

ΓΝΩΜΗ
ΤΗΣ ΚΥΡΙΑΚΗΣ

Το φάρμακο και η «θεραπεία» της υπερσυνταγογράφησης

Παρά τις αλλαγές και τις βελτιώσεις, λόγω μνημονίων, το σύστημα της φαρμακευτικής δαπάνης εξακολουθεί να είναι προβληματικό. Είναι βαριά η κληρονομιά της πολυφαρμακίας, της υπερσυνταγογράφησης και μιας σειράς άλλων επιβαρυντικών παραγόντων.

Τις στρεβλώσεις του τεκμηριώνει η παρατηρούμενη μεγάλη απόκλιση, όπως απορρέει από πιο πρόσφατα στοιχεία. Πράγμα το οποίο επιβαρύνει τους πάντες, λόγω της αρχιτεκτονικής του συστήματος. Από τους ασφαλισμένους και τον ΕΟΠΥΥ μέχρι και τις φαρμακευτικές εταιρείες.

Μπροστά στο διαφαινόμενο αδιέξοδο και στη συνέχιση της αυξητικής τάσης των δαπανών, που προοιωνίζεται ακόμη μεγαλύτερη απόκλιση, αλλά μπροστά και στους στόχους, εξαιτίας μνημονιακών δεσμεύσεων, ο ΕΟΠΥΥ καλείται να λύσει έναν γόρδιο δεσμό. Στο πλαίσιο αυτό, όπως αποκαλύπτει σήμερα το «Έθνος της Κυριακής», καταθέτει μια εφικτή όσο και εξειδικευμένη πρόταση για σημαντικές συστημικές αλλαγές.

Το κομβικό σημείο βρίσκεται στη σύνδεση της συμμετοχής του φορέα και του ασφαλισμένου στη δαπάνη, με τη θεραπευτική αξία του φαρμάκου. Αυτή προβλέπεται να είναι κλιμακωτή, ανάλογα με τη φύση και τη χρήση του σκευάσματος. Με τον τρόπο αυτόν μεταβάλλεται ουσιαστικά το υφιστάμενο σύστημα. Εκείνο που γνωρίζουμε έως σήμερα και βασίζεται στην οριζόντια συμμετοχή. Δηλαδή μέχρι 10% επιβάρυνση για τις χρόνιες παθήσεις και 25% για τις

υπόλοιπες, ενώ είναι μηδενική για σοβαρές παθήσεις πολιτών ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων.

Το νέο μοντέλο φαίνεται ορθολογικό και ότι κινείται προς την κατεύθυνση της βιωσιμότητας του συστήματος. Παρόμοιο εφαρμόζεται ήδη στην Πορτογαλία, όπου υπήρχαν προβλήματα παραπλήσια με τα ελληνικά. Εκεί, σε γενικές γραμμές ισχύει ένα σύστημα που αρχίζει από μηδενικές δαπάνες, με εκτόξευση της συμμετοχής πολύ ψηλά στις περιπτώσεις νέων φαρμάκων των οποίων η θεραπευτική αξία δεν έχει αποδειχθεί. Τα αποτελέσματα θεωρούνται ικανοποιητικά. Αυτό όμως στα καθ' ημάς ουδέν προεξοφλεί. Εξαρτάται από την ελληνοποίηση του μοντέλου και την εφαρμογή του.

Πέραν όμως του οικονομικού σκέλους, το μοντέλο προσφέρεται και ως όχημα για τον περιορισμό της πολυφαρμακευτικής μάζας. Δημιουργεί προϋποθέσεις προστασίας της υγείας από τη χρήση φαρμακευτικών προϊόντων με το... κιλό. Επιπλέον αποτελεί αντικίνητρο για τα μη θεραπευτικά, ενώ αναδεικνύει την παράμετρο κόστους - ωφέλειας. Το υπουργείο Υγείας αντιμετωπίζει ευνοϊκά το σχέδιο. Θα τεθεί υπόψη του επικεφαλής των θεσμών για το φάρμακο.

Ανεξαρτήτως της συγκεκριμένης πρότασης, αλλά και με δεδομένους τους δημοσιονομικούς περιορισμούς στη φαρμακευτική δαπάνη, κάθε παρέμβαση και αλλαγή σ' έναν κατεχόμενη ευαίσθητο χώρο δεν μπορεί παρά να υπακούει σε ανθρωποκεντρικά κριτήρια. Με ενίσχυση και διεύρυνσή τους υπέρ ασθενών και ασφαλισμένων.



Εκρηκτική αύξηση δαπανών για ασφαλιστρα κατά 553,5%

ΣΕΛ. 3

στον κλάδο ασθένειας το επτάμηνο Ιανουαρίου-Ιουλίου

Ολική ανατροπή στα μέχρι πρότινος δεδομένα έχουν προκαλέσει η έλλειψη εμπιστοσύνης των Ελλήνων στις παροχές υγείας του κοινωνικού κράτους και οι αλλεπάλληλες περικοπές στις συντάξεις. Χιλιάδες είναι οι πολίτες που αρχίζουν να στρέφονται στην ιδιωτική ασφάλιση και να πληρώνουν από την τσέπη τους προκειμένου να εξασφαλίσουν την περίθαλψη και τη σύνταξή τους, παρά τη δραματική συρρίκνωση του διαθέσιμου εισοδήματός τους.

Είναι χαρακτηριστικό ότι οι δαπάνες για ασφαλίσεις στον κλάδο ασθενειών αυξήθηκαν κατά 553,5% το επτάμηνο Ιανουαρίου-Ιουλίου 2016, έναντι του ίδιου διαστήματος του 2015. Και στον κλάδο των ασφαλίσεων ζωής όμως -μετά την καθοδική πορεία, εξαιτίας και των capital controls- τον Ιούλιο καταγράφη αύξηση δαπανών κατά 36,1% έναντι του ίδιου μήνα του 2015.

«Παρά τη δύσκολη οικονομική συγκυρία, που χαρακτηρίζεται από την ύφεση, την επίδραση των κεφαλαιακών περιορισμών και παρά το περιορισμένο διαθέσιμο εισόδημα των πολιτών, οι δαπάνες για ασφάλεια ζωής με βάση τα στοιχεία του επταμήνου 2016 μας δίνει θετικά μηνύματα», λέει στη Realnews ο πρόεδρος της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος (ΕΑΕΕ), Αλέξανδρος Σαρρηγεωργίου.

Στροφή στην ιδιωτική ασφάλιση για υγεία-συντάξεις

Χαρακτηριστική είναι η στροφή των πολιτών στα συνταξοδοτικά προγράμματα των ασφαλιστικών εταιρειών, με αποτέλεσμα τον περασμένο Ιούλιο να παρατηρείται άνοδος κατά 84% στα ασφαλιστρα σε σχέση με τον αντίστοιχο μήνα του 2015.

Ανακατατάξεις

Την ίδια στιγμή, η ασφαλιστική αγορά έρχεται αντιμέτωπη με ανακατατάξεις και συγχωνεύσεις, καθώς η οικονομική κρίση σε συνδυασμό με το νέο, πιο αυστηρό πλαίσιο λειτουργίας και εποπτείας των ασφαλιστικών εταιρειών Solvency II έχουν οδηγήσει σε μείωση του αριθμού των υφιστάμενων εταιρειών. «Οι

συνθήκες στην πραγματική οικονομία έχουν επηρεάσει σημαντικά τον κύκλο εργασιών της αγοράς, ο οποίος τα τελευταία έξι χρόνια έχει συρρικνωθεί σε ποσοστό πάνω από 30%. Ταυτόχρονα, το κούρεμα των ομολόγων, που κόστισε περίπου 3,5 δισ. ευρώ, το περιβάλλον χαμηλών επιτοκίων που μηδενίζει τα έσοδα από επενδύσεις και το νέο εποπτικό πλαίσιο, που απαιτεί περισσότερα κεφάλαια και ακριβότερη λειτουργία και διακυβέρνηση, έρχονται να μεγαλώσουν το πρόβλημα», εισηγούν παράγοντες της αγοράς, επισημαίνοντας πως ο ασφαλιστικός χάρτης της χώρας μας σίγουρα θα είναι πολύ διαφορετικός τα επόμενα τέσσερα χρόνια.

ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ

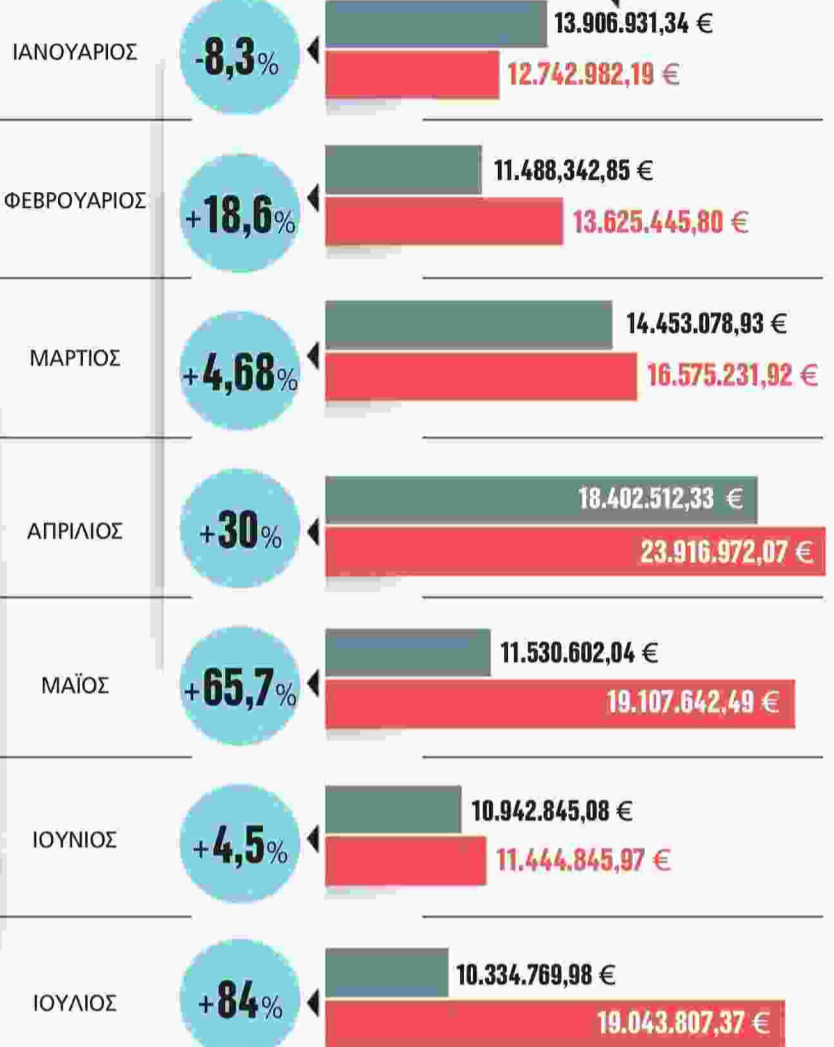
■ 2015 ■ 2016 % ΜΕΤΑΒΟΛΗ



Ασφαλίσεις κατά ζημιών- Ασθένειες



Ασφαλίσεις ζωής- Συνταξιοδοτικά κεφάλαια



Realnews

ΠΗΓΗ: ΕΝΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

Της **ΕΥΑΣ Δ. ΟΙΚΟΝΟΜΑΚΗ**
e.oikonomaki@realnews.gr

Στροφή στην ιδιωτική ασφάλιση κάνουν χιλιάδες Έλληνες για να εξασφαλίσουν την περίθαλψη και τη σύνταξή τους. Μπορεί το εισόδημά τους να έχει συρρικνωθεί σημαντικά, ωστόσο ο αριθμός εκείνων που αποφασίζουν να πληρώσουν από την τσέπη τους για την ασφαλιστική τους κάλυψη αυξάνεται με ταχείς ρυθμούς, ως απόρροια της ανασφάλειας που έχουν προκαλέσει η αποσύνθεση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και οι ανατροπές στο συνταξιοδοτικό σύστημα. «Παρά τη δύσκολη οικονομική συγκυρία που χαρακτηρίζεται από την ύφεση, την επίδραση των κεφαλαιακών περιορισμών και παρά το περιορισμένο διαθέσιμο εισόδημα των πολιτών, η παραγωγή ασφαλιστικών των ασφαλίσεων ζωής με βάση τα στοιχεία του 7μήνου 2016 μάς δίνει θετικά μηνύματα. Τα παραδοσιακά προϊόντα ασφαλίσεων ζωής (ζωής, θανάτου, μεικτής και συμπληρωματικών) παρουσιάζουν 9,5% αύξηση σε σχέση με το αντίστοιχο περσινό διάστημα. Ανοδικά κινείται και ο κλάδος των ομαδικών συνταξιοδοτικών προγραμμάτων (αποταμιευτικών) με ποσοστό 27,9%. Επιπλέον, από τις εταιρείες-μέλη μας εκτιμάται πως αυξητικά κινούνται και οι ασφαλίσεις υγείας», εξηγεί στη Realnews ο πρόεδρος της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδας (ΕΑΕΕ), **Αλέξανδρος Σαρρηγεωργίου**. Χαρακτηριστική είναι η άνοδος κατά 553,5% που κατέγραψαν οι ασφαλίσεις για ασθένειες το επτάμηνο Ιανουαρίου-Ιουλίου 2016, σε σχέση με το 2015, καταδεικνύοντας την έλλειψη εμπιστοσύνης των πολιτών στις παροχές υγείας του κοινωνικού κράτους. Η δυσχερής πρόσβαση στο απονευρωμένο πια δημόσιο σύστημα υγείας και οι εικόνες των ασθενών στα ράντζα των νοσοκομείων έχουν προκαλέσει ολική ανατροπή στα μέχρι πρότινος δεδομένα. Ετσι,

Πληρώνουν από την τσέπη τους για σύνταξη και περίθαλψη

Όλο και περισσότεροι καταφεύγουν στην ιδιωτική ασφάλιση. Στον κλάδο των ασθενειών, η άνοδος το επτάμηνο Ιανουαρίου-Ιουλίου έφθασε στο 553,5%

για το διάστημα Ιανουαρίου-Ιουλίου έχουν δαπανηθεί σχεδόν 99 εκατ. ευρώ για συμβόλαια ασθενειών, σύμφωνα με στοιχεία της ΕΑΕΕ, όπως αυτά διαμορφώθηκαν με την αλλαγή στην ταξινόμηση των κλάδων (συμπεριλαμβάνονται και οι γενικές).

Εμφαση στις συντάξεις

Την ίδια στιγμή, με ρυθμούς γεωμετρικής προόδου αυξάνεται το ενδιαφέρον των ασφαλισμένων για τα αμιγώς ομαδικά συνταξιοδοτικά προγράμματα, καθώς οι αλληλέγγυες περικοπές στις συντάξεις έχουν προκαλέσει ανασφάλεια για το μέλλον. Σημαντική άνοδο σε ποσοστό 84%, σε σχέση με πέρυσι, κατέγραψαν τον Ιούλιο του 2016 τα ασφαλιστήρια στον κλάδο που αφορά τη διαχείριση συλλογικών συνταξιοδοτικών κεφαλαίων, με το αντίστοιχο ποσοστό για το επτάμηνο Ιανουαρίου-Ιουλίου να παρουσιάζει άνοδο κατά 27,9%. Αλλά και στον τομέα των ασφαλείων ζωής, μετά την καθοδική πορεία, εξαιτίας και των capital controls, τον Ιούλιο κατεγράφη αύξηση κατά 36,1% έναντι του Ιουλίου του 2015. Η εικόνα αυτή κάνει τους παράγοντες της αγοράς να μιλούν για ανάπτυξη της ασφαλιστικής συνείδησης του Έλληνα, αλλά και για αύξηση της εμπιστοσύνης των πολιτών απέναντι στον θεσμό της ιδιωτικής ασφάλισης. Μάλιστα, κόντρα στις αρχικές προβλέψεις της ασφαλιστικής

αγοράς, που έκαναν λόγο για σταθερή πορεία του κλάδου για το 2016, η παραγωγή ασφαλιστικών βαίνει διαρκώς αυξανόμενη, ιδιαίτερα το τελευταίο τετράμηνο του έτους. «Από τη θετική εξέλιξη των συγκεκριμένων κλάδων φαίνεται πως οι πολίτες αναζητούν την κάλυψη που προσφέρει ένα ασφαλιστικό συμβόλαιο ζωής, υγείας ή ένα συνταξιοδοτικό αποταμιευτικό πρόγραμμα, γεγονός που μας κάνει να είμαστε αισιόδοξοι για τη μελλοντική πορεία της ασφαλιστικής αγοράς», εκτιμά ο Αλ. Σαρρηγεωργίου.

