη και ποιοτική φροντίδα και θα έχει την απαραίτητη ευελιξία έτσι ώστε και θα υπάρχουν δικλίδες ασφαλείας, έτσι ώστε ασθενείς για παράδειγμα που έχουν πολύ συγκεκριμένα χρόνια νοσήματα και απαιτούν εξειδικευμένη φροντίδα, να συνεχίσουν αυτή τη φροντίδα να την έχουν.

Υπάρχουν οι πρόνοιες οι απαραίτητες στο θεσμικό πλαίσιο. Εξαιρούνται από τις παραπομπές μέσω του οικογενειακού γιατρού όλα τα έκτακτα και τα επείγοντα περιστατικά, το έχουμε πει αυτό, εξαιρούνται συγκεκριμένες ειδικότητες, όπως για παράδειγμα γυναικολόγος, οφθαλμίατρος, οδοντίατρος και τα λοιπά.

Υπάρχει δηλαδή η απαραίτητη ευελιξία και προφανώς θα υπάρχει και η απαραίτητη μεταβατικότητα. Τώρα το θέμα με τους συμβεβλημένους γιατρούς του ΕΟΠΥΥ

Αυτοί ήταν 1.700. Γιατί έχω δει να γράφονται νούμερα τα οποία δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα. 1.700 τόσοι ήταν οι άνθρωποι οι οποίοι υπηρετούσαν ως συμβεβλημένοι οικογενειακοί γιατροί, μάλλον όχι ως συμβεβλημένοι οικογενειακοί γιατροί.

Υπηρετούσαν ως συμβεβλημένοι γιατροί με τον ΕΟΠΥΥ ειδικοτήτων γενικής ιατρικής, παθολογίας και παιδιατρικής. Για να το ξεκαθαρίσουμε αυτό.

Θεσμό που να έχει λειτουργήσει οικογενειακού γιατρού στη χώρα δεν είχαμε ποτέ. Τώρα επιχειρείται. Αυτοί λοιπόν οι γιατροί νομίζω κατά τη γενική ομολογία λειτουργούσαν σε ένα πλαίσιο, το οποίο ήταν προβληματικό.

Ξέρουμε πάρα πολύ καλά τις στρεβλώσεις αυτού του τύπου συμβάσεων, όπου οι 200 επισκέψεις, το ξέρει όλος ο κόσμος αυτό, με ένα περίεργο τρόπο εξαντλούνταν από τις πρώτες μέρες του μήνα και στην πραγματικότητα οι πολίτες στη συνέχεια που ήθελαν οποιαδήποτε υπηρεσία, πλήρωναν από την τσέπη τους.

Άρα, δεν είχαμε ένα σύστημα που παρείχε δωρεάν υπηρεσίες και κατά την άποψή μου δεν εξυπηρετούσε. Μου έχουν πει άνθρωποι ότι ποτέ όσα χρόνια απευθυνόταν σε συμβεβλημένους γιατρούς, ποτέ δεν είχαν δωρεάν εξέταση.

Αυτό λοιπόν είναι ένα χρεωκοπημένο μοντέλο το οποίο έπρεπε να αλλάξει. Αποφασίσαμε λοιπόν να διακόψουμε αυτού του τύπου τη σύμβαση και να πάμε σε ένα νέο μοντέλο όπου θα προβλέπεται δέσμευση χρόνου για όλο το μήνα.

Προφανώς μας ζήτησαν οι γιατροί να υπάρχει μια ευελιξία για να μπορεί ο καθένας να οργανώσει τη λειτουργία και του ιατρείου του παράλληλα με την υποχρέωση να καλύπτει δωρεάν ασφαλισμένους πολίτες.

Η διαφορά είναι η εξής. Τώρα έχουμε 710. Υπάρχει ανοιχτή πρόσκληση από τον ΕΟΠΥΥ και νομίζω ότι ιδιαίτερα οι νεότεροι γιατροί αλλά ελπίζω και αρκετοί από τους παλιότερους βλέποντας ότι υπάρχει μία συνέπεια και μία σοβαρότητα στη προσπάθεια να αναπτυχθεί και να προχωρήσει αυτή η μεταρρύθμιση, ενδεχομένως θα ξανασκεφτούν και μπορούμε και εμείς να συζητήσουμε ακόμα και κάποιες περαιτέρω διορθωτικές, έχουμε κάνει ήδη κάποιες, κινήσεις όσον αφορά το πλαίσιο της σύμβασης.

Εμείς θέλουμε καταρχήν ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού να στηρίζεται σε ανθρώπους που έχουν οργανική σχέση με το δημόσιο σύστημα. Επειδή όμως αυτό, ξέρουμε πάρα πολύ καλά ότι δεν μπορεί να καλύψει όλες τις ανάγκες με πληρότητα, αλίμονο, θα χρειαστεί και μία συμπληρωματική και επικουρική συνεργασία με συμβεβλημένους ελευθεροεπαγγελματίες γιατρούς.

Οι συμβεβλημένοι αυτής της περιόδου δεν έχουν 200, έχουν 320 επισκέψεις το μήνα γιατί είναι περίπου 4 επισκέψεις την ώρα για 20 ώρες την βδομάδα άρα έχουμε μια δεξαμενή λιγότερων μεν γιατρών σε αυτή τη φάση, πιστεύουμε ότι σιγά-σιγά, θυμίζω ότι οι αρχικές συμβάσεις ήταν 450, μέσα σε λίγους μήνες έχει προσ αυξηθεί ο αριθμός.

Οι γιατροί, λοιπόν, αυτοί ουσιαστικά έχουν μεγαλύτερο capacity, έχουν μεγαλύτερη δυνατότητα να εξυπηρετήσουν λόγω της φύσης της σύμβασης περισσότερους ασφαλισμένους.

Και νομίζω ότι πραγματικά αυτό είναι ο στόχος μας. Βεβαίως δεν είναι ισόρροπα κατανεμημένοι παντού. Και ενδεχομένως υπάρχουν περιοχές όπου

για διάφορους λόγους είχαμε μία δυσκολία να βρούμε οικογενειακούς γιατρούς.

Έχοντας το συνολικό χάρτη μετά την ολοκλήρωση και των τοποθετήσεων των τελευταίων γιατρών στις τοπικές μονάδες, που τώρα ξεπερνούν οι οικογενειακοί γιατροί τους 500, άρα έχουμε περίπου 1.200 αυτή την περίοδο οικογενειακούς γιατρούς, θα πάμε, σιγά-σιγά σε πιο στοχευμένες παρεμβάσεις.

Και φυσικά έχουμε και τους γιατρούς των κέντρων υγείας, αυτών των ειδικοτήτων, που θέλουμε βεβαίως να τους βάλουμε σιγά-σιγά και παίρνοντας υπόψη την ανάγκη εξυπηρέτησης με ένα άλλο τρόπο ασθενών των περιοχών τους, να τους βάλουμε στη λογική του οικογενειακού γιατρού, του να έχουν δηλαδή πληθυσμό αναφοράς ο οποίος θα εξυπηρετείται κατά προτεραιότητα από αυτούς.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΡΙΑ:

Να συνεχίσουμε. Κυρία Αγγουρίδη.

Κα ΑΓΓΟΥΡΙΔΗ:

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

...προσπαθώ να καταλάβω λίγο τι θα ισχύσει με τους χρόνιους πάσχοντες με το νέο σύστημα. Ήθελα να μου εξηγήσετε, ας μην πιάσουμε τον καρκίνο, ας πιάσουμε τους διαβητολόγους που σε κάποιες περιπτώσεις ασθενών χρειάζεται να είναι πιο συχνές οι επισκέψεις και τα λοιπά και οι συνταγογραφήσεις και ούτω καθεξής.

Πώς ακριβώς θα γίνει;

Κος ΞΑΝΘΟΣ:

Κυρία Αγγουρίδη, το είπα και πριν αλλά ίσως θέλει μεγαλύτερη διευκρίνιση. Η αλήθεια είναι ότι αυτή είναι η πρώτη ερώτηση που μας θέτουν οι Σύλλογοι των ασθενών με τους οποίους έχουμε κάνει και εδώ συνάντηση, διαπιστώσαμε ότι υπάρχουν όντως πολλά ερωτηματικά και απορίες γιατί είναι ένα καινούριο σύστημα.

Είναι ενθαρρυντικό το ότι αποδέχονται τη φιλοσοφία και την κατεύθυνσή του αλλά ζητούν προφανώς περαιτέρω διαβεβαιώσεις για το πώς θα λειτουργήσει και πώς αυτό δεν θα έχει οποιαδήποτε αρνητική επίπτωση στην μέχρι τώρα φροντίδα τους.

Και μάλιστα έχουμε στείλει και μία επιστολή σε όλους τους συλλόγους των ασθενών στην οποία τους λέμε ότι είμαστε πρόθυμοι να έχουμε μία αμφίδρομη επικοινωνία, να βρούμε ένα δίαυλο επικοινωνίας όπου να τίθενται συνεχώς ερωτήματα, απορίες, ή να επισημαίνονται προβλήματα στην εξυπηρέτησή τους και τα οποία, ειδικά στα ερωτήματα και τις διευκρινίσεις, να μπορούμε με υπεύθυνο τρόπο να τις απαντούμε και να μην

υπάρχει μία παραπειστική φιλολογία πολλές φορές που αναπαράγεται στο δημόσιο λόγο.

Είπαμε το εξής, λοιπόν, για παράδειγμα μας ρώτησε ένας Σύλλογος ασθενών με νευροϊνωμάτωση και μας λένε εμάς ποιος θα μας φροντίζει; Δηλαδή μέχρι τώρα είχαμε κάποιους πολύ εξειδικευμένους νευρολόγους οι οποίοι μας παρακολουθούσαν. Τώρα για να πάμε στο νευρολόγο πρέπει να πάμε πρώτα στον οικογενειακό γιατρό;

Εξηγούμε και το έχουμε πει πολλές φορές ότι προφανώς δεν πρόκειται περί αυτού. Οι άνθρωποι οι εξειδικευμένοι που τους φρόντιζαν μέχρι τώρα είτε ανήκαν στο ΕΣΥ είτε ήταν ιδιώτες θα συνεχίζουν να τους παρακολουθούν.

