



Αθήνα, 07/10/2024

ΠΡΟΣ: ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αξιότιμε Υπουργέ Υγείας κ. Γεωργιάδη

Αξιότιμη Αναπληρώτρια Υπουργέ Υγείας κ. Αγαπηδάκη

Θέμα: Σχέδιο Νόμου «Αναμόρφωση του θεσμού του Προσωπικού Ιατρού – Σύσταση Πανεπιστημιακών Κέντρων Υγείας και άλλες διατάξεις του Υπουργείου Υγείας»

Συμμεριζόμαστε απόλυτα τις επιτακτικές ανάγκες για βελτίωση του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) και Δημόσιας Υγείας μέσω της ενίσχυσης του θεσμού του προσωπικού ιατρού (ΠΙ) και για καθολική κάλυψη του πληθυσμού από ΠΙ.

Στο πλαίσιο αυτό δεν μπορούμε παρά να χαιρετίσουμε ένα Σχέδιο Νόμου (Σ/Ν) που αποσκοπεί στην αύξηση του πληθυσμού των ΠΙ και τα πολλά θετικά που επιχειρεί να φέρει: τη διεύρυνση των κατηγοριών των ιατρών που παρέχουν υπηρεσίες ΠΙ με συμμετοχή και των αμιγώς ιδιωτών ιατρών στο σύστημα της ΠΦΥ και την προσπάθεια αξιοποίησης του συνόλου των έμπειρων και εκπαιδευμένων γιατρών της ΠΦΥ, το εφάπαξ οικονομικό κίνητρο σε νέους γιατρούς να επιλέξουν τις ειδικότητες της Γενικής/ Οικογενειακής Ιατρικής και της Εσωτερικής Παθολογίας, τη σύσταση επτά Πανεπιστημιακών Κέντρων Υγείας, όπως και τις προθέσεις καθιέρωσης ενός αποτελεσματικού συστήματος αξιολόγησης των ΠΙ στη βάση δεικτών απόδοσης, αλλά και ενός συστήματος αναφοράς από τον ΠΙ προς τις δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης.

Παράλληλα εκφράζουμε την ικανοποίησή μας που παρά τις φωνές περί του αντιθέτου, το Υπουργείο Υγείας δεν άνοιξε το θεσμό του ΠΙ σε εξειδικεύσεις άσχετες με την ΠΦΥ, παρά μόνο στην Γενική/ Οικογενειακή Ιατρική, την Εσωτερική Παθολογία και την Παιδιατρική, όπως συμβαίνει παγκοσμίως.

Θα πρέπει όμως να θέσουμε και μια σειρά προβληματισμών και προτάσεων.

1. Διαφαίνεται μια ανεξήγητη παλινδρόμηση πολιτικής σε σχέση με το ρόλο των συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ ιδιωτών ΠΙ. Η προηγούμενη μεταρρυθμιστική προσπάθεια, αναγνωρίζοντας τον ισότιμο και κρίσιμο ρόλο δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στην ΠΦΥ, προσφέροντας ένα πολύ ελκυστικότερο συμβόλαιο στους ιδιώτες ιατρούς για να συμβληθούν, πέτυχε τον υπερδιπλασιασμό τους. Τώρα ξαναπαίνουν σε δεύτερο πλάνο και αναζητούνται όπου οι δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ δεν καλύπτουν πλήρως τον πληθυσμό ευθύνης τους. Επιπρόσθετα η ανανέωση των συμβάσεων τους καθορίζεται με βάση τη δυνατότητα κάλυψης του πληθυσμού από τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, κατ' αντιστοιχία με τα προβλεπόμενα στο Ν.4486/2017 που είχαν δεχθεί έντονη κριτική.
2. Με το Σ/Ν οι πολίτες μπορούν να επιλέγουν ως ΠΙ τους έναν αμιγώς ιδιώτη γιατρό με την αποζημίωση του να γίνεται από τον πολίτη. Αυτό είναι κάτι που πρώτοι εμείς έχουμε προτείνει από ετών, ως την ύστατη λύση για να αυξηθεί η δεξαμενή των ΠΙ.