Ανακατατάξεις

Την ίδια στιγμή, η ασφαλιστική αγορά έρχεται αντιμέτωπη με ανακατατάξεις, καθώς η οικονομική κρίση και το νέο, πιο αυστηρό πλαίσιο λειτουργίας και εποπτείας των ασφαλιστικών εταιρειών Solvency II έχουν οδηγήσει σε μείωση του αριθμού των υφιστάμενων εταιρειών. «Οι συνθήκες στην πραγματική οικονομία έχουν επηρεάσει σημαντικά τον κύκλο εργασιών της αγοράς, ο οποίος τα τελευταία έξι χρόνια έχει συρρικνωθεί σε ποσοστό πάνω από 30%. Ταυτόχρονα, το κούρεμα των ομολόγων, που κόστισε περίπου 3,5 δισ. ευρώ, τα χαμηλά επιτόκια και το νέο εποπτικό πλαίσιο, που απαιτεί περισσότερα κεφάλαια και ακριβότερη λειτουργία και διακυβέρνηση, έρχονται να μεγεθύνουν το πρόβλημα», λένε παράγοντες της αγοράς.

Η παύση της λειτουργίας της Αιγαίου και της Enterprise Insurance, αλλά και η μεταφορά των συμβολαίων της International Life στην Interamerican και την Εθνική Ασφαλιστική έχουν ήδη προκαλέσει αλλαγές στην ασφαλιστική αγορά, η οποία -σύμφωνα με τους ίδιους παράγοντες- αναμένεται να συρρικνωθεί περαιτέρω. Αλλωστε, εκκρεμούν η ολοκλήρωση της εξαγοράς της ΑΤΕ Ασφαλιστικής από τον γερμανικό κολοσσό Ergo και η πώληση της Εθνικής Ασφαλιστικής, που τοποθετείται χρονικά έως το τέλος του 2016.

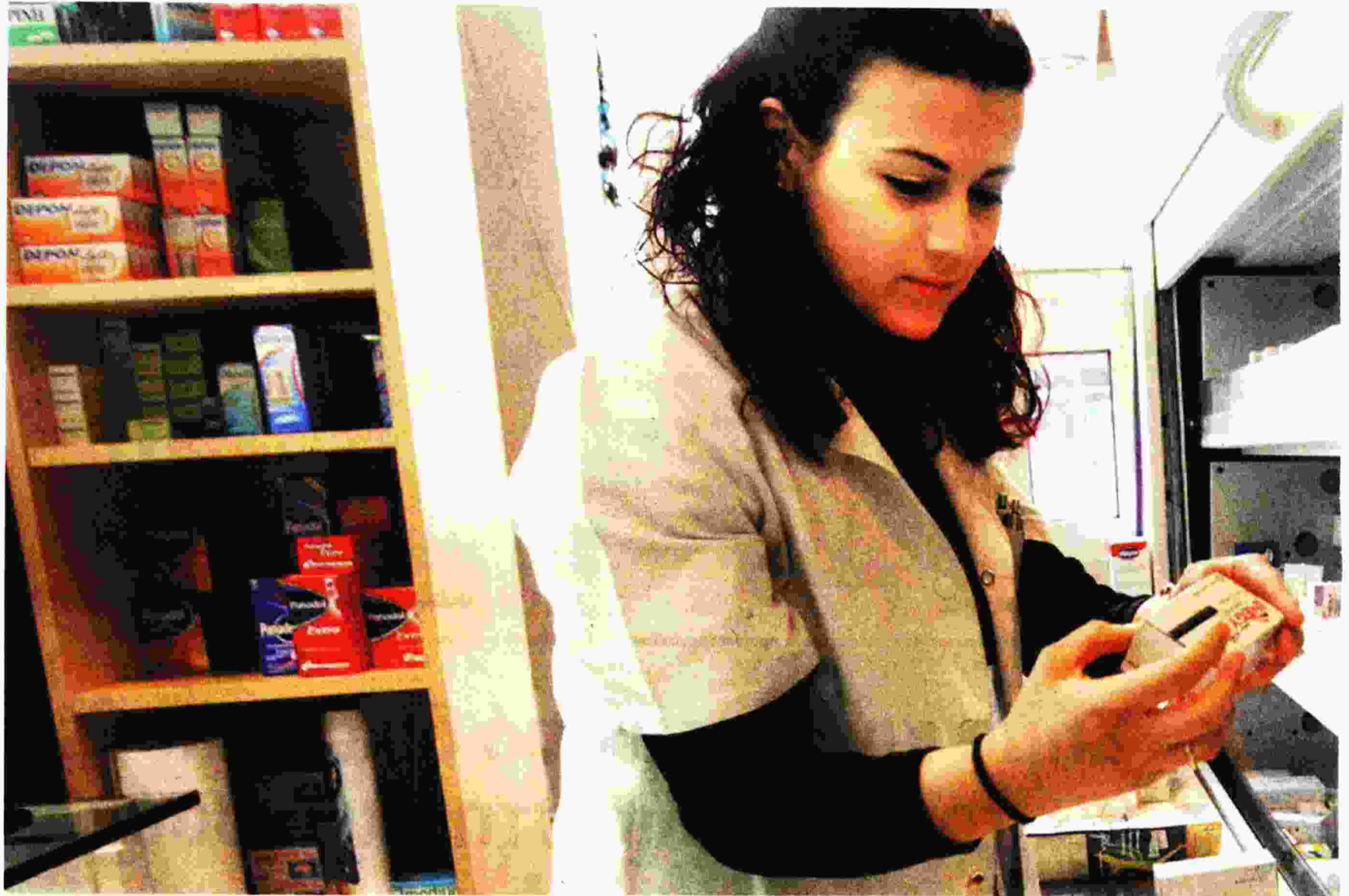
ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ-ΒΟΜΒΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΟΠΥΥ

Νέες κλίμακες *συμμετοχής στα φάρμακα*

Με πιλότο το πορτογαλικό μοντέλο το υπ. Υγείας επανεξετάζει τα ποσοστά συμμετοχής των ασφαλισμένων στα σκευάσματα.

Η θεραπευτική αξία του φαρμάκου και η σοβαρότητα της πάθησης θα καθορίζουν την οικονομική επιβάρυνση του ασθενούς.

ΣΤΟΧΟΣ Ο ΔΡΑΣΤΙΚΟΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΕΞΕΛΕΓΚΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ

**Η ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΗ
ΕΚΘΕΣΗ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ**

ΝΕΕΣ ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Ο πρόεδρος του Οργανισμού, Σωτήρης Μπερσίμης, προτείνει στο υπουργείο Υγείας να καθιερωθούν περισσότερες κλίμακες στα πρότυπα της Πορτογαλίας, ώστε το ποσοστό που πληρώνουν οι ασφαλισμένοι να ανταποκρίνεται καλύτερα στη θεραπευτική αξία του σκευάσματος. Εκτιμά πως έτσι θα περιοριστεί κατά 12% η δαπάνη, καθώς θα μπει φρένο στην αλόγιστη συνταγογράφηση

ΤΟΥ ΔΗΜΗΤΡΗ ΚΑΡΑΓΙΩΡΓΟΥ



Η πολιτική ηγεσία του υπουργείου Υγείας πρόκειται να παρουσιάσει την εισήγηση για το νέο μοντέλο στους θεσμούς

ΝΕΟ ΣΥΣΤΗΜΑ κλιμακωτής συμμετοχής των ασθενών, ανάλογα με τη θεραπευτική αξία του φαρμάκου, προτείνει ο ΕΟΠΥΥ. Η πρόταση περιλαμβάνεται σε εμπιστευτική έκθεση του προέδρου του Οργανισμού Σωτήρη Μπερσίμη, την οποία κατέθεσε στην επιτροπή του υπουργείου Υγείας για τον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης.

Έχει ιδιαίτερη βαρύτητα, καθώς η πολιτική ηγεσία του υπουργείου αντιμετωπίζει θετικά την εισήγηση και εμφανίζεται διατεθειμένη να την παρουσιάσει στον Τζουζέπε Καρόνε, επικεφαλής των θεσμών στο θέμα

του φαρμάκου. Το περιεχόμενό της, που αποκαλύπτει σήμερα το «Έθνος της Κυριακής», κάνει λόγο για «μεγάλη απόκλιση από τον στόχο της φαρμακευτικής δαπάνης». Η ηγεσία του ΕΟΠΥΥ εκτιμά πως το κόστος μπορεί να ελεγχθεί με αυστηρούς ελέγχους και σύνδεση της θεραπευτικής αξίας ενός φαρμάκου με το ποσοστό κάλυψής του από τον Οργανισμό.

Παραθέτει, δε, την περίπτωση της Πορτογαλίας, όπου εφαρμόζεται ένα παρόμοιο σύστημα. Στα φάρμακα που θεωρούνται από τις αρχές της συγκεκριμένης χώρας ως σωτήρια για τη ζωή, η συμμετοχή των ασφα-

λισμένων είναι μηδενική. Σε σημαντικά φάρμακα που αφορούν χρόνιες παθήσεις, η συμμετοχή ανέρχεται στο 10% και στο 31% σε όσα θεωρούνται σημαντικά για σοβαρές παθήσεις.

Σχέση κόστους - ωφέλειας. Η συμμετοχή αυξάνεται σημαντικά (63%) στα φάρμακα που έχουν αποδεδειγμένη θεραπευτική αξία, αλλά όχι προτεραιότητα σύμφωνα με τις θεραπευτικές οδηγίες.

Οι ασθενείς συμμετέχουν με το μέγιστο ποσοστό (85%) σε νέα φάρμακα, τα οποία δεν έχουν αποδείξει ακόμη τη θεραπευτική τους αξία. Με

τον όρο «νέα φάρμακα» δεν εννοούνται τα πειραματικά, τα οποία χορηγούνται -έτσι και αλλιώς- δωρεάν στο πλαίσιο κλινικών μελετών στα νοσοκομεία. Αναφέρεται στα σκευάσματα που έχουν μόλις πάρει άδεια κυκλοφορίας και είναι αμφίβολη η σχέση κόστους - ωφέλειας.

Στην Ελλάδα, εφαρμόζεται ένα οριζόντιο ποσοστό συμμετοχής, το οποίο σχετίζεται με την πάθηση και την κοινωνική κατάσταση του ασθενούς. Είναι μηδενική για φάρμακα σοβαρών παθήσεων και ασθενείς που ανήκουν σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Φτάνει στο 10% για φάρμακα χρόνιων παθήσεων και 25% στις λοιπές περιπτώσεις. Η συμμετοχή μπορεί να εκτιναχθεί και στο 80%, στην περίπτωση που ο ασφαλισμένος επιλέξει να λάβει πρωτότυπο αντί γενεοσήμε. Πληρώνει, δηλαδή, τη συμμετοχή 25% συν τη διαφορά στην τιμή μεταξύ γενεοσήμε και πρωτοτύπου.

Το σύστημα αυτό φαίνεται πως έχει οδηγήσει σε σημαντικές στρε-

Το πορτογαλικό μοντέλο και η σύγκριση με την Ελλάδα

Στην Ελλάδα, το ποσοστό συμμετοχής των ασθενών κυμαίνεται από 0% για φάρμακα σοβαρών παθήσεων και στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, 10% για φάρμακα χρόνιων παθήσεων και 25% στις λοιπές περιπτώσεις. Στην Πορτογαλία η κλιμάκωση έχει ως εξής:



0%

συμμετοχή για φάρμακα που θεωρείται ότι σώζουν ζωές.

10%

συμμετοχή για σημαντικά φάρμακα που χορηγούνται για χρόνιες παθήσεις.



31%

συμμετοχή για σημαντικά φάρμακα που χορηγούνται για σοβαρές παθήσεις.

63%

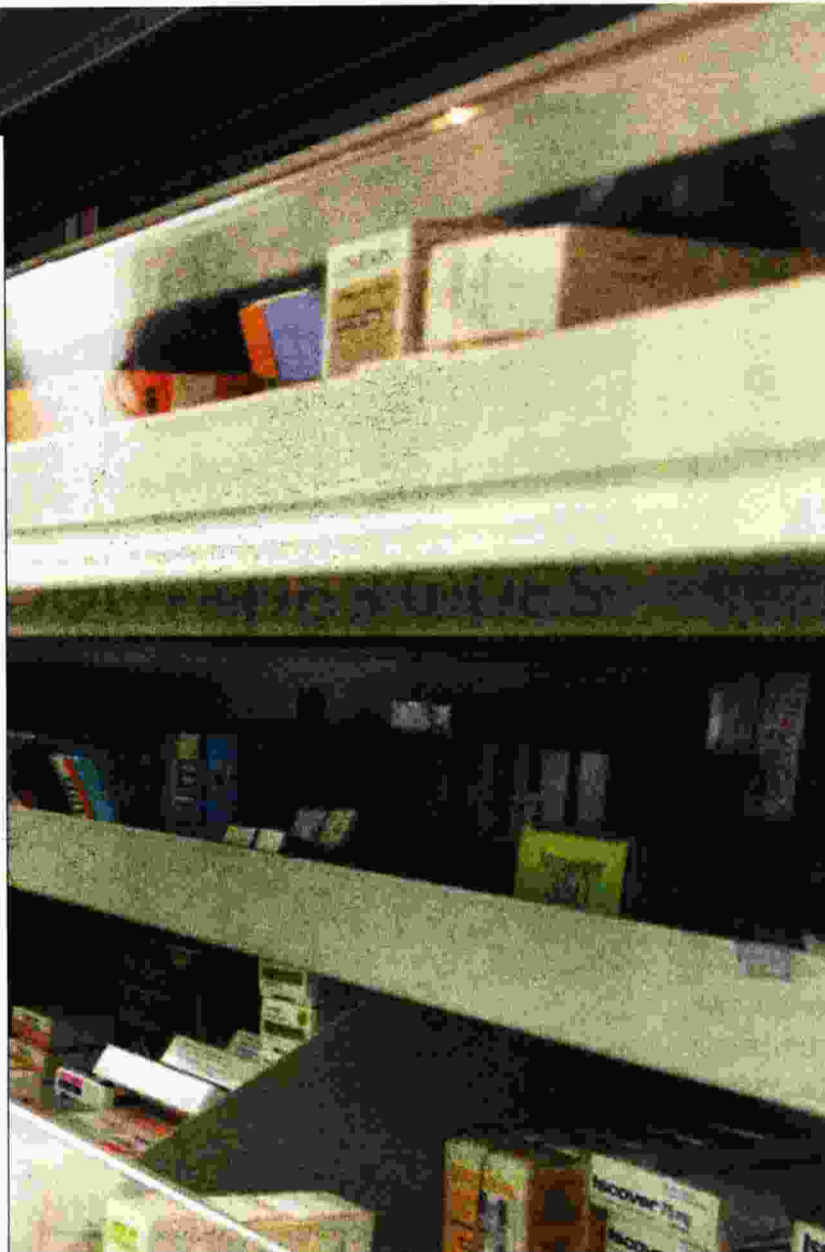
συμμετοχή για φάρμακα που δεν έχουν προτεραιότητα, με αποδεδειγμένη θεραπευτική αξία.

85%

συμμετοχή για νέα φάρμακα που δεν έχει αποδειχθεί ακόμη η θεραπευτική τους αξία.



