

Ένα «βραχιόλι» κατά της άνοιας

ΡΕΠΟΡΤΑΖ: ΒΙΚΥ ΖΑΦΕΙΡΗ

» **Περίπου** πενήντα εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο πάσχουν από άνοια και ο αριθμός αυτός αυξάνεται όλο και περισσότερο. Η συνηθέστερη είναι η άνοια τύπου Αλτσχάιμερ, που καλύπτει το μεγαλύτερο ποσοστό, περίπου το 64%. Όλοι έχουμε κάποιον στο στενό μας περιβάλλον που μπορεί να πάσχει από άνοια. Κάποιοι ίσως να μην το έχουν ανακαλύψει, μιας και τα πρώτα συμπτώματα δεν είναι τόσο εμφανή. Οι άνθρωποι αυτοί με το πέρασμα του χρόνου αρχίζουν να χάνουν την ικανότητά τους να ζουν ανεξάρτητα καθώς η κλινική τους κατάσταση εξελίσσεται, κάτι που τους αναγκάζει να αποσυρθούν από τον ενεργό τους ρόλο στην κοινωνία, ενώ χρειάζονται καθημερινή βοήθεια είτε στο σπίτι είτε σε οίκους ευγηρίας.

Ερευνητές του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης δημιούργησαν ένα σύστημα παρακολούθησης του σπιτιού των ασθενών εκ του μακρόθεν βοηθώντας τους έτσι να είναι πιο λειτουργικοί και να δέχονται μια άμεση βοήθεια σε περίπτωση που δεν μπορούν να εξυπηρετηθούν μόνοι τους. Έτσι γεννήθηκε η ιδέα του συστήματος Carealia, όπως την ονομάζει η ερευνητική ομάδα. Το έργο διήρκεσε 5 χρόνια και συμμετείχαν εταιρείες τεχνολογίας, όπως η Philips και η IBM, αλλά και κλινικές και πανεπιστήμια σε Ελλάδα, Γαλλία, Ιρλανδία και Σουηδία.

Πώς ακριβώς λειτουργεί το σύστημα

Όπως τόνισε η Ιουλιέττα Λαζάρου, μέλος της Carealia, «σε αντίθεση με παλαιότερα συστήματα αυτό συνδυάζει πληροφορίες που προέρχονται από διάφορους τύπους αισθητήρων ταυτόχρονα και οι οποίες χρησιμοποιούνται για την αναγνώριση καθημερινής φυσικής δραστηριότητας, του ύπνου και των καθημερινών δραστηριοτήτων, όπως μαγείρεμα και παρακολούθηση της τηλεόρασης. Αυτή η ολιστική παρακολούθηση όλων των περιοχών ενδιαφέροντος παρουσιάζεται με κατανοητό τρόπο στον κλινικό σε καθημερινή βάση, με σκοπό την ανίχνευση των προβλημάτων και την παρακολούθηση της προόδου στο χρόνο».

Πιο συγκεκριμένα το σύστημα της Carealia λειτουργεί ως εξής: Τοποθετούνται στο σπίτι ή σε κάποιον οίκο ευγηρίας, δηλαδή στον χώρο του ατόμου με άνοια, διάφορες διασυνδεδεμένες συσκευές. Οι συσκευές αυτές είναι είτε μικροί αόρατοι αισθητήρες που κρύβονται σε ντουλάπια, οικιακές συσκευές και κάτω από το κρεβάτι είτε αισθητήρες που φοριούνται σε μορφή βραχιολιού. Οι πληροφορίες συλλέγο-

νται από τη χρήση των αντικειμένων και των συσκευών, την παρουσία στα δωμάτια του σπιτιού και τη σωματική δραστηριότητα.

Ο συνδυασμός αυτών των πληροφοριών βοηθάει τους ειδικούς να αντιλαμβάνονται τα συμπτώματα και τα μοτίβα συμπεριφοράς καθιστώντας τα χρήσιμα για τη θεραπεία της άνοιας όπως το Αλτσχάιμερ. Έτσι, για παράδειγμα, ο γιατρός ή ο ψυχολόγος μπορεί να βλέπει συμπτώματα άγχους, ποιότητα ύπνου, ώρα και διάρκεια καθημερινών δραστηριοτήτων, όπως περιπάτους, οργάνωση σπιτιού, μαγείρεμα και παρακολούθηση τηλεόρασης. Επιπλέον, και τα ίδια τα άτομα με άνοια αλλά και οι συγγενείς τους μπορούν να έχουν πρόσβαση σε ένα μέρος αυτών των πληροφοριών, ώστε να αισθάνονται ασφάλεια και σιγουριά.