Αυτό που θέλουμε είναι στο βαθμό που υπάρχουν διαθέσιμοι οικογενειακοί γιατροί στην περιοχή τους να υπάρξει μια εγγραφή και ο χρόνιος πάσχων, μια φορά το χρόνο θα το δούμε αυτό, να επισκέπτεται τον οικογενειακό γιατρό, να παίρνει ένα παραπεμπτικό ετήσιας διάρκειας κατά κάποιο τρόπο αλλά να υπάρχει όμως και στον ατομικό του ηλεκτρονικό φάκελο που θα έχει την ευθύνη ο οικογενειακός γιατρός μεν να το συγκροτήσει αλλά θα έχει και την υποχρέωση ο οποιοσδήποτε γιατρός ασχολείται με τον άρρωστο να συμπληρώνει και να ενσωματώνει μέσα τις αγωγές, τις εξετάσεις, τις ειδικές παρεμβάσεις, τις θεραπείες που θεωρεί ότι είναι απαραίτητες και θα πραγματοποιούνται.

Και έτσι και ο οικογενειακός γιατρός θα έχει μια εικόνα της εξέλιξης των προβλημάτων υγείας ενός χρονίως πάσχοντα που έχει μια ανάγκη εξειδικευμένης φροντίδας ο οποίος χρονίως πάσχων πολλές φορές μπορεί να εμφανίσει και προβλήματα που δεν σχετίζονται με το χρόνιο νόσημά του και θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν ευχερέστερα και χωρίς ας πούμε ταλαιπωρία σε μια κοντινή δομή να έχει και αυτός τη δυνατότητα να απευθυνθεί για απλά θέματα καθημερινής ας πούμε ρύθμισης των προβλημάτων υγείας τους στον οικογενειακό γιατρό.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΡΙΑ:

Η κυρία Ντάμπου.

Κα ΝΤΑΜΠΟΥ:

Κύριε Υπουργέ, ήθελα να ρωτήσω σε σχέση με το νόμο για την ασφαλιστική κάλυψη των ανασφάλιστων. Οι ανασφάλιστοι πια έχουν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, ωστόσο δεν έχουν εντοπιστεί άνθρωποι που δουλεύουν με μαύρη εργασία και εδώ έχει δημιουργηθεί μια στρέβλωση.

Αυτή τη στιγμή στην ελληνική κοινωνία όλοι θα θέλουν να δηλώνουν άνεργοι γιατί έχουν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και με την εγκύκλιο του Υπουργείου Εργασίας και το νόμο 4387/2016 όπου εκεί ρυθμίζεται η ασφαλιστική κάλυψη σε μισθωτούς, ανέργους κλπ. ή ο κάθε αλλοδαπός εργάτης με την πρώτη μέρα εργασίας, δηλαδή ένα ένσημο λαμβάνει

ασφαλιστική κάλυψη άρα μπορεί να έχει και συνταγογράφηση σε αντίθεση με τον Έλληνα ο οποίος θέλει 150 ημέρες εργασίας.

Εν πάση περιπτώσει να μην τα πολυλογώ έχει δημιουργηθεί τώρα όλη αυτή η στρέβλωση με αποτέλεσμα να συνταγογραφούνται φάρμακα από την πρώτη μέρα εργασίας τα οποία μπορεί να υπάρχει ανάγκη ή να μην υπάρχει, φεύγουν προς τρίτες χώρες.

Οπότε όλο αυτό πως πιστεύετε ότι μπορεί να μαζευτεί;

Κος ΞΑΝΘΟΣ:

Όταν κάναμε αυτή τη ρύθμιση προφανώς σταθμίσαμε και ορισμένους κινδύνους. Θεωρητικά υπήρχε ο κίνδυνος να υπάρχουν αυτοί οι λεγόμενοι στρατηγικοί κακοπληρωτές, οι άνθρωποι δηλαδή που επιλέγουν να μη πληρώνουν τις εισφορές στην κοινωνική ασφάλιση και ενώ έχουν χρήματα να εμφανίζονται ως ανασφάλιστοι έχοντας μάλιστα κατά κάποιο τρόπο εγγυημένη την ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη.

Αυτός ήταν ένα υπαρκτός κίνδυνος. Κατά την άποψή μου όχι όσος παρουσιάζεται διότι εγώ πιστεύω ότι πραγματικά κανείς δεν μπορεί να διακινδυνεύσει να χάσει και τα συνταξιοδοτικά του ασφαλιστικά δικαιώματα αλλά και τις πληρέστερες παροχές που δίνει η ασφαλιστική κάλυψη γιατί έχουμε κάνει μια σημαντική παρέμβαση ας πούμε ισονομίας και ισότητας αλλά η αλήθεια είναι ότι δεν υπάρχει ισότητα στο 100%. Δηλαδή, οι ανασφάλιστοι πολίτες εξυπηρετούνται μέσα από τις δημόσιες δομές. Δεν μπορεί για παράδειγμα να κάνουν εργαστηριακές εξετάσεις στον ιδιωτικό τομέα με την κάλυψη του ΕΟΠΥΥ

Ή δεν μπορούν να νοσηλευτούν σε ιδιωτικά θεραπευτήρια. Έχουμε όμως κάνει την πρόβλεψη αν για παράδειγμα χρειάζεται κάποιος ανασφάλιστος κρεβάτι εντατικής θεραπείας και δεν έχει το δημόσιο σύστημα διαθέσιμο, γιατί κάποιες περιόδους έχουμε επιδημική έξαρση αναπνευστικών λοιμώξεων και λοιπά και έχουμε δυσκολίες και υπάρχει διαθέσιμη κλίνη στον ιδιωτικό τομέα, εντατικής, να μπορεί και ο ανασφάλιστος να νοσηλευτεί με δαπάνη του δημοσίου.

Νομίζω λοιπόν ότι αυτό, θεωρώ δηλαδή ότι πραγματικά αυτή η παρέμβαση κάλυψε την πλειονότητα των ανασφάλιστων πολιτών που πραγματικά για λόγους αντικειμενικής δυσκολίας, είτε επειδή ήταν μακροχρόνια άνεργοι, είτε επειδή χρεοκόπησαν οι επιχειρήσεις τους, είτε επειδή δεν μπορούσαν να πληρώσουν τις εισφορές τους, διότι υπήρχαν άλλες πολύ πιο ζωτικές ανάγκες να καλυφθούν, βρέθηκαν να είναι ανασφάλιστοι.

Νομίζω δεν έγινε αυτό, αν υπάρχει ένα πολύ ελάχιστο ποσοστό, νομίζω ότι αυτό στην πραγματικότητα δεν δημιουργεί πρόβλημα στο σύστημα υγείας διότι επιτρέψτε μου να πω, ότι αυτοί που έχουν χρήματα, νομίζω δεν

θα επιλέξουν να πάνε με το status του ανασφάλιστου να περιμένει, ενδεχομένως και να ταλαιπωρηθούν σήμερα στο δημόσιο σύστημα υγείας. Θα απευθυνθούν στον ιδιωτικό τομέα.

Αυτό που χρειάζεται και έχουμε κάνει μια προσπάθεια τώρα να το θωρακίσουμε λίγο, είναι να διασφαλίζεται, γιατί αυτό αφορά είπαμε, τους ανασφάλιστους πολίτες που έχουν ΑΜΚΑ, αυτό είναι το κρίσιμο κριτήριο και αφορά βεβαίως τους πρόσφυγες και τους αιτούντες άσυλο, όλοι αυτοί οι περίπου 70.000 πολίτες αυτήν την περίοδο, που είναι σε χώρους ανοιχτής φιλοξενίας, που είναι στα κέντρα υποδοχής και ταυτοποίησης, που είναι σε διαμερίσματα ανά την Ελλάδα στην ενδοχώρα και λοιπά, έχουν ΑΜΚΑ και επίσης μπορούν να έχουν πρόσβαση στο σύστημα υγείας, στα φάρμακα και λοιπά.

Αυτό που υπάρχει μια γκρίζα ζώνη, είναι οι αλλοδαποί πολίτες, οι οποίοι δεν έχουν νομιμοποιητικά έγγραφα στη χώρα και άρα δεν έχουν και ΑΜΚΑ.

Αυτό είναι ένα ποσοστό, το οποίο όντως εκεί έχουμε βάλει ορισμένα κριτήρια για αυτήν την κατηγορία, έχουμε βάλει ορισμένα κριτήρια ευαλωτότητας κατά κάποιον τρόπο.

Δηλαδή είναι κατηγορίες που είναι παιδιά, που είναι έγκυες γυναίκες, που είναι άνθρωποι με αναπηρίες, με σοβαρά χρόνια νοσήματα, με ψυχικά νοσήματα και λοιπά και λοιπά, που έχουμε προβλέψει ότι μπορούν να καλύπτονται από τις ρυθμίσεις του νόμου 4368.

Αυτό που θέλει εκεί μια θωράκιση, είναι να πιστοποιείται η μονιμότητα, ας πούμε η μακροχρόνια διαμονή στη χώρα για να αποτραπούν φαινόμενα όπως είπατε ευκαιριακής μετακίνησης, ιδιαίτερα με γειτονικές βαλκανικές χώρες και αναζήτησης δωρεάν υπηρεσιών από πολίτες οι οποίοι δεν διαμένουν στην πατρίδα μας.

Εμείς όμως πραγματικά θεωρούμε ότι αυτή η πολιτική της καθολικής κάλυψης την οποία εφαρμόσαμε αυτά τα χρόνια, είναι αν θέλετε η κόκκινη γραμμή, είναι το διαφοροποιητικό στοιχείο στην προσέγγιση της πολιτικής υγείας στη χώρα μας.

Είναι μια πολύ κρίσιμη παρέμβαση η οποία έγινε. Υπηρετεί τις ανάγκες της μεγάλης πλειονότητας των ανασφάλιστων ανθρώπων. Υπηρετεί την ανάγκη προστασίας της δημόσιας υγείας. Φροντίδας ακόμα και των πιο ευάλωτων και περιθωριοποιημένων ομάδων και σαφώς ήτανε απόλυτα σωστή

Μπορούμε να συζητήσουμε και το αναζητούμε αυτό, κάποια καλύτερη θωράκιση, έτσι ώστε οι άνθρωποι που πραγματικά έχουν ανάγκη, αυτοί να έχουν και την απαιτούμενη φροντίδα.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΡΙΑ:

Ο κύριος Σακκάς θέλει ερώτηση;

Κος ΣΑΚΚΑΣ:

(εκτός μικροφώνου).

Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:

Νομίζω ότι αυτές είναι οι πρώτες ενδείξεις ότι το επιχειρούμε.

Τώρα, στοιχεία αντίστοιχα που να επιβεβαιώνουν, διότι η μία εξήγηση είναι ότι αυτοί οι άνθρωποι κατέληγαν σε νοσοκομεία, στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Υπάρχει και η δεύτερη εξήγηση σε μία περιοχή που δεν υπήρχε δημόσια δομή για να απευθυνθούν, πρωτοβάθμιας φροντίδας, αυτοί οι άνθρωποι πήγαιναν σε ιδιώτες γιατρούς.

Άρα νομίζω ότι αυτό πρέπει να συνυπολογιστεί.

Αυτό που υποστηρίζω είναι, πάντως, ότι καλύπτουν πραγματικές, πρωτεύουσες ανάγκες να το πω έτσι, αυτές οι δομές και ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού που έχει ξεκινήσει σε αυτές τις δομές εδώ και ένα χρόνο, η εξήγηση από εκεί και πέρα είναι προς διερεύνησης και στη συνέχεια.

Δηλαδή αν όντως αυτοί οι άνθρωποι είναι ένας τόσο μεγάλος όγκος που έφτανε στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων ή αν δεν ήταν όλος αυτός ο όγκος που κατέληγε στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων αλλά πήγαινε και στον ιδιωτικό τομέα για αντίστοιχες υπηρεσίες.

Σε κάθε περίπτωση επιμένω ότι είναι σημαντικό ότι καλύπτουν ένα τόσο μεγάλο όγκο περιστατικών και κυρίως ότι ανταποκρίνονται εκεί οι δομές και δεν χρειάζεται να τους παραπέμπουν παραπέρα.

Και ένα στοιχείο νομίζω είναι ενδεικτικό της σημασίας ότι ακόμη και αυτές οι ομάδες οι οποίες έχουν κάποιους λίγους μήνες λειτουργίας, οι τοπικές ομάδες υγείας, ήδη εκτιμούμε ότι θα εξοικονομήσουν τώρα κλείνοντας τον χρόνο, η εξοικονόμηση για τα νοικοκυριά θα ξεπεράσει τα 10 εκατομμύρια ευρώ σε πληρωμές που πήγαιναν στον ιδιωτικό τομέα, κυρίως στον ιδιωτικό τομέα.

Κος ΞΑΝΘΟΣ:

Επιτρέψτε μου να πω κάτι σε αυτό γιατί καμία φορά υπάρχει και μια παρανόηση.

Πολύς κόσμος νομίζει ότι η παρέμβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα γίνεται για να υπάρξει ένα φίλτρο προς τα νοσοκομεία. Δεν είναι αυτός ο κύριος ούτε ο μοναδικός στόχος. Προφανώς θέλουμε τα νοσοκομεία να αποσυμφορηθούν από περιστατικά πρωτοβάθμιου χαρακτήρα τα οποία μπορούν να αντιμετωπιστούν σε ένα άλλο επίπεδο και η αλήθεια είναι ότι πάνω από το 70% , από ό,τι φαίνεται, των περιστατικών που πάνε στα τμήματα επειγόντων περιστατικών στην εφημερία μπορούσαν άνετα να

αντιμετωπιστούν σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, και ένα μέρος που πάει στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και άρα δημιουργεί αναμονές και τα λοιπά.

Αλλά σε καμία περίπτωση δεν είναι αυτός ο μοναδικός στόχος. Ο στόχος ο πραγματικός είναι αυτό που είπα πριν, να δώσουμε μία πιο ολιστική κατεύθυνση στο πώς παρεμβαίνουν οι υπηρεσίες υγείας και κυρίως να δώσουμε την έμφαση που χρειάζεται εκεί που υπήρχε έλλειμμα, δηλαδή στην πρόληψη, στην αγωγή υγείας, στην φροντίδα στο επίπεδο κοινότητας.

Ένας τρόπος αποτελεσματικός για να φιλτράρουμε τα περιστατικά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, γιατί, προσέξτε, οι ΤΟΜΥ δεν εφημερεύουν, δεν συγκρατούν περιστατικά επείγοντα και έκτακτα, το είπα και πριν. Οι ΤΟΜΥ θέλουμε να πάμε σε ένα δεύτερο επίπεδο, να έχουν μία διευρυμένη λειτουργία, να έχουν και απογευματινή λειτουργία να καλύπτουν και πληθυσμό ο οποίος δεν μπορεί να προσέλθει στο πρωινό ωράριο λόγω εργασίας κλπ.

Αυτό μπορεί όντως να αποτελέσει ένα αποτελεσματικό ηθμό προς τα ΤΕΠ των νοσοκομείων είναι να έχουμε κέντρα υγείας αστικού τύπου σε 24ωρη εφημερία.

Έχουμε δύο τέτοια μόνο σε όλη την Ελλάδα, εκτός από τα κέντρα υγείας της υπαίθρου τα οποία εφημέρευαν σε 24ωρη βάση. Έχουμε ένα στη Θεσσαλονίκη, το κέντρο υγείας αστικού τύπου Ευόσμου, και το κέντρο υγείας εδώ, το παλιό ΠΕΔΥ της Αλεξάνδρας.

Θέλουμε, υπάρχει ένας σχεδιασμός στους επόμενους μήνες στο λεκανοπέδιο να βάλουμε άλλα 4-5 τέτοια κέντρα υγείας σε 24ωρη εφημερία. Και στα όρια της Α΄ ΥΠΕ αλλά και της Β΄ ΥΠΕ και στον Πειραιά κλπ, έτσι ώστε με την κατάλληλη γεωγραφική διασπορά να δημιουργήσουμε συνθήκες αποσυμφόρησης των μεγάλων νοσοκομείων του κέντρου τα οποία ξέρετε πάρα πολύ καλά ότι αντιμετωπίζουν σήμερα το σύνολο των περιστατικών και πραγματικά πολλές φορές δεν μπορούν να επιτελέσουν και τον ουσιαστικό τους ρόλο που είναι η αναβαθμισμένη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΡΙΑ:

Η κυρία Μπουλούτζα από την Καθημερινή.

Κα ΜΠΟΥΛΟΥΤΖΑ:

Γεια σας. Θα ήθελα κάποιες πρακτικές διευκρινίσεις.

Όσον αφορά την εγγραφή. Δηλαδή μπαίνει κάποιος πολίτης για να εγγραφεί κανονικά με το Taxisnet, με όλους τους κωδικούς αυτούς. Μπαίνοντας μέσα θα πρέπει να επιλέξει αναγκαστικά οικογενειακό γιατρό των ΤΟΜΥ και μετά τον ιδιωτικό συμβεβλημένο; Γιατί υπάρχει και μια τέτοια, έχει ακουστεί και κάτι τέτοιο τώρα τελευταία.

Εάν δεν βρει στην περιοχή του μπορεί να πάει σε μια διπλανή περιοχή να διαλέξει; Πότε μπορεί να αλλάξει οικογενειακό γιατρό; Αν δεν του αρέσει τέλος πάντων, δεν μπορεί να επικοινωνήσει με αυτό τον γιατρό που θα έχει; Και επίσης κάτι που με ρωτάνε είναι κάποιοι άνθρωποι μένουν μισό χρόνο εδώ, μισό χρόνο στο εξοχικό τους. Τι θα γίνει, ποιος τους καλύπτει, θα έχουν δυο οικογενειακούς γιατρούς;

Ευχαριστώ.

Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:

Λοιπόν, όχι δεν είναι απαραίτητο ότι του εμφανίζονται πρώτα οι γιατροί του δημοσίου συστήματος ΤΟΜΥ ή δημόσιων δομών και μετά οι συμβεβλημένοι.

Υπάρχει μια λίστα που έχει ενσωματωμένους όλους και κάνουμε και μια προσπάθεια να διορθώνουμε, θυμάστε στις αρχές είχαμε και δυσκολίες με κάποιους γιατρούς που δεν έπρεπε να είναι στη λίστα.

Αλλά αυτές ήταν λίστες όπως ήρθαν από τις υγειονομικές περιφέρειες κρεμάστηκαν στην εφαρμογή της ΗΔΙΚΑ. Και αυτή είναι βέβαια η λίστα που ενισχύεται. Οι τελευταίοι συμβεβλημένοι γιατροί του ΕΟΠΥΥ που αυτές τις ημέρες ολοκληρώνεται η συμβασιοποίησή τους δεν έχουν εμφανιστεί ακόμα προφανώς στη λίστα.

Κα ΜΠΟΥΛΟΥΤΖΑ:

Μια διευκρίνιση όσοι έχουν συμπληρώσει τους 2500 πληθυσμό βγαίνουν από τη λίστα;

Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:

Εμφανίζεται ένα μήνυμα στον αιτούντα ότι έχει συμπληρώσει και συνεχίζει να εμφανίζεται η αίτηση εκκρεμής μέχρι να του πάει το μήνυμα.

Δεν βγαίνουν ακόμα αυτόματα από τη λίστα διότι πρέπει να έχουμε, με τον ΕΟΠΥΥ είναι αυτό το θέμα κυρίως γιατί τους γιατρούς των τοπικών ομάδων που έχουν συμπληρώσει ήδη έχουμε αρχίσει και τους αφαιρούμε από τη λίστα.

Τώρα, για την αλλαγή. Οι αλλαγές μπορούν να γίνονται από το νόμο δυο φορές το χρόνο, όχι κάθε εξάμηνο. Μπορεί να είναι στους 3 μήνες και στους 9 μήνες παραδείγματος χάρη αλλά δυο φορές το χρόνο. Αυτό καλύπτει και κάποιον δυσαρεστημένο να το πω έτσι με τον οικογενειακό του γιατρό αλλά καλύπτει και τις περιπτώσεις μετακινήσεων, κάποιος μένει σε μια περιοχή 5-6 μήνες το χειμώνα και πηγαίνει στο εξοχικό του το καλοκαίρι όπως αντίστοιχα και περιπτώσεις φοιτητών.