Βέβαια το ελληνικό σύστημα έχει και άλλες παραμέτρους, οι οποίες αυξάνουν τη συμμετοχή πολύ πάνω από 25%. Πρόκειται για την κάλυψη από τον ασφαλισμένο (εκτός από τη συμμετοχή) και της διαφοράς στην τιμή πρωτότυπου - γενόσημου φαρμάκου, όταν επιμένει στη λήψη πρωτότυπου.



Στα χρόνια της κρίσης, οι τιμές των φαρμάκων μειώθηκαν πάνω από 50%, όμως οι ασφαλισμένοι πληρώνουν περισσότερα, καθώς η συμμετοχή τους στη φαρμακευτική δαπάνη εκτινάχθηκε από 19% το 2009 σε πάνω από 40% το 2014.

βλώσεις στη φαρμακευτική δαπάνη, επιβαρύνοντας όσους μετέχουν: Τους ασφαλισμένους, το κράτος και τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις. Πώς γίνεται αυτό; Τα παρακάτω στοιχεία είναι αποκαλυπτικά:

Στα χρόνια της κρίσης, οι τιμές των φαρμάκων μειώθηκαν πάνω από 50%. Παρά τη μείωση, οι ασφαλισμένοι πληρώνουν δραματικά περισσότερα, καθώς η συμμετοχή τους στη φαρμακευτική δαπάνη εκτινάχθηκε από 19% το 2009 σε πάνω από 40% το 2014.

Ανεξέλεγκτη δείχνει και η δαπάνη του ΕΟΠΥΥ. Ο ετήσιος φαρμακευτικός προϋπολογισμός του Οργανισμού είναι «κλειδωμένος» στο 1,94 δισ. ευρώ έως και το 2018. Αυτό σημαίνει πως ό,τι υπάρξει ως δαπάνη από εκεί και πάνω, θα κληθούν να το επιστρέψουν οι φαρμακευτικές εταιρείες (μηχανισμός clawback).

Η κατάσταση, όμως, δεν είναι και τόσο ρόδινη για τον Οργανισμό. Με το τρίτο μνημόνιο, η Ελλάδα ανέλαβε την υποχρέωση να μειώσει (έως το τέλος του 2017) κατά 30% τη διαφορά της πραγματικής δαπάνης για φάρμακα από το ποσό επιστροφής από τις εταιρείες (clawback).

Τι σημαίνει αυτό; Το πρώτο εξάμηνο του έτους, η υπέρβαση στον ΕΟΠΥΥ έκλεισε στα 216 εκατομμύρια ευρώ έναντι υπέρβασης 152 εκατομμυρίων το αντίστοιχο εξάμηνο του 2015 (αύξηση 42,1%).

Η αυξητική τάση δεν φαίνεται να αντιστρέφεται και είναι απορίας άξιον πώς θα επιτευχθεί του χρόνου επίσημα μείωση 30%, όταν οδεύουμε

προς επίσημα αύξηση πάνω από 40%... Η στρεβλή αυτή κατάσταση πιέζει και τις φαρμακευτικές εταιρείες, οι οποίες καλούνται να πληρώσουν όλο και υψηλότερες επιστροφές. Τα ποσά αυτά θα αυξηθούν θεαματικά μέσα στο 2016, δεδομένου ότι ο μηχανισμός επιστροφής (clawback) θα ισχύσει -εκτός από τον ΕΟΠΥΥ- και στη νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη.

Στα νοσοκομεία. Εκτιμάται ότι η υπέρβαση στα νοσοκομεία κατά το πρώτο εξάμηνο ανήλθε στα 99 εκατομμύρια και θα αγγίξει τα 200 εκατομμύρια έως το τέλος του έτους.

Είναι, δηλαδή, ανοικτό το ενδεχόμενο να κληθούν οι εταιρείες να πληρώσουν συνολικό επίσημο clawback πάνω από 600 εκατομμύρια ευρώ (ΕΟΠΥΥ και νοσοκομεία). Με απλά λόγια, ζητείται από τον ιδιωτικό τομέα να πληρώσει περισσότερα χρήματα από όσα έχει προϋπολογίσει το υπουργείο Υγείας να διαθέσει φέτος για τα φάρμακα των νοσοκομείων (570 εκατομμύρια ευρώ)!

Με την έκθεσή του, ο πρόεδρος του ΕΟΠΥΥ κρούει τον κώδωνα του κινδύνου για το αδιέξοδο στο οποίο οδηγείται το σύστημα. Κάνει λόγο για ανάγκη σημαντικών παρεμβάσεων, προκειμένου να διασφαλιστεί η βιωσιμότητά του, παράλληλα με τις υποχρεώσεις που έχει αναλάβει η χώρα μας έναντι των «θεσμών».

Εκτιμά ότι με τις προτεινόμενες παρεμβάσεις μπορεί να επιτευχθεί εξοικονόμηση της τάξης του 12%. Θα συμβάλουν, δε, στην υλοποίηση

του στόχου της χώρας για αύξηση της χρήσης των γενόσημων φαρμάκων τον προσεχή Μάρτιο (60%) και μείωση των επιστροφών κατά 30% το 2017. Η διείσδυση των γενόσημων στην Ελλάδα είναι της τάξης του 20%, όταν σε χώρες της κεντρικής Ευρώπης είναι πολλαπλάσια (72% στη Γερμανία και 65% στην Ολλανδία).

Η στόχευση αφορά προς συγκεκριμένες κατηγορίες φαρμάκων, στις οποίες η Ελλάδα εμφανίζει σημαντικές αποκλίσεις. Ενδεικτικά είναι τα εξής: Από τα στοιχεία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) φαίνεται ότι ο μέσος όρος των χορηγούμενων δόσεων φαρμάκων για την υπερλιπιδαιμία είναι 95 ανά 1.000 κατοίκους στον ΟΟΣΑ και 104,62 στην Ελλάδα.

Παρόμοια εικόνα παρουσιάζεται και στα φάρμακα κατά του διαβήτη, στα οποία ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ είναι 82 δόσεις ανά 1.000 κατοίκους και στην Ελλάδα 86,24. Σύμφωνα με τον κ. Μπερσίμη, οι συγκεκριμένες κατηγορίες θα μπορούσαν να αποτελέσουν αντικείμενο «κλειστού» προϋπολογισμού.

Θα προκύπτει, δηλαδή, κατόπιν οικονομικής συμφωνίας τιμής προς τον χορηγούμενο όγκο, ενώ μπορεί να αποτελέσει και αντικείμενο της Επιτροπής Διαπραγματεύσεων. Συζητείται και πρόταση για διασύνδεση της χορηγούμενης δόσης -αποζημίωσης από τον ΕΟΠΥΥ- και συμμετοχής του ασφαλισμένου.

Καθυστερήσεις. Ο πρόεδρος του ΕΟΠΥΥ προτείνει και μία σειρά παρεμβάσεων στον τρόπο διάθεσης και χορήγησης των φαρμάκων:

Εισαγείται να περάσει στον Οργανισμό η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η οποία σήμερα ανήκει στην Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης (ΗΔΙΚΑ). Παρατηρούνται, όμως, πολύμηνες καθυστερήσεις στην ένταξη στο σύστημα κανόνων που ζητεί ο ΕΟΠΥΥ για τον έλεγχο της δαπάνης. Ενδεικτικό είναι πως τώρα περνούν στο σύστημα κανόνες, οι οποίοι είχαν προταθεί από τον ΕΟΠΥΥ στην ΗΔΙΚΑ τον περασμένο Φεβρουάριο...

Ο κ. Μπερσίμης προτείνει η κεντρική διαδικασία προμηθειών φαρμάκων να γίνεται από τον ΕΟΠΥΥ μέσω της κεντρικής φαρμακαποθήκης του Οργανισμού. Αυτό απαιτεί αποδέσμευση των προμηθειών φαρμακείων του ΕΟΠΥΥ και της κεντρικής του φαρμακαποθήκης από την Επιτροπή Προμηθειών Υγείας (ΕΠΥ) για επιτάχυνση των διαδικασιών προμήθειας εξοπλισμού και φαρμάκων υψηλού κόστους.

Για τη διατήρηση της εμπιστευτικότητας της προμήθειας των φαρμάκων υψηλού κόστους για τα οποία έχει ολοκληρωθεί επιτυχώς η διαπραγμάτευση, προτείνεται η χρήση κεντρικών προμηθειών μέσω της φαρμακαποθήκης του ΕΟΠΥΥ, ώστε να μη διαρρέει η συμφωνηθείσα τιμή προμήθειας.

Ο κ. Μπερσίμης ζητεί εισαγωγή νοσοκομειακού συνταγολογίου (λίστες ελεγχόμενης αποζημίωσης) ειδικά για τις θεραπείες υψηλού κόστους, τονίζοντας πως θα πρέπει να ρυθμίζεται οι ελεγχόμενη χρήση ειδικότερα των νέων καινοτόμων φαρμάκων σε νοσοκομειακό περιβάλλον. Νοσοκομειακό συνταγολόγιο διαθέτουν χώρες με πληθυσμό παρόμοιο με εκείνον της Ελλάδας, όπως η Τσεχία, η Ουγγαρία και η Πορτογαλία.



Το πρώτο εξάμηνο του έτους, η υπέρβαση στον ΕΟΠΥΥ έκλεισε στα 216 εκατομμύρια ευρώ έναντι υπέρβασης 152 εκατομμυρίων το αντίστοιχο εξάμηνο του 2015 (αύξηση 42,1%)

Συμμαχία κατά του καρκίνου του μαστού

Δέσμευση ζωής αναλαμβάνουν οι ελληνίδες βουλευτές και ευρωβουλευτές, θέτοντας στο επίκεντρο των πολιτικών αποφάσεων τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Η δημιουργία μιας συμμαχίας σε επιστημονικό, θεσμικό και πολιτικό επίπεδο, κάτω από την ομπρέλα του υπουργείου Υγείας, για τη διαχείριση της πιο συχνής μορφής καρκίνου που πλήττει τις γυναίκες, τον καρκίνο του μαστού, είναι πλέον πραγματικότητα στην Ελλάδα.

Η Σύμπραξη των Γυναικών Βουλευτών και Ευρωβουλευτών, με την υποστήριξη του υπουργείου Υγείας, της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, της Εταιρείας Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδος, της Ελληνικής Εταιρείας Έρευνας και Αντιμετώπισης του Ιού των Θηλωμάτων (HPV) και των Συλλόγων Ασθενών «ΑγκαλιάΖΩ», «Άλμα Ζωής» και «Κ.Ε.Φ.Ι.», επισημοποιήθηκε στα τέλη του Σεπτεμβρίου στο Μέγαρο της Παλαιάς Βουλής, με την υπογραφή του «Οδικού Χάρτη για

την Αντιμετώπιση του Καρκίνου του Μαστού». Συντονιστές της εκδήλωσης ήταν ο κ. **Ιωάννης Κυριόπουλος**, ομότιμος καθηγητής Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, και η κυρία **Κλεοπάτρα Γαβριλίδου**, πρόεδρος του Πανελληνίου Συλλόγου Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής».

Ο Οδικός Χάρτης για την Αντιμετώπιση του Καρκίνου του Μαστού αποτελεί ουσιαστικά μια σειρά προτάσεων πολιτικής υγεί-

ας για τη διαχείριση του καρκίνου του μαστού και συντάχθηκε από εμπειρογνώμονες της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας σε συνεργασία με την Εταιρεία Ογκολόγων-Παθολόγων Ελλάδος με βάση τα αποτελέσματα μεγάλης έρευνας της ΕΣΔΥ που πραγματοποίησε μαζί με τον Πανελλήνιο Σύλλογο Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής», για το ταξίδι των γυναικών από τη στιγμή της διάγνωσης του καρκίνου μέχρι την αποθεραπεία.

Καλύτερη ιατρική εκπαίδευση για καλύτερη δημόσια υγεία



ΤΟΝ ΜΙΧΑΗΛ ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΥ

Η ιατρική εκπαίδευση – άρτια και οργανωμένη – διασφαλίζει την υγεία των πολιτών και πρέπει να αποτελεί στόχο κάθε ευνομούμενου κράτους. Η συζήτηση έχει ήδη «ανοίξει» σε επίπεδο τόσο Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας όσο και Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, μέσω του Τομέα Εκπαίδευσης του Ινστιτούτου Επιστημονικών Ερευνών, προκειμένου να οργανωθεί η ιατρική εκπαίδευση σύμφωνα με τους ευρωπαϊκούς κανόνες αλλά και τα ισχύοντα στον διεθνή χώρο.

Όσον αφορά την προπτυχιακή εκπαίδευση η κατάσταση είναι πλέον απλή, αλλά θα πρέπει όλα τα πανεπιστήμια της χώρας να εφαρμόζουν τον ίδιο κύκλο μαθημάτων στις βαθμίδες κλινικής και προκλινικής εκπαίδευσης. Επίσης θα πρέπει να οριστεί αλλά και να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη η πρόταση κάθε Ιατρικής Σχολής για τον αριθμό των εκπαιδευόμενων.

Σε ό,τι αφορά τη μεταπτυχιακή εκπαίδευση, η συζήτηση βρίσκεται σε εξέλιξη. Είναι σημαντικό να προχωρήσει άμεσα η διεξαγωγή ενιαίων εξετάσεων σε όλη τη χώρα, με κλινική αξιολόγηση περιστατικών από τους εκπαιδευθέντες σε τρεις περιόδους κατά το τέλος της ειδικότητας. Ακόμα,

η εξέταση καθ' όλη τη διάρκεια του βίου εκπαίδευσης, σε όλο το αντικείμενο της ειδικότητας με την εφαρμογή του booklook, την αξιολόγηση των κέντρων που δίνουν ειδικότητα αλλά και των εκπαιδευτών, προκειμένου το σύστημα της εκπαίδευσης των μεταπτυχιακών προς απόκτηση του τίτλου να είναι πλήρες, σωστά δομημένο και σε νοσοκομεία που διαθέτουν όλα τα ιατρικά τμήματα, τις εξειδικευμένες μονάδες υψηλής φροντίδας και τα διαγνωστικά εργαστήρια. Οι σημερινοί εκπαιδευόμενοι καταναλώνουν πολύτιμο χρόνο στη διεκπεραίωση γραμματειακών προβλημάτων, όπως είναι οι διαγνωστικές εξετάσεις και η συλλογή των αποτελεσμάτων τους από τα διάφορα εργαστήρια.

Η ηλεκτρονική διασύνδεση των τμημάτων των νοσοκομείων, αλλά και των συναφών κλινικών, και η τήρηση αρχείου ιατρικών φακέλων είναι απαραίτητες στην εκπαίδευση των νέων γιατρών. Σε διεθνές επίπεδο ανανεώνονται τακτικά οι κατευθυντήριες οδηγίες θεραπευτικής αντιμετώπισης των ασθενών. Στη χώρα μας δεν υφίστανται καθόλου, με αποτέλεσμα την άσκοπη παραγγελία διαγνωστικών εξετάσεων, τις παρατεταμένες

νοσπλείες και τη φαρμακευτική αγωγή χωρίς απόλυτη ένδειξη. Αυτό συντελεί σε κακή εκπαίδευση αλλά και σε κατασπατάληση πόρων. Η έναρξη της ειδικότητας στηρίζεται μόνο στον αύξοντα αριθμό προτεραιότητας της αίτησης. Στις ανεπτυγμένες χώρες η πρόσληψη γιατρών προς εκπαίδευση στηρίζεται σε αυστηρά κριτήρια, όπως ο υγειονομικός χάρτης, η επίδοση κατά τα φοιτητικά τους χρόνια, η απόδοσή τους στις εθνικές εξετάσεις και η συνέντευξή τους στους εκπαιδευτές. Στη χώρα μας ο μεγάλος αριθμός γιατρών προς ειδικευση οδηγεί σε μακροχρόνια αναμονή σε πολλές ειδικότητες. Έτσι, οι άριστοι οδηγούνται στην αλλοδαπή, ενώ οι υπόλοιποι αναγκάζονται να καταλάβουν θέσεις σε νοσοκομεία που στερούνται υποδομών και εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

Η επιστημονική απομόνωση των κλινικών του ΕΣΥ από τις πανεπιστημιακές κλινικές των αντίστοιχων ειδικοτήτων είναι ένα άλλο σοβαρό πρόβλημα με αρνητική επίδραση στην εκπαίδευση των γιατρών. Απουσιάζει η εκπαίδευση των γιατρών σε φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η οποία αποτελεί τη βάση του συστήματος.