Έχει δημιουργηθεί ήδη ένα πρωτότυπο το οποίο έχει δοκιμαστεί και εφαρμοστεί με επιτυχία σε κλινικές στη Σουηδία και σε σπίτια στη Θεσσαλονίκη σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Νόσου Αλτσχάιμερ. Επιστημονικός υπεύθυνος του έργου είναι ο Δρ. Ιωάννης Κομπατσιάρης. Η ομάδα της Carealia αποτελείται από τους Θάνο Σταυρόπουλο, Βιβή Ντριγκόγια, Ιουλιέττα Λαζάρου, Γιώργο Μεδίτσκο και Ιωάννη Κομπατσιάρη.

Ποιοι θα επωφελούνται;

Η παρακολούθηση αυτή του σπιτιού των ασθενών από απόσταση παρέχει αξιόπιστες πληροφορίες που επιτρέπουν στους γιατρούς να παρέμβουν με αποτελεσματικό τρόπο. Αυτές οι παρεμβάσεις μπορούν να βελτιώσουν τόσο τη σωματική όσο και τη νοητική κατάσταση των ασθενών, αφού εξακολουθούν να διατηρούν τις καθημερινές τους συνήθειες. Μια κλινική παρέμβαση μέσω ενός τέτοιου έξυπνου συστήματος απαιτεί από τον ασθενή ενεργή συμμετοχή και από τους κλινικούς παροχής υπηρεσιών μια ικανότητα πρόβλεψης που θα συντελεί στη βελτίωση των ασθενών με ήπια νοητική διαταραχή (ΗΝΔ) και νόσου Αλτσχάιμερ.

Οι υπηρεσίες αυτές απευθύνονται σε όλους όσοι σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη: γιατρούς, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσοκόμους και διευθυντές κλινικών και οίκων ευγηρίας. Οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας, οι οίκοι ευγηρίας και οι κλινικές, επωφελούνται από την παρακολούθηση με εξοικονόμηση χρόνου και χρήματος για τους φροντιστές και αύξηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αλλά και τα άτομα με άνοια που ζουν μόνα τους ή με την οικογένεια τους μπορούν να ωφεληθούν αυξάνοντας την αυτονομία τους.

ΘΕΜΑ

**Ο μύθος και η αλήθεια
για τα γενετικά
μεταλλαγμένα φυτά**
Σελ. 11

Η ΠΑΡΑΓΩΓΗ

Επειτα από είκοσι χρόνια,
ΗΠΑ και Καναδάς δεν έχουν
καλύτερες σοδειές σε σχέση
με την Ε.Ε., όπου απαγορεύονται

ΤΑ ΦΥΤΟΦΑΡΜΑΚΑ

Η χρήση ζιζανιοκτόνων,
αντί να μειωθεί, αυξήθηκε
σε βασικές μεταλλαγμένες
καλλιέργειες στην Αμερική

Ο ΑΝΤΙΛΟΓΟΣ

Η βιομηχανία αγροχημικών
επιμένει ότι η τεχνολογία
είναι η λύση για να καλυφθούν
οι μεγάλες επισιτιστικές ανάγκες



Τα γενετικώς μεταλλαγμένα φυτά δεν δίνουν καλύτερη σοδειά

Η Αμερική δεν έχει τελικά μεγαλύτερη παραγωγή σε σχέση με την Ευρώπη, όπου απαγορεύονται

Του **DANNY HAKIM / THE NEW YORK TIMES**

Η διαμάχη σχετικά με τα γενετικώς μεταλλαγμένα αγροτικά προϊόντα έχει επικεντρωθεί επί χρόνια στον φόβο – σε μεγάλο βαθμό αβάσιμo – ότι δεν είναι ασφαλή για τον άνθρωπο. Ωστόσο, εκτεταμένη έρευνα των New York Times δείχνει πως οι συμμετέχοντες στη διαμάχη δεν έχουν αντιληφθεί ένα ακόμη πιο ουσιαστικό πρόβλημα: η καλλιέργεια γενετικώς μεταλλαγμένων φυτών στις ΗΠΑ και στον Καναδά δεν οδήγησε ούτε σε αύξηση της σοδειάς ούτε στη συνολική μείωση της χρήσης χημικών φυτοφαρμάκων.