Εκεί δίνεται η δυνατότητα μεταγραφής εφόσον βέβαια υπάρχει διαθεσιμότητα και στις δυο περιοχές οικογενειακών γιατρών. Αυτό δεν σημαίνει, να το ξεκαθαρίσουμε πάντως λίγο αυτό.

Δεν σημαίνει ότι ένας φοιτητής παραδείγματος χάρη ο οποίος ζει σε μια επαρχιακή πόλη 8 μήνες το χρόνο και το καλοκαίρι γυρίζει στην Αθήνα, συνεχίζω το παράδειγμα, δεν σημαίνει ότι δεν θα έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Αυτό να είναι ξεκάθαρο.

Αν θελήσει θα πρέπει να αναζητήσει οικογενειακό γιατρό στην Αθήνα για να τον έχει αυτούς τους μήνες, μπορεί και να μην το κάνει, να συνεχίσει να έχει τον οικογενειακό του γιατρό στην περιοχή που περνάει το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου και από εκεί αυτός να έχει και την ευθύνη και να τον παρακολουθεί και έχει αναπτύξει πια από ένα σημείο και έπειτα θα έχει αναπτύξει και μια προσωπική σχέση.

Δεν σημαίνει ότι αν του προκύψει κάτι έκτακτο ότι δεν θα μπορεί να πάει σε οποιοδήποτε άλλο επίπεδο του συστήματος υγείας.

Τώρα, για τις περιπτώσεις των ανθρώπων που θέλουν μια τακτική ούτως ή άλλως παρακολούθηση, πιο ηλικιωμένων ας πούμε που μετακινούνται σε δυο περιοχές εκεί ίσως το ιδανικό θα ήταν να αλλάζει οικογενειακό γιατρό αντίστοιχα με την περιοχή κατοικίας του. Αλλά δίνεται αυτή η δυνατότητα δυο φορές το χρόνο από το σύστημα.

Κα ΜΠΟΥΛΟΥΤΖΑ:

Ναι, αλλά επειδή αναφέρατε το θέμα μιας προσωπικής σχέσης που μπορεί να.. Δηλαδή ο γιατρός πλέον να μάθει τον ασθενή, ξέρει ακριβώς δηλαδή δεν χρειάζεται να εξηγήσει ξανά.

Η αλλαγή αυτή δυο φορές το χρόνο δηλαδή, δυο φορές το χρόνο στο εξάμηνο που θα πρέπει να πάει στο εξοχικό του θα πρέπει να μπει πάλι στη διαδικασία να αλλάξει να βρει κάποιον άλλον ή..

Κος ΒΑΡΔΑΡΟΣ:

Κυρία Μπουλούτζα, δίνουμε τη δυνατότητα. Προφανώς εάν αφορούσε εμένα ή τους γονείς μου..

Βεβαίως θα μπορούσε να επιστρέψει στον ίδιο. Εξακολουθώ να λέω ότι αν υπάρχει, αυτές είναι οι δυνατότητες που δίνουμε. Εάν με ρωτάτε ποια είναι η ορθολογική λειτουργία, εάν αφορούσε εμένα ή τους γονείς μου παραδείγματος χάρη θα τους έλεγα να παραμείνουν στον οικογενειακό γιατρό που έχουν και αν προκύψει κάτι έκτακτο το καλύπτουν από τις δομές υγείας της περιοχής όπου περνάνε το υπόλοιπο μέρος του χρόνου τους.

Αλλά σαν δυνατότητα δίνεται. Αυτή τη στιγμή, κοιτάξτε, ο νόμος ο 4486 αποτυπώνει μια εικόνα στην πλήρη ανάπτυξη να το πω έτσι. Εμείς θέλαμε στην περιοχή όπου ζει ο πολίτης να επιλέγει εκεί τον οικογενειακό του γιατρό και αυτό γίνεται βασικά και για λόγους επιτήρησης επιδημιολογικών δεδομένων και παρακολούθησής τους. Είναι ενσωμάτωση στην ουσία και μια παρέμβαση στο χώρο της δημόσιας υγείας με αυτόν τον τρόπο.

Για αυτό και δεν επιτρέψαμε αρχικά αυτή τη δυνατότητα. Τώρα πάμε ούτως η άλλως σε μία νέα τομεοποίηση, ώστε να επιτρέψουμε και σε όμορες περιοχές αυτή στη δυνατότητα. Προφανώς θα πάμε μέχρι εκεί. Δηλαδή σε όμορους Δήμους να το πω έτσι.

Δεν θέλουμε να πάμε παραπέρα γιατί δεν έχει κανένα νόημα κάποιος που ζει στη Δραπετσώνα, να το πω έτσι, να πηγαίνει να δηλώσει οικογενειακό γιατρό στη Κηφισιά.

Μπορεί να είναι ο καλύτερος γιατρός του κόσμου, αλλά μας δυσκολεύει αφάνταστα στο να παρακολουθούμε τον πληθυσμό, τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του, κοινωνικά, γεωγραφικά, οικονομικά και ούτω καθ' εξής.

Όχι, αυτή τη στιγμή δεν δίνεται. Δεν γίνεται.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΡΙΑ:

Η κυρία Καραλατήρα.

Κα ΚΑΛΑΡΑΤΗΡΑ:

(εκτός μικροφώνου).

Κος ΞΑΝΘΟΣ:

Κοιτάξτε, εγώ νομίζω ότι μάλλον το βασικό μας λάθος ήτανε ότι υποτιμήσαμε τις δυσκολίες ανάπτυξης και τήρησης των χρονοδιαγραμμάτων που είχαμε θέσει για αυτές τις νέες δομές και μάλιστα με τη γεωγραφική διασπορά που υπήρξε σε όλη τη χώρα.

Για παράδειγμα, είχαμε προγραμματίσει 4 τοπικές μονάδες υγείας στη Μυτιλήνη. Παρά τις επανειλημμένες προκηρύξεις που κάναμε, δεν υπήρξε κανένας διαθέσιμος γιατρός.

Δηλαδή, στα νησιά σε άγονα και δυσπρόσιτα μέρη, ούτως ή άλλως έχουμε μειωμένη ανταπόκριση ακόμα και για προσλήψεις που αφορούν μόνιμους γιατρούς του συστήματος υγείας ή χθες που ήμουν στη Νάξο είχαμε και εκεί προβλέψει, γιατί θέλαμε τουλάχιστον στα αστικά κέντρα ακόμα και της νησιωτικής Ελλάδας να υπάρχει αυτή η δυνατότητα.

Ούτε εκεί φυσικά υπήρξε κανένα ενδιαφέρον και αυτό νομίζω ότι ήταν μια υποτίμηση δυσκολιών που θα μας δημιουργούσε η ανάγκη να καλύψουμε ιδιαίτερα σε περιοχές που προφανώς χρειάζονται ένα πλέγμα κινήτρων πολύ πιο ισχυρό από αυτό το οποίο υπάρχει σήμερα.

Δεν νομίζω ότι κάναμε λάθος όσον αφορά τα οικονομικά κίνητρα τα οποία δόθηκαν ιδιαίτερα για τους γιατρούς των τοπικών μονάδων υγείας.

Νομίζω δηλαδή ότι η επιλογή να δώσουμε αποδοχές Επιμελητού Α΄ ΕΣΥ και όχι του εισαγωγικού βαθμού, που είναι οι αποδοχές του Επιμελητή Β΄,

νομίζω ότι ήταν μια καλή, μια σωστή επιλογή που παρόλα αυτά και αυτή από μόνη της δεν ήταν αρκετή να προσελκύσει το μέγιστο δυνατό αριθμό.

Νομίζω, εγώ εντοπίζω κυρίως μια δυσκολία να πειστεί ένας κόσμος, κυρίως από την πλευρά των γιατρών, αλλά και των υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας, ότι αυτό δεν είναι ένα πρόγραμμα το οποίο ήρθε για να απορροφήσει κάποιους Ευρωπαϊκούς πόρους και κάποια στιγμή να βρεθεί μετέωρο, να κλείσουν αυτές οι δημόσιες δομές, να μην υπάρχει συνέχεια.

Αυτό προσπαθούμε τώρα να το διασφαλίσουμε με τον πιο κατηγορηματικό τρόπο και μάλιστα εμπλέκοντας και τα συναρμόδια οικονομικά Υπουργεία, τα οποία έχουν και τη ροή των πόρων.

Νομίζω ότι όσο αυτό γίνεται πιο κατανοητό, θεωρώ ότι πραγματικά θα πείθεται περισσότερος κόσμος, αλλά νομίζω ότι το μεγάλο στοίχημα είναι να δώσουμε και ένα σήμα στους νέους γιατρούς της χώρας μας, που σήμερα είναι σε μεγάλο βαθμό, έχουμε μεταναστεύει στο εξωτερικό, ότι εδώ έχουμε ένα νέο πεδίο, στο οποίο επενδύει πολιτεία, που έχει μια βιωσιμότητα και μια προοπτική και στο οποίο μπορούν και αυτοί με αξιοπρεπείς όρους να συνεισφέρουν και να συμβάλλουν.

Και νομίζω ότι αυτό ήδη αρχίζει να συμβαίνει. Μας έχει τύχει πολλές φορές σε επισκέψεις που κάνουμε με το Σταμάτη και στις δημόσιες δομές, στις νέες δομές, να συναντάμε γιατρούς που πραγματικά αξιοποίησαν αυτήν την ευκαιρία και γύρισαν από το εξωτερικό.

Πιθανόν να είχαν και άλλους λόγους. Πιθανόν, δεν ξέρω, δεν νομίζω ότι είναι μαζικό φαινόμενο, αλλά είναι μία τάση.

Εγώ τουλάχιστον έχω συναντήσει 7-8 άτομα που δούλευαν στη Σουηδία, που δούλευαν στο Ηνωμένο Βασίλειο, που δούλευαν στη Νορβηγία, που δούλευαν στην Γερμανία, οι οποίοι επέλεξαν, επειδή ακριβώς τους δόθηκε αυτή η δυνατότητα και μάλιστα πρέπει να πούμε και το εξής, και σε μία περίοδο που και στο υπόλοιπο σύστημα υγείας έχουν δοθεί ευκαιρίες απασχόλησης.