Για τη βελτίωση της εκπαίδευσης των

γιατρών ένας φορέας που θα απαρτιζόταν από εκπροσώπους του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, των ιατρικών σχολών και των ιατρικών εταιρειών είναι αναγκαίος για να μελετά, να συντονίζει και να προτείνει λύσεις σε προβλήματα που έχουν δυναμική σε ένα εξελισσόμενο σύστημα. Οι δραστηριότητες και η απόδοση των εκπαιδευτικών αυτών ομάδων θα υπόκεινται σε τακτικό έλεγχο από τον ανεξάρτητο φορέα που θα αξιολογεί τις υπηρεσίες παροχής υγείας, το εκπαιδευτικό πρόγραμμα, τους εκπαιδευτές και την ερευνητική δραστηριότητα. Η αξιολόγηση του ανθρώπινου δυναμικού θα αφορά γνωστική επάρκεια, κλινική ικανότητα και επαγγελματική συμπεριφορά.

Απαραίτητες προϋποθέσεις για όλα τα παραπάνω αποτελούν η αύξηση της χρηματοδότησης για την ιατρική εκπαίδευση και η ανανέωση του γερασμένου ήδη δυναμικού των ΔΕΠ με προκήρυξη νέων θέσεων, προκειμένου η εκπαίδευση στη χώρα μας να συμβαδίζει με τους ευρωπαϊκούς και διεθνείς κανόνες.

Ο κ. Μιχαήλ Βλασταράκος είναι πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου.

Προληπτικός εμβολιασμός: πότε και γιατί

Ενας ασφαλής τρόπος να προληφθούν σχεδόν τρία εκατομμύρια θάνατοι τον χρόνο

Ο εμβολιασμός είναι μια από τις σημαντικότερες πράξεις που πραγματοποιούνται για το συμφέρον των ανθρώπων, προκειμένου τα προστατευτούν από σοβαρά λοιμώδη νοσήματα. Συγκεκριμένα, ο εμβολιασμός προλαμβάνει 2-3 εκατ. θανάτους κάθε χρόνο και αποτελεί μία από τις πλέον επιτυχημένες και αποδοτικές από άποψη κόστους παρεμβάσεις στον τομέα της δημόσιας υγείας.

Σκοπός των εμβολίων είναι να ισχυροποιήσουν το ανοσοποιητικό σύστημα εναντίον συγκεκριμένων μικροβίων, έτσι ώστε να είναι ικανός ο οργανισμός να αντισταθεί στα συγκεκριμένα μικρόβια όταν ξαναέρθει σε επαφή μαζί τους. Όταν υπάρχει πολύ μεγάλος αριθμός εμβολιασμένων ατόμων σε έναν δεδομένο πληθυσμό, η παρουσία τους μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη της ασθένειας σε άτομα του ίδιου πληθυσμού, τα οποία δεν έχουν εμ-



Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συστήνει τον εμβολιασμό ενηλίκων για την πρόληψη της γρίπης, του τετάνου, του κοκίτη και της πνευμονιοκοκκικής νόσου

βολιαστεί. Έτσι, τα εμβόλια μπορεί να είναι ευεργετικά για ανθρώπους όλων των ηλικιών, προστατεύουν από ασθένειες και σώζουν ζωές.

Πέρα από τον εμβολιασμό παιδιών και εφήβων, ο εμβολιασμός συνεχίζεται και στην ενήλικη ζωή. Τα εμβόλια είναι ιδιαίτερα σημαντικά για την υγεία των ενηλίκων, καθώς προστατεύουν τον οργανισμό από επίθεση επικίνδυνων και πολλές φορές θανατηφόρων νόσων. Ο εμβολιασμός των ενηλίκων είναι σημαντικός διότι το ανοσοποιητικό σύστημα εξασθενεί καθώς γερνούμε. Μπορεί να έχει θετική συνέπεια στη μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα ζωής.

Όλοι οι ενήλικοι χρειάζεται να εμβολιαστούν έτσι ώστε να αποφευχθεί η εξάπλωση σοβαρών ασθενειών. Η φροντίδα της υγείας αποτελεί προτεραιότητα για όλους μας και έχει ιδιαίτερη σημασία για τα άτομα που υποφέρουν από χρόνιες παθή-



PHOTO: FABRIZIA SHUTTERSTOCK

σεις. Ο εμβολιασμός παρέχει την καλύτερη προστασία ενάντια σε ασθένειες που θα μπορούσαν να οδηγήσουν, όχι μόνο σε σοβαρά προβλήματα υγείας, αλλά και να επιφέρουν σημαντικά οικονομικά προβλήματα.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συστήνει τον εμβολιασμό ενηλίκων για την πρόληψη της γρίπης, του τετάνου, του κοκίτη και της πνευμονιοκοκκικής νόσου, μεταξύ άλλων μολυσματικών ασθενειών.

Πιο συγκεκριμένα, η πνευμονιοκοκκική νόσος αποτελεί μια σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας, με ένα φορτίο 1,6 εκατομμυρίων θανάτων ετησίως σε παγκόσμιο επίπεδο, με θύματα κυρίως βρέφη και ηλικιωμένους. Οι σοβαρότερες μορφές της πνευμονιοκοκκικής νόσου περιλαμβάνουν τη μηνιγγίτιδα, τη βακτηριαιμία και την πνευμονία. Ειδικότερα, η πνευμονιοκοκκική πνευμονία συνιστά τον πλέον συνθισιμένο τύπο βα-

αντοχής εξακολουθεί να αυξάνει, η αντιμετώπιση της πνευμονιοκοκκικής νόσου δυσχεραίνεται. Οι ασθενείς σπκώνουν το βάρος των επιπτώσεων της νόσου τόσο στην εργασία όσο και στην οικγενειακή τους ζωή. Για αυτό τον λόγο η αναγκαιότητα της πρόληψης της πνευμονιοκοκκικής νόσου με ανοσοποίηση μέσω του εμβολιασμού αυξάνεται ολοένα και περισσότερο.

Στην Ελλάδα ο εμβολιασμός για την πρόληψη της πνευμονιοκοκκικής νόσου είναι ενταγμένος στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών (ΕΠΕ) για όλους τους ενήλικους άνω των 65 ετών (η ηλικία ως αυτοτελής παράγων κινδύνου), καθώς και για ενήλικους 18 έως 64 ετών που ανήκουν στις ομάδες κινδύνου για σοβαρές πνευμονιοκοκκικές λοιμώξεις (όπως οι συστηματικοί καπνιστές, οι ασθενείς με χρόνια καρδιακά, μεταβολικά και αναπνευστικά νοσήματα, και οι ανοσοκατεσταλμένοι ασθενείς). Ο εμβολιασμός παρέχεται δωρεάν σε όλους τους ασφαλισμένους που ανήκουν σε μία από τις παραπάνω ομάδες.

Ενα νέο 13-δύναμο συζευγμένο εμβόλιο, προηγμένης τεχνολογίας, κυκλοφόρησε πριν από λίγα χρόνια στην Ελλάδα, προστατεύοντας από τους 13 πιο σημαντικούς ορότυπους οι οποίοι προκαλούν την πνευμονιοκοκκική νόσο.

Ο εμβολιασμός αποτελεί ένα αποτελεσματικό προληπτικό μέτρο για την προφύλαξη των ατόμων από τις πνευμονιοκοκκικές λοιμώξεις.

Ας κάνουμε την πρόληψη... πράξη ζωής.

κτηριακής πνευμονίας της κοινότητας, ενώ το ποσοστό θνητότητας της στους ενήλικους κυμαίνεται από 6,4% έως άνω του 40%. Η ανάρρωση των ασθενών από πνευμονιοκοκκική πνευμονία περιλαμβάνει πολυήμερη νοσηλεία, ενώ μπορεί να περάσουν και αρκετοί μήνες προτού αποκατασταθεί πλήρως η υγεία τους, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους. Στα συμπτώματα της πνευμονιοκοκκικής πνευμονίας περιλαμβάνονται ο πυρετός, ο βήχας, τα ρίγη, το θωρακικό άλγος και η δυσκολία στην αναπνοή.

Πέραν του παράγοντα ηλικία, επιπρόσθετοι συντελεστές που επηρεάζουν τον κίνδυνο νόσησης από πνευμονιοκοκκική νόσο είναι ο διαβήτης, το άσθμα, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), τα χρόνια καρδιακά νοσήματα, η ανοσοκαταστολή λόγω νοσήματος ή θεραπείας, ενώ το κάπνισμα και ο αλκοολισμός επίσης επιτείνουν τον κίνδυνο. Καθώς ο βαθμός βακτηριακής

ΑΥΤΟΨΙΑ ΣΤΑ ΣΥΝΤΡΙΜΜΙΑ ΤΟΥ ΕΣΥ



Ιστορίες για αγρίους στον Ευαγγελισμό, στο Αττικό, στο «Σωπρία» και το Νοσοκομείο Κορίνθου. Ειδικευόμενοι γιατροί διά πάσαν νόσον και πρωϊκοί συγγενείς διά πάσαν εργασία. ■ 19, 20-29

Αυτοψία στα συντρίμια του ΕΣΥ



ΚΟΡΙΝΘΟΣ

Κυπελλάκι του καφέ αντί για αποστειρωμένο ουροσυλλέκτη!

➤➤➤ Νοσοκομείο Κορίνθου, ώρα 18.00, μια καθημερινή: Στο προαύλιο φτάνει ένα Ι.Χ. Ο οδηγός μεταφέρει έναν ηλικιωμένο. Σταματά μπροστά στην είσοδο, ανοίγει την πόρτα, βγαίνει, παίρνει ένα καροτσάκι μεταφοράς και οδηγεί τον ηλικιωμένο (που έχει συμπτώματα δύσπνοιας) προς τα επείγοντα. Οι δύο άνδρες της ιδιωτικής εταιρίας φύλαξης τον κοιτούν και του λένε να κάνει γρήγορα γιατί πρέπει να πάρει το αυτοκίνητο. Ο άνδρας αφήνει στην είσοδο του παθολογικού τον ηλικιωμένο και γυρίζει να βγάλει έξω από το νοσοκομείο το αυτοκίνητό του. Παρκάρει και γυρίζει στα επείγοντα. Μπαίνει στο παθολογικό ιατρείο, όπου υπάρχουν τρεις γιατροί (μάλλον ειδικευμένοι) οι οποίοι ήδη εξετάζουν έναν άλλον ασθενή. Εξηγεί τον λόγο της επίσκεψης. Οι γιατροί αναλαμβάνουν αμέσως δράση. Σε περίπου 15 λεπτά έχουν ήδη κάνει τις απαραίτητες προκαταρκτικές εξετάσεις και φωνά-



Συνωστισμός στους διαδρόμους του Εναγγελισμού σε ημέρα απλής εφημερίας

Από τον
Κόστα Σαλαμούρα

ksalamouras@dimokratianews.gr

Με συνεχείς καταγγελίες η Πανελλήνια Ομοσπονδία των Εργαζομένων στα Δημόσια Νοσοκομεία περιγράφει την τραγική κατάσταση στην οποία έχει περιέλθει η Δημόσια Υγεία στα χρόνια των συνεχών Μνημονίων και της άγριας λιτότητας. Κατάσταση που αν η μοίρα δεν γράψει σε κάποιον να βρεθεί σε ένα από αυτά, όχι ως απλός επισκέπτης αλλά ως άμεσα εμπλεκόμενος (ασθενής ή συνοδός), δεν μπορεί να διανοη-

Το παζλ της ντροπής (στα νοσοκομεία) που άρχισε να δημιουργείται σιγά σιγά τα τελευταία έξι (μνημονιακά) χρόνια

θεί το μέγεθος της καταστροφής που έχει συντελεστεί. Ειδικά στις εφημερίες ο συνοδός πρέπει να είναι άνεργος ή αδειούχος από τη δουλειά του, να έχει καλή φυσική κατάσταση και ο ασθενής να διαθέτει μόλιχη τύχη.

Τα πράγματα για τον τελευταίο γίνονται ακόμα πιο δύσκολα αν, εκτός των άλλων, έχει την ατυχία να μη συνοδεύεται. Εξαντλημένοι και κακοπληρωμένοι γιατροί που αναγκάζονται να αποφασίζουν

για τη ζωή των συνανθρώπων τους έχοντας δουλέψει για πάνω από (συνεχείς) 30 ώρες και παράλληλα σε αρκετές περιπτώσεις κάνουν και τη δουλειά του κλητύρα, ένας ή δύο τραυματιοφορείς που πρέπει να καλύψουν όλα τα περιστατικά, λίγες νοσοκόμες και ελάχιστοι υπάλληλοι που καλούνται να διεκπεραιώσουν τον καταγισμό των απαιτούμενων εγγράφων και παράλληλα να ακούν και τις διαμαρτυρίες των συνοδών που τρέχουν να

προλάβουν τα πάντα συνθέτουν το παζλ της ντροπής που άρχισε να δημιουργείται σιγά σιγά μετά το 2010.

Στο κομμάτι της νοσηλείας τα πράγματα είναι εξίσου τραγικά, καθώς οι συγγενείς είναι αναγκασμένοι (αφού οι νοσηλευτές είναι πλέον ελάχιστοι) είτε να κάνουν βάρδιες για να βρίσκονται στο πλευρό των ανθρώπων τους είτε να χρυσοπληρώνουν αποκλειστικές νοσοκόμες.

Παράλληλα πρέπει να διαθέτουν και γεμάτο πορτοφόλι αφού (εκτός των αποκλειστικών) αναγκάζονται να αγοράζουν από ούριγγες και πάπες μέχρι ουροσυλλέκτες και άλλα είδη!

ζουν τον τραυματιοφορέα να μεταφέρει τον ασθενή στο ακτινολογικό. Σε πέντε λεπτά έχει επιστρέψει στο εξεταστήριο. Οι γιατροί αποφασίζουν εισαγωγή και ύστερα από δέκα λεπτά βρίσκεται ήδη σε τρίκλινο δωμάτιο στο οποίο έχει στριμωχθεί και ένα τέταρτο κρεβάτι. Λίγο αργότερα, στο δωμάτιο μπαίνει μια νοσοκόμα, η οποία κρατά ένα πλαστικό κυπελλάκι για καφέ. «Παππού, το πρωί να ουρήσεις εδώ, για να σου κάνουμε εξέταση ούρων» του λέει.

«Μα, δεν είναι επικίνδυνο να κολλήσει μικρόβιο όλο το βράδυ το κυπελλάκι;» ρωτά ο συνοδός.

«Τι να κάνουμε, κύριε, δεν έχουμε αποστειρωμένα» απαντά η νοσοκόμα!!!

Ο άνδρας φεύγει, πηγαίνει στο φαρμακείο, απέναντι από το νοσοκομείο, αγοράζει έναν ουροσυλλέκτη και επιστρέφει.

Ειδικευόμενοι δια πάσαν νόσον!

➤ **Νοσοκομείο Σωτηρία, ώρα 07.30, ημέρα εφημερίας:** Ένα Ι.Χ., που μεταφέρει έναν ηλικιωμένο, σταματά μπροστά στα επείγοντα. Οδηγός, ένας άνδρας και συνοδηγός, ένας άλλος άνδρας, εμφανώς καταβεβλημένος. Στην είσοδο έχει αρκετό χώρο και μπορεί να σταθμεύσει. Παίρνει αγκαζέ τον ηλικιωμένο, που μετά βίας περπατά, και εισέρχεται στο κτίριο. Φτάνει στα ιατρεία και βάζει τον ηλικιωμένο να καθίσει. «Περίμενε εδώ και έρχομαι. Πάω να πάρκάρω το αυτοκίνητο» του λέει. Ευτυχώς το «Σωτηρία» είναι τεράστιο και περίπου 200 μέτρα παραπάνω βρίσκει θέση.

