

## Του φταίει και το ιδιωτικό κέντρο υγείας

Παρότι απασχολημένος ο αναπληρωτής υπουργός Υγείας **Παύλος**

**Πολάκης** με το να δρομολογεί αποσπάσεις για να καλύψει τα ζωτικά κενά στο προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Σαντορίνης -που έσπευσε να εγκαινιάσει στα μέσα Ιουλίου χωρίς εργαζομένους- βρήκε τον χρόνο να επιδοθεί στην αγαπημένη του «αριστερή» δραστηριότητα: στη δαιμονοποίηση της ιδιωτικής πρωτοβουλίας στην υγεία. Αδραξε την ευκαιρία κατά τη συζήτηση του νομοσχεδίου για τα καπνικά προϊόντα και από το βήμα της Βουλής άρχισε να «πυροβολεί» ιδιωτικά μονάδα υγείας της Σαντορίνης και να «βλέπει» διώκτες του αγώνα για την ενίσχυση του ΕΣΥ. *«Κάποιους τους πειράξε το Νοσοκομείο της Σαντορίνης, ένα*

*νοσοκομείο που ήταν έτοιμο επί πέντε χρόνια. Αυτή τη στιγμή ένα ιδιωτικό κέντρο που βρίσκεται έξω από το νοσοκομείο βαράει μύγες. As τους ενοχλεί»,* είπε ο αναπληρωτής υπουργός Υγείας. Βέβαια τα γεγονότα τον πρόλαβαν. Διότι στο ιδιωτικό κέντρο -το οποίο, σημειωτέον, «δεν βαράει μύγες» αλλά περιθάλπει τα τελευταία πέντε χρόνια σε αγαστή συνεργασία με το Κέντρο Υγείας του νησιού τους μόνιμους κατοίκους και τους χιλιάδες επισκέπτες- απευθύνθηκαν προχθές οι γιατροί του νέου Γενικού Νοσοκομείου Σαντορίνης για απεικονιστικές εξετάσεις που έπρεπε να γίνουν σε αλλοδαπούς τραυματίες.

Χάρη σε έλληνες ερευνητές, ασθενείς με βαριά καρδιακή ανεπάρκεια κέρδισαν χρόνο και ποιότητα ζωής

## Βλαστο- κύτταρα δίνουν νέα ζωή στην καρδιά



Δώδεκα έλληνες ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια – ορισμένοι εκ των οποίων σε πολύ σοβαρή κατάσταση που μετρούσαν ελάχιστο χρόνο ζωής – όχι μόνο συνεχίζουν να ζουν σήμερα, περί τα τέσσερα χρόνια μετά την υποβολή τους σε μια πρωτοποριακή «υβριδική» μέθοδο που περιελάμβανε εγχύσεις βλαστοκυττάρων στην πληγείσα περιοχή της καρδιάς τους σε συνδυασμό με καρδιοχειρουργική επέμβαση, αλλά ζουν με ποιότητα. Οι άνθρωποι αυτοί δεν μπορούσαν να περπατήσουν ούτε 20 βήματα και σήμερα περπατούν χιλιόμετρα, κάνουν ποδήλατο, «ζουν ξανά», σύμφωνα με τα λεγόμενά τους. Και οφείλουν τη νέα, καλύτερη ζωή τους στα μεσεγχυματικά βλαστικά κύτταρα δοτών τα οποία εγχύθηκαν στην καρδιά τους και «ξύπνη-

σαν» περιοχές του καρδιακού μυός που βρίσκονταν σε ύπνωση κάνοντάς τες να λειτουργούν ξανά.

ΤΗΣ ΘΕΟΔΩΡΑΣ ΤΣΩΛΗ  
ΣΕΛ. 4-6

Η ερευνητική ομάδα της Πανεπιστημιακής Καρδιοθωρακοχειρουργικής Κλινικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (ΑΠΘ) στο νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, η οποία διεξήγαγε τις επεμβάσεις, μιλώντας στο «Βήμα», τπρεί χαμηλούς τόνους αναμένοντας τα ευρήματα που θα προκύψουν από μια νέα, μεγάλου εύρους, διπλή τυφλή δοκιμή της μεθόδου η οποία αναμένεται να ξεκινήσει σε περίπου ένα έτος. Σε κάθε περίπτωση, όμως, τα μέχρι στιγμής στοιχεία κάνουν την ελπίδα για χιλιάδες ασθενείς να... βλασταίνει.



# Βλαστοκύτταρα κάνουν την καρδιά να

Ελληνες ασθενείς με **καρδιακή ανεπάρκεια** υποβλήθηκαν σε μια **πρωτοποριακή υβριδική τεχνική** που περιλαμβάνει την **έγχυση μεσεγχυματικών κυττάρων** και σήμερα ζουν με ποιότητα χάρη στην **«αναγεννημένη» καρδιά** τους

ΤΗΣ **ΘΕΟΔΩΡΑΣ ΤΣΩΛΗ**  
tthsoli@tovima.gr

**Μ**ια πανεπιστημιακή κλινική στη Θεσσαλονίκη που έχει εξελιχθεί σε διεθνές κέντρο αναφοράς και έρευνας για την καρδιακή ανεπάρκεια, μια πρωτοπόρα ελληνική ομάδα που συνεργάζεται σε επίπεδο... Νομπέλ με ειδικούς στη Βρετανία στο πεδίο των βλαστοκυτταρικών θεραπειών για την καρδιά και 12 Έλληνες ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια που χάρη σε όλα τα παραπάνω ζουν (και ζουν καλά) μετά την υποβολή τους σε μια πολλά υποσχόμενη μέθοδο βρίσκονται στην «καρδιά» του σημερινού μας άρθρου.

Η ελληνική κλινική στην οποία γίνεται η πρωτοποριακή ερευνητική δουλειά είναι η Πανεπιστημιακή Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (ΑΠΘ) στο νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ. Όπως μας αναφέρει ο διευθυντής της, αναπληρωτής καθηγητής Καρδιοχειρουργικής κ. **Κυριάκος Αναστασιάδης**, ο ίδιος και οι συνεργάτες του (επίκουροι καθηγητές **Πασχάλης Τόσιος**, **Χριστόφορος Φορούλης**, **Πολυχρόνης Αντωνίτσας**, **Γεώργιος Ταγαράκης**, **Γεώργιος Καραπαναγιωτίδης**) καταπιάνονται τα τελευταία περίπου 10 χρόνια με τη χρήση βλαστοκυττάρων ενάντια στην καρδιακή ανεπάρκεια. «Πρόκειται για προγονικά μεσεγχυματικά κύτταρα μυελού των οστών τα οποία αρχίσαμε να χρησιμοποιούμε στην καρδιοχειρουργική σε δύο διαφορετικούς τύπους καρδιακής ανεπάρκειας. Ο πρώτος αφορούσε ασθενείς με ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια λόγω στεφανιαίας νόσου οι οποίοι υποβάλλονταν σε επέμβαση bypass. Τέτοιοι ασθενείς υπάρχουν πολλοί στη χώρα μας και αποτελούν μια ομάδα η οποία δεν έχει καλή πρόγνωση, παρότι υποβάλλεται στην χειρουργική bypass». Συνήθως, σύμφωνα με τον καθηγητή, το προσδόκιμο επιβίωσης



αυτών των ασθενών, παρά την επέμβαση, δεν ξεπερνά τα δύο ως τρία χρόνια σε όσους έχουν πιο βαριά ανεπάρκεια και φθάνει τα πέντε ως έξι έτη στα άτομα με μέτριου βαθμού πρόβλημα. «Θεωρήσαμε λοιπόν πως σε αυτούς τους ασθενείς με τα φτωχά αποτελέσματα της αορτοστεφανιαίας παράκαμψης θα έπρεπε να αξιοποιήσουμε την πολλά υποσχόμενη γενετική και να δημιουργήσουμε έτσι μια «υβριδική» διπλή τεχνική που θα περιλαμβάνει bypass και χρήση βλαστοκυττάρων. Ο δεύτερος τύπος καρδιακής ανεπάρκειας που θεωρήσαμε ότι ήταν υπο-

ψήφιος για τη βλαστοκυτταρική θεραπεία αφορούσε ασθενείς με τελικό στάδιο καρδιακή ανεπάρκεια στους οποίους τοποθετούνται συσκευές μηχανικής υποστήριξης της αριστερής κοιλίας της καρδιάς καθώς δεν είναι δυνατόν να υποβληθούν σε μεταμόσχευση καρδιάς για διαφορετικούς λόγους».

**Πώς ξαναζεί μια «ουλή»**  
Η ιδέα αυτή των ειδικών του ΑΧΕΠΑ άρχισε να γίνεται πράξη πριν από οκτώ χρόνια. Αρχικώς οι επεμβάσεις διεξάγονταν με χρήση αυτόλογων μεσεγχυματικών κυττάρων, κυττάρων

**Η γενετική μπορεί να συμβάλει στην αντιμετώπιση πλήθους προβλημάτων υγείας, συμπεριλαμβανομένης της καρδιακής ανεπάρκειας, σύμφωνα με τους Έλληνες ερευνητές**

δηλαδή που λαμβάνονταν από τον μυελό των οστών των ίδιων των ασθενών. «Εκπονήσαμε μεγάλη μελέτη την οποία και δημοσιεύσαμε το 2012 στο "International Journal of Cardiology", από την οποία προέκυψε ότι οι ασθενείς και των δύο ομάδων μπορούν να βοηθηθούν σημαντικά από τη διπλή τεχνική και αυτό επειδή ένα μεγάλο κομμάτι της καρδιάς που θεωρείται ουλή – ουλή σημαίνει ότι ο μυς της καρδιάς αντικαθίσταται από κολλαγόνο επειδή νεκρώνεται και μετατρέπεται σε ινώδη συνδετικό ιστό – δεν είναι τελικώς ουλώδης ιστός αλλά πρόκειται για ένα τμήμα που επειδή δεν αιματώνεται δεν λειτουργεί. Αυτό το τμήμα που μπορεί να ξαναγίνει λειτουργικό είναι δυνατόν να αγγίξει το 30%-50% της ουλής που έχει δημιουργηθεί στον καρδιακό μυ» λέει ο κ. Αναστασιάδης και εξηγεί ότι στο συγκεκριμένο σημείο υπάρχει βίωσιμο μυοκάρδιο, το οποίο όμως αποστέλλει νεκρό σήμα και δεν μπορεί κάποιος να το επαναιματώσει μόνο με την επέμβαση bypass. «Με βάση αυτή την παρατήρηση στηρίξαμε τη θεωρία σύμφωνα με την οποία τα βλαστοκύτταρα μπορούν στα συγκεκριμένα σημεία να διεγείρουν την περιοχή με νευροχημικούς μηχανισμούς με αποτέλεσμα να δημιουργούνται νέα αγγεία και

έτσι η περιοχή να αιματώνεται καλύτερα».

Τα αποτελέσματα όταν η θεωρία δοκιμάστηκε στην πράξη ήταν εντυπωσιακά. «Δεν θα ξεχάσω τη σημαδιακή ημερομηνία. Στις 9.9.2009 εφαρμόστηκε η υβριδική τεχνική στον πρώτο ασθενή με ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια παγκοσμίως στον οποίον τοποθετήθηκε συσκευή μηχανικής υποστήριξης της αριστερής κοιλίας της καρδιάς και συγχρόνως εγχύθηκαν βλαστοκύτταρα. Ο ασθενής είχε βαρύτατη καρδιακή ανεπάρκεια με αποτέλεσμα χωρίς παρέμβαση να του μένουν μόνο λίγες εβδομάδες ζωής. Τελικώς έζησε δύο επιπλέον έτη και πέθανε από άλλη αιτία, συγκεκριμένα από εγκεφαλικό επεισόδιο. Η επέμβαση έλαβε μεγάλη δημοσιότητα διεθνώς». Τα καλά νέα... ταξίδεψαν ως τη Βασιλική Εταιρεία Ιατρικής της Βρετανίας, η οποία έναν χρόνο αργότερα τίμησε τον κ. Αναστασιάδη ως «πατέρα» ενός από τα επτά μεγαλύτερα ιατρικά επιτεύγματα του 2009.

Η πρώτη παγκόσμια πρωτιά έφερε και μια δεύτερη με επίκεντρο τον ίδιο ασθενή. «Διευρενήσαμε την καρδιά αυτού του ασθενούς μετά θάνατον, καθώς και ενός δεύτερου με την ίδια κατάληξη στον οποίον επίσης είχε τοποθετηθεί συσκευή υποβοήθησης της καρδιάς σε συνδυασμό με βλαστικά κύτταρα



Η επιστημονική ομάδα της Πανεπιστημιακής Καρδιοθωρακοχειρουργικής Κλινικής του νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ στον φυσικό της χώρο, το χειρουργείο. Από αριστερά ο διευθυντής της Κλινικής κ. Κυριάκος Αναστασιάδης μαζί με τους κ.κ. Πασχάλη Τόσιο, Χριστόφορο Φορούλη, Πολυχρόνη Αντωνίτση και Γεώργιο Καραπαναγιωτίδη



Ο κ. **Κυριάκος Αναστασιάδης**



Ο κ. **Πολυχρόνης Αντωνίτσας**



## «Ξαναβλασταίνει»



τέρω επεξεργασία είναι έτοιμα για έγχυση». Η υποδομή για την επεξεργασία των κυττάρων προσφέρθηκε από τον σερ Εβανς, ο οποίος είναι συνιδρυτής μιας εταιρείας, της Celixir, η οποία δημιουργήθηκε το 2009 ακριβώς με στόχο την επεξεργασία των βλαστοκυττάρων για χρήση σε ασθενείς.

Η υποδομή πλέον υπήρχε, οι καταρτισμένοι ειδικοί υπήρχαν και οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (δυστυχώς) δεν τελειώνουν ποτέ. Έτσι, το 2012 ξεκίνησαν στο ΑΧΕΠΑ οι αλλογενείς μεταμοσχεύσεις βλαστικών κυττάρων σε κατάλληλους για υποβολή στη διαδικασία ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. «Προσπαθήσαμε να ελέγξουμε αρχικώς την ασφάλεια της μεθόδου και σε δεύτερο χρόνο την αποτελεσματικότητά της. Ήταν βέβαια άκρως σημαντικό να απαντηθούν και βασικά ερωτήματα όπως πόσα κύτταρα έπρεπε να εγχυθούν και πού ακριβώς στην καρδιά» μας εξηγεί από την πλευρά του ο επίκουρος καθηγητής Καρδιοχειρουργικής του ΑΠΘ στην Καρδιοθωρακοχειρουργική Πανεπιστημιακή Κλινική του ΑΧΕΠΑ κ. Πολυχρόνης Αντωνίτσας. Οι έλληνες καθηγητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι αν βρεθεί προεγχειρητικά η ζώνη εκείνη του μυοκαρδίου στην οποία η ουλή μπορεί να μεταπίπτει σε υγιή ιστό μετά από έμφραγμα, αν δηλαδή βρεθεί η περιφερειακή ζώνη στην οποία υπάρχουν ακόμη μυϊκά κύτταρα τα οποία δεν λειτουργούν μεν αλλά είναι σε «ύπνωση», τότε αν τα κύτταρα αυτά επαναιματοθούν χάρη στα βλαστοκύτταρα θα... πάρουν και πάλι μπροστά. Πώς μπορούν να βρουν οι ειδικοί αυτή τη ζώνη; Απεικονιστικά, απαντά ο κ. Αναστασιάδης. «Διεξαγάγαμε σπινθηρογράφημα και υπερηχογράφημα καρδιάς χαρτογραφώντας το μυοκάρδιο σε τμήματα ώστε να ξέρουμε πού θα εγχύσουμε τα κύτταρα, καθώς και να μπορούμε να ελέγξουμε αν μετεγχειρητικά έχουμε αποτέλεσμα στην περιοχή όπου τα μεταμοσχεύσαμε. Στο σπινθηρογράφημα τα "εν υπνώσει" κύτταρα που μπορούν να μετατραπούν και πάλι σε λειτουργικό μυ δίνουν διαφορετικό σήμα».