Έχουμε προκηρύξει, μαζί με τις τελευταίες αυτές τώρα των κέντρων υγείας, 2.760 θέσεις μονίμων γιατρών του ΕΣΥ. Μέσα σε περίοδο κρίσης δεν είναι καθόλου ευκαταφρόνητο, μπορεί να είναι μικρότερο από τις πραγματικές ανάγκες και τα κενά τα οποία δημιουργήθηκαν τα χρόνια της κρίσης, και λόγω μη αντικατάστασης των συνταξιοδοτούμενων και τα λοιπά, και τα λοιπά.

Αλλά αυτό έδωσε ευκαιρίες, πολλαπλές ευκαιρίες. Έχουμε το θεσμό των επικουρικών γιατρών, έχουμε προσλάβει πάνω από 2.000 επικουρικούς γιατρούς αυτά τα χρόνια.

Έχουμε το προσφυγικό. Ακόμα και εκεί. Είχαμε, και τώρα με τη νέα προκήρυξη ήδη έχουμε ενδείξεις ότι θα μπορούμε να έχουμε γύρω στους 100

γιατρούς. Έχουμε δηλαδή πολλαπλές ευκαιρίες που νομίζω ότι κάποιои έχοντας αυτές τις δυνατότητες ενδεχομένως δεν επιλέγουν να πάνε σε ένα θεσμό ο οποίος στο μυαλό το δικό τους δεν είχε όλη αυτή την προοπτική που σας είπα πριν.

Νομίζω ότι εκεί πρέπει να επικεντρωθούν περισσότερο. Έχουμε κάνει και ενδεχομένως λάθη σχεδιασμού στην χωροταξία, ας πούμε, των δομών, αυτά μπορούμε να τα ξαναδούμε.

Όμως και αυτή η χωροταξία δεν ήταν αυθαίρετη, υπαγορευόταν και από το γεγονός ότι μετά το πρώτο στάδιο, η χρηματοδότηση του προγράμματος ήταν από το πρόγραμμα Η Μεταρρύθμιση Δημόσιου Τομέα, δηλαδή μέσα από ένα, ας πούμε, επιχειρησιακό πρόγραμμα ενός Υπουργείου, μετά αναλάμβαναν την ευθύνη τα ΠΕΠ, τα περιφερειακά επιχειρησιακά προγράμματα των αιρετών Περιφερειών. Και αυτά οι Περιφέρειες είχαν συγκεκριμένους πόρους δεσμεύσει για το ευρωπαϊκό κοινωνικό ταμείο για αυτού του τύπου τις δράσεις.

Ήταν ένα σύνθετο θέμα αυτό, πραγματικά δεν θέλω, ήταν μια πολύ δύσκολη άσκηση, αυτή την οποία κάναμε, όπου καταφέραμε την ιδέα μίας μεταρρύθμισης, κατά την άποψή μας, αναγκαίας που υπηρετεί ένα στόχο, όπως είπαμε, καθολικής κάλυψης και ισότητας στην υγεία, να την υλοποιήσουμε σε ένα περιβάλλον περιορισμών και δυσκολιών στο καθαρά τεχνικό και επιχειρησιακό κομμάτι από την πλευρά των ευρωπαϊκών προγραμμάτων.

Θυμίζω ότι μέχρι τώρα από το ΕΣΠΑ χρηματοδοτούσαμε, αν εξαιρέσει κανείς την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και τις δομές αποασυλοποίησης που ξεκίνησαν πριν από 2 δεκαετίες, είναι η πρώτη φορά που χρηματοδοτείται μία τέτοιου τύπου μεταρρύθμιση. Συνήθως από το ΕΣΠΑ χρηματοδοτούσαμε υποδομές και αγοράζαμε αξονικούς, φτιάχναμε νέες πτέρυγες, παίρναμε μηχανήματα, φτιάχναμε αιμοδυναμικά εργαστήρια, μονάδες τεχνητού νεφρού κλπ.

Αυτή η παρέμβαση νομίζω ότι έχει και τεχνικού χαρακτήρα δυσκολίες.

Κα ΚΕΚΑΤΟΥ:

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

Κος ΞΑΝΘΟΣ:

Προφανώς δεν υπάρχει στροφή ούτε γιατί, δόθηκε και μία εντύπωση ότι το Υπουργείο περίπου τα μαζεύει λιγάκι, κάνει λίγο πίσω στα χρονοδιαγράμματα τα οποία είχε βάλει για την εφαρμογή κυρίως του συστήματος των παραπομπών. Αυτό ήταν το κρίσιμο θέμα.

Διαπιστώσαμε, λοιπόν, ότι υπήρχε μία περιρρέουσα ατμόσφαιρα, το είπα προηγουμένως που έλεγε ότι από 1/1, και επιτρέψτε μου να πω το κάποιои τεχνηέντως αυτό το καλλιεργούσαν....

Κα ΚΕΚΑΤΟΥ:

(Ομιλία μακριά από το μικρόφωνο)

Κος ΞΑΝΘΟΣ:

Κοιτάξτε τώρα, αυτές οι αλλαγές και οι μεταρρυθμίσεις, όπως είπα πριν, είναι πεδίο ισχυρών κοινωνικών και πολιτικών συγκρούσεων. Είμαστε πολύ ειλικρινείς. Πουθενά στον κόσμο αυτά τα πράγματα δεν προχώρησαν πατώντας ένα κουμπί.

Σας είπα ότι έχουμε μια προσπάθεια διεύρυνσης της παρουσίας του δημοσίου τομέα σε ένα πεδίο που είχε εκχωρηθεί σχεδόν κατ' αποκλειστικότητα στην ιδιωτική δραστηριότητα. Αυτό δεν χρειάζεται να εξηγήσουμε ότι είναι συγκρουσιακό.

Και δεν είναι τυχαίο το ότι η πλειονότητα των ιατρικών συλλόγων της χώρας ασκεί μια κριτική άλλοτε τεκμηριωμένη και άλλοτε κατά την άποψή μου τελείως αβάσιμη.

ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:

Συγγνώμη κύριε Υπουργέ, αυτά που λέτε εντάξει αλλά δεν μου απαντάτε.

Κος ΞΑΝΘΟΣ:

Ωραία, άλλο είναι το ερώτημα λοιπόν. Ενδεχομένως είναι γιατί δεν έχουμε μια πιο τακτική επικοινωνία.

Κα

Εδώ πέρα όμως κάνουμε **ερωτήσεις για την πρωτοβάθμια**.

ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:

Ερώτηση μακριά από το μικρόφωνο.

Κος ΞΑΝΘΟΣ:

Αφήστε με **λίγο** να απαντήσω και νομίζω θα σας καλύψω.

Πρώτον, καταρχήν είπαμε και καινούργια πράγματα, είπαμε ας πούμε ιδέες για την κινητή μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας, για την οδοντιατρική φροντίδα, για τον τρόπο λειτουργίας των ραντεβού. Είπαμε αρκετά καινούργια πράγματα τα οποία χρειάζονται περαιτέρω διευκρίνισης.

Όταν έρχεται η ώρα της εφαρμογής προφανώς έχουμε την ανάγκη αυτό να το κάνουμε πολύ πιο σαφές στον πολίτη ο οποίος είναι ο αποδέκτης των υπηρεσιών. Αυτός είναι ο βασικός λόγος δηλαδή και επειδή ακριβώς θεωρώ ότι υπήρχε αυτή η περιρρέουσα ατμόσφαιρα που έχρηζε περισσότερης διευκρίνισης.

Εδώ μας έχει ασκηθεί κριτική για παράδειγμα, το λέω τώρα έτσι παρεμπιπτόντως, ότι πάμε να φέρουμε ένα χρεοκοπημένο μοντέλο το οποίο

αντιστοιχεί στη μεταπολεμική περίοδο τη δεκαετία του '50. Ότι έκανε λέει η Αγγλία τη δεκαετία του '50.

Προχθές στην ΕΣΔΥ ασκήθηκε μια κριτική και ευτυχώς δεν χρειάστηκε να απαντήσω εγώ, απάντησαν οι εξαιρετικοί πανεπιστημιακοί που ήταν στο πάνελ, ο κος Μόσιαλος, ο κος Τσάκος από το UCL, ο Άρης ο Σησούρας, υπήρχε μια κριτική που έλεγε ότι πάμε να φέρουμε λέει το θατσερικό θεσμό του gate keeping. Αυτό ακούστηκε.

Λοιπόν, για να τα ξεκαθαρίζουμε αυτά τα πράγματα. Εμείς δεν πιστεύουμε ότι χρειάζεται, ότι ο οικογενειακός γιατρός ή οι μονάδες αυτές, το έχω πει και δημόσια ούτε θυροφύλακες είναι ούτε τροχονόμοι.

Και εμείς αυτό που θέλουμε είναι ο οικογενειακός γιατρός να κρατάει την πόρτα ανοιχτή στο σύστημα. Όχι να κλείνει την πόρτα. Να κρατάει την πόρτα για τον πολίτη, για αυτόν που έχει πραγματική ανάγκη να την κρατάει ανοιχτή, να έχει ευκολία πρόσβασης και στη συνέχεια ισότητα και στην έκβαση, στο αποτέλεσμα της φροντίδας γιατί το θέμα δεν είναι μόνο να διασφαλίσουμε την πρόσβαση αλλά να διασφαλίσουμε και την αποτελεσματική θεραπεία.

Για αυτό λοιπόν το λόγο κάναμε αυτή τη συζήτηση και ελπίζω να δίνουμε απαντήσεις που έχουν ως πούμε και ένα χρηστικό ενδιαφέρον για τον πολίτη.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΡΙΑ:

Η Μάρθα η Καϊτανίδη

Κα ΚΑΪΤΑΝΙΔΗ

Αναφερθήκατε σε ένα χρεοκοπημένο σύστημα σε ότι αφορά το σύστημα των συμβεβλημένων γιατρών με τον ΕΟΠΥΥ και το δέχομαι απόλυτα ότι πραγματικά είχαμε μια τεχνηέντως συχνά υπέρβαση των μηνιαίων ραντεβού.