Γυρίζει τρέχοντας στα επείγοντα και ανακαλύπτει ότι πρέπει να πάρει χαρτί προτεραιότητας. Παίρνει τον αριθμό 707. Στο πνευμονολογικό υπάρχουν δύο εξεταστήρια, ο πίνακας του πρώτου είναι οβηστικός, του δεύτερου γράφει 702. Δύο ώρες μετά, ο πίνακας του πρώτου παραμένει οβηστικός και του δεύτερου έχει φτάσει στο 706. Στις 9.45 το πολυπόθητο φωτάκι ανάβει. Μπαίνει με τον ηλικιωμένο άνδρα στο εξεταστήριο. Μέσα τρεις νεαρές γιατροί, ακόμα μία, λίγο μεγαλύτερη σε ηλικία, και μία νοσοκόμα. Τον ρωτούν το ιστορικό του ασθενούς.

Άλλος αριθμός

«Σε ακτινογραφία που έβγαψε χτες το βράδυ φάνηκε πως ο κύριος που έχει παρακεντηθεί πριν από τρεις ημέρες σε άλλο νοσοκομείο έχει μαζέψει πάλη πολύ υγρό στον πνεύμονα και ο οικογενειακός γιατρός μάς είπε να έρθουμε επείγοντως στο «Σωτηρία» που είναι το πιο εξειδικευμένο» λέει, ενώ παράλληλα βγάζει από την πλαστική σακούλα που κουβαλούσε τα χαρτιά και τα δίνει στη γιατρό που υποβάλλει τις ερωτήσεις. Η νεαρή γιατρός ρίχνει μια ματιά στα χαρτιά του προηγούμενου νοσοκομείου και αποφαινεται πως το πρόβλημα είναι καρδιολογικό και άρα πρέπει να πάει στο αρμόδιο ιατρείο.

«Μα ο καρδιολόγος του, που τον παρακολούθησε πέντε χρόνια, λέει πως δεν έχει καρδιακή ανεπάρκεια ο άνθρωπος» είπε ο άνδρας.

«Δεν ξέρω τι λέτε, εδώ τα χαρτιά άλλα γράφουν» απάντησε η για-

ΣΩΤΗΡΙΑ

Γολγοθάς εννέα ωρών για μια εισαγωγή!

τρός. «Ωραία, να πάμε στο καρδιολογικό, αλλά δεν έχουμε αριθμό προτεραιότητας. Πρέπει να πάρουμε άλλον;» ρώτησε ο άνδρας. «Ναι» είναι η απάντηση. «Δηλαδή μπορεί να περιμένουμε άλλες τρεις ώρες;» ξαναρώτησε. «Λυπάμαι έτσι είναι το σύστημα, δεν τους βάζουμε εμείς τους κανόνες» ακούγεται μια άλλη φωνή, η οποία ανήκει σε μια άλλη γιατρό που εμφανίστηκε από το διπλανό εξεταστήριο.

Ο πίνακας του καρδιολογικού είναι οβηστικός και αποφασίζει να χτυπήσει την πόρτα. Ανοίγει και μέσα βλέπει μόνο δύο γιατρούς. «Μας έστειλαν από το πνευμονολογικό» τους λέει και μπαίνει μαζί με τον ηλικιωμένο.

Ο ένας γιατρός υποβάλλει τις ίδιες ερωτήσεις και παίρνει τις ίδιες απαντήσεις.

Ο καρδιολόγος φωνάζει την πνευμονολόγο και αρχίζει η δικογνωμία για το ποιος πρέπει να αναλάβει τον ασθενή.

Τελικά ο καρδιολόγος υποχωρεί και αναλαμβάνει δράση βγάζοντας έξω από τον θάλαμο τον συνοδό. Υστερα από δέκα λεπτά η πόρτα ανοίγει και ο καρδιολόγος φωνάζει τον άνδρα. «Να πάτε να σφραγίσετε αυτά τα χαρτιά για να γίνουν οι απαραίτητες εξετάσεις» του λέει. Ο άνδρας ρωτάει έναν άλλον συνοδό πού πρέπει να πάει και φεύγει. Φτάνοντας στα γκισέ, βλέπει μια ατέλειωτη ουρά. Ρωτά κάποιον που βρίσκεται πίσω από το γκισέ, ο οποίος του λέει ότι πρέπει να πάρει αριθμό προτεραιότητας. Στο μπκάνημα υπάρχουν δύο ενδείξεις: η μία γράφει εισαγωγές και η άλλη επείγοντα. Παίρνει το δεύτερο, αλλά βλέπει ότι το νούμερο δεν αντιστοιχεί σε αυτά που γράφουν οι φωτεινοί πίνακες και για καλό και για κακό παίρνει και από τους άλλους. Υστερα από μία ώρα φτάνει η σειρά του.

«Εδώ είναι για εισαγωγές, κύριε, τα επείγοντα εξυπηρετούνται δίπλα και δεν χρειάζεται αριθμός» του λέ-

ει ο υπάλληλος. «Μα, ρώτησα» είναι η απάντηση, ουνεπικουρούμενος από άλλους πέντε άνδρες, οι οποίοι και αυτοί περιμέναν. «Ποιον ρωτήσατε;» τονίζει. «Τον κύριο που κάθεται αριστερά» απαντά. «Αυτός είναι ο ελεγκτής γιατρός και δεν ξέρει τη διαδικασία» τον αποστομώνει ο υπάλληλος.

Παίρνει τα σφραγισμένα έγγραφα και επιστρέφει στο εξεταστήριο, τα δίνει στον γιατρό και περιμένει. Σε πέντε λεπτά ανοίγει πάλι η πόρτα και ο γιατρός του λέει να πάρει το αίμα και να το πάει στο εργαστήριο. Το παίρνει, πηγαίνει, το δίνει και του λένε να πάει να πάρει τις απαντήσεις σε 40 λεπτά, όπως και κάνει. Χτυπάει το κουδούνι, ανοίγει το πορτάκι και η μικροβιολόγος του λέει ότι τις απαντήσεις είχε πάρει λίγο νωρίτερα και τις είχε πάρει ο ίδιος ο γιατρός.

Δύο ασθενοφόρα

Στο μεσοδιάστημα ο ασθενής έχει υποβληθεί και σε ακτινογραφία, συνοδευόμενος από τον έναν από τους δύο τραυματιοφορείς που υπάρχουν στα επείγοντα. Λίγο αργότερα, έχει αποφασιστεί εισαγωγή και ο ασθενής μεταφέρεται στον θάλαμο βραχείας νοσηλείας, ενώ ο συνοδός πηγαίνει πάλι στην ατέλειωτη ουρά, αυτή τη φορά για να πάρει τον φάκελο εισαγωγής. Επειτα από τρία τέταρτα παίρνει τα έγγραφα, τα οποία πρέπει να πάει στο γραφείο κίνησης. Αφήνει τον φάκελο και περιμένει.

Η ώρα έχει φτάσει ήδη 13.00. Μία ώρα μετά, αποφασίζει να ρωτήσει την υπεύθυνη του γραφείου πότε θα γίνει η εισαγωγή.

«Κάνω ό,τι μπορώ, κύριε, αλλά έχω μόνο δύο ασθενοφόρα και τα περιστατικά είναι πολλά. Πρέπει να μεταφέρουν ασθενείς στους θαλάμους, να πάνε άλλους για υπερήχους και να ξαναπάνε πάλη να τους πάρουν» απαντά η υπάλληλος.

Υστερα από άλλη μία ώρα αναμονής αποφασίζει να ξαναρωτήσει. «Λυπάμαι, κύριε, πρέπει να περιμένετε λίγο ακόμα».

Μισή ώρα μετά ξαναρωτά. «Η τέταρτη μεταφορά που θα γίνει είστε εσείς. Μη με ρωτήσετε, όμως, σε πόση ώρα θα γίνει αυτό, γιατί δεν ξέρω αν στο μεσοδιάστημα προκύψει κάτι υπερεπείγον» είναι η απάντηση.

Ο γολγοθάς τελικά κράτησε οκτώμισι ώρες και τελείωσε στις 16.00!



1. Απόλυτο χάος στον Ευαγγελισμό του Ευαγγελισμού. Την ημέρα Εικόνα συνηθισμένη στα ελληνικά

➤ **Νοσοκομείο Ευαγγελισμός, ώρα 22.00, ημέρα γενικής εφημερίας:** Ένα αυτοκίνητο μπαίνει κορνάροντας δαιμονισμένα και σταματά μπροστά στην είσοδο των επείγοντων περιστατικών. Στο τιμόνι ένας άνδρας και δίπλα του μια γυναίκα σε ημιλιπόθυμη κατάσταση.

Ο άνδρας βγαίνει από το αυτοκίνητο και ψάχνει να βρει έναν τραυματιοφορέα. Κοιτάζει απεγνωσμένα δεξιά και αριστερά. Μάταιος κόπος. Δεν υπάρχει κανείς. Από πίσω σταματά ένα ασθενοφόρο και πίσω από αυτό άλλο ένα Ι.Χ. Ο οδηγός του δεύτερου Ι.Χ., την ώρα που οι τραυματιοφορείς του ασθενοφόρου μεταφέρουν με το φορείο τον ασθενή, τους κορνάρει γιατί θέλει να πλησιάσει την είσοδο.

Ο πρώτος οδηγός ακόμα ψάχνει κάποιον να μεταφέρει τον ασθενή του. Στην απόγνωση του ζητά βοήθεια από τους τραυματιοφορείς του ασθενοφόρου.

«Βρείτε ένα αναπνηρικό καρτοσάκι, κύριε» είναι η απάντηση.

«Αναπνηρικό καρτοσάκι, μα δεν υπάρχει» ψελλίζει, τη στιγμή που οι τραυματιοφορείς χάνονται στην είσοδο.

Ο οδηγός του άλλου Ι.Χ. συνεχίζει να κορνάρει. «Τι κάνεις, ρε φίλε, εκεί; Τελείωνε, θα πεθάνει ο πατέρας μου και θα έχεις κακά ξεμπερδέματα» φωνάζει στον άνδρα, ο οποίος μοιά-

ΕΥΑΓΓΕ

Χωρίς τραυματιοφορέα και καρτοσάκια γιατρούς και

ζει σαν χαμένος. Μην έχοντας το κίνητρό του και το μετακινεί ανοίγει την πόρτα του συνοδού τη γυναίκα που συνοδεύει στον ασθενή που δεν ανταποκρίνεται.

Ο καλός Σαμαρείτης

Ένας άλλος άνδρας, ο οποίος προσφέρεται να βοηθήσει. Η γυναικα. Την ίδια στιγμή από την άκρη του αυτοκινήτου βγαίνει ένας ασθενής σε αναπνηρικό αέριο τον συνοδό και τον ρωτάει τον αδελφό μου να φέρει το αυ-

Και συγγενείς δια πάσαν εργασία



1. Μόνο σε ημέρα γενικής εφημερίας! 2. Ασθενείς στοιβαγμένοι, περιμένουν έναν ειδικευόμενο γιατρό. 3. Η είσοδος που τραβήχθηκε η φωτογραφία το νοσοκομείο δεν είχε γενική εφημερία και έτσι υπήρχαν φορεία. 4. Κάθε νοσοκομείο. Συγγενής-συνοδός σε ρόλο τραυματιοφορέα

ΛΙΣΜΟΣ

Γιατροφορείς, μεταφοράς, ... πάρκινγκ!

άλλη επιλογή, μπαίνει στο αυτοκίνητο τρία μέτρα. Ξαναβγαίνει, γυρίζει και προσπαθεί να βγάλει πνιγκλιά του. Αυτή σχεδόν

απνίζει λίγα μέτρα παραπέρα, γυναίκα βγαίνει από το αυτοκίνητο, εισέρχεται στην επείγουσα βοήθεια. Ο άνδρας πλησιάζει να φεύγει. «Ναι, περιμένω το αυτοκίνητο» απαντά εκείνος, κά-

τι που γίνεται σε λίγα δευτερόλεπτα. Επιτέλους, το πολύτιμο μεταφορικό μέσον βρέθηκε. (Την ίδια στιγμή, λίγα μέτρα παραπέρα, ο οδηγός του άλλου Ι.Χ. αντιμετωπίζει την ίδια κατάσταση με τον πρώτο.)

Καθίζει τη γυναίκα στο καροτσάκι, αλλά δεν μπορεί να τη μεταφέρει, αφού οι τραυματιοφορείς του ασθενοφόρου έχουν επιστρέψει και θέλουν να φύγουν. Τώρα πρέπει να μετακινήσει το αυτοκίνητό του. Παρακαλά τον άγνωστο που τον βοήθησε να προσέξει για λίγο τη γυναίκα και αυτός δέχεται. Βγαίνει έξω από το νοσοκομείο και για καλή του τύχη δύο τετράγωνα παραπάνω βρίσκει θέση να παρκάρει. Τρέχοντας επιστρέφει. Ευχαριστεί τον άγνωστο και σπρώχνει το καροτσάκι στα επείγοντα.

Χάος! Φορεία και αναπηρικά καροτσάκια δεξιά και αριστερά, άλλοι ασθενείς και συνοδοί στις θέσεις αναμονής, δύο τρεις γιατροί και νοσοκόμες να τρέχουν αλλόφρονες. Ο άνδρας προσπαθεί να καταλάβει τι πρέπει να κάνει. Ρωτά μια νοσοκόμα. «Να πάρετε χαρτάκι προτεραιότητας» είναι η απάντηση. Το κάνει, περιμένει τη σειρά του και προσεύχεται η γυναίκα που συνοδεύει να αντέξει μέχρι να τη δει κάποιος από τους ελάχιστους γιατρούς που προσπαθούν να καλύψουν όλα τα περιστατικά.

➤ **Αττικό Νοσοκομείο, ώρα 19.00, ημέρα γενικής εφημερίας:** Το ασθενοφόρο σταματά στην είσοδο των επείγουστων. Οι τραυματιοφορείς κατεβάζουν μια ηλικιωμένη γυναίκα που τη συνοδεύει μια άλλη γυναίκα. Αφήνουν το φορείο στον μεγάλο θάλαμο όπου βρίσκονται τουλάχιστον άλλα 20 φορεία και φεύγουν, ενώ η συνοδός πηγαίνει να δώσει τα στοιχεία.

Σε δέκα λεπτά εμφανίζεται τρέχοντας ένας άνδρας. Βρίσκει την ασθενή και περιμένει δίπλα της. Μερικά λεπτά αργότερα έρχεται η συνοδός γυναίκα. «Έδωσα τα στοιχεία και πήγα το χαρτί στην προεπιλογή, θα μας φωνάξουν από το μεγάφωνο» λέει. Ύστερα από μία ώρα αναμονής, ο άνδρας αποφασίζει να δει τι γίνεται και πηγαίνει στο γραφείο όπου γίνεται η προεπιλογή. «Το προωθήσαμε στον γιατρό που αξιολογεί τα περιστατικά» του λένε.

Στο γραφείο του «αξιολογητή» γίνεται πανικός. Ένας γιατρός ανάμεσα σε στοιβές από χαρτιά προσπαθεί να βάλει τάξη στο χάος και να προωθήσει κάθε περιστατικό στο αρμόδιο ιατρείο. Κάθε λίγο μπαίνει κάποιος από το γραφείο προεπιλογής και αφήνει ένα χαρτί. Παρατηρεί πως μέσα στον πανικό του ο γιατρός παίρνει τα χαρτιά από επάνω. «Συγγνώμη, κύριε, βλέπω πως κάνετε υπεράνθρωπος προσπάθειες να φέ-

ΑΤΤΙΚΟ

Αν δεν έχεις συνοδούς, πρέπει να έχεις τύχη!

ρετε σε βόλτα το χάος και χωρίς να θέλω να σας υποδείξω τη δουλειά σας, απλά πού ξέρετε πιο περιστατικό είναι πιο επείγον από το άλλο;»

Εισπράττει το αμήχανο χαμόγελο ενός από τους ήρωες της βραδιάς.