Θα μπορούσε ενδεχομένως να είχε αποφευχθεί με μια μικρή περεταίρω βελτίωση των όρων του συμβολαίου του ΠΙ. Αν η μέση per capita αποζημίωση του ΠΙ, που αυτή τη στιγμή υπολογίζεται στα 27€ /

πολίτη/ έτος και κατατάσσεται στις χαμηλότερες σε επίπεδο ΕΕ, μπορούσε να αυξηθεί περισσότερο, θεωρούμε πως η μεγάλη πλειοψηφία των ιατρών της ΠΦΥ θα αποδεχόταν τη σύμβαση και η καθολική κάλυψη του πληθυσμού με καλά εκπαιδευμένους γιατρούς θα ήταν εφικτή. Από τη στιγμή που κρίνεται απαραίτητο να συμπεριληφθούν και οι αμιγώς ιδιώτες στους ΠΙ οφείλτε να θέσετε και ένα πλαίσιο λειτουργίας τους. Ποιο το κίνητρο για τον πολίτη να δηλώσει ως ΠΙ έναν αμιγώς ιδιώτη γιατρό που θα πληρώνει ο ίδιος; Τα αντικίνητρα άλλωστε που περιελάβανε ο προηγούμενος νόμος για κάποιον που παρέμενε χωρίς ΠΙ αφαιρέθηκαν. Για ποιο λόγο να αλλάξει την επεισοδιακή χρήση ιδιωτών γιατρών που ήδη κάνει; Ποιο το κίνητρο για έναν αμιγώς ιδιώτη γιατρό να δέχεται να τον δηλώνει ένας πολίτης ως ΠΙ του και ποιες υποχρεώσεις-δεσμεύσεις για ποιες συγκεκριμένες υπηρεσίες αποδέχεται ο γιατρός προς τους πολίτες που τον δηλώνουν ως ΠΙ τους; Θα αξιολογείται η απόδοση των ιατρών αυτών όπως και των υπολοίπων; Πώς θα αποτραπεί η δημιουργία ενός συστήματος ΠΦΥ πολλαπλών ταχυτήτων, που αντί να μειώνει θα ενισχύει την ανισότητα στην πρόσβαση αναλόγως εισοδήματος;