Η βιομηχανία των γενετικώς μεταλλαγμένων φυτών και τροφίμων είχε υποσχεθεί δύο πράγματα. Οτι θα καθιστούσε τα φυτά ανθεκτικά στις παρηνέργειες της χρήσης φυτοφαρμάκων και επίσης ότι θα τα καθιστούσε εγγενώς ανθεκτικά σε έντομα. Συνεπώς τα φυτά θα μπορούσαν να αναπτυχθούν τόσο πολύ ώστε να έχουμε τη δυνατότητα να καλύψουμε τις ανάγκες σίτισης που έχει ο συνεχώς αυξανόμενος πληθυσμός του πλανήτη, ενώ ταυτόχρονα δεν θα καθίσταται αναγκαία η χρήση τόσο πολλών φυτοφαρμάκων. Πριν από είκοσι χρόνια η Ευρώπη είχε απορρίψει τους γενετικώς

Επιπλέον, δεν μειώθηκε η χρήση των φυτοφαρμάκων. Αντίθετα μάλιστα, σε κάποιες περιπτώσεις αυξήθηκε.

μεταλλαγμένους οργανισμούς ενώ την ίδια εποχή τους υιοθετούσαν οι ΗΠΑ και ο Καναδάς. Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα της διαφορετικής προσέγγισης που ακολούθησαν τα κράτη στις δύο ηπείρους, και χρησιμοποιώντας στοιχεία από ανεξάρτητους οργανισμούς αλλά και στοιχεία από πανεπιστημιακές έρευνες και στοιχεία της βιομηχανίας, αποδεικνύεται ότι η τεχνολογία των γενετικώς μεταλλαγμένων οργανισμών δεν απέδωσε όσα είχε υποσχεθεί. Αναλύοντας στοιχεία του ΟΗΕ αντιλαμβανόμαστε ότι οι ΗΠΑ και ο Καναδάς δεν έχουν κερδίσει κάποιο διακριτό πλεονέκτημα όσον αφορά το μέγεθος της σοδειάς σε σύγκριση με τη Δυτική Ευρώπη, όπου έχει εκουγχρονιστεί σε ανάλογο βαθμό η αγροτική παραγωγή. Επίσης, σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα της αμερικανικής Εθνικής Ακαδημίας Επιστημών, «δεν υπάρχουν πολλές ενδείξεις» ότι η καλλιέργεια γενετικώς τροποποιημένων αγροτικών προϊόντων απέδωσε μεγαλύτερη σοδειά.