«Η μητέρα μου έχει αιματοκρίτη 23, ο γιατρός είπε ότι χρειάζεται επείγοντως μετάγγιση» συνεχίζει. «Θα το δω, κύριε» είναι η απάντηση.

Ο άνδρας επιστρέφει δίπλα στη μητέρα του. Σε μισή ώρα ακούγεται από το μεγάφωνο το όνομα της γυναίκας.

Εξουθενωμένοι

Μεταφέρει το φορείο στο εξεταστήριο. Δύο ειδικευόμενοι γιατροί, εμφανώς καταβεβλημένοι ύστερα από 14 ώρες δουλειάς, αναλαμβάνουν δράση. Επειδή από μία ώρα και αφού έχουν κάνει στην ηλικιωμένη εξετάσεις αίματος, εκτιμούν ότι πρέπει να υποβληθεί σε υπέρηχο και ακτινογραφία. Η ασθενής πρέπει να μεταφερθεί, αλλά ο ένας και μοναδικός (!!!) τραυματιοφορέας μεταφέρει άλλο περιστα-

τικό. Τη μεταφορά πρέπει να κάνει ο συνοδός.

«Ακοιούθηστε τη γραμμή τάδε» δίνει οδηγία η ειδικευόμενη γιατρός. Το φορείο είναι παλιό και οι ρόδες του μπλοκάρουν.

Με τα χίλια ζόρια και προσπαθώντας να βρει τον διάδρομο στον λαβύρινθο, αφού οι γραμμές μπερδεύονται, ο άνδρας φτάνει στο ακτινολογικό. Απέξω περιμένουν τη σειρά τους άλλοι επτά ασθενείς και συνοδοί και ένας ασθενής με τον τραυματιοφορέα. Ύστερα από σχεδόν μία ώρα αναμονής, η ακτινογραφία βγαίνει. Έχουν περάσει ήδη σχεδόν τέσσερις ώρες από την εισαγωγή στο νοσοκομείο και η ηλικιωμένη, που χρειάζεται «επείγοντως μετάγγιση αίματος», επιστρέφει στα επείγοντα.

Στο μεσοδιάστημα, στο εξεταστήριο έχει μπει άλλο περιστατικό. Οι δύο γιατροί δουλεύουν ακατάπαυστα, χωρίς καν ένα μικρό διάλειμμα. Περνάει σχεδόν άλλη μία ώρα. Τελικά οι γιατροί αποφασίζουν ότι κρύζει εισαγωγής. Ειδοποιούν τραυματιοφορέα από τον όροφο που θα νοσηλευτεί, ενώ προηγουμένως έχουν ειδοποιήσει και τον αιματολόγο βάρδιας.

Την επομένη το πρωί ο άνδρας βλέπει στον όροφο τις δύο γιατρούς, που την προηγούμενη είχαν κάνει 24ωρη εφημερία, να κάνουν νοσηλεία μαζί με άλλους συναδέλφους τους!

ΥΓΕΙΑ

Στο ίδιο έργο θεατές ή στη ζωή και στη δουλειά μας πρωταγωνιστές;

Αρκετό μελάνι ξοδεύεται από την κυβέρνηση ΣΥΡΙΖΑ - ΑΝΕΛ και τον υπουργό Υγείας, προκειμένου να παρατείνουν τις ψεύτικες προσδοκίες στους υγειονομικούς και το λαό. Για να πείσουν ότι τα οξυμένα προβλήματα των εργαζομένων και των ασθενών βρίσκονται τάχα σε πορεία επίλυσης με τα μέτρα που παίρνει.

Πώς γίνεται όμως, παρά τα μέτρα που έπαιρναν οι προηγούμενες κυβερνήσεις, όπως και η σημερινή του ΣΥΡΙΖΑ - πάντα για ...το καλό του λαού - οι εργαζόμενοι και οι ασθενείς να βρίσκονται σε όλο και χειρότερη θέση; Να μειώνεται το υγειονομικό προσωπικό, να μειώνονται οι μισθοί, να ανατρέπονται οι εργασιακές σχέσεις και οι ασθενείς να βάζουν όλο και πιο βαθιά το χέρι στην τσέπη - εάν και όσοι μπορούν - για να «βρουν την υγεία τους»;

Κι όμως γίνεται, αφού και η σημερινή κυβέρνηση, όπως και οι προηγούμενες, πίνει νερό στο όνομα της ΕΕ, της ανάπτυξης με πρωταγωνιστές τους επιχειρηματικούς ομίλους, της ανταγωνιστικότητας και της κερδοφορίας τους. Σε αυτήν την πολιτική δε χωράνε παροχές για την υγεία του λαού, προσλήψεις προσωπικού, εξοπλισμός των δημόσιων νοσοκομείων και πολύ περισσότερο υπηρεσίες Υγείας που θα είναι πραγματικά δωρεάν για τους ασθενείς.

Αντίθετα, αυτή η πολιτική σημαίνει μείωση των κρατικών δαπανών για υπηρεσίες Υγείας και παράλληλα αύξηση των πληρωμών των ασφαλιστικών ταμείων, αλλά και των ιδίων των ασφαλισμένων και ανασφάλιστων απευθείας από την τσέπη τους. **Αυτός ο στόχος δεν αμφισβητήθηκε ούτε από τις προηγούμενες κυβερνήσεις, ούτε βέβαια από τη σημερινή, που τον προωθεί με μεγάλη «μαστορία» και αποτελεσματικότητα.** Γι' αυτό, άλλωστε, έχει τη στήριξη σημαντικών τμημάτων του κεφαλαίου.

Το κεφάλαιο καθορίζει τα βήματά τους

Η υψηλή κερδοφορία των μονοπωλιακών ομίλων σε Υγεία και Φάρμακο πριν την οικονομική κρίση, αλλά και μέσα σε αυτή, επιβεβαιώνουν όλα τα παραπάνω. Κερδοφορία που ήρθε μέσα από το τσάκισμα των μισθών δημοσίων και ιδιωτικών υπαλλήλων στον κλάδο, μέσα από τη συντριβή των εργασιακών και ασφαλιστικών δικαιωμάτων, που απαιτήθηκε να γίνει και «οικειοθελώς». Δηλαδή, οι ίδιοι οι εργαζόμενοι να παραχωρήσουμε στο αστικό κράτος και την εργοδοσία τα δικαιώματά που μας παρέδωσαν μέσα από σκληρούς αγώνες οι προηγούμενες γενιές (μειωμένο ωράριο, 13ος και 14ος μισθός, επιδόματα όπως το ανθυγιεινό κ.λπ.).

Αυτή είναι η δική τους «δικαιη» ανάπτυξη, όπου μεροκάματα και δικαιώματα καταρ-



Από την κινητοποίηση των εργαζομένων στα νοσοκομεία, στις 6 Οκτώβρη

λάνε στα τάρταρα σε κερδοφόρες επιχειρήσεις, όπως ο όμιλος «Υγεία», το «Ιατρικό» και καθορίζουν την τιμή της εργατικής δύναμης σε όλο τον κλάδο, μέσα από κρατικά όργανα και μηχανισμούς (Βουλή, ΟΜΕΔ κ.ά.).

Τα κέρδη της πλουτοκρατίας καθορίζουν τα βήματα και της σημερινής κυβέρνησης. Έτσι εξηγείται πώς κλέβουν δια. ευρώ από τον κόπο των εργατικών - λαϊκών στρωμάτων και τα δίνουν απλόχερα στην πλουτοκρατία, αλλά «στενεύονται» όταν τα σωματεία, οι Ομοσπονδίες και τα Εργατικά Κέντρα απαιτούμε να δοθούν στα νοσοκομεία, το ΕΚΑΒ, τα Κέντρα Υγείας, τους αναπήρους, τους καρκινοπαθείς.

Γι' αυτό τα μέτρα που παίρνουν βρίσκονται σε αντίθετη κατεύθυνση από την αποκατάσταση των τεράστιων απωλειών (μισθολογικές, εργασιακές, ασφαλιστικές) που είχαμε οι εργαζόμενοι τα προηγούμενα χρόνια και των απωλειών σε δομές και υπηρεσίες Υγείας που καταγράφηκαν το ίδιο διάστημα.

Συντήρηση και επιδείνωση της σημερινής αθλιότητας

Όταν μιλάει η κυβέρνηση για Δημόσιο Σύστημα Υγείας, εννοεί το εμπορευματοποιημένο σύστημα τύπου «νοσοκομείο Σαντορίνης ΑΕ». Όταν μιλάει για «δωρεάν» Υγεία, εννοεί τα γκισέ πληρωμών για εξετάσεις, νοσηλεία, θεραπείες, τα ιδιωτικά απογευματινά ιατρεία, την αύξηση των εισφορών στον κλάδο Υγείας των ασφαλιστικών, εξαιρώντας ένα μικρό τμήμα των εξαθλιωμένων, που ζουν σε ακραία φτώχεια και που δεν έχουν πλέον

απολύτως τίποτα για να τους πάρει.

Ασφαλισμένοι, ανασφάλιστοι, ακόμα και άποροι, πληρώνουν το μακρύ κατάλογο φαρμάκων, εργαστηριακών και διαγνωστικών εξετάσεων, υγειονομικού υλικού, που εξαιρούνται από τον κανονισμό παροχών του Ε-ΟΠΥΥ και από το κράτος, όπως η ψηφιακή μαστογραφία, η παρακέντηση θυρεοειδούς, ο ενδοκοιλιακός υπέρηχος στις γυναίκες και οι σημαντικότερες εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου. Πληρώνουν, επίσης, συμμετοχή στη φαρμακευτική δαπάνη.

Αλλά και πολλά από αυτά που αποζημιώνονται, οι ασθενείς εξαναγκάζονται από τις μακροχρόνιες λίστες αναμονής να τα πληρώνουν στις ιδιωτικές επιχειρήσεις της Υγείας.

Στο προσχέδιο του κρατικού προϋπολογισμού του 2017, η χρηματοδότηση για νοσοκομεία - ΠΕΔΥ θα παραμείνει στα χαμηλά επίπεδα των προηγούμενων χρόνων, γεγονός που συνεπάγεται την επιδείνωση ή στην «καλύτερη» περίπτωση διατήρηση της σημερινής άθλιας κατάστασης. Η δυνατότητα για αύξηση του ορίου δαπανών των νοσοκομείων, που συχνά λέει ο υπουργός Υγείας, δεν αποτελεί αύξηση της κρατικής χρηματοδότησης. Είναι χρήματα που προέρχονται από τις αυξημένες πληρωμές των ασθενών και των ασφαλιστικών ταμείων.

Ελλείψεις και ελαστικότητα κάνουν θραύση

Στο ζήτημα των προσλήψεων, η κυβέρνηση ακολουθεί πιστά τη στρατηγική επιλογή της ΕΕ για κατάργηση της μόνιμης σταθε-

ρής εργασίας με πλήρη δικαιώματα, τη διεύρυνση της ελαστικής μορφής απασχόλησης (επικουρικούς, «μπλοκάκια», συμβασιούχους, πρακτικάριους), της ακόμα πιο «φτηνής» εργασίας. Οι ελάχιστοι εργαζόμενοι που προσλήφθηκαν στα νοσοκομεία, ήρθαν με μειωμένο μισθό (600 ευρώ νεοεισερχόμενος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης). Οι συνολικά 5.000 συνάδελφοι που θα έρθουν σε βάθος χρόνου, δεν επαρκούν να καλύψουν ούτε τις συνταξιοδοτήσεις που ήδη έχουμε!

Κι αυτοί που αναγγέλλει η κυβέρνηση ότι θα έρθουν, στην πλειοψηφία τους δεν θα έρθουν για να μείνουν... Πρόκειται για επικουρικό - προσωρινό προσωπικό, που πληρώνεται από τα έσοδα των νοσοκομείων κι όχι από τον κρατικό προϋπολογισμό και οι 4.000 «ωφελούμενοι» - λες και χρωστάνε χάρη στην κυβέρνηση - από τον ΟΑΕΔ, με 12μηνη απασχόληση, που θα πληρώνονται με μισθό - «χαρτζιλίκι».

Η κυβέρνηση επεκτείνει την αθλιότητα των ελαστικών εργασιακών σχέσεων, «τη φτηνή απασχόληση», υλοποιώντας την κατεύθυνση της ΕΕ για παραπέρα μείωση του εργατικού κόστους. Στερεί αυτό που πραγματικά είναι αναγκαίο τόσο για τους υγειονομικούς, όσο και για την πλήρη ανάπτυξη όλων των κλινικών, των ΜΕΘ και των υγειονομικών μονάδων, του ΕΚΑΒ: Τη μονιμοποίηση εδώ και τώρα όλων όσοι εργάζονται με ελαστικές μορφές απασχόλησης, τις μαζικές προσλήψεις μόνιμου προσωπικού με πλήρη σύγχρονα δικαιώματα.

Πρόκειται για καθαρά ταξική επιλογή της κυβέρνησης, για να υπηρετήσει την ανάπτυξη που υπηρετεί τα κέρδη των ομίλων. Με κριτήριο την ανάπτυξη αυτή, ο ασφαλισμένος πρέπει να «στοιχίζει πιο φτηνά» στο κράτος και στα ασφαλιστικά ταμεία, το ίδιο και ο εργαζόμενος στις υγειονομικές μονάδες.

Να αξιοποιήσουν οι υγειονομικοί την πείρα τους

Το λαϊκό δικαίωμα και η ανάγκη για σύγχρονο, ενιαίο, καθολικό, αποκλειστικά δημόσιο και δωρεάν σύστημα Υγείας - Πρόνοιας, η βελτίωση των συνθηκών δουλειάς και της ζωής μας, δεν βρίσκονται στους σημερινούς «σωτήρες», ούτε στους επόμενους. Αυτό το έργο το έχουμε δει πολλές φορές και ήρθε η ώρα να κλείσουμε την πόρτα που οδηγεί προς τα πίσω. Κανένας συμβιβασμός με ό,τι απώλειες έχουμε! Δεν χαρίζουμε τίποτα. Διεκδικούμε όλα όσα μας ανήκουν με κριτήριο τις ανάγκες μας. Να πούμε ένα τεράστιο ΟΧΙ στην καπιταλιστική ανάπτυξη που πτωχεύει το λαό για τα κέρδη της πλουτοκρατίας.

Να αξιοποιήσουν οι υγειονομικοί, οι εργαζόμενοι, την τεράστια πείρα που απόκτησαν από τους αγώνες που αναπτύχθηκαν όλη την προηγούμενη περίοδο. Να πάρουν την υπόθεση της οργάνωσης του αγώνα στα δικά τους χέρια, ξεπερνώντας τις συνδικαλιστικές ηγεσίες που «ρίχνουν νερό στο μύλο» της κυβέρνησης και των κυβερνητικών εναλλαγών.

Να ξεπεράσουν αυτές τις ηγεσίες, που ούτε θέλουν ούτε μπορούν να οργανώσουν μαζικούς αγώνες με γνώμονα τις λαϊκές ανάγκες, γιατί έχουν θεό τους την ανταγωνιστικότητα. Υιοθετούν αιτήματα και γραμμή πάλης στα όρια της κερδοφορίας της πλουτοκρατίας, της ενίσχυσης της ανταγωνιστικότητας και της επιχειρηματικότητας.

Αυτές οι πλειοψηφίες υπηρετούν διαχρονικά τη γραμμή που εγκλωβίζει τη δυσανεμία και την αγανάκτηση, τροφοδοτεί το «ρεαλισμό» του δήθεν εφικτού και οδηγεί στην αναπαραγωγή των μειωμένων απαιτήσεων.