3. Στο Σ/Ν υπάρχει πλήρης διαχωρισμός των ιδιωτών ιατρών σε δύο κατηγορίες: σε αυτούς που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ ως ΠΙ με εγγεγραμμένο πληθυσμό και σε αυτούς που δεν συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ, αλλά επιλέγονται ελεύθερα από τον πολίτη και αμείβονται από τον τελευταίο, σύμφωνα με τη μεταξύ τους συμφωνία. Κατά τη γνώμη μας και οι πρώτοι θα έπρεπε να έχουν τη δυνατότητα εγγραφών πολιτών ως ιδιώτες σε ξεχωριστή λίστα από αυτή που προβλέπει η σύμβασή τους με τον ΕΟΠΥΥ με το άθροισμά τους να είναι ο μέγιστος αριθμός εγγεγραμμένων πολιτών που έχει προσδιοριστεί για όλους τους ΠΙ. Τυχόν διατήρηση του πλήρους διαχωρισμού των δυο κατηγοριών ιδιωτών ιατρών δημιουργεί ένα ισχυρότατο αντικίνητρο σύμβασης με τον ΕΟΠΥΥ και σε μαζική έξοδο από τις συμβάσεις.
4. Η καθιέρωση ενός αποτελεσματικού συστήματος αξιολόγησης των ΠΙ στη βάση δεικτών απόδοσης είναι ζητούμενη, όπως και η σύνδεσή της με την αποζημίωση των ΠΙ, με καθιέρωση ενός στοιχείου P4P αποζημίωσης πρόσθετης της per capita αποζημίωσης. Κάτι τέτοιο θα μπορούσε να συμβάλλει στο να γίνει το συμβόλαιο του ΠΙ οριακά ελκυστικό, αλλά και παράλληλα να προτεραιοποιηθούν και να επιτευχθούν κρίσιμοι στόχοι πολιτικής υγείας, πχ εμβολιαστική κάλυψη, διεύθυνση προγραμμάτων screening για νοσήματα, κλπ
5. Η εγγραφή των ληπτών υπηρεσιών υγείας στον ΠΙ γίνεται αποκλειστικά σε επίπεδο δήμου ή όμορων δήμων, εκτός από την περίπτωση των αμιγώς ιδιωτών ιατρών που επιτρέπεται και σε επίπεδο Περιφερειακής Ενότητας. Θεωρούμε πως για όλες τις κατηγορίες ο γεωγραφικός περιορισμός θα έπρεπε να τίθεται σε επίπεδο Περιφερειακής Ενότητας. Επιπρόσθετα αν τυχόν προκριθεί να γίνεται σε επίπεδο δήμου - όμορων δήμων, ασφαλισμένοι που έχουν ήδη εγγραφεί σε ΠΙ και κάνουν χρήση των υπηρεσιών του, δεν θα πρέπει να ωθηθούν σε βίαιη αλλαγή ΠΙ. Ασθενείς που δεν έχουν κάνει χρήση του ΠΙ τους, μπορούν να αφαιρεθούν, ενδεχομένως και μετά την αποστολή σχετικού προειδοποιητικού μηνύματος σε αυτούς.
6. Αν και κατανοούμε την χρησιμότητα στην πρώτη εγγραφή σε ΠΙ, δεν βλέπουμε λόγο να επιτρέπεται η αλλαγή ΠΙ από τα φαρμακεία. Υπάρχουν παράπονα από πολίτες που διαπίστωσαν ότι έγινε αλλαγή στον ΠΙ που ήταν εγγεγραμμένοι από φαρμακείο, χωρίς μάλιστα να ερωτηθούν. Τέλος, δεν κατανοούμε γιατί απουσιάζει η δυνατότητα του ΠΙ να αφαιρεί από την λίστα του ένα πολίτη για σοβαρό και αιτιολογημένο λόγο.
7. Στο Σ/Ν ορίζεται πως οι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ ΠΙ παρέχουν υπηρεσίες ΠΦΥ στα ιατρεία τους ή κατ' οίκον. Η κατ' οίκον παροχή γίνεται μέχρι τώρα με ίδια δαπάνη του πολίτη. Τυχόν μεταβολή προϋποθέτει θέσπιση ειδικού πλαισίου και πρόσθετη, κατά πράξη αποζημίωσή της.
8. Σε απόφαση του Υπουργού Υγείας αφήνεται ο καθορισμός του τρόπου και της διαδικασίας συνεργασίας των συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ ΠΙ με τις δομές ΠΦΥ της επιλογής τους και της διαδικασίας συμμετοχής των συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ ΠΙ στις εφημερίες των μονάδων ΠΦΥ της Υ.Πε.. Μέχρι