Τώρα όμως πώς καλύπτεται ο κόσμος; Εκείνο το δεκαδικάκι μήπως ήταν μια καλύτερη λύση από τα 30 και τα 40 ευρώ που ζητάνε οι παθολόγοι; Πού απευθύνεται ο κόσμος που δεν έχει οικογενειακό γιατρό;

Κος ΞΑΝΘΟΣ:

Καταρχήν έχουμε ένα μεγάλο ποσοστό αυτής της ανάγκης να καλύπτεται μέσα από τις συνεχώς αναπτυσσόμενες τοπικές μονάδες υγείας.

Αυτές οι 50.000 συνταγογραφήσεις δεν καλύπτονταν μέχρι τώρα από το σύστημα υγείας. Αυτή είναι φροντίδα δημόσια και δωρεάν η οποία έχει προστεθεί. Και συνεχώς θα προστίθεται περισσότερη. Όσο στελεχώνονται καλύτερα αυτές οι δομές, όσο αναλαμβάνουν υπηρεσία και λειτουργούν οι νεοπροσλαμβανόμενοι τώρα γενικοί γιατροί. Πάνω από τους μισούς αυτή την περίοδο προσλαμβάνονται.

Ουσιαστικά τα στοιχεία αυτά που έχουμε τα απολογιστικά αφορούν την περίοδο που είχαμε περίπου τους μισούς οικογενειακούς γιατρούς στις ΤΟΜΥ.

Νομίζω λοιπόν ότι σταδιακά θα καλύπτεται με αυτό τον τρόπο. Και βεβαίως πιστεύω ότι σιγά-σιγά οι διαθέσιμοι οικογενειακοί γιατροί είτε του συστήματος υγείας με τη στενή έννοια, κέντρα υγείας, ΤΟΜΥ κλπ. είτε οι συμβεβλημένοι θα μπορούν να υπερκαλύψουν αυτές τις επισκέψεις κυρίως για συνταγογράφηση στις οποίες αναφερθήκατε που υπήρχαν πριν με αυτή την επιβάρυνση της γνωστή.

ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:

Δεν υπάρχουν συμβεβλημένοι, δεν υπάρχουν στις δημόσιες δομές, τι κάνουν οι άνθρωποι σε αυτές τις περιπτώσεις;

ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΣ:

Ειλικρινά με παίρνουν πολλοί πολίτες και με ρωτάνε τι θα κάνω στην περίπτωση που δεν υπάρχει οικογενειακός γιατρός, δεν υπάρχει ΤΟΜΥ, στα κέντρα υγείας έχει μετακυλισθεί ο πληθυσμός που είναι, βρίσκουν εκεί τον οικογενειακό τους γιατρό. Και ρωτάνε πού απευθύνομαι;

Και ειλικρινά σας μιλώ ένας ρόλος μου είναι αυτός, να επικοινωνήσω με το δικό σας ... για να μπορέσω και εγώ σωστά να τους οδηγήσω στο σύστημα και δεν έχω απάντηση σε αυτό.

Κος ΞΑΝΘΟΣ:

Εγώ ξαναλέω το εξής, ότι στην πραγματικότητα η πλειονότητα των πολιτών ιδιαίτερα στα μεγάλα αστικά κέντρα επιβαρυνόμενοι οικονομικά κάλυπταν τις ανάγκες τους και στο παρελθόν και τώρα προσπαθούμε να το καλύψουμε αυτό με πιο εγγυημένο τρόπο μέσα από την ανάπτυξη και τη χωρική και από άποψη στελέχωσης των νέων δομών.

Και επίσης παίρνουμε, προωθούμε και κάποιες μέριμνες που μειώνουν την ανάγκη της μηνιαίας συνταγογράφησης. Υπάρχει θεσμοθετημένο το εξάμηνο, οι συνταγές εξάμηνης διάρκειας. Για ευνόητους λόγους δεν αξιοποιούνταν ιδιαίτερα από ελευθεροεπαγγελματίες γιατρούς και αυτό το οποίο θα κάνουμε τώρα το συζητάμε τώρα και με το Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου είναι να πάμε σε μια συνταγή η οποία στην πραγματικότητα θα έχει, θα αναφέρεται πάνω ποιος είναι ο χρόνος κλινικής επανεκτίμησης του ασθενούς.

Για παράδειγμα μπορεί να είναι οι 3 μήνες ή οι 6 μήνες. Αυτό θα το σημειώνει ο θεράπων ιατρός και στο μεσοδιάστημα αυτή η συνταγή θα έχει ισχύ.

Δεν θα χρειάζεται λοιπόν να είναι επαναλαμβανόμενες οι συνταγές. Προσπαθούμε λοιπόν με τρόπους και όσο αναπτύσσεται το σύστημα της

ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και του ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου υγείας νομίζω ότι θα έχουμε αυτά τα εργαλεία σιγά-σιγά να προχωρήσουμε σε αυτή την κατεύθυνση.

Δεν αμφιβάλλω ότι υπάρχουν δυσκολίες. Αλλά επιτρέψτε μου να πω ότι το να επικαλούμαστε τις δυσκολίες εφαρμογής ενός νέου μοντέλου για να υπερασπιστούμε ένα μη σύστημα κατά την άποψή μου είναι προβληματικό.

Από την σκοπιά των αναγκών των ασθενών πραγματικά όση κριτική θέλετε, να αναγνωρίσουμε και δυσκολίες και ταλαιπωρίες και, και, όλα αυτά που λέτε και μη ισόρροπη ανάπτυξη των υπηρεσιών παντού και όλα αυτά. Προς αυτή την κατεύθυνση θέλουμε να κινηθούμε.

Αλλά θεωρώ ότι υπάρχει και μια υποκρισία, δεν εννοώ εσάς πραγματικά δεν εννοώ εσάς, από κάποιες πλευρές που επικαλούνται δυσκολίες όχι γιατί υπάρχει εναλλακτικό σχέδιο αλλά γιατί υπάρχει μια προσπάθεια με νύχια και με δόντια να υπερασπιστούμε ένα σύστημα το οποίο ήταν στρεβλό, προβληματικό και δεν παρείχε καλή φροντίδα.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΡΙΑ:

Η κυρία Γεωργαντά.

Κα ΓΕΩΡΓΑΝΤΑ:

Για το σύστημα παραπομπών. Από ότι καταλάβαμε απομακρύνεται το σενάριο από 1/1/19 όπως είχατε πει να είναι υποχρεωτικό. Έχετε ορίσει κάποιο χρονικό περιθώριο ή είναι τελικό ότι γίνεται προαιρετικό το σύστημα παραπομπών;

Επειδή είπε ο κος Βαρδαρός για τους ειδικούς γιατρούς συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ ότι θα υπάρχουν τρεις τρόποι. Ο πρώτος είναι από σήμερα, δηλαδή νιώθω ότι θέλω καρδιολόγο, πάω στον καρδιολόγο και με αποζημιώνει.

Και θέλω και μια δεύτερη ερώτηση. Να επιμείνω λίγο στην ερώτηση της συναδέλφου της κυρίας Ευθυμιάδου για τα ραντεβού και τους ασφαλισμένους δυο ταχυτήτων.

Θα μας το εξηγήσετε λίγο πρακτικά; Δηλαδή εγώ που έχω οικογενειακό γιατρό θα εξυπηρετούμαι πολύ πιο σύντομα από τον άλλον; Γιατί αυτό καταλάβαμε. Ή όχι; Από τον συμπολίτη μου που δεν έχει οικογενειακό γιατρό;

Κος ΞΑΝΘΟΣ:

Ωραία. Πρώτον, το σύστημα παραπομπών είναι δομικό στοιχείο ενός οργανωμένου δικτύου υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Δεν κάνουμε λοιπόν πίσω από την ιδέα ο οικογενειακός γιατρός να διαχειρίζεται και τις παραπομπές του πληθυσμού που αναφέρεται σε αυτόν στο σύστημα υγείας.

Προφανώς με τις δικλίδες ασφαλείας που σας είπαμε πριν. Όμως επειδή αυτά τα πράγματα προφανώς θέλουν μια σταδιακή ανάπτυξη θεωρούμε ότι θα ήταν προβληματικό να υπάρχει μια ημερομηνία μετά από την οποία όλο το σύστημα υγείας ανεξαρτήτως ιδιαιτεροτήτων και ως πούμε πραγματικών δεδομένων να λειτουργεί με τον ίδιο τρόπο.

Άρα η ιδέα είναι να πάμε σε μια πιλοτική εφαρμογή του νέου συστήματος αυτού, να επιλέξουμε δηλαδή αντιπροσωπευτικά κάποιες περιοχές, λίγες σε πρώτη φάση που έχουν μια σχετική επάρκεια στελέχωσης είτε του συστήματος υγείας είτε συμβεβλημένων οικογενειακών γιατρών και να τεστάρουμε στην πράξη την λειτουργία και τα όποια ενδεχόμενα προβλήματα έχει αυτό το νέο σύστημα.

Αυτό λοιπόν είναι, δεν κάνουμε πίσω από την ιδέα σταδιακά να εφαρμοστεί, απλώς δεν πάμε σε μια ανελαστική ως πούμε υλοποίηση.

Τώρα, όσον αφορά τα θετικά κίνητρα που είπαμε και πριν. Ακριβώς στην ίδια λογική είναι, θέλουμε οι παραπομπές, οι αναγκαίες παραπομπές αυτές που τεκμηριώνεται ότι είναι απαραίτητες επιστημονικά, ιατρικά και φαίνεται ότι όπως είπε και ο Σταμάτης προηγουμένως η επαφή για απλά περιστατικά με τις τοπικές μονάδες υγείας σε μεγάλο βαθμό καλύπτει την ανάγκη και δεν χρειάζεται περαιτέρω παραπομπή και διερεύνηση αλλά πιθανότατα κυρίως αυτό αφορά χρόνιους ασθενείς να υπάρχει, σίγουρα θα υπάρχει ανάγκη.

Θέλουμε λοιπόν καταρχήν για τα κέντρα υγείας είτε για επαφή με άλλες ειδικότητες γιατρών, είτε για τα εργαστήριά τους να υπάρχει μια γρηγορότερη αν είναι δυνατόν, θα δούμε πως θα το κανονίσουμε αυτό, εξυπηρέτηση από την πλευρά του πολίτη στο βαθμό που αξιοποιεί το δίκτυο του οικογενειακού γιατρού.