Ολγα ΣΙΑΝΤΟΥ

Αντιπρόεδρος της ΠΟΕΔΗΝ, μέλος του ΓΣ της ΑΔΕΔΥ και της Εκτελεστικής Γραμματείας του ΠΑΜΕ

Δική μας υπόθεση η οργάνωση του αγώνα

Η εγγύηση για τη ζωή μας και για την υγεία του λαού είναι στα δικά μας χέρια. Στον ανυποχώρητο οργανωμένο αγώνα των υγειονομικών μαζί με τα εργατικά σωματεία, τους συλλόγους αυτοαπασχολούμενων, μικρομεσαίων αγροτών, τους συλλόγους γυναικών και νεολαίας, που παλεύουν σε σύγκρουση και ρήξη με τους εκμεταλλευτές μας και όσους τους στηρίζουν.

Καθήκον των υγειονομικών είναι να στρατευθούμε όλοι σε αυτό τον αγώνα, με την ίδια αφοσίωση και αποφασιστικότητα που δουλεύουμε στα τμήματα και τις μονάδες για να σώσουμε ανθρώπινες ζωές, για να αντιστοιχίσουν οι υπηρεσίες που προσφέρουμε με το ύψος των αναγκών του λαού μας.

Να μπουν στο συλλογικό αγώνα όσοι ακόμα είναι μόνοι τους, έξω από αυτόν και τους πνίγουν τα βάσανα. Να μη διστάσουν να στρατευτούν στην πάλη για την αναπλήρωση όλων των απωλειών που είχαμε, για τη μονιμοποίηση όλων των συμβασιούχων, για μαζικές προ-

σλήψεις ΕΔΩ και ΤΩΡΑ μόνιμου προσωπικού με πλήρη σύγχρονα δικαιώματα, για αξιοπρεπείς συνθήκες δουλειάς, συντάξεις και μισθούς. Για πλήρη ανάπτυξη όλων των υγειονομικών μονάδων, του ΕΚΑΒ, της Πρόνοιας.

Για να καταργηθούν όλες οι πληρωμές στον κλάδο Υγείας - Πρόνοιας - Φαρμάκου, τόσο στα γκισέ όσο και στις εισφορές εργαζομένων και συνταξιούχων στα ασφαλιστικά ταμεία. Να καταργηθεί η επιχειρηματική δράση στην Υγεία. Το αίτημα για αποκλειστικά δημόσια, δωρεάν, ενιαία και σύγχρονη Υγεία - Πρόνοια ανταποκρίνεται πλήρως στην εποχή μας, στην εξέλιξη της επιστήμης και της τεχνολογίας, στις πραγματικές ανάγκες όλων αυτών που παράγουν τον τεράστιο πλούτο, του οποίου θα γίνουν αφέντες.

Η κυβερνητική επίθεση κλιμακώνεται. Χωρίς καθυστέρηση δίνουμε τη μάχη για την επιτυχία των αυριανών συλλαλητηρίων και για κλιμάκωση της πάλης με όλες τις μορφές και με απεργία.

7.744 ΠΡΟΣΛΗΨΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Ερχεται προκήρυξη για 4.000 ετήσιες συμβάσεις σε ειδικότητες υγειονομικού ενδιαφέροντος, ενώ ήδη το ΑΣΕΠ ενέκρινε την κάλυψη 691 θέσεων σε νοσοκομεία από επιλαχόντες των προκηρύξεων 4Κ/2015 και 5Κ/2015. Την ίδια στιγμή το υπουργείο Υγείας δημιουργεί 240 τοπικές Μονάδες Υγείας σε 62 περιοχές, οι οποίες θα στελεχωθούν με συνολικά 3.053 νέους γιατρούς.



ΣΕΛ. 3

ΤΟ ΘΕΜΑ



ΝΕΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΕΙΣ

«Πακέτο» 7.744 θέσεων στην Υγεία

Προκήρυξη για **4.000** ετήσιες συμβάσεις σε ειδικότητες υγειονομικού ενδιαφέροντος θα εκδώσει μέσα στο Νοέμβριο το υπουργείο Εργασίας σε συνεργασία με το υπουργείο Υγείας, προκειμένου να καλυφθούν με τον πιο άμεσο τρόπο θέσεις νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού στα νοσοκομεία και τις άλλες δομές του συστήματος υγείας.

Σύμφωνα με υψηλόβαθμα στελέχη του υπουργείου Υγείας, οι **2.700** θέσεις θα καλυφθούν από νοσηλευτικό προσωπικό (ΠΕ/ΤΕ/ΔΕ νοσηλευτών), καθώς και βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό (π.χ. βοηθοί θαλάμου, μεταφοράς ασθενών, τραυματιοφορείς κ.λπ.). Επιπλέον **1.000** θέσεις θα καλυφθούν από προσωπικό εξειδικευμένων υγειονομικών ειδικοτήτων, όπως οδηγοί ασθενοφόρων, ακτινολόγοι, φυσιοθεραπευτές, παρασκευαστές χειριστές ιατρικών συσκευών κ.ά., ενώ **300** ωφελούμενοι θα καλύψουν διάφορες ειδικότητες σε εποπτευόμενους φορείς του υπουργείου Υγείας, όπως είναι το ΕΚΑΒ, το Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας, ο ΕΟΦ, το ΚΕΘΕΑ, ο ΟΚΑΝΑ και ο ΕΟΠΥΥ, οι οποίοι αντιμετωπίζουν πρόβλημα υποστελέχωσης.

Αξίζει να υπογραμμιστεί ότι πρόκειται για δράση με κοινωφελή χαρακτήρα και όχι πρόγραμμα κοινωφελούς εργα-

Ενισχύονται τα νοσοκομεία όλης της χώρας

σίας, καθώς η χρηματοδότηση των νέων θέσεων θα προέλθει από την πρώτη δόση που κατέβαλαν οι υπερθεματιστές του διαγωνισμού για τις τηλεοπτικές άδειες. Οι προσλήψεις αυτές εντάσσονται στη βασική προτεραιότητα της κυβέρνησης για ταχεία βελτίωση της κατάστασης και αντιμετώπιση των προβλημάτων, ώστε εντός του 2017 να υπάρξει μια εντελώς νέα εικόνα για το δημόσιο σύστημα Υγείας.

Οι θέσεις νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού στα νοσοκομεία και σε άλλες δομές του συστήματος Υγείας θα κατανεμηθούν στις επτά υγειονομικές περιφέρειες της χώρας, ενώ το νέο προσωπικό θα αναλάβει καθήκοντα από τον Ιανουάριο του 2017.

Σύμφωνα με πληροφορίες, οι ωφελούμενοι του προγράμματος θα έχουν πλήρη ασφαλιστικά δικαιώματα και οι αμοιβές τους θα ξεπερνούν τα **495** ευρώ/μήνα, που ήταν ο μισθός των απασχολούμενων στα προγράμματα κοινωφελούς εργασίας. Οι υποψήφιοι θα υποβάλλουν τις αιτήσεις τους ηλεκτρονικά, στο δικτυακό τόπο του ΟΑΕΔ, ενώ μέσα στην επόμενη εβδομάδα θα είναι έτοιμη η κατανομή των θέσεων της

προκήρυξης ανά ειδικότητα και υγειονομική περιφέρεια.

691 ΠΡΟΣΛΗΨΕΙΣ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΜΕ ΤΗ ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΤΟΥ ΑΣΕΠ

Την ίδια στιγμή η Ολομέλεια του ΑΣΕΠ ενέκρινε την κάλυψη **691** θέσεων σε νοσοκομεία από επιλαχόντες των προκηρύξεων 4Κ/2015 και 5Κ/2015. Οι θέσεις αφορούν διάφορους κλάδους και ειδικότητες των κατηγοριών ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ και ΥΕ (νοσηλευτικό, παραϊατρικό, επιστημονικό μη ιατρικό, διοικητικό και βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό), χωρίς νέα προκήρυξη και χωρίς υποβολή νέας αίτησης με τα ίδια τυπικά και τυχόν πρόσθετα προσόντα, όπως ακριβώς ορίζονταν στις ανωτέρω προκηρύξεις.

Συγκεκριμένα, θα διατεθούν **38** επιλαχόντες πανεπιστημιακής εκπαίδευσης και **93** επιλαχόντες υποχρεωτικής εκπαίδευσης από την προκήρυξη 4Κ/2015 και **320** επιλαχόντες τεχνολογικής και **240** επιλαχόντες δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης από την προκήρυξη 5Κ/2015.

Η επιλογή των διοριστέων στις νέες θέσεις θα πραγματοποιηθεί ύστερα από τον έλεγχο των προσόντων, κριτηρίων

και ιδιοτήτων των επιλαχόντων των εν λόγω προκηρύξεων, αποκλειστικά βάσει των δικαιολογητικών που είχαν συνυποβληθεί με την αίτηση συμμετοχής τους και με τη σειρά που έχουν αυτοί στους πίνακες κατάταξης των αντίστοιχων κλάδων. Δεν απαιτείται να υποβληθούν και δεν εξετάζονται πρόσθετα δικαιολογητικά ή δικαιολογητικά που τυχόν αποκτήθηκαν μετά τη λήξη της υποβολής των αιτήσεων συμμετοχής στις εν λόγω προκηρύξεις.

Μετά την ολοκλήρωση της ελεγκτικής διαδικασίας θα καταρτιστούν οι νέοι προσωρινοί πίνακες απορριπτέων, κατάταξης και διοριστέων υποψηφίων από τους πίνακες επιλαχόντων εκάστης προκήρυξης.

3.053 ΓΙΑΤΡΟΙ ΣΕ ΤΟΠΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τέλος, το υπουργείο Υγείας δημιουργεί **240** τοπικές Μονάδες Υγείας σε **62** περιοχές, οι οποίες θα στελεχωθούν με συνολικά με **3.053** νέους γιατρούς (γενικούς, παθολόγους, παιδίατρους) και νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και επισκέπτες υγείας. Θα προσφέρουν ολιστική φροντίδα, με έμφαση στην πρόληψη και την αγωγή υγείας σε συγκεκριμένο πληθυσμό, που θα ανέρχεται γύρω στις **10.000**.

ΛΙΣΤΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ

Μέτρο διαφάνειας, δίκαιης πρόσβασης και αποτροπής χρηματισμού

Οι συνθήκες που επικρατούν στα νοσοκομεία όταν πρόκειται για την πραγματοποίηση ενός χειρουργείου, είναι γνωστή σε όλους και αποτελεί ένα από τα πιο δυσεπίλυτα θέματα της περίθαλψης των ασθενών. Αδιαφάνεια και ανισότητα κατά τη διαδικασία κατάρτισης της λίστας χειρουργείου, παράνομος χρηματισμός από τους ασθενείς προς γιατρούς ή συνεννοήσεις κάτω από το τραπέζι για μια θέση στο χειρουργικό κρεβάτι. Ένας γόρδιος δεσμός με πολλές παραμέτρους, που καθορίζει τη σειρά προτεραιότητας των ασθενών στις χειρουργικές επεμβάσεις.

Το Φεβρουάριο του 2016 ψηφίστηκε νομοσχέδιο του υπουργείου Υγείας, το οποίο περιλαμβάνει διάταξη για την αλλαγή στον τρόπο λειτουργίας κατάρτισης της λίστας χειρουργείου. Η νομοθετική αυτή διάταξη είχε στόχο να αντιμετωπίσει το πρόβλημα της αδιαφάνειας, του ανέλεγκτου και της ανισότητας που επικρατεί στα νοσοκομεία αναφορικά με την προτεραιότητα των ασθενών στις χειρουργικές επεμβάσεις. Με την καθιέρωση της κατάρτισης λίστας χειρουργείου, και μάλιστα με αξιόπιστο τρόπο, η ημερομηνία της επέμβασης του κάθε ασθενούς παύει να αποτελεί αντικείμενο συναλλαγής μεταξύ αυτού και του εκάστοτε θεράποντα ιατρού. Γίνεται άμεσα γνωστή στον ασθενή και εξαρτάται από την αξιολόγηση της σοβαρότητας της νόσου του και του επείγοντος ή όχι της χειρουργικής αντιμετώπισής της, μετά από συγκεκριμένη ιατρική τεκμηρίωση. Ταυτόχρονα, ελέγχεται τακτικά η διαθεσιμότητα των χειρουργικών κρεβατιών και η ορθή διαχείρισή τους.

Μετά τη ψήφιση του νόμου συγκροτήθηκε με πρωτοβουλία του υπουργού Υγείας, Ανδρέα Ξανθού, άτυπη ομάδα εργασίας, στην οποία συμμετείχαν διοικητές νοσοκομείων και υγειονομικών περιφερειών, νομικοί και υπηρεσιακά στελέχη του υπουργείου, με στόχο τη διαμόρφωση συγκεκριμένου σχεδίου για τη διαδικασία κατάρτισης, οργάνωσης και λειτουργίας της λίστας. Το Σεπτέμβριο το υπουργείο Υγείας έθεσε σε δημόσια ηλεκτρονική διαβούλευση το σχέ-



διο Υπουργικής Απόφασης, ανοίγοντας έτσι το δημόσιο διάλογο σε υγειονομικούς και απλούς πολίτες σε ένα τόσο ακανθώδες θέμα.

Σύμφωνα με το σχέδιο, σε κάθε νοσοκομείο ορίζεται ως υπεύθυνος για την έγκριση της λίστας χειρουργείου και την τήρηση της διαδικασίας διαμόρφωσής της, ο αναπληρωτής διοικητής, ή όπου δεν υπάρχει, άλλο μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου, το οποίο ορίζεται από το ίδιο το ΔΣ. Για τη σύνταξη της λίστας χειρουργείου ορίζεται από το ΔΣ ως υπεύθυνος, υπάλληλος του νοσοκομείου.

Ο γιατρός

Κάθε χειρουργός, μετά την κλινική εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς και με βάση την αξιολόγηση της σοβαρότητας της νόσου, συντάσσει **γραπτό ενημερωτικό σημείωμα**, στο οποίο προσδιορίζει το βαθμό προτεραιότητας της περίπτωσης και τη δυνατότητα χρόνου αναμονής, εντός του οποίου πρέπει να διενεργηθεί η επέμβαση, καθώς και την εκτίμηση για τη διάρκεια της επέμβασης.

Σε περίπτωση που το περιστατικό, κατά το χρονικό διάστημα αναμονής της χειρουργικής επέμβασης, παρουσιάσει επιπλοκές και κρίνεται σοβαρότερο από άλλο περιστατικό της ίδιας κατηγορίας,

ώστε ενδεχομένως να απαιτηθεί μετακίνηση στη λίστα, ο υπεύθυνος γιατρός αναφέρεται σχετικά, με γραπτό ενημερωτικό σημείωμα και πάλι, το οποίο συντάσσεται υποχρεωτικά την ίδια μέρα που πραγματοποιείται η κλινική εκτίμηση και παραδίδεται στον υπάλληλο που συντάσσει τη λίστα.

Σε ασθενείς που θεωρούν ότι παραβιάζεται η σειρά προτεραιότητας, δίνεται η δυνατότητα να υποβάλουν καταγγελία στο γραφείο προστασίας δικαιωμάτων του νοσοκομείου. Την αποκλειστική ευθύνη της τήρησης της λίστας φέρει η Επιτροπή Χειρουργείου και η μη τήρηση της διαδικασίας, αποτελεί, σύμφωνα με την απόφαση, πειθαρχικό παράπτωμα.

Εξαιρούνται από τη διαδικασία της λίστας τα **επείγοντα περιστατικά**, για τα οποία της προβλέπεται ότι για να χαρακτηριστούν ως επείγοντα, απαιτείται να εκτιμηθούν από τον γιατρό που εφημερεύει στο τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, και για τα οποία η επιτροπή χειρουργείου θα αποφασίσει την ακριβή ώρα της επέμβασης.

Ο ασθενής

Μαζί με της επιμέρους διαφωνίες και παρατηρήσεις επί ζητημάτων που κατέθεσαν, κυρίως γιατροί, στη δημόσια διαβούλευση και της οποίες θα λάβει υπόψη το υπουργείο για την τελική διαμόρφωση της απόφασης, πρέπει να κάναμε κάποιες παραδοχές προκειμένου να καταλάβουμε ότι για την επίλυση αυτού του προβλήματος, πέρα από τη διαδικασία και την τήρησή της, απαραίτητο στοιχείο είναι η αλλαγή συνείδησης του υγειονομικού κόσμου, αλλά και των ασθενών. Ή για να το πούμε απλά: Οι γιατροί πρέπει να σταματήσουν να τα ζητάνε και να τα παίρνουν και οι ασθενείς πρέπει να σταματήσουν να τα δίνουν.