- τώρα δεν υφίσταται καμία υποχρέωση εφημερίας των συμβεβλημένων ΠΙ σε δημόσιες δομές ΠΦΥ και η απουσία υποχρέωσης έπαιξε βαρύνοντα λόγο για πολλούς συναδέλφους στην επιλογή τους να συμβληθούν με τον ΕΟΠΥΥ. Στη φάση αυτή θα μπορούσε να γίνει αποδεκτή μόνο σε εθελοντική βάση.
9. Ο μεγάλος αριθμός εγγεγραμμένων πολιτών ανά ΠΙ και το μικρή διάρκειας ραντεβού που είναι το ίδιο για όλους τους ασθενείς ανεξαρτήτως πολυνοσηρότητας ή/και πολλαπλών αιτημάτων του ασθενή παραμένουν στο Σ/Ν. Τόσο στην επιστημονική βιβλιογραφία όσο και στις αλλαγές που επιτελούνται σήμερα στα συστήματα υγείας μόνον όταν λειτουργεί διεπιστημονική ομάδα υγείας είναι αποδεκτό το 15λεπτο ραντεβού για τον ιατρό και ο αριθμός πολιτών έχει οροφή τους 1500 πολίτες ανά ιατρό. Κατανοούμε την έλλειψη ιατρών, θεωρούμε όμως ότι θα πρέπει να δοθεί η δυνατότητα για ραντεβού μεγαλύτερου χρόνου, πλην του πρώτου ραντεβού, εφόσον δεν υφίσταται ομάδα υγείας στη συγκεκριμένη μονάδα.
 10. Το εφάπαξ οικονομικό κίνητρο σε νέους γιατρούς να επιλέξουν τις ειδικότητες της Γενικής/ Οικογενειακής Ιατρικής και της Εσωτερικής Παθολογίας κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικό από τη στιγμή που αποτελούν τη ραχοκοκαλιά του συστήματος υγείας και οι ειδικευόμενοι σε αυτές είδος προς εξαφάνιση. Η μη σύνδεσή του με υποχρέωση του γιατρού να παραμείνει στο ΕΣΥ για κάποιο χρονικό διάστημα μετά την λήψη του τίτλου ειδικότητας, δημιουργεί τον κίνδυνο να επιδοτήσουμε την εκπαίδευση νέων ιατρών, που στη συνέχεια θα εργαστούν στο εξωτερικό και όχι στη χώρα μας.
 11. Οι θέσεις υπηρεσίας υπαίθρου μετατρέπονται σε θέσεις ΠΙ, με σύστασή τους στο σύνολο της επικράτειας, συμπεριλαμβανομένων της Αττικής και της Θεσσαλονίκης. Καθώς ο αριθμός νέων ιατρών είναι πεπερασμένος και αρκετοί απόφοιτοι ιατρικών σχολών επιλέγουν πλέον την ειδίκευση σε χώρες του εξωτερικού, κάτι τέτοιο οδηγεί τις ήδη υποστελεχωμένες ιατρικά περιοχές της περιφέρειας (ιδιαίτερα τις απομακρυσμένες/ άγονες) να ερημοποιηθούν.
 12. Για την αποφυγή της ιατρικής ερημοποίησης άγονων περιοχών θα πρέπει να προβλεφθούν πρόσθετα, γενναία οικονομικά, φορολογικά και άλλα κίνητρα για τους ΠΙ του ΕΣΥ που υπηρετούν σε αυτές. Χαρακτηριστικά τα νέα οικονομικά κίνητρα που θεσπίστηκαν για αυτούς οδηγούν σε χαμηλότερη αποζημίωσή τους από ότι αν εργάζονταν ως ΠΙ του ΕΣΥ στην Αθήνα με λίστα 2000 ασθενών.
 13. Δεν προβλέπεται καμία ρύθμιση για τους ΠΙ του ΕΣΥ που πέραν της κάλυψης του εγγεγραμμένου πληθυσμού σε αυτούς καλούνται να ανταπεξέλθουν σε πολλούς άλλους ρόλους/ υπηρεσίες με αποτέλεσμα ο διαθέσιμος χρόνος τους για αυτές να περιορίζεται σημαντικά. Δεν αποτυπώνεται η ανάγκη δέσμευσης του απαραίτητου εργασιακού χρόνου προκειμένου για ανάπτυξη και συμμετοχή σε προγράμματα πρόληψης, αγωγής υγείας (κοινότητα , μαθητικός πληθυσμός) και παρεμβάσεων στην κοινότητα που ρητά περιλαμβάνονται στις υπηρεσίες που παρέχει ο ΠΙ.
 14. Οι μόλις αποφοιτήσαντες νέοι γιατροί καλούνται ως υπόχρεοι ΠΙ να προσφέρουν υπηρεσίες ΠΙ μετά από μόλις ένα μήνα εκπαίδευσης και να αναλάβουν έναν από τους δυσκολότερους ρόλους στην Ιατρική και ενώ η απαιτούμενη εκπαίδευση ενός Γενικού/ Οικογενειακού Ιατρού για να ανταπεξέλθει στο ρόλο φθάνει πλέον τα 5 έτη ειδικότητας. Κάποιοι πολίτες θα υποχρεωθούν, είτε λόγω έλλειψης διαθέσιμων ειδικευμένων ιατρών, είτε λόγω οικονομικής αδυναμίας, να έχουν ως ΠΙ έναν μη κατάλληλα εκπαιδευμένο πτυχιούχο ιατρικής σχολής, που θα αδυνατεί να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις του ρόλου και να λειτουργεί αποτελεσματικά ως σημείο πρώτης επαφής. Παράλληλα κάθε 12 μήνες θα είναι υποχρεωμένοι να αλλάζουν ΠΙ, με αποτέλεσμα να ακυρώνονται θεμελιώδεις αρχές και χαρακτηριστικά της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (όπως διατυπώνονται από τον ΠΟΥ και την WONCA) όπως η συνέχεια στη φροντίδα. Δημιουργούνται έτσι ασθενείς δεύτερης και τρίτης κατηγορίας (αυτών που προορίζεται να έχουν ως ΠΙ , απόφοιτο ιατρικής σχολής ή ειδικευόμενο), δημιουργώντας σημαντική ανισότητα για τους λήπτες υπηρεσιών υγείας.