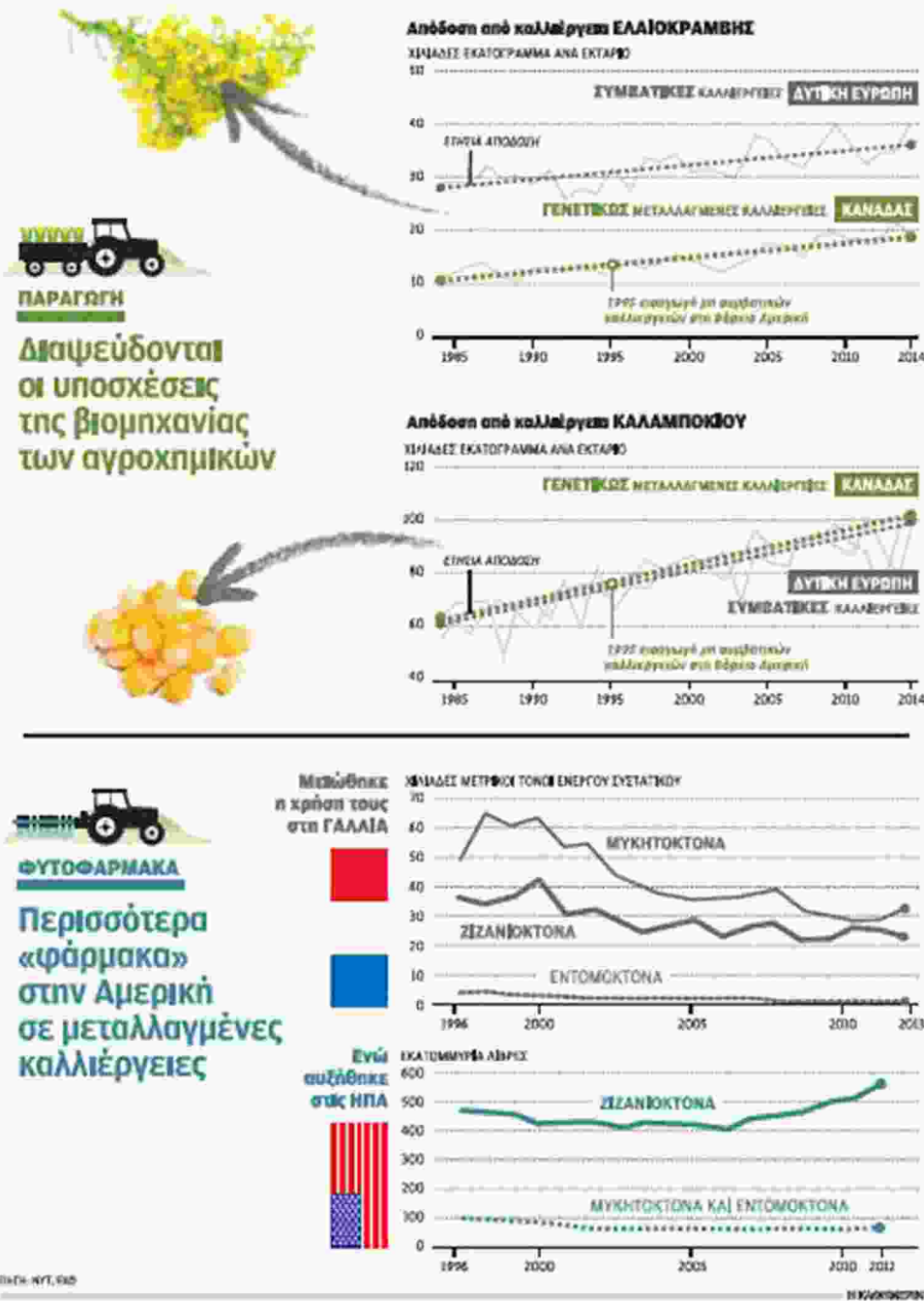
Ταυτόχρονα έχει αυξηθεί η χρήση ζιζανιοκτόνων στις ΗΠΑ, παρά το γεγονός πως βασικές καλλιέργειες, όπως καλαμποκιά, σόγια και βαμβάκι, είναι πλέον γενετικώς μεταλλαγμένες.

Οι δε ΗΠΑ έχουν μείνει πίσω από τον μεγαλύτερο παραγωγό αγροτικών προϊόντων της Ευρώπης, τη Γαλλία, όσον αφορά τη συνολική μείωση φυ-