### Όλοι οι ασθενείς εμφάνισαν βελτίωση

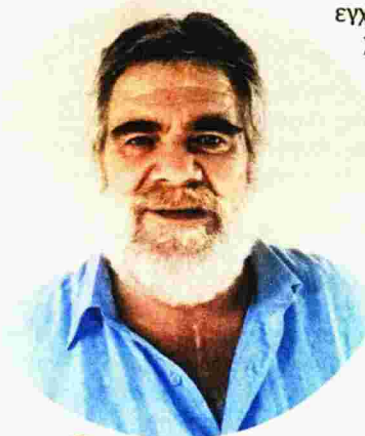
Και η έγχυση έδωσε αποτέλεσμα και μάλιστα καλό σε όλες τις περιπτώσεις. «Εναν χρόνο μετά την έγχυση οι ασθενείς, μηδενός εξαιρουμένου, είχαν εμφανίσει βελτίωση της κατάστασής τους» επισημαίνει ο κ. Αντωνίτσας και συμπληρώνει ότι τα σχετικά αποτελέσματα για τους 11 από τους 12 ασθενείς (όσους, δηλαδή, υπεβλήθησαν σε εγχείρηση bypass σε συνδυασμό με την έγχυση των βλαστοκυττάρων) παρουσιάστηκαν τον περασμένο μήνα

Συνέχεια στη σελίδα 6

### ΜΑΡΤΥΡΙΕΣ

## Οι άνθρωποι που είδαν τη ζωή τους να αλλάζει

Ο 60χρονος σήμερα κ. Ευάγγελος Κυνηγός, κάτοικος Θεσσαλονίκης, αντιμετώπιζε προβλήματα με την καρδιά του επί περισσότερο από δέκα χρόνια. «Ήδη από το 2004 μου είχε τοποθετηθεί στεντ στην καρδιά αλλά με τα χρόνια η κατάσταση μου επιβαρυνόταν» λέει στο «Βήμα». «Δεν μπορούσα να κάνω ούτε 15 βήματα χωρίς να νιώθω πνίξιμο και πόνους στο στήθος. Είχα συνεχώς δύσπνοιας, έβαβα τη νύχτα το κεφάλι μου σε δύο μαξιλάρια για να μπορέσω να κοιμηθώ. Τελικά μεταφέρθηκα στο ΑΧΕΠΑ σε πολύ κακή κατάσταση, έπαθα μάλιστα ανακοπή μέσα στο νοσοκομείο». Ο κ. Κυνηγός εισήχθη αρχικώς στην Καρδιολογική Κλινική, όμως η κατάσταση του, όπως του είπαν οι γιατροί, απαιτούσε επέμβαση αφού ήταν βαριά. Έτσι γνώρισε τους ειδικούς της Πανεπιστημιακής Καρδιοθωρακοχειρουργικής Κλινικής. Το 2013 υπεβλήθη τελικώς σε



Ο 60χρονος κ. Ευάγγελος Κυνηγός υπεβλήθη στην πρωτοποριακή υβριδική τεχνική το 2013 και έκτοτε είδε τη ζωή του να βελτιώνεται σημαντικά. «Νιώθω νέος, νιώθω καλά» λέει ο ίδιος

εγχείρηση τριπλού bypass, ενώ συγχρόνως εγχύθηκαν στην καρδιά του και προγονικά μεσεγχυματικά κύτταρα τα οποία είχαν ληφθεί από τον μυελό των οστών υγιούς δότη. Πώς νιώθει σήμερα, τρία και πλέον έτη μετά την επέμβαση; «Νιώθω ευλογημένος. Περπατώ μέχρι και έξι χιλιόμετρα την ημέρα. Αλλάξε όλη η ψυχολογία μου, άλλαξε η ζωή μου. Νιώθω νέος, νιώθω καλά. Κάνω βέβαια όσα μου λένε οι γιατροί, παίρνω ευλαβικά τα φάρμακά μου και προσέχω στην καθημερινότητά μου. Αλλά και πάλι τα όσα μου χάρισε αυτή η επέμβαση ήταν πάρα πολλά. Δεν θα σταματήσω να το λέω. Νιώθω ευλογημένος».

Ο κύριος Σταύρος Μουτάκης, 58 ετών, που ζει στην Πτολεμαΐδα, ήταν ο μόνος από την ομάδα των 12 ασθενών της δοκιμής στον οποίο, λόγω της βαρύτητας της κατάστασής του, τοποθετήθηκε συσκευή μηχανικής υποστήριξης της αριστερής κοιλίας της καρδιάς σε συνδυασμό με την έγχυση των βλαστοκυττάρων. «Είδα διαφορά στο πώς αισθανόμουν από την επόμενη ημέρα της επέμβασής. Τώρα πλέον, τέσσερα χρόνια μετά, περπατώ καθημερινά δύο-τρία χιλιόμετρα, μπορώ να κάνω τις καθημερινές δουλειές μου, να κάνω ποδήλατο, να κυνηγήσω, που είναι το χόμπι μου. Τα αποτελέσματα είναι μάλιστα σταθερά μέσα στα χρόνια, αισθάνομαι το ίδιο καλά με το πρώτο διάστημα. Με δυο λέξεις, ζω ξανά!».



Ο 58χρονος κ. Σταύρος Μουτάκης ήταν ο μόνος από την ομάδα των 12 ασθενών της δοκιμής στον οποίο, λόγω της βαρύτητας της κατάστασής του, τοποθετήθηκε συσκευή μηχανικής υποστήριξης της αριστερής κοιλίας της καρδιάς σε συνδυασμό με την έγχυση των βλαστοκυττάρων. Σήμερα, τέσσερα χρόνια μετά δηλώνει: «Ζω ξανά, δεν μπορούσα να περπατήσω και τώρα περπατώ χιλιόμετρα, κάνω ποδήλατο»

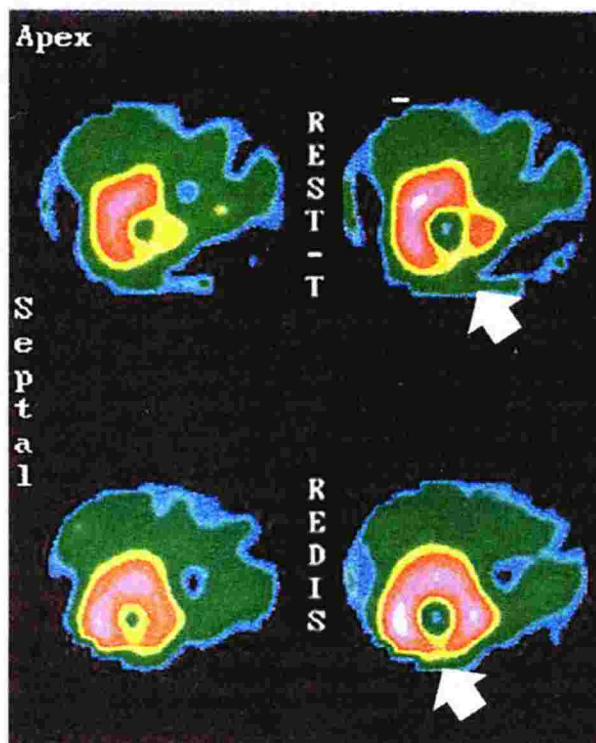
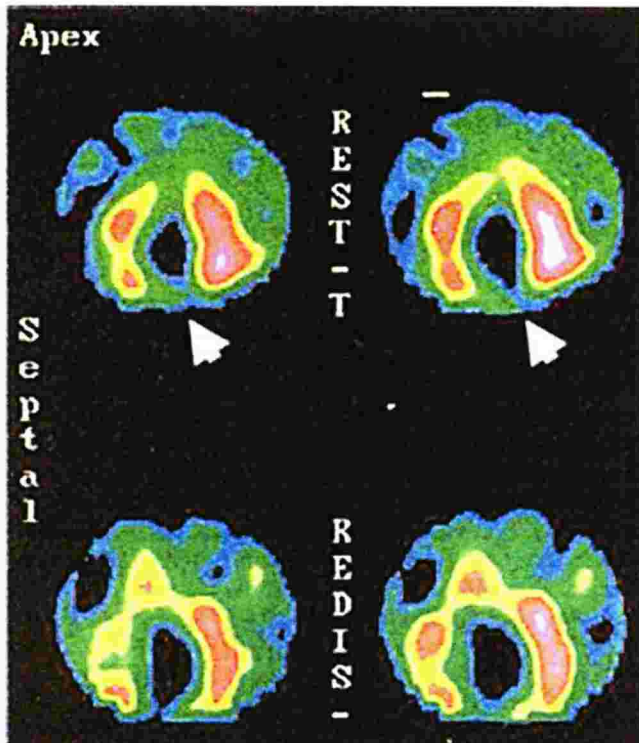
και η θεωρία μας αποδείχθηκε. Ανακαλύψαμε νέα αγγεία σε άτομα που δεν είχαν υποβληθεί καν σε επέμβαση bypass! Ήταν η πρώτη φορά παγκοσμίως που σε ανθρώπινες καρδιές και όχι σε πειραματόζωα αποδείχθηκε ότι μετά την έγχυση βλαστοκυττάρων εμφανίστηκαν νέα αγγεία στην καρδιά. Η σχετική δημοσίευση έγινε το 2015 στο επιστημονικό περιοδικό "International Journal of Heart and Lung Transplantation". Βέβαια, για να έχουμε μια αποκρυσταλλωμένη άποψη και να είμαστε σίγουροι πρέπει να γίνει μια μεγάλη μελέτη με πολλούς ασθενείς» υπογραμμίζει ο κ. Αναστασιάδης. Συνολικά 20 ασθενείς υποβλήθηκαν στο ΑΧΕΠΑ στην αυτόλογη μεταμόσχευση προγονικών μεσεγχυματικών κυττάρων.

### Βρετανική συνεργασία για εξειδικευμένα κύτταρα

Ωστόσο η αυτόλογη μεταμόσχευση είναι μια χρονοβόρος διαδικασία. Και αυτό διότι απαιτείται να γίνει παρακέντηση στον μυελό των οστών κάθε ασθενούς, να ληφθούν κύτταρα και να καλλιεργηθούν στο εργαστήριο πριν από την επανέγχυσή τους. Έτσι η επιστήμη γενικώς στρέφεται σε πολλές περιπτώσεις προς τις ετερόλογες μεταμοσχεύσεις κυττάρων τα οποία προέρχονται από υγιείς δότες. Η ιδέα είναι να υπάρχουν ουσια-

στικός τράπεζες βλαστοκυττάρων και όταν υπάρξει ανάγκη το βλαστοκυτταρικό «φάρμακο» να είναι έτοιμο να δοθεί στον εκάστοτε ασθενή. Προς αυτού του είδους τις μεταμοσχεύσεις στράφηκε από το 2011 και η ελληνική ομάδα σε συνεργασία με έναν άκρως καταξιωμένο επιστήμονα του πεδίου των βλαστοκυττάρων, τον κάτοχο Νομπέλ Ιατρικής του 2007, καθηγητή και πρόταμη του Πανεπιστημίου του Κάρντιφ σερ Μάρτιν Εβανς. Όπως εξηγεί ο κ. Αναστασιάδης, «αποφασίσαμε μετά από πρόταση του καθηγητή Εβανς, ο οποίος ζήτησε συνεργασία μαζί μας, να ασχοληθούμε με ετερόλογες μεταμοσχεύσεις βλαστικών κυττάρων και μάλιστα με έναν συγκεκριμένο υποπληθυσμό πολυδύναμων μεσεγχυματικών κυττάρων του μυελού των οστών ο οποίος περιλαμβάνει πιο "εξειδικευμένα" βλαστοκύτταρα σε ό,τι αφορά τη διαφοροποίησή τους σε καρδιακά. Συγχρόνως αυτή η λογική επιτρέπει να έχουμε έτοιμα τα κύτταρα για χρήση σε ασθενείς. Τα βλαστοκύτταρα λαμβάνονται από υγιείς δότες του εξωτερικού, απομονώνεται ο υποπληθυσμός που θέλουμε, καλλιεργούνται στο εργαστήριο ώστε να πολλαπλασιαστούν σε τεράστιους αριθμούς και καταψύχονται με ειδική τεχνική. Αποστέλλονται σε εμάς στην Ελλάδα και με μια ελάχιστη περαι-





Σε σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου (αριστερά) διαπιστώνεται προεγχειρητικά απουσία αιμάτωσης (ουλή) στην περιοχή του μυοκαρδίου που επισημαίνεται με τα βέλη. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε επέμβαση bypass, αλλά στην περιοχή γύρω από την ουλή, επειδή δεν ήταν δυνατή η χειρουργική επαναιμάτωση, διενεργήθηκε εμφύτευση προγονικών μεσεγγυματικών κυττάρων. Έναν χρόνο μετά την επέμβαση διαπιστώνεται αιμάτωση και λειτουργική βελτίωση της αντιστοιχης περιοχής (δεξιά)

Συνέχεια από τη σελίδα 5

στην επιθεώρηση «Journal of Cardiovascular Translational Research». «Όπως προέκυψε, η μέση ελάττωση της έκτασης της εμφραγματικής περιοχής υπερέβη το 40% στους 12 μήνες, με συνέπεια τη λειτουργική βελτίωση της απόδοσης του μυοκαρδίου. Η βελτίωση αυτή μεταφράστηκε και σε βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών».