15. Οι νέοι ανειδίκευτοι γιατροί θα μπορούσαν να λειτουργήσουν μόνο επικουρικά ενός ειδικευμένου ΠΙ, ο οποίος με τη βοήθεια τους θα μπορούσε να έχει μεγαλύτερο μέγεθος λίστα. Σε αντίθετη περίπτωση, πέρα των επιστημονικών, τίθενται και σοβαρά νομικά ζητήματα.
16. Με το παρόν Σ/Ν, καταργείται η προτεραιότητα των Γενικών/ Οικογενειακών ιατρών έναντι των παθολόγων για διορισμό σε θέσεις ΠΙ του ΕΣΥ. Ενώ είναι αναμφισβήτητο το κρίσιμο έλλειμμα παθολόγων στα νοσοκομεία και θα έπρεπε να κινητροδοτείται διακριτά και να διευκολύνεται η στελέχωση τους από παθολόγους, το Σ/Ν διευκολύνει μόνο τον διορισμό παθολόγων στην κοινότητα. Η υποστελέχωση των νοσοκομείων από παθολόγους προφανώς θα αντιμετωπίζεται, όπως συμβαίνει και σήμερα, με ανάλογες μετακινήσεις παθολόγων σε αυτά, αφήνοντας κενές τις θέσεις που θα έχουν καταλάβει σε Περιφερειακά Ιατρεία και σε Κέντρα Υγείας.

Πανεπιστημιακά Κέντρα Υγείας

17. Η ίδρυση Πανεπιστημιακών Κέντρων Υγείας αποτελεί πάγιο αίτημα μας φιλοδοξώντας να αποτελέσουν τις κοιτίδες της Γενικής/ Οικογενειακής Ιατρικής στο Πανεπιστήμιο. Έκπληξη μας προκαλεί πως οι θέσεις των μελών ΔΕΠ με τρεις από αυτούς να αναφέρονται σε ιατρούς υποδεικνύει μια έντονα ιατρο-κεντρική προσέγγιση που έρχεται σε αντίθεση με την πολυεπιστημονική / διεπιστημονική προσέγγιση της ΠΦΥ και την αναγκαιότητα της ενσωμάτωσής (integration) της στη Δημόσια Υγεία.

Η διεπιστημονική προσέγγιση απαιτεί τουλάχιστον μία θέση μέλους ΔΕΠ με ακαδημαϊκό αντικείμενο τη Δημόσια Υγεία για την οποία δεν απαιτείται πτυχίο Ιατρικής. Μία τέτοια θέση θα συνέβαλε στην κάλυψη των πολλαπλών αναγκών της ΠΦΥ που δεν έχουν λάβει την απαραίτητη ανάπτυξη, όπως η έρευνα, η ανάπτυξη, εφαρμογή και αξιολόγηση παρεμβάσεων στην κοινότητα, η ηλεκτρονική υγεία και η διασύνδεση με τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Η συγκεκριμένη αναφορά ακόμη σε ειδικότητες όπως αυτή της παθολογίας και της καρδιολογίας και η απουσία της Γενικής/ Οικογενειακής Ιατρικής που θεωρείται η κατ' εξοχήν ειδικότητα στην ΠΦΥ αδικεί την τελευταία. Συνεπώς, προτείνεται η αντικατάσταση του αντικείμενου των τριών προβλεπόμενων θέσεων μελών ΔΕΠ ως:

- Τουλάχιστον 2 θέσεις ιατρών με αντικείμενο Γενικής/ Οικογενειακής Ιατρικής
- Τουλάχιστον μία θέση Δημόσιας Υγείας, όχι απαραίτητα πτυχιούχου ιατρικής
- Τουλάχιστον μία θέση Νοσηλευτικής