Πρέπει να το μορφοποιήσουμε με ένα συγκεκριμένο ποσοστό, θα το δούμε αυτό, αλλά η ιδέα αυτή είναι. Καταρχήν ξεκινάμε από το άλλο επίπεδο της πρωτοβάθμιας που είναι τα κέντρα υγείας και μετά θα προχωρήσουμε και στο επίπεδο των νοσοκομείων που ενδεχομένως εκεί είναι και η μεγαλύτερη δυσκολία, εκεί έχουμε τις μεγαλύτερες αναμονές σήμερα και εκεί θέλει να βρούμε ακριβώς τις δικλίδες ασφαλείας που απαιτούνται.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΡΙΑ:

Ωραία, να πάμε σε δυο-τρεις ερωτήσεις άλλου ενδιαφέροντος γιατί έχει περάσει πολύ η ώρα.

Ναι, κυρία Ευθυμιάδου.

Κα ΕΥΘΥΜΙΑΔΟΥ:

Κύριε Υπουργέ, οι πληροφορίες λένε ότι έχετε καταλήξει στο νέο Πρόεδρο του ΕΟΠΥΥ που θα προτείνετε στη Βουλή. Θέλετε να μας πείτε ποιος είναι;

Κος ΞΑΝΘΟΣ:

Λουπόν, ο νέος Πρόεδρος του ΕΟΠΥΥ στον οποίο όντως καταλήξαμε μετά από την αξιολόγηση των βιογραφικών 13 νομίζω υποψηφίων που είχαν καταθέσει αίτηση είναι ο κος Βασίλης Πλαγιανάκος ο οποίος είναι αναπληρωτής καθηγητής και Πρόεδρος του Τμήματος Πληροφορικής με εφαρμογές στη Βιοϊατρική του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Είναι διευθυντής του εργαστηρίου ευφύων υπολογιστικών συστημάτων και διευθυντής του διατμηματικού προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών με τίτλο πληροφορική και υπολογιστική βιοϊατρική.

Και επίσης είναι Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου της Ελληνικής Εταιρίας Τεχνητής Νοημοσύνης. Είχαμε και μια συνέντευξη μαζί του και πραγματικά θεωρούμε ότι για το ρόλο αυτό ενός πολύ σημαντικού ασφαλιστικού φορέα υγείας όπως είναι ο ΕΟΠΥΥ ο οποίος διαχειρίζεται και έναν πολύ μεγάλο προϋπολογισμό που είναι περίπου ισοδύναμος με τον κρατικό προϋπολογισμό όσον αφορά τη δημόσια δαπάνη αλλά και έχει την ευθύνη της αποζημιωτικής πολιτικής για τις παροχές υγείας της χώρας, νομίζω ότι πραγματικά είναι μια επιλογή που ανταποκρίνεται σε αυτές τις προδιαγραφές ή σε αυτούς τους ρόλους.

Και προφανώς σε συνεργασία και με τα υπόλοιπα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου του ΕΟΠΥΥ θα μπορέσει να υπάρξει μια ομαλή συνέχεια στην πορεία του Οργανισμού που υπάρχει νομίζω μια γενική εικόνα ότι έχουν γίνει πολύ σημαντικά βήματα εξυγίανσης και αναδιοργάνωσης. Υπάρχει μια κανονικότητα στις πληρωμές απέναντι στους παρόχους, υπάρχει μια προσπάθεια σιγά-σιγά να καλύπτονται ανάγκες οι οποίες δυστυχώς βρέθηκαν ακάλυπτες την περίοδο της κρίσης.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΡΙΑ:

Ναι, θέλετε να πείτε δυο κουβέντες; Αλλά θα το στείλουμε κιόλας, επομένως μην ανησυχείτε.

Η κυρία Ντάμπου.

Κα ΝΤΑΜΠΟΥ:

Κύριε Υπουργέ, σε σχέση με το πιλοτικό πρόγραμμα που είπατε αυτό τότε πιστεύετε ότι θα ολοκληρωθεί έτσι ώστε να ξεκινήσει η κανονική διαδικασία;

Κος ΞΑΝΘΟΣ:

Στους πρώτους μήνες του '19.

Κα ΝΤΑΜΠΟΥ:

Μπορώ να κάνω και μια άλλη ερώτηση άσχετη με τη πρωτοβάθμια;

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΡΙΑ:

Νομίζω ότι μας έχει τελειώσει ο χρόνος. Δηλαδή έχουμε πρόβλημα και με τα τηλεοπτικά συνεργεία.

Ωραία να πούμε δυο λόγια και για αυτό αλλά είναι η τελευταία ερώτηση έτσι;

Κος ΞΑΝΘΟΣ:

Κοιτάζτε, έχουμε πει πάρα πολλές φορές ότι είχαμε ένα στρεβλό πλαίσιο. Όλα αυτά τα χρόνια τα μνημονιακά υπήρξαν παρεμβάσεις οριζόντιου κυρίως χαρακτήρα. Είχαμε ένα πολύ χαμηλό budget για το φάρμακο είτε νοσοκομειακό είτε retail.

Δημιουργήθηκαν μεγάλες και αυξανόμενες υπερβάσεις αυτού του κλειστού προϋπολογισμού και ο λόγος για αυτό ήταν ότι πρώτον αποφασίσαμε, και ήταν πολιτική επιλογή αυτό, να καλύψουμε με καθολικό και ισότιμο τρόπο τις φαρμακευτικές ανάγκες των ανθρώπων χωρίς διακρίσεις και βεβαίως επειδή υπήρχαν θεσμικά ελλείμματα στο σύστημα, δηλαδή δεν είχαμε έναν μηχανισμό ελέγχου της συνταγογράφησης, δεν είχαμε μηχανισμούς αξιολόγησης των νέων προϊόντων και δεν είχαμε και κυρίως μηχανισμούς διαπραγμάτευσης.

Και στα τρία αυτά επίπεδα αξιολόγηση, διαπραγμάτευση, ορθολογική συνταγογράφηση, θεραπευτικά πρωτόκολλα έχουν γίνει βήματα αυτή την περίοδο. Αυτά τα βήματα δεν αποδίδουν γρήγορα, το ξέρουμε πάρα πολύ καλά, έτσι γίνεται σε όλο τον κόσμο, δεν αποδίδουν γρήγορα μια αισθητή απώμει μείωση ή συγκράτηση της δαπάνης παρότι σε πρόσφατες συναντήσεις που είχα με τη βιομηχανία μας επισημάνθηκε ότι το δεύτερο εξάμηνο του '18 παρατηρείται μια ανάκαμψη, μια μάλλον υποχώρηση της συνεχώς αυξητικής τάσης.

Και θεωρούν ότι σε αυτό έχουν συμβάλει εξαιρετικά τα 54 νέα θεραπευτικά πρωτόκολλα τα οποία έχουν μπει στο σύστημα της ΗΔΙΚΑ.

Άρα είχαμε ένα πλαίσιο το οποίο ήταν προβληματικό αλλά όμως αυτό είναι το κρίσιμο για εμάς παρά τις δυσκολίες και παρά τα προβλήματα διασφάλισε το μείζον. Το μείζον ήταν να έχει ο κόσμος τα φάρμακα που χρειάζεται είτε αυτό αφορά νέα καινοτόμα και αποτελεσματικά φάρμακα είτε αφορά φτηνά, παλιά δοκιμασμένα και επίσης αποτελεσματικά φάρμακα με τα οποία ρυθμίζονταν οι χρόνιοι πάσχοντες.

Έχουμε πει λοιπόν ότι έχουμε ανάγκη να πάμε σε ένα νέο πλαίσιο που θα αφορά και την τιμολογιακή πολιτική και την αποζημιωτική πολιτική και τη δικαιότερη κατανομή της υπέρβασης του γνωστού clawback.

Αυτό λοιπόν το πλαίσιο προσπαθούμε να συγκροτήσουμε, είναι αυτό που έχουμε πει πολλές φορές ένα νέο μείγμα φαρμακευτικής πολιτικής, έχουμε από το Σεπτέμβριο ουσιαστικά από τότε που βγήκαμε από το μνημόνιο ξεκινήσει αυτές τις συζητήσεις.

Το πρώτο βήμα που κάναμε είναι ότι υλοποιήσαμε ότι θα γίνεται και το νομοθετήσαμε αυτό μια φορά το χρόνο η ανατιμολόγηση των παλιών

φαρμάκων και η τιμολόγηση των νέων φαρμάκων θα συνεχίσει να γίνεται όπως και μέχρι τώρα, δηλαδή 4 φορές το χρόνο.

Και έχουμε ξεκινήσει διάλογο με τη φαρμακοβιομηχανία και τους άλλους εμπλεκόμενους στην αγορά φαρμάκου εδώ και πάρα πολύ καιρό.

Καταλήγουμε τώρα σε ένα πλαίσιο το οποίο στη συνέχεια ένα μέρος του ενδεχομένως θα χρειαστεί νομοθέτηση και θα έρθει προφανώς μετά τις γιορτές, ένα άλλο μέρος του θα μπορεί να ρυθμιστεί με υπουργικές αποφάσεις.

Αυτά είμαστε τώρα στην τελική φάση των διαβουλεύσεων, των συζητήσεων, παρουσιάσαμε τη βασική ιδέα και στην επιτροπή φαρμακευτικής δαπάνης του Υπουργείου και στη μόνιμη διακομματική επιτροπή της Βουλής για τη φαρμακευτική πολιτική και θα προσπαθήσουμε στο επόμενο διάστημα μέσα στο Γενάρη να κάνουμε και μια συζήτηση σε ένα ανώτερο κυβερνητικό επίπεδο, πιθανότατα στο ΚΥΣΟΙΠ, έχουμε κάνει συνεννοήσεις και με τον Αντιπρόεδρο της Κυβέρνησης, στο επίπεδο του Κυβερνητικού Συμβουλίου Οικονομικής Πολιτικής έτσι ώστε να χαράξουμε μια πιο μακροπρόθεσμη προοπτική που να αφορά τον τομέα του φαρμάκου συνολικά όχι μόνο από την πλευρά της πολιτικής υγείας αλλά και από την πλευρά της αναπτυξιακής προοπτικής που πρέπει να δοθεί στην εγχώρια βιομηχανία που και έχει θέσεις εργασίας και παράγει ποιοτικά προϊόντα και έχει προστιθέμενη αξία στη χώρα.