Θα αντέτασσε κάποιος ότι είναι πιθανόν τα καλά αποτελέσματα να οφείλονταν στην επέμβαση bypass και όχι στα βλαστοκύτταρα. Ο κ. Αναστασιάδης απαντά: «Πρέπει αρχικώς να διευκρινίσουμε πως ακολουθήσαμε υβριδική τεχνική που περιελάμβανε την ερευνητική βλαστοκυτταρική θεραπεία σε συνδυασμό με την χειρουργική bypass καθώς

θεωρούσαμε ανήθικο να μην προσφέρουμε στους ασθενείς τη συμβατική διαδικασία. Ο συνδυασμός με τη χρήση βλαστοκυττάρων είχε ως στόχο να αυξήσει την αποτελεσματικότητα σε ασθενείς στους οποίους δεν μπορούσαμε να επιτύχουμε πλήρη επαναιμάτωση του καρδιακού μυός μόνο με επέμβαση bypass, αφού για διαφορετικούς ιατρικούς λόγους δεν ήταν δυνατόν να γίνει αορτοστεφανιαία παράκαμψη σε όλες τις περιοχές της καρδιάς που χρειαζόνταν επαναιμάτωση». Σε ό,τι αφορά το αν τα βλαστοκύτταρα ήταν αποτελεσματικά ανεξαρτήτως του bypass, ο καθηγητής σημειώνει πως «ίσως θα μπορούσαμε να αποδώσουμε τη θετική επίδραση της χειρουργικής bypass σε περιοχές γειτονικές με αυτό. Σε περιοχές όμως πολύ απομακρυσμένες

από εκείνη όπου έγινε η αορτοστεφανιαία παράκαμψη η θετική επίδραση στην επαναιμάτωση του καρδιακού μυός δεν μπορεί παρά να ανήκει στα βλαστικά κύτταρα».

**«Η μέθοδος είναι 100% ασφαλής»**

Καλά και αγαθά όλα αυτά, αλλά τα βλαστικά κύτταρα συνδέονται πάντα με φόβους καρκινογένεσης στην έρευνα. Ο φόβος αυτός έχει ξεπεραστεί; «Όπως έχει αποδειχθεί ως τώρα, η τεχνική έχει 100% ασφάλεια. Τα κύτταρα χαρίζουν στην καρδιά αυτό ακριβώς που χρειάζεται, επαναγγείωση και επαναιμάτωση για να μπορεί να "ζωντανέψει", χωρίς προβλήματα» λέει ο κ. Αναστασιάδης.

Τα ενθαρρυντικά – αλλά σίγουρα μικρού εύρους – αυτά αποτελέσματα είναι απαραίτητα να επιβεβαιωθούν από

μεγαλύτερες μελέτες προκειμένου να υπάρξουν πολύ πιο οριστικά συμπεράσματα. Και οι έλληνες ειδικοί το γνωρίζουν αυτό καλύτερα από τον καθένα. Ετσι σχεδιάζουν αυτή τη στιγμή μαζί με τους βρετανούς συνεργάτες τους μια μεγάλη πολυκεντρική μελέτη η οποία ελπίζεται ότι θα ξεκινήσει, αν όλα πάνε καλά, σε έναν χρόνο από τώρα. Η δοκιμή στην οποία αναμένεται να συμμετάσχουν 100-120 άτομα από διαφορετικές χώρες, με επικεφαλής την ελληνική ομάδα, θα είναι διπλή τυφλή – αυτό σημαίνει ότι κάποια άτομα θα λάβουν τη βλαστοκυτταρική θεραπεία και κάποια άλλα εικονική θεραπεία – σε συνδυασμό πάντα με bypass. «Ωστόσο η επέμβαση bypass θα γίνει και πάλι σε απομονωμένες περιοχές του καρδιακού μυός για να μπορούμε να δούμε τη

βελτίωση που οφείλεται καθαρά στην κυτταρική θεραπεία» διευκρινίζει ο κ. Αντωνίτσας.

### Ελπίδα για χρηστικό «κυτταρικό φάρμακο»

Απώτερος στόχος των ερευνητών είναι, αν τα ενθαρρυντικά ευρήματά τους επιβεβαιωθούν και από τη μεγάλη πολυκεντρική μελέτη, να φθάσει μια ημέρα κατά την οποία ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια οι οποίοι δεν επιδέχονται επέμβαση bypass θα μπορούν να λάβουν μια έγχυση κυττάρων και να δουν την κατάστασή τους να βελτιώνεται. Αλλά και στους ασθενείς που υποβάλλονται σε bypass θα εγχέονται πάντα σε συνδυασμό με την επέμβαση και βλαστοκύτταρα ώστε να έχουν την καλύτερη δυνατή ανάρρωση.

Μάλιστα ίσως είναι πιθανό μελλοντικά το κυτταρικό φάρμακο να δίνεται ξανά σε κάποιον ασθενή μετά από ένα διάστημα, όταν η βελτίωση της κατάστασής του αρχίσει να φθίνει, αναφέρει ο κ. Αντωνίτσας. «Στους ασθενείς που διεξαγάγαμε τη δοκιμή η βελτίωση στην ποιότητα ζωής ήταν μεγάλη και ιδιαίτερα αισθητή κατά τους πρώτους έξι μήνες ως έναν χρόνο από την έγχυση. Ίσως μελλοντικά θα μπορούν να γίνουν επανεγχύσεις σε έναν ασθενή ώστε ο οργανισμός του να πάρει και πάλι μεγαλύτερη "ώθηση", όταν η αρχική βελτίωση αρχίσει να φθίνει». Και το κόστος; ρωτήσαμε τους ειδικούς. Όπως μας διαβεβαίωσαν, δεν αναμένεται να είναι πολύ υψηλό, ενώ, σε κάθε περίπτωση, θα σώζει μακροπρόθεσμα τα συστήματα υγείας αφού και μόνο το ετήσιο κόστος των θεραπειών για την καρδιακή ανεπάρκεια ανά ασθενή είναι πολύ μεγάλο. «Ηδη σήμερα ένας ασθενής με βαριά καρδιακή ανεπάρκεια στοιχίζει στο κράτος 50.000-100.000 ευρώ τον χρόνο. Εκτιμούμε ότι τα "βλαστοκυτταρικά φάρμακα" δεν θα είναι πολύ ακριβά – σίγουρα κάποια υπάρχοντα χημειοθεραπευτικά φάρμακα για τον καρκίνο είναι πολύ ακριβότερα» υπογραμμίζει ο κ. Αναστασιάδης.

Δεν σταματά να τονίζει όμως πως τα βήματα πρέπει να γίνουν ένα-ένα σε σωστή ερευνητική βάση ώστε να μη δοθούν «φρούδες» ελπίδες σε ανθρώπους που υποφέρουν. «Η γενετική είναι το μέλλον της ιατρικής κατά τη γνώμη μου, ωστόσο απαιτεί σεβασμό και πολλή δουλειά για να ξεκλειδωθούν τα πολύπλοκα μυστικά της. Δουλεύουμε συστηματικά και πιστεύουμε ότι βρισκόμαστε σε καλό δρόμο. Σίγουρα όμως έχουμε και άλλον μακρό δρόμο μπροστά μας». Ελπίζουμε οι έλληνες ερευνητές να βρουν μελλοντικά όσο περισσότερα γενετικά «κλειδιά» μπορούν για να ανοίξουν τις... πόρτες μιας καλύτερης, επαρκούς σε ποσότητα και ποιότητα ζωής για τα άτομα με καρδιακή ανεπάρκεια. Θα παρακολουθούμε τα βήματά τους στον υποσχόμενο ερευνητικό δρόμο που έχουν χαράξει και θα σας τα μεταφέρουμε.

**ΟΙ ΑΡΙΘΜΟΙ**

**20** ασθενείς έχουν υποβληθεί στο ΑΧΕΠΑ σε αυτόλογη μεταμόσχευση βλαστικών κυττάρων

**12** ασθενείς έχουν υποβληθεί σε ετερόλογη μεταμόσχευση βλαστοκυττάρων

**100-120** ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια θα συμμετάσχουν σε πολυκεντρική μελέτη για τα βλαστοκύτταρα που θα ξεκινήσει σε ένα έτος

**14.000.000** άνθρωποι στην Ευρώπη και

**200.000** στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι εμφανίζουν καρδιακή ανεπάρκεια

**15.000** νέα περιστατικά στεφανιαίας νόσου, η οποία είναι η κύρια αιτία καρδιακής ανεπάρκειας, καταγράφονται ετησίως στη χώρα μας

**40%** και πλέον ήταν η μέση ελάττωση της έκτασης της εμφραγματικής περιοχής 12 μήνες μετά την υποβολή των ασθενών στην «υβριδική» μέθοδο στο ΑΧΕΠΑ

## Οι σχέσεις μεταξύ γιατρών, εταιρειών και τα συνέδρια

*Και σκάνδαλο με επιθέματα*

**«Πράσινο φως»** άναψε η Αρχή Προστασίας Δεδομένων, ώστε να κοινοποιούνται τα ονόματα γιατρών που μετέχουν σε προωθητικά συνέδρια, στο πλαίσιο ενός διαφανούς «δούναι και λαβείν» των επιστημόνων με τις φαρμακευτικές εταιρείες. Ο ΕΟΦ διαφωνεί με την εν λόγω πρακτική, ενώ μερίδα γιατρών ανησυχεί υποστηρίζοντας ότι θα ακολουθήσουν αδιακρίτως «ασκήσεις ανθρωποφαγίας». Την ίδια ώρα, νέο σκάνδαλο έρχεται στο φως από τον χώρο της Υγείας. Σύμφωνα με τον ΕΟΠΥΥ, γιατροί, εκδίδοντας γνωματεύσεις για επιθέματα κατακλίσεων, χρησιμοποιούσαν την ίδια φωτογραφία σε συνταγογραφήσεις για πολλούς ασθενείς. **Σελ. 19**



# Οι γιατροί, οι εταιρείες τα συνέδρια και ο νόμος

*Η απόφαση της Αρχής Προστασίας Δεδομένων και τι ισχύει σε άλλες χώρες*

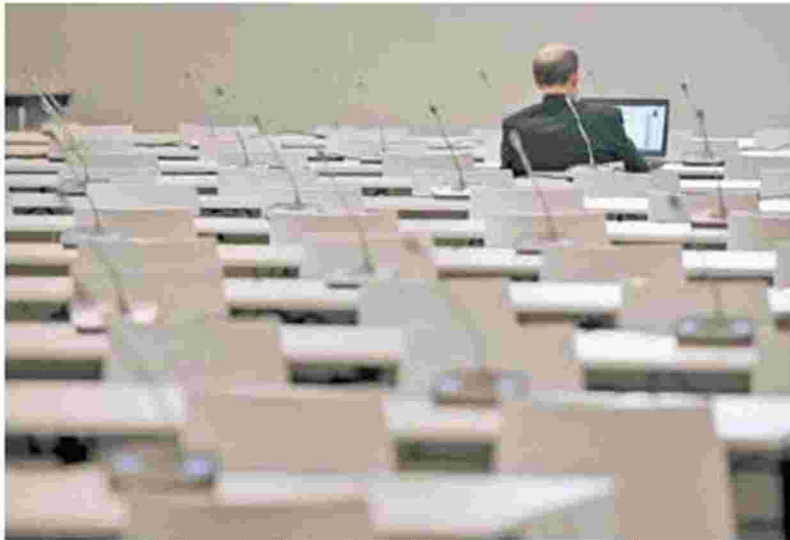
Του **ΤΑΣΟΥ ΤΕΛΛΟΓΛΟΥ**

Ήταν μια μάλλον ασυνήθιστη συνεδρίαση της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα αυτή της 29ης Ιουνίου. Τις προηγούμενες ημέρες δύο φαρμακευτικές εταιρείες δημοσίευσαν –ως όφειλαν– τα ονόματα γιατρών που «υποστηρίζουν» ιατρικά υλικά για τη συμμετοχή τους σε συνέδρια. Αλλωστε ήταν κατ' εφαρμογήν του ν. 4316/2014 που φέρει την υπογραφή του πρώην υπουργού Μάκη Βορίδη, όπου στο άρθρο 66 ορίζεται ότι «κάθε φαρμακευτική επιχείρηση οφείλει να δημοσιοποιεί ονομαστικά στην ιστοσελίδα της και στην ειδική ιστοσελίδα του ΕΟΦ, το αργότερο εντός έξι μηνών από το κλείσιμο εκάστου ημερολογιακού έτους, κάθε παροχή που χορηγεί προς τρίτους, επαγγελματίες υγείας και επιστημονικούς υγειονομικούς φορείς, ενδεικτικά και όχι περιοριστικά, δωρεές, χορηγίες, κόστος εγγραφής σε συνέδρια και εκδηλώσεις επιστημονικής ενημέρωσης της ιατρικής κοινότητας... έξοδα μετάβασης και διαμονής ως και κάθε άλλη παροχή βάσει σύμβασης ή από ελευθεριότητα, αναφορικά με την προώθηση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων».

Η υποχρέωση κοινοποίησης ονομάτων γιατρών, φορέων και ποσών ίσχυε από την 1η Ιουλίου 2016. Ομως έγκαιρα ο Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣΦΕΕ) ζήτησε από την Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων οδηγίες για το πώς θα εφαρμοσθεί η διάταξη, καθώς η χώρα μας είναι η τελευταία της Σ.Ε. που δεν δημοσιεύει ονόματα γιατρών που δέχονται «υποστήριξη» από τη βιομηχανία. Σε πολλές χώρες της Ευρώπης, όπως π.χ. η Ισπανία, τα ονόματα δημοσιεύονται χωρίς προηγούμενη συγκατάθεση των επαγγελματιών υγείας. Σε άλλες, όπως π.χ. η Γερμανία, αυτό απαιτείται για λόγους προστασίας προσωπικών δεδομένων, με αποτέλεσμα να δημοσιευτούν μόνο 20 από 71.000 ονόματα γιατρών.

## Διαφάνεια και συναίνεση

Ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων απευθύνθηκε προς την Αρχή με επιστολή του μόλις 15 ημέρες πριν από την έναρξη ισχύος του νόμου, οι πρώτες δημοσιεύσεις από εταιρείες είχαν δρομολογηθεί ενώ και ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών είχε απευθυνθεί με σχετικό υπόμνημα της καθηγήτριας Γλυκερίας Σισιύτη. Ο δικηγόρος Βαγγέλης Μάλλιος, συνεργάτης του καθηγητή Νίκου Αλιβιζάτου, που υποστήριξε τη θέση του ΣΦΕΕ, είπε στην «Κ» ότι σε πολλές περιπτώσεις «η διοικητική πρακτική δεν επιβάλλει ειδική συναίνεση του περί ου ο λόγος φορέα, νομικού ή φυσικού προσώπου, να συναίνει στη δημοσίευση των στοιχείων



Ο πρώτος παρών σε διεθνές ιατρικό συνέδριο αναμένει συναδέλφους του. Ο επιστημονικός διάλογος, η ευθύνη του λειτουργήματος και οι «χορηγίες» φαρμακευτικών εταιρειών συνθέτουν ένα πλαίσιο όπου ζητούμενο είναι η διαφάνεια.

της συναλλαγής όπως π.χ. συμβαίνει με την υποχρέωση να αναρτώνται στη «Διαύγεια» οι δαπάνες των δήμων για λόγους δημοσίου συμφέροντος».

Ο πρόεδρος του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Εταιρειών Πασχάλης Αποστολίδης είπε στην «Κ» ότι τα τελευταία τρία χρόνια «επιχειρούμε ως ΣΦΕΕ να φέρουμε διαφάνεια σε ένα σύστημα, χωρίς ωστόσο να δώσουμε σαν βορά το όνομα του γιατρού σε ό,τι αφορά τη φύση της συνεργασίας». Ο κ. Αποστολίδης σημείωσε ότι «το μέτρο θα

ενισχύσει την εμπιστοσύνη της κοινωνίας στο συνταγογραφούμενο φάρμακο».