Ακόμη, το σχέδιο νόμου διέπεται από όρο Προληπτική Ιατρική, ο οποίος έχει αντικατασταθεί παγκοσμίως από χρόνια από τους όρους Πρόληψη της νόσου και Προαγωγή της Υγείας που αντανakλούν τη διεπιστημονική λειτουργία και πρακτική. Ακόμα οι όροι αυτοί εμπεριέχονται στον ορισμό της ΠΦΥ και έτσι η αναφορά Προληπτική Ιατρική και ΠΦΥ μοιάζει αδόκιμος και αναχρονιστική. Επίσης, δεν παρουσιάζεται η σύνδεση των Πανεπιστημιακών Κέντρων Υγείας με τις Ιατρικές Σχολές και τα Πανεπιστήμια, καθώς και η σύνδεσή τους με την έρευνα πλην αυτής που αφορά το σχεδιασμό, εφαρμογή και αξιολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ που γίνεται αναφορά στο άρθρο 20. Τέλος, δεν διαφαίνεται ο ρόλος τους στη διασύνδεση και ολοκλήρωση των υπηρεσιών υγείας και φροντίδας σε συνεργασία με τις άλλες δομές που λειτουργούν στην ΠΦΥ (δημόσιος και ιδιωτικός τομέας).

18. Η διεπιστημονική Ομάδα Υγείας της ΠΦΥ, αποτελεί τον κεντρικό άξονα ανάπτυξης διεπιστημονικής και διεπαγγελματικής συνεργασίας στο δημόσιο σύστημα υγείας με σαφή προσδιορισμό των καθηκόντων των επαγγελματιών υγείας. Αποτελείται εκτός από τον οικογενειακό/ προσωπικό ιατρό από Νοσηλεύτη/τρια, Επισκέπτη, Υγείας, Μαία/τής, Κοινωνικός Λειτουργός, Ψυχολόγος, Φυσικοθεραπευτής, Οδοντίατρος, Διοικητικούς, κ.λ.π. Δύναται να συμβάλει στην ενεργοποίηση συντονισμένων δράσεων φροντίδας υγείας στην ΠΦΥ, στην κατ'οίκον φροντίδα και στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας. Παρατηρούμε ότι απουσιάζει τόσο το οργανωτικό πλαίσιο όσο και η δομημένη εκπαίδευση που απαιτείται για την επιτυχή λειτουργία τους. Ο καθορισμός ρόλων και η σημαντική συνεισφορά της ομάδας υγείας στον ατομικό ηλεκτρονικό φάκελο υγείας απουσιάζουν και σε αυτό το σχέδιο νόμου.

19. Ούτε σε αυτό το Σ/Ν προχωρά η θέσπιση Ιδιωτικών Μονάδων ΠΦΥ (group practices ΠΙ) ως νομικά πρόσωπα με μετόχους μόνο εργαζόμενους σε αυτά, έχοντας εξεταστικές μονάδες και για μη ιατρούς στις ίδιες τεχνικές, χωροταξικές προδιαγραφές πολυϊατρείου, χαρακτηριστικά που θα επιτρέψουν την ανάπτυξη διεπιστημονικής ομάδας υγείας. Στο εξωτερικό δίνονται οικονομικά κίνητρα στους γιατρούς για να δημιουργήσουν αντίστοιχα group practices, καθώς εμφανίζουν πολλά πλεονεκτήματα για το σύστημα υγείας σε σχέση με τα παραδοσιακά solo ιατρεία. Σας έχουμε καταθέσει σχετική πρόταση.

Η μεταρρύθμιση του ΠΙ αποτέλεσε ένα άλμα για την οργάνωση της ΠΦΥ στη χώρα. Ευχόμαστε οι προτάσεις μας να βρουν γόνιμο έδαφος και η 2η φάση της μεταρρύθμισης να μας φέρει κοντύτερα από ποτέ στην καθολική κάλυψη του πληθυσμού από ασθενοκεντρικές υπηρεσίες ΠΦΥ.

ΤΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΑ ΣΥΜΒΟΥΛΙΑ ΤΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΚΑΔΗΜΙΑ
ΓΕΝΙΚΗΣ/ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΓΕΝΙΚΗΣ/ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
«ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ»

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ
& ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΥΓΕΙΑΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΟΛΛΕΓΙΟ
ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