Είναι λοιπόν μια υπόθεση η πολιτική του φαρμάκου που υπερβαίνει το ρόλο μόνο του Υπουργείου Υγείας, είναι μια υπόθεση διυπουργική και διατομεακή και νομίζω ότι η προσπάθεια που θα κάνουμε είναι ακριβώς παίρνοντας υπόψη και τις παρατηρήσεις και τα προβλήματα που έχουν τεθεί από την πλευρά των εμπλεκόμενων να διαμορφώσουμε μια συνεκτική και ισορροπημένη προσέγγιση που να δώσει το σήμα ότι μετά το τέλος του μνημονιακού προγράμματος πάμε με μεγαλύτερη προβλεψιμότητα και ασφάλεια και για τη λειτουργία της αγοράς φαρμάκου αλλά κυρίως με μεγαλύτερη ασφάλεια για την κάλυψη των αναγκών των ανθρώπων, των πολιτών, των ασθενών και ιδιαίτερα αυτών που έχουν σοβαρά χρόνια νοσήματα που πραγματικά προσδοκούν και διεκδικούν την καλύτερη δυνατή φροντίδα.

Κα ΝΤΑΜΠΟΥ:

Κύριε Υπουργέ πάνω, στο clawback που λέτε, το clawback δεν έχει μειωθεί και συνεχώς θα αυξάνεται εφόσον δεν γίνεται μια σειρά από πράγματα. Όπως ο έλεγχος στη συνταγογράφηση κλπ.

Και επίσης αντιδρά η φαρμακοβιομηχανία και ο ΣΦΕΕ εχθές και λέει ότι ό,τι μέτρα και να μου δώσετε είτε να μου κάνετε μια ανατιμολόγηση, είτε οι τιμές να κρατηθούν στα ίδια επίπεδα από τη στιγμή που έχω το clawback γίνεται η υπέρβαση. Δεν υπάρχει έλεγχος, είναι μια η άλλη.

Τι απαντάτε σε αυτό;

Κος ΞΑΝΘΟΣ:

Λοιπόν, πρώτον είπα ότι γίνονται παρεμβάσεις και αυτό αναγνωρίζεται και από τη βιομηχανία. Η βιομηχανία αναγνωρίζει μπορεί να ασκεί κριτική γιατί θεωρεί ότι θίγεται από την αυξανόμενη υπέρβαση αλλά αναγνωρίζει και δημόσια και στις συναντήσεις που κάνουμε εδώ ότι για πρώτη φορά στη χώρα έχουμε μέτρα διαρθρωτικού χαρακτήρα και όχι μόνο οριζόντιες παρεμβάσεις.

Αυτά που σας είπα πριν, έχουμε την πρώτη λειτουργία, τα πρώτα βήματα της επιτροπής ΗΤΑ, έχουμε την επιτροπή διαπραγμάτευσης πια που είναι σε διασύνδεση με την επιτροπή ΗΤΑ και άρα κάθε καινούργιο φάρμακο για να αποζημιωθεί στη χώρα πρέπει να τεκμηριώνεται και η κλινική του αποτελεσματικότητα και η προστιθέμενη θεραπευτική του αξία αλλά και να προηγείται μια διαπραγμάτευση για να έχουμε μια προσιτή και βιώσιμη τιμή.

Και επίσης έχουμε αυτά τα πρωτόκολλα τα οποία είναι ήδη λειτουργικά στο σύστημα και θα τα επαυξήσουμε στο επόμενο διάστημα. Ο στόχος είναι να φτάσουμε σύντομα στα 90 νομίζω θεραπευτικά πρωτόκολλα σε πλήρη εφαρμογή.

Τώρα, υπέρβαση υπάρχει αυτό είναι σαφές. Και για αυτό και φέτος παρά το ότι ας πούμε διάβασα, είδα την ανακοίνωση του ΣΦΕΕ εχθές που έλεγε για την υπέρβαση στο νοσοκομειακό φάρμακο ότι ήταν πολύ μεγάλη κλπ. και ότι αυτό επιβαρύνει μόνο τη βιομηχανία.

Ακριβώς επειδή έχουμε υπόψη μας ότι το νοσοκομειακό φάρμακο και κυρίως τα ακριβά φάρμακα για τον καρκίνο, για τα αυτοάνοσα νοσήματα, οι βιολογικοί παράγοντες, τα σπάνια, τα ορφανά φάρμακα για τα σπάνια νοσήματα αυτά είναι που προκαλούν τη μεγάλη υπέρβαση.

Ακριβώς για αυτό το λόγο ο προϋπολογισμός για το νοσοκομειακό φάρμακο είναι επαυξημένος με 45.000.000 ευρώ επιπλέον μέσα στο '19.

Αυτό είναι μια αύξηση 10% στο budget το οποίο ήταν όντως πολύ συμπίεσμένο όλα αυτά τα χρόνια και μάλιστα ιδιαίτερα στο νοσοκομειακό φάρμακο ήταν και διαρκώς μειούμενο γιατί στο φάρμακο το εξωνοσοκομειακό είχαμε ένα πλατό το γνωστό 1.945.

Η απάντηση στην κριτική που λέει ότι η κάλυψη των αναγκών των πολιτών και η κάλυψη των ανασφάλιστων επιβαρύνει τη βιομηχανία η απάντηση που δίνουμε σε αυτό το επιχείρημα είναι η εξής. Ότι στην πραγματικότητα το κρίσιμο είναι όπως είπα πριν να έχουν πρόσβαση όλοι εγγυημένα οι πολίτες όλης της χώρας στα φάρμακα και αυτό συμβαίνει.

Και θυμίζω ότι διαψεύστηκαν όλα τα σενάρια περί grexit καινοτόμων και ακριβών φαρμάκων από τη χώρα και όλα αυτά τα οποία είχαμε ακούσει στο παρελθόν. Υπάρχει λοιπόν πλήρης κάλυψη, δεν υπάρχουν ελλείψεις στα

φάρμακα υψηλής θεραπευτικής αξίας και ακριβά συνήθως και στα νοσοκομεία και παντού.

Κατά καιρούς παρατηρούνται ελλείψεις σε φάρμακα καθημερινής χρήσης στα φαρμακεία για λόγους που τους ξέρουμε πάρα πολύ καλά, κυρίως επειδή κάποια φάρμακα έχασαν πολύ μεγάλο μέρος της τιμής τους και για κάποιες εταιρίες δεν ήταν βιώσιμη η παραμονή τους στην ελληνική αγορά.

Υπάρχουν τα κυκλώματα των παράνομων παράλληλων εξαγωγών και εν πάση περιπτώσει προσπαθούμε αυτά να τα αντιμετωπίσουμε με κατασταλτικά όπως εμφανίζονται ελλείψεις μέσω του ΕΟΦ και του ΙΦΕΤ.

Αυτό λοιπόν το οποίο συμβαίνει ξαναλέω είναι ότι στην πραγματικότητα η φαρμακευτική κάλυψη των αναγκών της κοινωνίας έχει πλέον τριμερή χαρακτήρα.

Από τη μια είναι το κράτος το οποίο δίνει για το νοσοκομειακό και το εξωνοσοκομειακό φάρμακο περίπου 2,5 δις και η βούλησή μας είναι αυτό να βαίνει βελτιούμενο στα επόμενα χρόνια. Θα πρέπει να κάνουμε, σιγά-σιγά θα το οργανώσουμε αυτό με το οικονομικό επιτελείο στα πλαίσια του νέου μεσοπρόθεσμου να δούμε τι περιθώριο έχουμε προσαύξησης των κλειστών προϋπολογισμών μέχρι το '22.

Από τη μια λοιπόν έχουμε το κράτος. Από την άλλη έχουμε τον πολίτη ο οποίος πληρώνει πάρα πολύ μεγάλο ποσοστό, έχει πολύ αυξημένη συμμετοχή στο κόστος των φαρμάκων και το οποίο εμείς θέλουμε σταδιακά να ανακουφίσουμε και να μειώσουμε επιβαρύνσεις που έχει δεχθεί και έχουμε κάνει δυο-τρεις κινήσεις προς αυτή την κατεύθυνση αυτή την περίοδο.

Μείωση 40.000.000 ευρώ για αυτούς που θεραπεύονται με γενόσημα, μείωση 20.000.000 ευρώ λόγω της κατάργησης του περιορισμού των τριών φαρμάκων ανά συνταγή. Μειωμένη συμμετοχή για ορισμένα χρόνια νόσημα όπως κάναμε πρόσφατα κλπ.

Οι αλλαγές, η μηδενική συμμετοχή για τα συμπληρωματικά φάρμακα στους ογκολογικούς ασθενείς. Κάνουμε προσπάθειες που να είναι διαχειρίσιμες δημοσιονομικά αλλά νομίζω ότι είναι σαφής αυτή η κατεύθυνση.

Και ο τρίτος παράγοντας που συνεισφέρει σε αυτή την ιστορία της κάλυψης των αναγκών είναι η βιομηχανία βεβαίως. Και η βιομηχανία συνεισφέρει λοιπόν σε μια προσπάθεια γιατί δεν νομίζω ότι σε μια περίοδο κρίσης, σε μια περίοδο χρεοκοπίας της χώρας και μέτρων λιτότητας δεν θα μπορούσαν, δεν θα ήταν απαραίτητο μάλλον να συνεισφέρουν όλοι στο να διατηρηθεί το μείζον που είναι να έχει ο κόσμος φάρμακα.

Νομίζω λοιπόν ότι υπάρχει μια συμβολή όλων και η προσπάθεια που θα κάνουμε είναι να πάμε σε ένα νέο πλαίσιο και σε διαρκώς αναπροσαρμοζόμενους κλειστούς προϋπολογισμούς.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΡΙΑ:

Ευχαριστούμε πολύ. Καλές γιορτές.

Κος ΞΑΝΘΟΣ:

Καλές γιορτές εύχομαι, να είστε καλά.