## 29 εκατ. για συνέδρια

Σύμφωνα με στοιχεία που έχει συγκεντρώσει ο ΣΦΕΕ από τα μέλη του, το 2015 δόθηκαν 29 εκατομμύρια ευρώ για συνέδρια ενώ άλλα 24 εκατομμύρια δόθηκαν σε φορείς. Ας σημειωθεί ότι αρκετές εταιρείες έλαβαν τη συγκατάθεση πολλών γιατρών για την επεξεργασία των στοιχείων και τη δημοσίευση των ονομάτων των αποδεκτών χρημάτων που δίνουν οι εταιρείες σε επαγγελματίες του χώρου της υγείας.

Ομως ο πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών Γιώργος Πατούλης τόνισε στην «Κ» ότι θα έπρεπε να γίνει διάκριση στα χρήματα που δίνουν οι εταιρείες «μεταξύ επιστημονικών και αμιγώς προωθητικών συνεδρίων, καθώς και ο ΕΟΦ κάνει την ίδια διάκριση». Ο νόμος όμως είναι σαφής: μιλάει για «συνέδρια και εκδηλώσεις επιστημονικής ενημέρωσης». Ο ΣΦΕΕ υποστήριξε ότι οι παροχές που θα δημοσιοποιεί θα πρέπει να αφορούν «τη συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας τόσο σε επιστημονικά όσο και σε προωθητικά συνέδρια». Η Αρχή κατά πλειοψηφία διαφώνησε επιβάλλοντας την υποχρέωση μόνο για τα προωθητικά συνέδρια, ενώ εξαιρέσε από τη δημοσιοποίηση τις χορηγίες των εταιρειών που γίνονται στους ειδικούς λογαριασμούς έρευνας (ΕΛΚΕ), καθώς «οι παροχές αυτές δημοσιοποιούνται ήδη μέσω του προγράμματος «Διαύγεια». Και τούτο, διότι με τον τρόπο αυτό είναι δυνατόν να δημιουργηθεί σύγκρουση ως προς τον αριθμό και

το ύψος των παροχών αυτών των κατηγοριών, προσβαλλόμενης έτσι της ακρίβειας των δεδομένων». Σύμφωνα με πληροφορίες της «Κ», ο ΕΟΦ που θα συγκεντρώνει και θα δημοσιοποιεί τα στοιχεία διαφώνει με την απόφαση της Αρχής και επικρίνει να την πείσει να την αναθεωρήσει. Πίσω από την αμυντική θέση των γιατρών βρίσκεται η ανησυχία ότι θα χρησιμοποιηθούν τα στοιχεία για «σκόπιμες ανθρωποφαγίας» χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η θέση των εταιρειών στα ζητήματα εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας. Ομως ο ΕΟΦ έχει παρουσιάσει σε καθηγητές και εκπαιδευτές των γιατρών πλατφόρμα που εκτονώνει τις ανησυχίες των γιατρών.

## Η ρύθμιση

Πάντως, η ελληνική ρύθμιση που προέκυψε από πιέσεις των εταιρειών στους δανειστές, μετά την υιοθέτηση σε ευρωπαϊκό επίπεδο το 2006 ενιαίων κανόνων συμπεριφοράς των εταιρειών έναντι των γιατρών, δεν αφορά το σύνολο των χρημάτων που δίνουν οι εταιρείες στους γιατρούς αλλά μόνο τις δαπάνες για συνέδρια. Αντιθέτως, σε όλη την υπόλοιπη Ευρώπη έχουν υιοθετηθεί διατάξεις που αφορούν τα χρήματα που λαμβάνουν οι γιατροί και σε καθημερινή βάση συναλλαγής (είτε για έρευνα είτε για την εκπαίδευσή τους είτε για τον εξοπλισμό τους) για να προτιμούν συγκεκριμένα φάρμακα. Στην Ελλάδα δημοσιεύονται μόνο όσοι λαμβάνουν χρήματα μέσω λογαριασμών του ΕΛΚΕ (Ειδικός Λογαριασμός Κοινού Ερευνας) και οι φορείς των ασθενών οι οποίοι χρηματοδοτούνται.

## Οι διοικητές νοσοκομείων εκπαιδεύονται

Ποιες είναι οι πέντε «εντολές» καλής πρακτικής που πήραν από το ΕΚΕΠΥ

Της **PENNYS ΜΠΟΥΛΟΥΤΖΑ**

**«Επισκεφθείτε** κάθε χώρο και κάθε γωνιά του νοσοκομείου σας. Γνωρίστε τους εργαζομένους και τις δεξιότητές τους. Μοιράστε σαφείς και διακριτούς ρόλους. Ανταλλάξτε αριθμούς κινητών με τους επικεφαλής τοπικών φορέων». Αυτές τις ρητές οδηγίες έλαβαν οι νέοι διοικητές των νοσοκομείων ΕΣΥ από τους αρμοδίους του Εθνικού Κέντρου Επιχειρήσεων Υγείας (ΕΚΕΠΥ), στο πλαίσιο της εκπαίδευσής τους για τη διαχείριση εκτάκτων συμβάντων, όπως μια απλή διακοπή ρεύματος, ένας μεγάλος σεισμός ή ακόμη και μια τρομοκρατική επίθεση εκτός ή και εντός νοσοκομείου.

Το εκπαιδευτικό σεμινάριο που έγινε πρόσφατα στο ΕΚΕΠΥ για την πρώτη «φουρνιά» νέων διοικητών και αναπληρωτών διοικητών νοσοκομείων που είτε έχουν αναλάβει υπηρεσία είτε έχουν απλώς οριστεί και εκκρεμεί η έκδοση του ΦΕΚ (υπολογίζεται ότι έχουν «κλείσει» περίπου 90 από τις 145 θέσεις) τα είχε όλα. Γνωριμία με την ηγεσία του υπουργείου Υγείας, «καθκοντολόγιο», κατευθύνσεις για τις προτεραιότητές τους. Μεταξύ αυτών, η

εντολή για αποπληρωμή ληξιπρόθεσμων χρεών προς προμηθευτές ύψους 605 εκατ. ευρώ έως τον Αύγουστο, η έγκαιρη εξόφληση των φαρμακευτικών εταιρειών για να μην παρατηρούνται οι ελλείψεις του παρελθόντος, το «κυνήγι» της γραφειοκρατίας και η «εκδίωξη» των ιδιωτικών συνεργείων καθαριότητας, φύλαξης, εστίασης από τα νοσοκομεία.

Παράλληλα, έγινε και πρώτη «γνωριμία» με τα πέντε σχέδια δράσης εκτάκτων αναγκών: το απόρρητο σχέδιο «Φιλοκλήτης» για χημικά-βιολογικά-ραδιολογικά και πυρηνικά συμβάντα, το «Περσέας» για την αντιμετώπιση γενικών εκτάκτων αναγκών, το «Σώστρατος» για την εκκένωση νοσοκομείων λόγω σεισμού, το «Αρτεμις» για επιδημία-πανδημία γρίπης και το «Ερμείας» για την

**Πρώτη «γνωριμία» και με τα σχέδια δράσης εκτάκτων αναγκών και κρίσεων.**

υποδοχή τραυματιών πολέμου από γειτονικές χώρες.

Για τους «νεοσύλλεκτους» διοικητές, τα σχέδια δράσης περιέχουν οδηγίες για τη διαχείριση εκτάκτων αναγκών και κρίσεων που είτε αφορούν το εσωτερικό των νοσοκομείων είτε μαζικά εξωτερικά συμβάντα. «Οι ενέργειες που πρέπει να γίνουν σε αυτές τις περιπτώσεις είναι σε δύο κατευθύνσεις. Τι κάνουμε για να σωθεί το προσωπικό και οι ασθενείς, δηλαδή γρήγορα και ασφαλή εκκένωση του νοσοκομείου, καθώς και τι πρέπει να γίνει για να λειτουργήσει ξανά το νοσοκομείο το συντομότερο δυνατόν. Και φυσικά βασικό είναι και το πώς θα λειτουργήσει το νοσοκομείο για τους τραυματίες που θα έρθουν απέξω», επισημαίνει στην «Κ» ο πρόεδρος του ΕΚΕΠΥ Νίκος Παπαευσταθίου. Για την καλύτερη προετοιμασία των μονάδων υγείας του ΕΣΥ, οι διοικητές έλαβαν και πέντε σαφείς «εντολές» καλής πρακτικής:

**1.** Να γνωρίσουν το προσωπικό του νοσοκομείου. Να διερευνήσουν τις δεξιότητες-δυνατότητες που έχει ο καθένας, τα δυνατά και αδύνατα σημεία του.

**2.** Να δώσουν συγκεκριμένο

ρόλο σε κάθε εργαζόμενο. Σε ένα έκτακτο συμβάν ο καθένας στο νοσοκομείο πρέπει εκ των προτέρων να γνωρίζει τι θα κάνει.

**3.** Να έχουν ίδια άποψη της χωροταξίας του νοσοκομείου. Πρέπει να επισκεφθούν μόνοι τους όλους τους χώρους, να γνωρίζουν την τελευταία γωνία, την τελευταία λεπτομέρεια, ώστε, με την εκδήλωση κάποιας κρίσης, να είναι σε θέση να δώσουν τις σωστές οδηγίες, π.χ. για μετακίνηση προσωπικού και ασθενών ή εκκένωση του κτιρίου.

**4.** Να φροντίσουν ώστε το προσωπικό να είναι απολύτως ενήμερο για τις διαδικασίες. Οπας ανέφερε χαρακτηριστικά ο κ. Παπαευσταθίου, «δεν έχει νόημα να γεμίσεις το νοσοκομείο με πυροσβεστήρες, εάν δεν ξέρει το προσωπικό πώς να τους χρησιμοποιήσει».

**5.** Να έχουν άμεσα συναντήσεις με τους επικεφαλής υπηρεσιών της περιοχής: τον διευθυντή της αστυνομίας και της Πυροσβεστικής, τον δήμαρχο, τον περιφερειάρχη, τον αρμόδιο πολιτικής προστασίας. Να ανταλλάξουν αριθμούς κινητών τηλεφώνων, να γνωριστούν για να μπορούν να «μιλούν την ίδια γλώσσα».



ΕΝΙΣΧΥΟΝΤΑΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΚΑΙ Κ.Υ. ΜΕ ΓΙΑΤΡΟΥΣ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ, ΔΙΑΣΩΣΤΕΣ, ΜΕΤΑΦΡΑΣΤΕΣ ΚΑΙ ΒΟΗΘΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

# Προσλήψεις για πρόσφυγες στη Θεσσαλία

• Οι θέσεις και οι ειδικότητες για τον νομό Λάρισας και τους άλλους νομούς της 5ης ΥΠΠΕ

Σε προσλήψεις προσωπικού προχωρά το Υπουργείο Υγείας μέσω του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ) στο πλαίσιο δράσεων για την προσφυγική κρίση. Πρόκειται για θέσεις ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού που θα προσληφθούν με συμβάσεις έργου για την υλοποίηση της δράσης με τίτλο «Ολοκληρωμένη επείγουσα παρέμβαση υγείας για την προσφυγική κρίση», στο πλαίσιο της Έκτακτης Βοήθειας του Ταμείου Ασύλου, Μετανάστευσης και Ένταξης (ΑΜΙΕ) της Γενικής Διεύθυνσης Μετανάστευσης & Εσωτερικών Υποθέσεων (DG HOME) της Ευρωπαϊκής Επιτροπής.

Οι προσκλήσεις του ΚΕΕΛΠΝΟ ανακοινώθηκαν προχθές, ενώ η προθεσμία υποβολής των αιτήσεων λήγει τη Δευτέρα 22 Αυγούστου, στις 15:00 ενώ αρκετές θέσεις αφορούν και σε φορείς της 5ης Υγειονομικής Περιφέρειας Θεσσαλίας. Να σημειωθεί ότι η προθεσμία υποβολής των αιτήσεων είναι 24 ημέρες και αρχίζει από τη μέρα της δημοσίευσης της Πρόσκλησης Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος στην ιστοσελίδα του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. μέχρι τις 22/08/2016 και ώρα 15:00. Συμπληρωματικές ή και διευκρινιστικές πληροφορίες για τα δικαιολογητικά, υποχρεώσεις κλπ., παρέχονται από το Γραφείο Διαχείρισης Ευρωπαϊκών Προγραμμάτων του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, στο τηλέφωνο 210 52 12 890, κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες 09:00 - 14:00.

► σελ. 12



ΜΕΣΩ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

## Προσλήψεις για την προσφυγική κρίση

• Αναλυτικά οι θέσεις σε φορείς της 5ης ΥΠΠΕ Θεσσαλίας

Σε προσλήψεις προσωπικού προχωρά το Υπουργείο Υγείας μέσω του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ) στο πλαίσιο δράσεων για την προσφυγική κρίση.

Πρόκειται για θέσεις ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού που θα προσληφθούν με συμβάσεις έργου για την υλοποίηση της δράσης με τίτλο «Ολοκληρωμένη επείγουσα παρέμβαση υγείας για την προσφυγική κρίση», στο πλαίσιο της Έκτακτης Βοήθειας του Ταμείου Ασύλου, Μετανάστευσης και Ένταξης (ΑΜΙΕ) της Γενικής Διεύθυνσης Μετανάστευσης & Εσωτερικών Υποθέσεων (DG HOME) της Ευρωπαϊκής Επιτροπής.

Οι προσκλήσεις του ΚΕΕΛΠΝΟ ανακοινώθηκαν προχθές, ενώ η προθεσμία υποβολής των αιτήσεων λήγει τη Δευτέρα 22 Αυγούστου, στις 15:00 το μεσημέρι ενώ αρκετές θέσεις αφορούν και σε φορείς της 5ης Υγειονομικής Περιφέρειας Θεσσαλίας.

### ΘΕΣΣΑΛΙΑ

Αναλυτικότερα στο πλαίσιο του Υποέργου 4, το ΚΕΕΛΠΝΟ, καλεί τους ενδιαφερόμενους να συνάψουν συμβάσεις έργου, σύμφωνα με τις παρακάτω ειδικότητες:

Στην 5η ΥΠΠΕ Θεσσαλίας: 2 Διοικητικό Υπάλληλοι, ΤΕ κατηγορίας ή ΔΕ κατηγορίας (ΚΩΔ. Δ10).

-Στο Π.Γ.Ν. Λάρισας: 1 Ιατρός, ειδικότητας Γενικής Ιατρικής και εν ελλείψει αυτής Παθολογίας (ΚΩΔ. Δ1). 1 Ιατρός, ειδικότητας Ορθοπαιδικής (ΚΩΔ. Δ1). 2 Ιατρούς, ειδικότητας Παιδιατρικής (ΚΩΔ. Δ1). 2 Νοσηλεύτες/τριες, ΠΕ ή ΤΕ Νοσηλευτικής (ΚΩΔ. Δ2). 1 Τεχνολόγος Ακτινολόγος, ΤΕ Ραδιολογίας Ακτινολογίας, και εν ελλείψει αυτής Χειριστών-Εμφανιστών (ΚΩΔ. Δ3). 2 Μαίες, ΤΕ Μαιευτικής (ΚΩΔ. Δ5). 1 Ψυχολόγος, ΠΕ Ψυχολόγων (ΚΩΔ. Δ6).