Ο ρόλος των ασθενών και των πολιτών σε αυτή τη διαδικασία είναι πολύ πιο σημαντικός από όσο νομίζουμε. Μπροστά σε ένα δημόσιο σύστημα υγείας που αναπαράγει πελατειακές σχέσεις και σχέσεις εξάρτησης, καθιστώντας ταυτόχρονα ευάλωτο τον κάθε ασθενή μπροστά στον πόνο του, πρέπει να αντισταθεί ο καθένας και η καθεμιά ξεχωριστά. Ταυτόχρονα, πρέπει να αντιληφθεί τη δυνατότητα που θεσμικά του δίνεται μέσω της αλλαγής να ασκήσει κοινωνικό έλεγχο σε δημόσιες υπηρεσίες και θεσμούς στην καθημερινότητά του και όχι στο φαντασιακό.

Τέλος, το υπουργείο πρέπει να λάβει σοβαρά υπόψη του ότι η αύξηση του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού, καθώς και το άνοιγμα χειρουργικών κρεβατιών, ώστε να εξυπηρετούνται περισσότεροι ασθενείς, δεν μπορεί να περιμένει άλλο.

Έλενα Χατζημυχάλη

ΥΓΕΙΑ

Πάγωσε
η δημιουργία Κέντρου
Μεταμόσχευσης
Πνευμόνων
και Καρδιάς
στο «Γ. Παπανικολάου»

» 48-49

Όνειρο θερινής νυκτός παραμένει η δημιουργία Κέντρου Μεταμόσχευσης Πνευμόνων και Καρδιάς στο Νοσοκομείο Γ. Παπανικολάου της Θεσσαλονίκης. Πριν από περίπου δύο μήνες ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (ΕΟΜ) αποφάσισε ομόφωνα να ανακαλέσει τη σχετική άδεια που είχε επικυρωθεί από το υπουργείο Υγείας πριν από σχεδόν τρία χρόνια.

Της **Νικολέττας Μπούκα**
nikolettabouka@yahoo.gr

Μάλιστα το νοσοκομείο είχε δώσει ιδιαίτερο βάρος στις μεταμοσχεύσεις πνευμόνων και η Θεσσαλονίκη θα είχε την πανελλαδική πρωτιά στο δημόσιο σύστημα υγείας, αφού σήμερα μεταμοσχεύσεις πνευμόνων δεν γίνονται στη χώρα μας και οι ασθενείς αναγκάζονται να καταφεύγουν στο εξωτερικό.

Όπως δηλώνει στη "ΜτΚ" ο πρόεδρος του ΕΟΜ, καθηγητής Ανδρέας Καραμπίνης, αιτία για την εξέλιξη αυτή είναι ότι ο φάκελος που είχε κατατεθεί δεν πληρούσε τις αναγκαίες προδιαγραφές, με αποτέλεσμα να παγώσει η όλη διαδικασία. Ένας από τους βασικούς λόγους είναι ότι στο χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από την αρχική αδειοδότηση, το 2014, από το τότε δ.σ. του ΕΟΜ μέχρι και τη φετινή ανάκληση της άδειας από το σημερινό δ.σ. του ΕΟΜ στην καρδιοθωρακοχειρουργική κλινική του νοσοκομείου δεν έγινε καμία μεταμόσχευση πνεύμονα ούτε ενισχύθηκε με τους δύο έλληνες χειρουργούς καρδιάς και θώρακα, που επρόκειτο να έρθουν από το εξωτερικό.

"Το πρόγραμμα μεταμόσχευσης πνευμόνων ξεκίνησε δύο φορές στην Ελλάδα, μία στο Γ. Παπανικολάου με τον Παναγιώτη Σπύρου και μία στο Ωνάσειο με τον Πέτρο Αλιβιζάτο, αλλά σταμάτησε. Οι όροι και οι προϋποθέσεις για τη δημιουργία κέντρου μεταμόσχευσης πνευμόνων είναι πολύ αυστηρές, διότι πρέπει να σεβαστούμε και τους δότες και τους λήπτες. Στη μέση αυτών είναι ο νόμος, που προσδιορίζει τους κανόνες και τις προϋποθέσεις για τη δημιουργία ενός τέτοιου κέντρου. Το πρόγραμμα του Ωνασείου έκλεισε τότε, διότι δεν είχε τα αποτελέσματα που όφειλε. Έτσι άρχισε η προσπάθεια δημιουργίας κέντρου στη Θεσσαλονίκη", εξηγεί ο κ. Καραμπίνης.

Ο ίδιος υποστηρίζει ότι η άδεια που είχε δοθεί αρχικά στο "Γ. Παπανικολάου" ήταν πολιτική από την τότε ηγεσία του υπουργείου Υγείας αλλά χωρίς προϋποθέσεις.

"Μερικές από τις προϋποθέσεις που προβλέπονται γενικότερα σε τέτοιες

Σε ομόφωνη ανάκληση της άδειας που είχε χορηγηθεί προχώρησε το δ.σ. Πάγωσε η δημιουργία Κέντρου Πνευμόνων και Καρδιάς στο «Γ.



περιπτώσεις είναι να υπάρχουν κατάλληλοι γιατροί με εμπειρία στη μεταμόσχευση, κατάλληλη κτιριακή υποδομή και φυσικά κλινικές που μπορούν να υποστηρίξουν τους μεταμοσχευμένους. Έχουμε παρεξηγήσει το γεγονός ότι η μεταμόσχευση δεν είναι χειρουργική πράξη. Είναι μία ολόκληρη διαδικασία και χρειάζονται κλίνες ΜΕΘ και παθολόγοι για τη στήριξη των ασθενών μετά τη μεταμόσχευση", επισημαίνει ο κ. Καραμπίνης.

ΕΚ ΝΕΟΥ ΚΑΤΑΘΕΣΗ ΦΑΚΕΛΟΥ

Σύμφωνα με τον ίδιο "ο φάκελος της Θεσσαλονίκης είχε μη εφαρμοσμένες οδηγίες του νόμου. Μπορεί ο διευθυντής της συγκεκριμένης κλινικής να είναι εξαιρετικός άνθρωπος και χειρουργός, αλλά δεν έχει στην κλινική του ούτε την αναγκαία υποδομή ούτε ο ίδιος προσωπική εμπειρία από μεταμοσχεύσεις πνευμόνων. Και οι δύο γιατροί που θα έρχονταν από το εξωτερικό για το σκοπό αυτό δεν ήρθαν".

Επίσης ο κ. Καραμπίνης εξηγεί ότι ο νόμος προβλέπει πως, εάν σε τρία χρόνια από την έκδοση της άδειας δεν έχει γίνει καμία μεταμόσχευση, τότε η άδεια αφαιρείται. Έτσι έγινε και με το "Γ. Παπανικολάου", για το οποίο πριν από δύο μήνες ομόφωνα το δ.σ. του ΕΟΜ αποφάσισε την ανάκληση της άδειας.

"Είναι κρυστάλλινη η θέση η δική μου και του ΕΟΜ. Είναι ιερό πράγμα η δωρεά οργάνων, κι όταν τα μοσχεύματα είναι ελάχιστα, δεν γίνεται να τα σπαταλάμε ή να πειραματιζόμαστε. Θέλουμε δικαιοσύνη στην κατανομή των μοσχευμάτων. Φυσικά η Θεσσαλονίκη μπορεί να υποβάλει εκ νέου φάκελο. Θέλουμε να φτιάξουμε τις υποδομές και στη χώρα μας, αλλά βάσει κανόνων που απορρέουν από το νόμο", επισημαίνει ο κ. Καραμπίνης και συμπληρώνει ότι ούτε στο Ωνάσειο, που είχε καταθέσει και πάλι σχετικό αίτημα, ενεργοποιήθηκε το πρόγραμμα για μεταμοσχεύσεις πνευμόνων, διότι χρειάζονται υποδομές, όπως πνευμονολογική κλινική και γνώση.

Σύμφωνα με τον κ. Καραμπίνη οι δότες πνευμόνων στην Ελλάδα είναι το ανώτερο δέκα-δεκαπέντε ετησίως και οι λήπτες

Η απογοήτευση

Η"ΜτΚ" ζήτησε τη γνώμη του διευθυντή της καρδιοθωρακοχειρουργικής κλινικής του "Γ. Παπανικολάου" **Γεωργίου Δρόσου (φωτ.)** για τη δυσμενή αυτή εξέλιξη, ωστόσο εκείνος αρνήθηκε να κάνει οποιαδήποτε δήλωση και παρέπεμψε στον ΕΟΜ.

Έκπληξη πάντως προκαλεί το γεγονός ότι η όλη διαδικασία πάγωσε, αφού σε δημοσίευμα της "ΜτΚ" στις 22 Νοεμβρίου του 2015 ο κ. Δρόσος εξηγούσε ότι ήδη είχε ολοκληρωθεί η προμήθεια των αναγκαίων μηχανημάτων. Μάλιστα τον Ιανουάριο του 2016 επρόκειτο να συνταχθεί η λίστα των ασθενών που θα υποβάλ-

του ΕΟΜ

Μεταμόσχευσης Παπανικολάου»



είναι κυρίως νέοι, ηλικίας 18-25 ετών, με ινοκυστική νόσο στον πνεύμονα. Γι' αυτό η Ελλάδα έχει κάνει διακρατική

συμφωνία με την Αυστρία, όπου υπάρχει το πρώτο μεταμοσχευτικό κέντρο πνευμόνων στον κόσμο. Ουσιαστικά τους δί-



Είναι ιερό πράγμα η δωρεά οργάνων, κι όταν τα μοσχεύματα είναι ελάχιστα, δεν γίνεται να τα σπαταλάμε ή να πειραματιζόμαστε. Θέλουμε δικαιοσύνη στην κατανομή των μοσχευμάτων. Φυσικά η Θεσσαλονίκη μπορεί να υποβάλει εκ νέου φάκελο. Θέλουμε να φτιάξουμε τις υποδομές και στη χώρα μας, αλλά βάσει κανόνων που απορρέουν από το νόμο

ΑΝΔΡΕΑΣ ΚΑΡΑΜΠΙΝΗΣ
ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΕΟΜ, ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

νομε μοσχεύματα και όσα δίνουμε αντίστοιχα τόσες μεταμοσχεύσεις γίνονται σε έλληνες ασθενείς.

Τα στοιχεία

Η πρώτη μεταμόσχευση πνεύμονα στην Ελλάδα, καθώς και η πρώτη ταυτόχρονη διπλή μεταμόσχευση καρδιάς-πνεύμονα είχε γίνει από τον Παναγιώτη Σπύρου στην καρδιοχειρουργική κλινική του "Γ. Παπανικολάου" το 1992. Στο "Γ. Παπανικολάου" από το 1992 έως το 2002 έγιναν συνολικά 32 μεταμοσχεύσεις καρδιάς, τέσσερις πνευμόνων και καρδιάς και έντεκα πνευμόνων.

Ωστόσο το 2003, λίγο μετά την αποχώρηση του Παναγιώτη Σπύρου, ανακλήθηκε η άδεια μεταμοσχεύσεων και έκτοτε δεν γίνονται μεταμοσχεύσεις πνευμόνων στην Ελλάδα. Οι ασθενείς αναγκάζονται να καταφεύγουν στο εξωτερικό, ωστόσο το κόστος στις περιπτώσεις αυτές είναι ιδιαίτερα υψηλό, καθώς μόνο η προκαταβολή που απαιτείται είναι 120.000-150.000 ευρώ.

Αν υπολογίσει κάποιος τις μετακινήσεις, τους συνοδούς, τις πιθανές επιπλοκές και τη νοσηλεία, το τελικό κόστος φτάνει περίπου τις 500.000 ευρώ. Οι ειδικοί εκτιμούν ότι, εάν καταφέραμε να κάνουμε τις μεταμοσχεύσεις πνευμόνων στην Ελλάδα, το κόστος δεν θα είναι ούτε το ¼ αυτού του ποσού, ίσως και λιγότερο.

Εξάλλου αγκάθι αποτελεί η εύρεση μοσχευμάτων, καθώς μόλις το 20% των δωτών είναι ικανό να δώσει πνεύμονες που να μπορούν να μεταμοσχευτούν. Επιπλέον είναι ένα πολύ δύσκολο όργανο, διότι χαλάει πολύ εύκολα. Όσον αφορά το ποσοστό επιβίωσης του ασθενούς μετά τη μεταμόσχευση πνεύμονα, είναι 70%-80% στον πρώτο χρόνο και 50% στα επόμενα πέντε χρόνια, ανάλογα βέβαια με την πάθηση.



λονταν σε μεταμόσχευση πνεύμονα, καθώς στο κομμάτι αυτό θα δινόταν ιδιαίτερη έμφαση, ενώ ο κ. Δρόσος εκτιμούσε

ότι οι πρώτες μεταμοσχεύσεις θα γίνονταν στο πρώτο εξάμηνο του 2016.

"Το χρονοδιάγραμμα προχωρά. Ελπίζουμε μέσα στο 2016 να μπορέσουμε να καταρτίσουμε τη λίστα αναμονής των ασθενών προς μεταμόσχευση πνευμόνων. Πέρυσι εκτιμήσαμε ότι υπάρχουν 22-25 ασθενείς και από αυτούς περίπου δεκαπέντε-δεκαέξι πρέπει να μουν σε λίστα. Εκτιμώ ότι σε πρώτη φάση θα υπάρχουν στη λίστα αναμονής δέκα-δεκαπέντε ασθενείς, ενώ στο πρώτο εξάμηνο του 2016 θα αρχίσουν να γίνονται και οι μεταμοσχεύσεις", είχε πει στη "ΜτΚ" ο κ. Δρόσος.

Εξάλλου είχε προηγηθεί από το 2010 ένας επίπονος αγώνας δρόμου, προκειμένου η καρδιοθωρακοχειρουργική κλι-

νική του "Γ. Παπανικολάου" να λάβει την απαραίτητη έγκριση από τον ΕΟΜ για τη δημιουργία του μεταμοσχευτικού κέντρου, το οποίο είχε προβλεφθεί από το 2013 στον τότε νέο οργανισμό λειτουργίας του νοσοκομείου.

Επιπλέον σύμφωνα με τον κ. Δρόσο από το 2013 η κλινική διέθετε την κατάλληλη υποδομή και το εξειδικευμένο προσωπικό, καθώς συνεργαζόταν με το Κέντρο Μεταμοσχεύσεων Συμπαγών Οργάνων Ismett (Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad Alta Specializzazione) του Παλέρμο της Ιταλίας, το οποίο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην περιοχή της Μεσογείου με στόχο την ανταλλαγή τεχνογνωσίας και την εκπαίδευση προσωπικού.

Στα πλεονεκτήματα της λειτουργίας του κέντρου ήταν και το γεγονός ότι η καρδιοθωρακοχειρουργική κλινική διαθέτει γιατρούς σημαντικών ειδικοτήτων, όπως καρδιολόγους, πνευμονολόγους και χειρουργούς με εμπειρία στις μεταμοσχεύσεις, καθώς και εντατικολόγους και αναισθησιολόγους. Επιπλέον όλοι ήταν πρόθυμοι να συνεισφέρουν, χωρίς να υπολογίζουν ωράριο εργασίας, αμοιβές, εφημερίες και μετακινήσεις και χωρίς να χρειαστεί να ξεδουλευτεί ούτε ένα ευρώ γι' αυτό το σπουδαίο εγχείρημα.

Τελικά η όλη προσπάθεια ναυάγησε και κανείς δεν μπορεί να πει με βεβαιότητα τι θα γίνει στο εξής και αν θα κατατεθεί εκ νέου φάκελος.