-Στο Γ.Ν. Λάρισας: 2 Ιατρούς, ειδικότητας Γενικής Ιατρικής και εν ελλείψει αυτής Παθολογίας (ΚΩΔ. Δ1). 2 Ιατρούς, ειδικότητας Μαιευτικής Γυναικολογίας



(ΚΩΔ. Δ1). 1 Ιατρός, ειδικότητας Παιδιατρικής (ΚΩΔ. Δ1). 2 Νοσηλεύτες/τριες, ΤΕ Νοσηλευτικής (ΚΩΔ. Δ2). 2 Μαίες, ΤΕ Μαιευτικής (ΚΩΔ. Δ5). 1 Ψυχολόγος, ΠΕ Ψυχολόγων (ΚΩΔ. Δ6). 3 ΥΕ Βοηθητικού Υγειονομικού Προσωπικού (ΚΩΔ. Δ8). 1 Διαπολιτισμικός Μεσολαβητής (ΚΩΔ. Δ9).

-Στο ΚΥ Αγιάς: 1 Ιατρός, ειδικότητας Γενικής Ιατρικής και εν ελλείψει αυτής Παθολογίας (ΚΩΔ. Δ1). 1 Ιατρός, ειδικότητας Παιδιατρικής (ΚΩΔ. Δ1). 3 Νοσηλεύτες/τριες, ΤΕ Νοσηλευτικής (ΚΩΔ. Δ2). 1 Μαία, ΤΕ Μαιευτικής (ΚΩΔ. Δ5).

-Στο ΓΝ Λαμίας: 2 Ιατρούς, ειδικότητας Γενικής Ιατρικής και εν ελλείψει αυτής Παθολογίας (ΚΩΔ. Δ1). 1 Ιατρός, ειδικότητας Ορθοπαιδικής (ΚΩΔ. Δ1). 2 Ιατρούς, ειδικότητας Παιδιατρικής (ΚΩΔ. Δ1). 2 Νοσηλεύτες/τριες, ΤΕ Νοσηλευτικής (ΚΩΔ. Δ2). 2 Τεχνολόγους Ιατρικών Εργαστηρίων, ΤΕ Τεχνολόγους Ιατρικών Εργαστηρίων, και εν ελλείψει αυτής ΔΕ Παρασκευαστών-στριών (ΚΩΔ. Δ4). 2 Μαίες, ΤΕ Μαιευτικής (ΚΩΔ. Δ5). 1 Ψυχολόγος, ΠΕ Ψυχολόγων (ΚΩΔ. Δ6). 1 ΥΕ Βοηθητικού Υγειονομικού Προσωπικού (ΚΩΔ. Δ8). 1 Διαπολιτισμικός Μεσολαβητής (ΚΩΔ. Δ9).

-Στο ΓΝ Χαλκίδας: 2 Ιατρούς, ειδικότητας Γενικής Ιατρικής και εν ελλείψει αυτής Παθολογίας (ΚΩΔ. Δ1). 1 Ιατρός, ειδικότητας Ορθοπαιδικής (ΚΩΔ. Δ1). 1

Ιατρός, ειδικότητας Μαιευτικής Γυναικολογίας (ΚΩΔ. Δ1). 2 Ιατρούς, ειδικότητας Παιδιατρικής (ΚΩΔ. Δ1). 3 Νοσηλεύτες/τριες, ΤΕ Νοσηλευτικής (ΚΩΔ. Δ2). 2 Τεχνολόγους Ιατρικών Εργαστηρίων, ΤΕ Τεχνολόγους Ιατρικών Εργαστηρίων, και εν ελλείψει αυτής ΔΕ Παρασκευαστών-στριών (ΚΩΔ. Δ4).

2 Μαίες, ΤΕ Μαιευτικής (ΚΩΔ. Δ5). 1 Ψυχολόγος, ΠΕ Ψυχολόγων (ΚΩΔ. Δ6). 2 ΥΕ Βοηθητικού Υγειονομικού Προσωπικού (ΚΩΔ. Δ8).

### ΥΠΟΕΡΓΟ 3

Στο πλαίσιο του Υποέργου 3 της ίδιας πρόσκλησης το ΚΕΕΛΠΝΟ, καλεί τους ενδιαφερόμενους να συνάψουν συμβάσεις έργου, σύμφωνα με τις παρακάτω ειδικότητες για την Κεντρική Υπηρεσία του ΕΚΕΠΥ και τις δομές φιλοξενίας προσφύγων:

Στην 5η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας (Ν. ΕΥΒΟΙΑΣ, Ν. ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ, Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ, Ν. ΒΟΙΩΤΙΑΣ): 6 Ιατρούς, ειδικότητας Γενικής Ιατρικής εν ελλείψει αυτής Παθολογίας εν ελλείψει αυτής Παιδιατρικής (ΚΩΔ. Γ2). 4 Νοσηλεύτες, ΤΕ Νοσηλευτικής (ΚΩΔ. Γ3). 4 ΔΕ Βοηθών Νοσηλευτών (ΚΩΔ. Γ3). 4 Ψυχολόγους, ΠΕ Ψυχολόγων (ΚΩΔ. Γ4). 4 Κοινωνικούς Λειτουργούς, ΠΕ/ΤΕ κατηγορίας (ΚΩΔ. Γ5). 4 Μαίες, ΤΕ Μαιευτικής (ΚΩΔ. Γ6). 4 Διαπολιτισμικούς Μεσολαβητές (ΚΩΔ. Γ7). 2 Συντονιστές Πεδίου (ΚΩΔ. Γ8).

### ΥΠΟΕΡΓΟ 2

Στο πλαίσιο του Υποέργου 2 της ίδιας πρόσκλησης το ΚΕΕΛΠΝΟ, καλεί τους ενδιαφερόμενους να συνάψουν συμβάσεις έργου, σύμφωνα με τις παρακάτω ειδικότητες για την Κεντρική Υπηρεσία του ΚΕΕΛΠΝΟ και στις Κεντρικές Υπηρεσίες των Υγειονομικών Περιφερειών:

Στην 5η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας: 1 Ιατρός, ειδικότητας Γενικής Ιατρικής και εν ελλείψει αυτής Παθολογίας και εν ελλείψει αυτής Παιδιατρικής. (ΚΩΔ. Β2). 2

Επισκέπτες Υγείας, ΤΕ Επισκεπτών υγείας (ΚΩΔ. Β3). 2 διασώστες/ οδηγό (ΚΩΔ. Β4). 1 Επιδημόλογος Πεδίου (ΚΩΔ. Β1).

### ΚΑΙ ΔΙΑΣΩΣΤΕΣ

Επιπλέον, θα προσληφθούν 40 διασώστες ως πλήρωμα ασθενοφόρων (Δ1) για το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.).

Σύμφωνα με την κατανομή στη Λάρισα θα προσληφθούν τρεις διασώστες.

Οι συμβαλλόμενοι θα απασχοληθούν στο πρόγραμμα με σύμβαση έργου έως και τις 30 Απριλίου 2017 με άμεση έναρξη. Το μέσο μηνιαίο μισθολογικό κόστος (συμπεριλαμβανομένων όλων των προβλεπόμενων κρατησών -εισηφορών), κάθε ενδιαφερόμενου διαμορφώνεται σύμφωνα με τις αμοιβές των αντίστοιχων ειδικότητων, σύμφωνα με το Ενιαίο Μισθολόγιο.

### ΑΙΤΗΣΕΙΣ

Να σημειωθεί ότι η προθεσμία υποβολής των αιτήσεων είναι 24 ημέρες και αρχίζει από την μέρα της δημοσίευσης της Πρόσκλησης Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος στην ιστοσελίδα του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. μέχρι τις 22/08/2016 και ώρα 15:00. Συμπληρωματικές ή και διευκρινιστικές πληροφορίες για τα δικαιολογητικά, υποχρεώσεις κλπ., παρέχονται από το Γραφείο Διαχείρισης Ευρωπαϊκών Προγραμμάτων του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, στο τηλέφωνο 210 52 12 890, κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες 09:00 - 14:00.

ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΤΗΣ ΛΑΡΙΣΑΣ, Διεύθυνση: Πεζόδρ. Παπασταύρου 6 Λάρισα

τηλ: 2410564000, email: info@eleftheria.gr, σελ: 1, 12, επιφάνεια: 47883



ΜΕ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ ΤΟΥ ΕΚΑΒ ΣΥΝΑΝΤΗΘΗΚΕ Ο ΔΗΜΑΡΧΟΣ ΑΛΜΥΡΟΥ

## Ασθενοφόρο χωρίς πληρώματα στις βάρδιες



Με συνδικαλιστές των εργαζομένων στο ΕΚΑΒ συναντήθηκε ο δήμαρχος Αλμυρού Δημήτρης Εσερίδης μετά από δική του πρωτοβουλία. Στη συνάντηση συζητήθηκε το πρόβλημα της μη κάλυψης και στελέχωσης από πληρώματα ασθενοφόρων για το Κέντρο Υγείας Αλμυρού. Από πλευράς του δημάρχου εκφράστηκε η αγωνία για την εικοσιτετράωρη παρουσία ασθενοφόρου πλήρως εξοπλισμένο από εξειδικευμένο προσωπικό του ΕΚΑΒ. Στη συνάντηση συμμετείχαν, ο πρόεδρος του σωματείου του Βόλου Κων. Χατζησταματίου, ο αντιπρόεδρος του Σωματείου Εργαζομένων στο ΕΚΑΒ Θεσσαλίας Ιωάν. Μακρυγιάννης και ο αντιπρόεδρος της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Προσωπικού ΕΚΑΒ Ιωάν. Γούλας.



**ΝΟΜΟΣΧΕΔΙΟ  
ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**

Νέα «εργαλεία»  
για την παλιά  
πολιτική της κρατικής  
υποχρηματοδότησης  
της υποστελέχωσης  
και των ελλείψεων

ΣΕΛ. 14



ΝΟΜΟΣΧΕΔΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

# Νέα εργαλεία για την παλιά πολιτική της κρατικής υποχρηματοδότησης, της υποστελέχωσης και των ελλείψεων

Στις 23/5 ολοκληρώθηκε η διαβούλευση για το σχέδιο νόμου με θέμα τη διοικητική οργάνωση των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Σύμφωνα με δημοσιεύματα του Τύπου, το νομοσχέδιο πρόκειται να κατατεθεί το επόμενο διάστημα στη Βουλή. Ο υπουργός Υγείας έχει δηλώσει ότι η μεταρρύθμιση της διοικητικής οργάνωσης δεν είναι μια απλή οργανωτική αλλαγή, αλλά μια «σημαντική θεσμική αλλαγή, ενισχυτική της ολοκλήρωσης της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης».

Σε συνέντευξη του στην εφημερίδα «Αυγή» ο υπ. Υγείας ανέφερε: «Είναι αλήθεια πως πολλά πράγματα έχουν γίνει μέχρι σήμερα και πως το τοπίο της Ψυχικής Υγείας έχει αλλάξει σημαντικά στα χρόνια αυτά. Είναι όμως επίσης αλήθεια πως πολλά δεν έγιναν ακριβώς όπως σχεδιάστηκαν, υπήρξαν αρκετές αστοχίες και λάθη σχεδιασμού και εφαρμογής».

Πράγματι, άλλαξαν πολλά, όχι όμως προς το καλύτερο. Απεναντίας, η κατάσταση έχει επιδεινωθεί δραματικά. Η πανσπερμία των δομών (δημόσιος, ιδιωτικός τομέας, ΜΚΟ) με αποτέλεσμα την παροχή υποβαθμισμένων, αποσπασματικών υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, το βάθεμα της εμπορευματοποίησης, η ενίσχυση της επιχειρηματικής δράσης του δημόσιου τομέα, η άνηση του ιδιωτικού τομέα, οι πολυάριθμες βραχυρόνιες νοσηλείες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, το γνωστό δηλαδή φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας, τα δεκάδες ράντζα στις ψυχιατρικές κλινικές των γενικών νοσοκομείων και στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, η απόγνωση, η τεράστια οικονομική και ψυχολογική επιβάρυνση των οικογενειών των ασθενών που επιμίστηκαν το βάρος της μεταρρύθμισης, είναι τα στοιχεία που συνθέτουν το ζοφερό τοπίο στις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας. Αυτό άλλωστε μαρτυρούν τα επίσημα στοιχεία. Στην έκθεση της ΕΕ «Συστήματα Ψυχικής Υγείας, ψυχική υγεία των Ευρωπαίων και αναμενόμενα οφέλη από την επένδυση στην ψυχική υγεία» αναφέρεται: «Από την αξιολόγηση του "Ψυχιαργώγ" προκύπτει ότι οι ανομοιομορφίες και τα κενά είναι έκδηλα... οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι ανομοιογενείς, δε συντονίζονται, είναι συχνά ακατάλληλες. Υπάρχουν γεωγραφικές περιοχές που έχουν λίγες ή και καθόλου υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Τα μεγαλύτερα κενά εντοπίζονται στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας για παιδιά και εφήβους και στις ψυχογηριατρικές υπηρεσίες... Ο ιδιωτικός τομέας στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας κυριαρχεί...».

Η κατάσταση που έχει διαμορφωθεί δεν οφείλεται στις «αστοχίες και τα λάθη του σχεδιασμού και της εφαρμογής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης», όπως ισχυρίζεται η κυβέρνηση. Είναι το αποτέλεσμα του ίδιου του αντιδραστικού πυρήνα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, δηλαδή της πολιτικής των ιδιωτικοποιήσεων, της ενίσχυσης του εμπορευματοτικού χαρακτήρα των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, του κλεισίματος των ψυχιατρικών νοσοκομείων. Η «κατάργηση των ασύλων» αποτέλεσε το ιδεολογικό περίβλημα όλων των προηγούμενων κυβερνήσεων και της κυβέρνησης ΣΥΡΙΖΑ - ΑΝΕΛ για να συσκοτίσουν το πραγματικό αντιλαϊκό περιεχόμενο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και να νομιμοποιήσουν τις αντιδραστικές αλλαγές στη συνείδηση των επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας, των ασθενών και των οικογενειών τους. Η συνειδητή υποβάθμιση και υποχρηματοδότηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων τα κατάντησε άσυλα, ενώ θα μπορούσαν να προσφέρουν εξαιρετικές, υψηλού επιπέδου υπηρεσίες, και όχι ο ειδικός τους χαρακτήρας.

## Ενισχύεται αποφασιστικά ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα

Σε αυτό το πλαίσιο εντάσσονται και οι αλλαγές που εισάγονται στην αρχιτεκτονική της διοικητικής οργάνωσης των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας με το νομοσχέδιο που πρόκειται να κατατεθεί. Τα όργανα που συστήνονται (Τομεακές Επιστημονικές Επιτροπές, Περιφερειακές Διοικήσεις Τομέων Ψυχικής Υγείας, Περιφερειακά Τομεακά Συμβούλια, Συντονιστικά όργανα Περιφερειακών Διοικήσεων) θα αποτελέσουν τα νέα εργαλεία για την αποτελεσματικότερη υλοποίηση της αντιλαϊκής πολιτικής στο χώρο της Ψυχικής Υγείας και των στρατηγικών κατευθύνσεων της ΕΕ, της διαχει-



ρισης της δεδομένης πολιτικής της κρατικής υποχρηματοδότησης, της υποστελέχωσης και της έλλειψης δημόσιων μονάδων Ψυχικής Υγείας. Χαρακτηριστικά, μία από τις αρμοδιότητες των νέων οργάνων είναι να «προτείνουν τη σύσταση, κατάργηση, συγχώνευση ή μεταφορά Μονάδων Ψυχικής Υγείας των Τομέων Ψυχικής Υγείας», να «εισηγούνται για τη μετακίνηση, απόσπαση, μετάταξη προσωπικού ανάλογα με τις ανάγκες...».

Με το νομοσχέδιο αναβαθμίζεται, ενισχύεται αποφασιστικά ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα. Μέσω των εκπροσώπων του στις Τομεακές Επιστημονικές Επιτροπές θα έχει λόγο, θα συμμετέχει ενεργητικά στο σχεδιασμό και την ανάπτυξη των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, προωθώντας ασφαλώς τα συμφέροντά του.

Το νομοσχέδιο δίνει τη δυνατότητα στην Ανώνυμη Εταιρεία Μονάδων Υγείας (ΑΕΜΥ ΑΕ) ίδρυσης, λειτουργίας καθώς και ανάληψης συνέχισης λειτουργίας Μονάδων Ψυχικής Υγείας, ακόμα και δημόσιων, με ό,τι αυτό συνεπάγεται για την παροχή υπηρεσιών υγείας και τους εργαζόμενους. Στη συνάντηση που είχε η ΕΓ της ΟΕΝΓΕ με τον υπ. Υγείας είπε ότι με τη συγκεκριμένη ρύθμιση εξασφαλίζεται η συνέχιση της λειτουργίας των μονάδων Ψυχικής Υγείας που λειτουργούν με κονδύλια της ΕΕ όταν θα λήξει η χρηματοδότηση από το ΕΣΠΑ. Επιβεβαιώνεται ότι τα κονδύλια που διατέθηκαν μέσω των προγραμμάτων της ΕΕ στο πλαίσιο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης προλείαναν το έδαφος για την απεμπλοκή του κράτους από την ευθύνη χρηματοδότησής τους και τη συνέχιση της λειτουργίας τους με ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια.

## «Δημοκρατική συμμετοχή» για την κάλυψη της αντιλαϊκής κρατικής πολιτικής

Με την καθιέρωση της αιρετότητας των μελών των Τομεακών Επιτροπών (τα 6 από τα 9 μέλη θα εκλέγονται από όλους τους επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας των αντίστοιχων επιτροπών) η κυβέρνηση επιδιώκει να δώσει επιστημονική και δημοκρατική επίφαση. Να διαμορφώσει υγειονομικούς που όχι μόνο θα δίνουν «επιστημονική» στήριξη στην κυβερνητική πολιτική αλλά θα συμμετέχουν ενεργητικά στην υλοποίησή της. Τον τελικό λόγο για την υιοθέτηση ή απόρριψη των προτάσεων των Τομεακών Επιτροπών, θα τον έχουν οι Περιφερειακές Επιτροπές και τα αντίστοιχα Συντονιστικά όργανα, με κριτήριο πάντα την απαρέγκλιτη εφαρμογή της αντιλαϊκής πολιτικής στο χώρο της Ψυχικής Υγείας.

Τον ίδιο στόχο υπηρετεί και η πρόβλεψη για τη συμμετοχή εκπροσώπων των ληπτών υπηρεσιών Υγείας, των συλλόγων οικογενειών ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Η δήθεν «δημοκρατική συμμετοχή» είναι ο μανδύας της λαϊκής «συνδιαχείρισης» και «συνυπευθυνότητας» στη διαμόρφωση και υλοποίηση της αντιλαϊκής κρατικής πολιτικής. Στοιχείο της παραπάνω πολιτικής, ιδιαίτερα στον τομέα της Ψυχικής Υγείας, είναι οι οικογένειες και οι ασθενείς αντί να διεκδικούν λύσεις από το κράτος, να αναλάβουν οι ίδιοι ατομικά την «αυτοδιαχείριση» της ασθένειάς τους, να παίξουν ρόλο φορέα άσκησης «κοινωνικής» πολιτικής. Σε ό,τι αφορά τη σύσταση επιτροπών ελέγχου

των δικαιωμάτων των ληπτών υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, το ενδιαφέρον της κυβέρνησης είναι υποκριτικό. Σε μία περίοδο που κλιμακώνεται η επίθεση σε βάρος των ασθενών, ο έλεγχος θα γίνεται στην καλύτερη περίπτωση με βάση τα συνεχώς κούτσουρα δικαιώματα που διαμορφώνονται από την αντιλαϊκή πολιτική της συγκυβέρνησης και, στο όνομα της υπεράσπισης των «δικαιωμάτων» των ασθενών, θα αποτελεί βοήθη για την πιο αποτελεσματική εφαρμογή της.

## Κριτήριό τους τα επιχειρηματικά κέρδη

Για ποια υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ασθενών κάνει λόγο ο υπ. Υγείας όταν υπηρετεί πιστά την πολιτική που καταδικάζει τη συντριπτική πλειοψηφία του λαού στη φτώχεια, στην ανέχεια, στην ανεργία, στην αβεβαιότητα για το μέλλον για να διασφαλιστούν η ανταγωνιστικότητα και τα κέρδη των επιχειρηματιών; Όταν κριτήριο της διαμόρφωσης της πολιτικής της κυβέρνησης σε Υγεία - Πρόνοια είναι το κόστος και οι δημοσιονομικές αντοχές της οικονομίας; Όταν σχεδιάζεται η εξοικονόμηση 900 εκατομμυρίων από την περικοπή των επιδομάτων Πρόνοιας, που σε ένα μεγάλο ποσοστό χορηγούνται σε ασθενείς με ψυχικά νοσήματα; Όταν ακόμα και οι ασθενείς που δικαιούνται μηδενική συμμετοχή στα φάρμακα λόγω σοβαρών ψυχικών νοσημάτων αναγκάζονται να δίνουν ένα μέρος από το πενιχρό επίδομα των 320 ευρώ το μήνα (όσο από αυτούς διατηρούν ακόμη «το προνόμιο» να το παίρνουν), λόγω της διαφοράς μεταξύ ασφαλιστικής και λιανικής τιμής; Ετσι εννοούν το δικαίωμα στην αξιοπρέπεια των ψυχικά ασθενών;

Όσες μεταρρυθμίσεις και αν γίνουν όσο η Υγεία θα είναι εμπόρευμα, οι όροι και οι προϋποθέσεις για να έχει ο λαός πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση θα επιδεινώνονται.

Η συγκυβέρνηση με το νομοσχέδιο που πρόκειται να κατατεθεί, προωθεί μέτρα στην ίδια αντιλαϊκή κατεύθυνση με τις προηγούμενες κυβερνήσεις, κάνοντας παράλληλα τις αναγκαίες προσαρμογές για την πιο αποτελεσματική υλοποίηση της συγκεκριμένης πολιτικής στην Ψυχική Υγεία.

## Απαιτείται ρήξη μ' αυτήν την πολιτική

Καλούμε τους υγειονομικούς μαζί με το λαό να οργανώσουν τους αγώνες τους ενάντια στη συνεχιζόμενη υποβάθμιση και εμπορευματοποίηση, στη συρρίκνωση και το κλείσιμο των δημόσιων μονάδων Ψυχικής Υγείας. Να απαιτήσουν να μην κατατεθεί στη Βουλή το νομοσχέδιο για τη διοικητική μεταρρύθμιση. Ο αγώνας όμως δεν πρέπει να έχει ως ορίζοντα την κατάθεση του νομοσχεδίου στη Βουλή. Πρέπει να συνδυάζεται με τη διεκδίκηση σύγχρονων, υψηλού επιπέδου υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, με τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου δικτύου αποκλειστικά δημόσιων δωρεάν υπηρεσιών, που θα ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες των ασθενών αλλά και των οικογενειών τους, όλου του λαού. Πρέπει να συνδυάζεται με τη διεκδίκηση των δικαιωμάτων των υγειονομικών. Προϋπόθεση για την ικανοποίηση των σύγχρονων αναγκών των ασθενών και των υγειονομικών είναι να καταργηθεί κάθε επιχειρηματική δραστηριότητα στο χώρο της Υγείας - Πρόνοιας, να πάψει η Υγεία να είναι εμπόρευμα. Απαιτείται ρήξη και σύγκρουση με την πολιτική της ΕΕ, με τους επιχειρηματικούς ομίλους που εμπορεύονται υπηρεσίες Υγείας, Πρόνοιας και φάρμακα. Απαιτείται ρήξη και σύγκρουση με την καπιταλιστική ανάπτυξη που στηρίζεται στα αποκαϊδία των κοινωνικών παροχών και δικαιωμάτων.

Σε αυτόν τον αγώνα αποφασιστική είναι η συμβολή των γιατρών. Ετσι πραγματώνουν τον επιστημονικό τους ρόλο. Όταν παλεύουν ενάντια στο σύστημα που τους στερεί τη δυνατότητα να θέσουν την επιστημονική τους γνώση στην υπηρεσία των ασθενών, όταν παλεύουν ενάντια στο σάπιο εκμεταλλευτικό σύστημα που παράγει και αναπαράγει τις αιτίες που υποσκάπτουν την υγεία του λαού.

Αφροδίτη PETZIOY

Πρόεδρος της Ομοσπονδίας Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδας





## **Ανδρέας Ξανθός:**

Η αποδιοργάνωση και  
απαξίωση του ΕΣΥ σταματά

---

Σελίδα 16, 17





ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟΝ ΑΝΔΡΕΑ ΞΑΝΘΟ, ΥΠΟΥΡΓΟ ΥΓΕΙΑΣ

# Η αποδιοργάνωση του συστήματος σ

Στον τομέα της υγείας, που οι υγειονομικές ανάγκες είναι ανελαστικές και το σύστημα σε βαθιά αποδιοργάνωση, ο υπουργός Υγείας, Ανδρέας Ξανθός, παρουσιάζει τους στόχους της πολιτικής του υπουργείου για τη σταθεροποίηση του συστήματος και το σχεδιασμό μεταρρυθμίσεων σε μια αντίληψη στήριξης της δημόσιας υγείας και του κοινωνικού κράτους.



Θέλουμε να αναδιοργανώσουμε το σύστημα με επίκεντρο την πρωτοβάθμια και να κατευθύνουμε την πρόσβαση των ανθρώπων σε ένα επίπεδο πριν το νοσοκομείο. Να δημιουργήσουμε μια κουλτούρα, όπου ο πληθυσμός θα απευθύνεται στον οικογενειακό του γιατρό σε πρώτη φάση

Τη συνέντευξη πήρε η Έλενα Χατζημιχάλη

**Ποια θεωρείτε ότι είναι η πιο σημαντική παρέμβαση του υπουργείου Υγείας σε αυτό το διάστημα του ενάμιση χρόνου διακυβέρνησης Σύριζα;**

Ίσως πιο σημαντική ανακουφιστική παρέμβαση που έχει κάνει αυτή η κυβέρνηση, είναι στο χώρο της υγείας, στο θέμα των ανασφάλιστων, γιατί είναι μια παρέμβαση με πολύ μεγάλη κοινωνική ορατότητα, που αφορά πάνω από δύο εκατομμύρια ανθρώπους. Η εικόνα που έχουμε από πολίτες και από τα κοινωνικά ιατρεία, είναι ότι έχει γίνει αισθητή η αλλαγή στην καθημερινότητα πολλών ανθρώπων που κάνουν πια τις εξετάσεις τους, νοσηλεύονται και χειρουργούνται δωρεάν. Είναι μια σημαντική παρέμβαση, που ενισχύει την προσέγγιση της υγείας ως κοινωνικό αγαθό, ως δικαίωμα, το οποίο οφείλει η πολιτεία να το διασφαλίζει ανεξάρτητα από εργασία, ασφάλιση και εισόδημα. Και αυτό είναι μεγάλη τομή στην πολιτική υγείας, είναι αριστερή πολιτική.

**Πολύ συχνά κάνετε αναφορά στο θεσμικό, αλλά και λειτουργικό αποκλεισμό αυτών των ανθρώπων από το σύστημα υγείας, τι σημαίνει αυτό;**

Στην πράξη για να έχει η ρύθμιση αυτή αντίκρυσμα στην καθημερινότητα των ανθρώπων, πρέπει να έχουμε ένα δημόσιο σύστημα υγείας λειτουργικό και επαρκές, το οποίο θα μπορεί να αντιμετωπίσει τις ανάγκες τους σε εύλογο χρόνο με αξιοπιστία και καλή ποιότητα υπηρεσιών. Αυτό είναι σημαντικό θέμα. Και εκεί είναι η πραγματική δυσκολία. Έχουμε ένα σύστημα υγείας που ήδη έχει πιεστεί πολύ στα χρόνια της κρίσης, αυξήθηκε 30% η ζήτηση, μειώθηκε 50% η χρηματοδότηση και έχουμε και 25-30% κενά σε προσωπικό. Υπήρχαν δηλαδή οι ιδανικές συνθήκες για μπλακ άουτ. Το μπλακ άουτ το αποτρέψαμε πέρυσι, επειδή, ακριβώς, πέσαμε με τα μούτρα στο σύστημα υγείας, μας διασφάλισε η κυβέρνηση μια σημαντική χρηματοδοτική ενίσχυση και προσπαθήσαμε με αφοσίωση, να προχωρήσουμε χρονοβόρες διαδικασίες για την πρόσληψη προσωπικού. Κατά την άποψη μου το θέμα της κατάρρευσης έχει τελειώσει. Ίσα ίσα που τώρα σταθεροποιείται, μπαίνει το πρώτο ανθρώπινο δυναμικό, πάνει δουλειά μόνιμο προσωπικό μετά από 6 χρόνια και αλλάζει τελείως το κλίμα μέσα στα νοσοκομεία. Προκηρύχθηκαν 760 θέσεις γιατρών, που είχαν να προκηρυχθούν από το 2010, και αυτό είναι μια προοπτική ανάκαμψης. Έχουν κάνει αιτήσεις πάρα πολύ γιατροί, και μάλιστα πολλοί νέοι γιατροί που είναι στο εξωτερικό. Που σημαίνει ότι μόλις πήραν το σήμα ότι έχει σταματήσει η πορεία της αποδιοργάνωσης και της απαξίωσης, και σιγά σιγά γίνεται προσπάθεια να στηριχτεί το δημόσιο σύστημα και να ενισχυθεί, έχουν μια διάθεση να επιστρέψουν. Για πρώτη φορά φέτος αρχίζει και αντιστρέφεται η τάση υποχρηματοδότησης και υποστελέχωσης των τελευταίων ετών. Έχουμε, λοιπόν, έναν αυξημένο προϋπολογισμό και μια σταδιακή ενίσχυση του συστήματος υγείας με προσλήψεις μόνιμου, αλλά επικουρικού προσωπικού, έχουν ήδη

τοποθετηθεί πάνω από 1200 επικουρικοί γιατροί.

**Πρωτοβάθμια περίθαλψη και απογευματινά ιατρεία**

**Ανάμεσα στους 7 πυλώνες στήριξης και αναδιοργάνωσης του κοινωνικού κράτους, τους οποίους παρουσίασε ως δέσμη μέτρων ο πρώτος υπουργός, είναι η υγεία και ειδικά η πρωτοβάθμια περίθαλψη.**

Αυτό που θέλω καταρχήν να πω είναι ότι στην ουσία από εδώ και πέρα πρέπει να καλύψουμε τις ανάγκες με τρεις όρους: καλολειτουργία, ισότητα και ποιότητα-αποτελεσματικότητα. Για να γίνει αυτό δεν αρκούν μόνο τα χρήματα, αλλά χρειάζεται άλλη οργάνωση το σύστημα, χρειάζονται μεταρρυθμίσεις, με κορυφαία τη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Θέλουμε λοιπόν να αναδιοργανώσουμε το σύστημα με επίκεντρο την πρωτοβάθμια και να ανακατευθύνουμε την πρόσβαση των ανθρώπων σε ένα επίπεδο πριν το νοσοκομείο. Να δημιουργήσουμε μια κουλτούρα, όπου ο πληθυσμός απευθύνεται στον οικογενειακό του γιατρό σε πρώτη φάση, ο οποίος έχει την ευθύνη της ολιστικής φροντίδας, από την πρόληψη, τους εμβολιασμούς, τις εξετάσεις, τη συνταγογράφηση και τις παραπομπές για ειδικότερη αντιμετώπιση.

**Η αναδιοργάνωση, όμως, της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα εφαρμοστεί πιλοτικά και ο σχεδιασμός της θα είναι μακροπρόθεσμος, όπως και τα αποτελέσματά του, έτσι δεν είναι;**

Πρώτον θα κάνουμε μια προσπάθεια να επισπευσθεί η διαδικασία, αξιοποιώντας και ευρωπαϊκούς πόρους. Είμαστε τώρα σε μια φάση, όπου ανασχεδιάζουμε τον προγραμματισμό και τις παρεμβάσεις που προωθούμε για χρηματοδότηση από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και θα τον αναπροσανατολίσουμε, δίνοντας δυνατότητα να δημιουργηθούν αποκεντρωμένες δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας (τοπικές μονάδες υγείας) σε όλη τη χώρα και όχι μόνο σε 4 σημεία πιλοτικής εφαρμογής. Θα πάμε δηλαδή σε όλες τις υγειονομικές περιφέρειες. Προφανώς η πρωτοβάθμια είναι θέμα μεγαλύτερου χρονικού ορίζοντα και συνήθως μακροπρόθεσμης απόδοσης. Άρα τα νοσοκομεία θα συνεχίσουν να είναι τα σημεία υποδοχής της μεγάλης πίεσης από την πλευρά του κόσμου και για αυτό πρέπει να είναι σε επάρκεια μέσω των υλικών και ανθρώπων. Και εκεί, όμως, θα κάνουμε αλλαγές στο μοντέλο διοίκησης και στο μοντέλο προμηθειών. Αυτό θα μας βοηθήσει να έχουμε μια εξοικονόμηση πόρων, έτσι ώστε να επανεπενδυσθούν αυτά τα χρήματα στο σύστημα, σε περισσότερες προσλήψεις για παράδειγμα.

**Ένα μεγάλο μέρος του κόσμου πηγαίνει στα νοσοκομεία αντί για τις πρωτοβάθμιες δομές, και μάλιστα στα επί πληρωμή απογευματινά ιατρεία. Πως συνδυάζεται ο δημόσιος χαρακτήρας νοσοκομείων με το θεσμό των απογευματινών ιατρείων;**

Αυτό είναι ένα θέμα που και εμάς μας απα-

σχολεί. Σήμερα τα απογευματινά ιατρεία είναι ένας μηχανισμός κάλυψης της ζήτησης που έχουν οι υπηρεσίες του ΕΣΥ και οι γιατροί του από πολίτες, επειδή ακριβώς στην τακτική λειτουργία του νοσοκομείου υπάρχουν καθυστερήσεις, αναμονές, δυσκολία έγκαιρης εξυπηρέτησης. Εμείς δεν θέλουμε αυτόν τον κόσμο που εξυπηρετείται στα απογευματινά ιατρεία να τον διώξουμε από το δημόσιο σύστημα υγείας. Έχουμε δει ότι αυτό το σύστημα έχει στρεβλώσεις, ότι επιβαρύνει πάρα πολύ τον ασθενή σε μια δύσκολη περίοδο και συμφωνώ ότι οι τιμές είναι πολύ υψηλές και ενδεχομένως υπάρχουν και κάποιες κατηγορίες γιατρών που αποκομίζουν προκλητικά υψηλές αποδοχές. Έχουμε ζητήσει στοιχεία, έχουμε εικόνα για τα απογευματινά ιατρεία όλων των νοσοκομείων, για τα χρήματα που καταβάλουν οι ασθενείς, για τα χρήματα που εισπράττουν οι γιατροί και για τα χρήματα που εισπράττει το νοσοκομείο. Είμαστε σε φάση που επεξεργαζόμαστε το θέμα σε μια προσπάθεια να ελέγξουμε τους όρους λειτουργίας των απογευματινών ιατρείων, και από την άλλη προσαθούμε να επανασχεδιάσουμε την τιμολόγηση, έτσι ώστε να μειωθεί η επιβάρυνση των ασθενών. Και χωρίς να έχουμε μεγάλη απώλεια εσόδων για τα νοσοκομεία.

**Σταθεροποίηση του συστήματος και μεταρρυθμίσεις είναι λοιπόν οι βασικοί στόχοι του υπουργείου υγείας;**

Στην όλη προσπάθεια που καταβάλλουμε υπάρχουν τρία πράγματα πολύ σημαντικά. Το ένα είναι η στήριξη του συστήματος, με διάφορους τρόπους, όπως ήδη ανέφερα. Το άλλο είναι η αναδιοργάνωση υπηρεσιών του συστήματος και το τρίτο η «ηθικοποίηση». Ηθικοποίηση όσον, δηλαδή, αφορά τη συναλλαγή ανθρώπων του συστήματος με συμπεριφέροντα, με εταιρίες, με προμηθευτές, αλλά και όσον αφορά τη δυσμενή σχέση των πολιτών στα πλαίσια μιας οικονομικής συναλλαγής μεταξύ ασθενούς και γιατρού. Για να αντιμετωπιστεί αυτό το φαινόμενο απαιτούνται καταρχήν αξιόπιστες επιλογές στο θέμα της διοίκησης και θεωρώ ότι με τις διαδικασίες που επιλέξαμε, έχουμε κάνει μια πολύ μεγάλη επένδυση στην αξιοκρατία και τη διαφάνεια στο σύστημα υγείας. Είναι πολύ χαρακτηριστικό ότι από μια πρώτη ανάλυση των ποιοτικών στοιχείων που έχουμε για τους νέους διοικητές, πάνω από το 60% είναι άνθρωποι του δημόσιου συστήματος υγείας και της δημόσιας διοίκησης ήδη. Είναι άνθρωποι που έχουν σχέση με το σύστημα υγείας, έχουν την τεχνοκρατική επάρκεια, και φυσικά επειδή και εμείς ήμασταν πολύ επίμονοι σε αυτό έχουν και την εντιμότητα, ώστε να ανταποκριθούν σε αυτό το καθήκον. Άρα επιλέγεις διοικητές που θέλουν να υπηρετήσουν το σχέδιο της μεροληψίας υπέρ της δημόσιας περίθαλψης και της ηθικοποίησης του ΕΣΥ και όχι τη διαίωξη των στρεβλώσεων του παρελθόντος. Επίσης στέλνουμε πολιτικό σήμα ότι τελειώνει η εκμετάλλευση του αρρώστου και ότι αυτά τα φαινόμενα δεν θα είναι ανεκτά. Προχωράμε θεσμικές αλλαγές που ενισχύουν τη διαφάνεια, όπως για παράδειγμα η λίστα χειρουργείου. Για τη λίστα χειρουργ-



# Και η απαξίωση Γαμάτησε



γείου εκτιμώ ότι την επόμενη εβδομάδα θα βγει η υπουργική απόφαση. Σε αυτήν θα ορίζεται πως θα γίνεται ακριβώς η διαδικασία, έτσι ώστε να είμαστε σίγουροι ότι ο προγραμματισμός του χειρουργείου δεν θα γίνει με βάση τη σχέση γιατρού ασθενή και την οποιαδήποτε συναλλαγή τους, αλλά με βάση το είδος του περιστατικού, και την προτεραιοποίηση που ορίζεται με βάση τα κλινικά δεδομένα. Και βεβαίως χρειάζεται ένα κοινωνικό μέτωπο, το οποίο θα υποστηρίξει αυτήν την προσπάθεια, με συλλόγους ασθενών, με τα σωματεία των γιατρών και των εργαζομένων.

Στόχος μας είναι λοιπόν η σταθεροποίηση, ηθικοποίηση και αναδιοργάνωση-ανασυγκρότηση-μεταρρύθμιση, με κορυφαίες τις αλλαγές στην ΠΦΥ, την ψυχική υγεία, τη διοίκηση του συστήματος και τις προμήθειες.

## Αλλαγές στο σύστημα προμηθειών

**Θα υπάρξουν, δηλαδή, άμεσα αλλαγές στο σύστημα προμηθειών των νοσοκομείων;**

Πάμε σε ένα νέο μοντέλο προμηθειών με ενιαία κωδικοποίηση, με ενιαίες προδιαγραφές, με ένα εύρος τιμών, το οποίο θα διαμορφωθεί με βάση και τα ευρωπαϊκά δεδομένα. Με μια σχετική ευελιξία θα αποκεντρώνεται σε επίπεδο ΥΠΕ, αλλά και στο επίπεδο των νοσοκομείων, όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο για υλικά ειδικών κατηγοριών για πιο εξειδικευμένες πράξεις σε εξειδικευμένες μονάδες. Το μοντέλο είναι λοιπόν κεντρικές παραγγελίες, αλλά με ένα εντελώς καινούριο Δημόσιο Φορέα Προμηθειών Υγείας. Έχουμε έτοιμη τη νομοθετική ρύθμιση, είμαστε στην τελική φάση επεξεργασίας του νομοσχεδίου και πιστεύουμε ότι μέσα στο φθινόπωρο θα είμαστε σε θέση να το θέσουμε σε δημόσια διαβούλευση και να πάρει το δρόμο του προς την Βουλή.

**Έχουν ή όχι τα νοσοκομεία χρήματα, γιατί κάποιοι επικαλούνται ότι η έλλειψη υλικών προκύπτει από την έλλειψη χρημάτων στα νοσοκομεία;**

Τα νοσοκομεία έχουν αυτή τη στιγμή ταμειακά διαθέσιμα, τα οποία υπερβαίνουν τα 150 εκατ. ευρώ. Αυτό είναι αδιαμφισβήτητο. Άρα δεν δικαιολογούνται ειδικά σε μεγάλα

νοσοκομεία οι υπαρκτές ελλείψεις από ανεπάρκεια χρημάτων. Ο κρατικός προϋπολογισμός εκτελείται κανονικά και πολύ σημαντικό είναι ότι αυτήν την περίοδο έχει ενισχυθεί η ρευστότητα και οι πληρωμές των νοσοκομείων μέσω της πληρωμής των ληξιπρόθεσμων οφειλών. Έχουμε δώσει 511 εκ. ευρώ στα νοσοκομεία για ληξιπρόθεσμες οφειλές. Πρακτικά μέχρι τέλος του χρόνου θα έχουμε αποπληρώσει το 90% των χρεών του ΕΣΥ, που αφορούν χρέη παρελθόντων ετών. Άρα οι ελλείψεις προκύπτουν κυρίως από ένα αποδιοργανωμένο και προβληματικό σύστημα προμηθειών (ΕΠΥ, Παρατηρητήριο Τιμών), από την δυσκολία του διοικητικού μηχανισμού στην ενταλματοποίηση και έγκριση πληρωμών αλλά και από την αδυναμία εταιριών, που δεν εκτελούν κανο-

νικά τις παραγγελίες, κατά περιπτώσεις και εξαιτίας των συσσωρευμένων χρεών. Εξομολογώντας τις πληρωμές πιστεύουμε ότι θα βελτιώσει πάρα πολύ και ο εφοδιασμός.

## Αριστερή πολιτική σε ένα εχθρικό περιβάλλον

**Τον ενάμιση χρόνο τι ήταν αυτό που σας δυσκόλεψε περισσότερο στην άσκηση αριστερής πολιτικής στην υγεία;**

Η μεγαλύτερη δυσκολία προκύπτει από την πραγματικότητα μιας χώρας χρεωκοπημένης, που έχει αποδιοργανώσει και το κράτος και την οικονομία και την κοινωνία και το πολιτικό σύστημα και τους θεσμούς και έχει δημιουργήσει ένα κλίμα χαμηλών προσ-

## Πρωτοβουλία του Νότου για το φάρμακο

**Στην πολιτική σας για το φάρμακο λαμβάνετε υπόψη σας θέματα, όπως η αυξημένη συμμετοχή στην αγορά φαρμάκων;**

Σε καμία περίπτωση δεν είμαστε ευχαριστημένοι από μία φαρμακευτική πολιτική, η οποία μειώνει τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη και επιβαρύνει τον ασθενή. Θα πάμε σε ένα νέο μοντέλο τιμολόγησης, υπολογισμού των rebates, υπολογισμού της συμμετοχής του ασθενή, αποζημίωσης, το οποίο θα μειώνει σταδιακά την επιβάρυνση των ασθενών. Δεν μπορούμε να ανεχθούμε τόσο μεγάλες επιβαρύνσεις, οι οποίες για πολλούς ασθενείς είναι αποτρεπτικές στο να παίρνουν κανονικά τη θεραπεία τους. Ελπίζουμε ότι θα μπορέσουμε να διασφαλίσουμε και τη συναίνεση των θεσμών στις νομοθετικές παρεμβάσεις που θα χρειαστούν.

Στο φάρμακο, όμως, χρειάζονται δύο σημαντικά πράγματα: πρώτον να γίνεται ένας έλεγχος της ζήτησης με επιστημονικά κριτήρια, με φίλτρα στη συνταγογράφηση, με θεραπευτικά πρωτόκολλα κλπ, με μηχανισμούς αξιολόγησης τεχνολογίας υγείας φαρμάκων και από την άλλη με μια σοβαρή και συγκροτημένη διαπραγμάτευση τιμών και σε εθνικό και σε διακρατικό επίπεδο. Από τη Συνδιάσκεψη που προετοιμάσαμε και πραγματοποιήσαμε στην Αθήνα με εκπροσώπους από 5 χώρες του ευρωπαϊκού νότου προέκυψε επιτροπή εμπειρογνομητών από κάθε χώρα, η οποία θα προετοιμάσει το έδαφος για από κοινού διαπραγμάτευση με τις φαρμακευτικές εταιρίες. Αυτό είναι μια μεγάλη εξέλιξη, η οποία θεωρώ ότι θα αλλάξει πολύ το κλίμα και θα διευκολύνει και τη διαπραγμάτευση σε εθνικό επίπεδο, που ήδη έχει προχωρήσει. Θέλουμε να είναι εγγυημένη η πρόσβαση των ανθρώπων στα φάρμακα που έχουν ανάγκη, αλλά αυτό, προφανώς, πρέπει να γίνει στα πλαίσια ενός συγκεκριμένου προϋπολογισμού, που είναι κλειστός προϋπολογισμός στα 2,5 δις για νοσοκομειακά και εξωνοσοκομειακά φάρμακα.



Δεν είμαστε πολιτικοί καριέρας, δεν είμαστε επαγγελματίες πολιτικοί, στρατευθήκαμε σε αυτή την ιστορία ακριβώς για να συμβάλουμε με την εμπειρία μας και τη διαθεσιμότητά μας σε μια προσπάθεια ανάταξης της δημόσιας περίθαλψης. Αυτό μας δημιουργεί ένα ευνοϊκό έδαφος για καλύτερη επικοινωνία με το ανθρώπινο δυναμικό του ΕΣΥ και νομίζω μεγαλύτερης αξιοπιστίας.

δοκιών στην κοινωνία. Αυτή είναι μια πραγματικότητα. Είναι μεγάλο στοίχημα για την κυβέρνηση να αποδείξει, ότι μπορούμε στα πλαίσια του μνημονίου να βάλουμε προτεραιότητες με κοινωνική μεροληψία υπέρ των αδύναμων. Αυτό είναι μια πραγματική δυσκολία.

Μετά είναι τα θέματα του κράτους, δυσλειτουργία στον κρατικό μηχανισμό, πολλές φορές ο υπηρειακός μηχανισμός είναι απέναντι στις πολιτικές επιλογές. Έχει μάθει και σε μια άλλη κουλτούρα, έχει μάθει τα πράγματα να κινούνται με τις παρεμβάσεις των υπουργών, των βουλευτών, των διαφόρων παραγόντων και όχι με τη λογική ότι πάμε να καλύψουμε συλλογικές κοινωνικές ανάγκες με αξιοκρατία και χωρίς διακρίσεις. Οι δημοσιονομικοί περιορισμοί είναι, προφανώς, δυσκολία άσκησης μιας αριστερής πολιτικής στο χώρο της υγείας.

Νομίζω ότι επειδή η αριστερά είχε πάντα στην κουλτούρα της τη στήριξη του κοινωνικού κράτους, των κοινωνικών δικαιωμάτων, της καθολικής πρόσβασης στην υγεία, δεν είχαμε δυσκολία στο να πείσουμε για το αξιακό περιεχόμενο μιας αριστερής πολιτικής υγείας. Ήταν κάτι που και εμείς οι ίδιοι το πιστεύαμε και το πιστεύουμε.

**Αισθάνεστε ότι υπάρχει στήριξη σε αυτήν την πολιτική στην υγεία που σχεδιάζετε;**

Παρά το ότι αναγκαστήκαμε να πάρουμε κάποια μέτρα που δημιούργησαν επιβαρύνσεις κυρίως στο χώρο του φαρμάκου και των εργαστηριακών εξετάσεων, τα οποία προέκυπταν από τη συμφωνία, ευτυχώς η κυβέρνηση έδωσε την προτεραιότητα που πρέπει, και μας στήριξε στο να σχεδιάσουμε μια πολιτική ενίσχυσης του συστήματος υγείας.

Η κοινωνία ξέρει καλύτερα από όλους ότι τα πράγματα είναι δύσκολα, και νομίζω ότι έχει την ικανότητα να διακρίνει την ειλικρινή διάθεση από τον κυνισμό, από τον αυταρχισμό από την αταλάντευτη προσήλωση σε ένα νεοφιλελεύθερο σχέδιο, που υπήρχε την προηγούμενη περίοδο από τους κατά καιρούς διατελέσαντες υπουργούς. Εμείς έχουμε πει από την πρώτη στιγμή ότι είμαστε άνθρωποι της δημόσιας περίθαλψης, έχουμε από τα νιάτα μας αφοσιωθεί και αγωνιστεί για το δημόσιο σύστημα υγείας, ξέρουμε τι σημαίνει δουλειά, πίεση, άγχος, ανασφάλεια, κόπωση του δημόσιου νοσοκομείου, ξέρουμε τι σημαίνει κοινωνική αλληλεγγύη. Δεν είμαστε πολιτικοί καριέρας, δεν είμαστε επαγγελματίες πολιτικοί, στρατευθήκαμε σε αυτήν την ιστορία ακριβώς για να συμβάλλουμε με την εμπειρία μας και τη διαθεσιμότητά μας σε μια προσπάθεια ανάταξης της δημόσιας περίθαλψης. Αυτό μας δημιουργεί ένα ευνοϊκό έδαφος για καλύτερη επικοινωνία με το ανθρώπινο δυναμικό του ΕΣΥ και νομίζω μεγαλύτερης αξιοπιστίας.



ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

# Μια άποψη για τις ειδικότητες και τις σχέσεις εργασίας

**Μ**ετά από πολλές αποτυχημένες απόπειρες, τριάντα και πλέον ετών, για ένα σύστημα πρωτοβάθμιας Υγείας, ήρθε η ώρα αυτό να γίνει πράξη. Ο σχεδιασμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) πρέπει να λάβει υπόψη τις εμπειρίες άλλων χωρών -αξιοποιώντας τα θετικά και απορρίπτοντας τα αρνητικά-, τις ιδιαιτερότητες της χώρας μας (ορεινή, νησιωτική, αποστάσεις κ.α), τις ιδιομορφίες του υγειονομικού προσωπικού (εξειδικευμένοι γιατροί, νοσηλεύτες, μαίες, φυσιοθεραπευτές κτλ), τη σημερινή δύσκολη συγκυρία, αλλά και να βλέπει στο μέλλον. Να είναι η ΠΦΥ μικρού κόστους, αλλά μέγιστου ποιοτικά αποτελέσματος. Να έχει ορίζοντα εφαρμογής 20ετίας, ενώ θα αρχίζει να υλοποιείται άμεσα και να ολοκληρώνεται σε 5-7 έτη.

Το σύστημα της ΠΦΥ πρέπει να είναι ανθρωποκεντρικό και όχι ιατροκεντρικό, να λειτουργεί η ομάδα στην κοινότητα που θα είναι συνεχώς και κοντά στους ανθρώπους και στις ανάγκες τους. Βασικό μέλημα η πρόληψη και η προαγωγή υγείας, αλλά και η εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση και θεραπεία.

Στο νοσοκομείο κατευθύνονται οι άνθρωποι που πραγματικά έχουν ανάγκη νοσοκομειακής διαγνωστικής προσέγγισης και θεραπευτικής αγωγής. Πριν και μετά το νοσοκομείο αναλαμβάνει το Πρωτοβάθμιο Σύστημα Υγείας. Στην Πρωτοβάθμια συνεργάζεται ο δημόσιος με τον ιδιωτικό τομέα (συμπληρωματικός). Ο σχεδιασμός, η χρηματοδότηση, ο έλεγχος λειτουργίας και οι βασικές δομές ανήκουν και ασκούνται από το Δημόσιο.

Σε ό,τι αφορά το ιατρικό προσωπικό (και επειδή χωρίς γιατρό, σύστημα υγείας δεν νοείται):

**Ο Γενικός Ιατρός** αποτελεί τον πυρήνα του συστήματος της ΠΦΥ. Ασχολείται στην ομάδα με την πρόληψη και την πρώτη επαφή και αντιμετώπιση περιστατικών

που έχει υπό την εποπτεία του, κατευθύνει στον ειδικό του συστήματος ΠΦΥ περιστατικά που χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης, ειδικής αγωγής και παρακολούθησης. Λόγω της φύσης της ειδικότητας και του ρόλου του, συμμετέχει στο δημόσιο σύστημα της ΠΦΥ και εργάζεται με σχέση εργασίας πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Αντιστοιχούν, σε πλήρη ανάπτυξη, περίπου 4.000 Γενικοί Ιατροί (1 ανά 2.000 ενήλικες). Η χώρα μας υστερεί σημαντικά σε Γενικούς Ιατρούς.

**Ο Παιδίατρος** συμμετέχει στο σύστημα ΠΦΥ. Αντιστοιχεί 1 ανά 2.000 παιδιά. Απαιτούνται περίπου 1.000 παιδίατροι και να είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Ακτινολόγοι, βιοπαθολόγοι και οδοντίατροι επίσης πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και είναι τόσοι όσες και οι μονάδες αναφοράς (περίπου 300). Στις Μονάδες Αναφοράς (1 ανά 30.000 κατοίκους), όπως και στις τομεακές (νομαρχιακές) συμμετέχουν και γιατροί άλλων ειδικοτήτων.

## Ευέλικτη ΠΦΥ

Τα κριτήρια για το ποιες ειδικότητες θα συμμετέχουν στο σύστημα ΠΦΥ είναι πληθυσμιακά και νοσηρότητας. Συμμετέχουν παθολόγοι, καρδιολόγοι, πνευμονολόγοι, νευρολόγοι, ψυχίατροι, γυναικολόγοι, ορθοπεδικοί ενδοκρινολόγοι κ.α. Φυσικά υπάρχουν ειδικότητες μη αναγκαίες στην ΠΦΥ. Αναλογούν στο σύστημα 2.500 περίπου γιατροί ειδικότητας.

Η σχέση εργασίας τους είναι πλήρους και μη αποκλειστικής απασχόλησης, εργάζονται δηλαδή σε πλήρες ωράριο, όπως και οι αποκλειστικής απασχόλησης με ραντεβού ελεγχόμενο (16 ραντεβού/ημερησίως), ενώ αμείβονται λιγότερο.

Η δυνατότητα ιατρείου, για όσους το επιθυμούν, δεν επιβαρύνει το σύστημα. Αντιθέτως, προσθέτει πόρους στο δημόσιο μέσω εφορίας (πρόσθετη φορολόγηση, τέλος επιτηδεύματος κ. α. ), ενισχύει δε τις τοπικές κοινωνίες (ενοίκιο ιατρείου, υλικά, προσωπικό ιατρείου κ. α.). Ήδη ως πλήρους μη αποκλειστικής εργάζονται στο δημόσιο, και δη στο ΕΣΥ, οι πανεπιστημιακοί και οι στρατιωτικοί ιατροί. Η ΠΦΥ πρέπει να είναι πιο ευέλικτη και να ικανοποιεί τις ανάγκες

των ανθρώπων, ειδικά στη σημερινή δύσκολη συγκυρία.

Η χώρα έχει πληθώρα ειδικών ιατρών και αυτό είναι πλεονέκτημα που πρέπει να αξιοποιηθεί. Προσφέρεται ειδικευση, ποιότητα και εμπειρία με χαμηλό μισθό. Αντιθέτως, χώρες της Κεντρικής και Βόρειας Ευρώπης στερούνται ειδικών γιατρών και για τον λόγο αυτό «εισάγουν» ειδικούς από τον Νότο. Στους νέους ειδικούς ιατρούς πρέπει να δίνεται η δυνατότητα μέσω της ΠΦΥ να μείνουν στην χώρα και να προσφέρουν εδώ, αποφεύγοντας τη μετανάστευση.

Παγκοσμίως η τάση σήμερα είναι προς την εξειδίκευση. Ας σκεφτεί κανείς το παράδειγμα ασθενών με Στεφανιαία Νόσο να παρακολουθείται από Γενικό Ιατρό και όχι από καρδιολόγο ή ασθενών με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) να παρακολουθούνται από Γενικό Ιατρό και όχι από Πνευμονολόγο. Ας ανοίξουμε τα μάτια και το μυαλό μας. Να ακούμε, να σκεφτούμε και να ξανασκεφτούμε αυτό που πάμε να υλοποιήσουμε. Άλλες ειδικότητες όπως ΩΡΛ, οφθαλμίατροι κ.α, απαραίτητοι σε ευρύτερες περιοχές συνεργάζονται με το σύστημα ΠΦΥ, αξιοποιώντας τα ιατρεία και την υλικοτεχνική υποδομή τους. Συνάπτουν ειδικές συμβάσεις 3ετούς διάρκειας, ανανεούμενες. Εργάζονται με πλήρες ωράριο π.χ πρωινό, με ραντεβού ελεγχόμενο (16 ραντεβού ημερησίως) και αμείβονται με αντιμισθία, όπως όλοι οι ειδικοί στις Μονάδες πλήρους, μη αποκλειστικής, με ένα επιπλέον μικρό προκαθορισμένο ποσό για την χρήση της υποδομής. Αναλογούν 1.000 περίπου συμβεβλημένοι. Έτσι το σύνολο των ιατρών (γενικοί, ειδικοί-συμβεβλημένοι) στην ΠΦΥ ανέρχονται σε 9-10. 000 όταν το σύστημα βρεθεί σε πλήρη ανάπτυξη.

Οι γιατροί που σήμερα εργάζονται στις εναπομείνουσες μονάδες ΠΦΥ και όσοι εκδιώχθηκαν από τον Άδωνι Γεωργιάδη πρέπει ορθολογικά να αξιοποιηθούν, για να σταθούν οι μονάδες στο μεταβατικό στάδιο των 5-7 ετών πλήρους εφαρμογής του συστήματος. Άρα η εμμονή, να κλείσουν όσοι έχουν τα ιατρεία τους δεν είναι αποδοτική για τους ανθρώπους που δεινοπαθούν, για την κοινωνία, για το σύστημα ΠΦΥ, ούτε βέβαια για την κυβέρνηση και τον ΣΥΡΙΖΑ.

Τώρα και όχι εκ των υστέρων να αξιολογήσουμε τις επιπτώσεις.

Υ. Γ: Η μεταρρύθμιση της ΠΦΥ χρειάζεται χρηματοδότηση και προσωπικό.

**Ντόβολης Βασίλειος**

Ιατρός Πνευμονολόγος

(επί 25 έτη εργαζόμενος στην ΠΦΥ ολημερίς και ολονυχτίς με εμπειρία από όλες τις σχέσεις εργασίας)



Οι γιατροί που σήμερα εργάζονται στις εναπομείνουσες μονάδες ΠΦΥ και όσοι εκδιώχθηκαν από τον Άδωνι Γεωργιάδη πρέπει ορθολογικά να αξιοποιηθούν, για να σταθούν οι μονάδες στο μεταβατικό στάδιο των 5-7 ετών πλήρους εφαρμογής του συστήματος.