τοφαρμάκων (ζιζανιοκτόνων και εντομοκτόνων). Σύμφωνα με στοιχεία του αμερικανικού οργανισμού γεωλογικών μελετών (USGS), στη διάρκεια των τελευταίων είκοσι ετών έχει μειωθεί στις ΗΠΑ η χρήση εντομοκτόνων κατά το ένα τρίτο. Όμως η χρήση ζιζανιοκτόνων, τα οποία χρησιμοποιούνται ούτως ή άλλως σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό, έχει αυξηθεί κατά 21%. Αντιθέτως στη Γαλλία η χρήση εντομοκτόνων έχει μειωθεί κατά 65% και η χρήση ζιζανιοκτόνων έχει μειωθεί κατά 36%. Οι φόβοι σχετικά με τις αρνητικές συνέπειες που έχει η βρώση γενετικώς μεταλλαγμένων τροφίμων έχουν αποδειχθεί επιστημονικά αβάσιμοι. Αντιθέτως, η δυναμική επιβλαβής δράση των φυτοφαρμάκων έχει τραβήξει το ενδιαφέρον των επιστημόνων. Τα φυτοφάρμακα είναι τοξικά και έχουν συνδεθεί με την εμφάνιση καρκίνου και με προβλήματα στην ανάπτυξη. «Αυτά τα χημικά είναι εν πολλοίς άγνωστα», λέει ο κ. Ντέιβιντ Μπέλιντζερ, καθηγητής Δημοσίας Υγείας στο Πανεπιστήμιο Χάρβαρντ. Σύμφωνα με τις έρευνές του η χρήση ενός συγκεκριμένου εντομοκτόνου στις ΗΠΑ έχει οδηγήσει σε καθυστέρηση της νοσητικής ανάπτυξης σε παιδιά κάτω των πέντε ετών. «Διεξάγουμε φυσικά πειράματα στον πληθυσμό», λέει αναφερόμενος στην έκθεση των ανθρώπων σε χημικά που χρησιμοποιούνται στη γεωργία, «και περιμένουμε μέχρι να αποδειχθεί ότι είναι κακά».

Τα κέρδη της βιομηχανίας

Η βιομηχανία των μεταλλαγμένων κερδίζει από δύο μεριές διότι οι ίδιες εταιρείες κατασκευάζουν και πωλούν και τα γενετικώς μεταλλαγμένα φυτά και τα φυτοφάρμακα. Όταν παρουσιάσαμε τα στοιχεία μας στον κ. Ρόμπερτ Φράλεϊ, επικεφαλής τεχνολογίας στη Monsanto, απάντησε ότι κάναμε επιλεκτική χρήση των δεδομένων ώστε να πληξουμε τη βιομηχανία των μεταλλαγμένων. «Κάθε αγρότης είναι ένας εξυμνος επιχειρηματίας και ένας αγρότης δεν θα πληρώσει μια τεχνολογία αν δεν νομίζει ότι του παρέχει μεγάλα οφέλη. Τα βιοτεχνολογικά εργαλεία έχουν σαφώς οδηγήσει σε πολύ μεγάλη αύξηση της παραγωγής», λέει ο κ. Φράλεϊ. Σχετικά με τη χρήση ζιζανιοκτόνων η Monsanto υποστηρίζει σε ανακοίνωσή της ότι σε άλλες περιοχές έχει μειωθεί, σε άλλες έχει αυξηθεί και σε άλλες έχει μείνει αμετάβλητη. Η Monsanto και άλλες εταιρείες του κλάδου υποδεικνύουν το ερευνητικό έργο του κ. Ματίν Κουάιμ, ερευνητή του Πανεπιστημίου του Γκέτινγκεν, ο οποίος έχει διαπιστώσει σημαντική αύξηση της σοδειάς χάρη στη χρήση γενετικώς μεταλλαγμένων φυτών. Ωστόσο επικοινωνώντας μαζί του μας είπε ότι διαπίστωσε σημαντικά αποτελέσματα κυρίως σε ποικιλίες που είναι ανθεκτικές σε έντομα και οι οποίες καλλιεργούνται στον αναπτυσσόμενο κόσμο, κυρίως στην Ινδία. «Προς το παρόν η χρήση γενετικώς τροποποιημένων φυτών δεν οδηγεί σε σημαντική αύξηση της σοδειάς στην Ευρώπη», λέει.



Αμφισβητούνται οι εταιρείες βιοτεχνολογίας

Ο πληθυσμός της υφελίου προβλέπεται ότι θα φτάσει τα 10 δισ. ανθρώπους το 2050 και η Monsanto ανέκαθεν θεωρούσε πως τα προϊόντα της αποτελούν τρόπο «ώστε να συμβάλουμε στην καλύτερη των επιστημονικών αναγκών αυτών των επιπλέον δισεκατομμυρίων», όπως δήλωσε η εταιρεία το 1995. Ωστόσο, δεν έχει προκύψει γενικευμένη αύξηση της σοδειάς. Οι Times χρησιμοποίησαν στοιχεία του Οργανισμού Τροφίμων και Γεωργίας του ΟΗΕ (FAO), συγκρίνοντας τις βασικές γενετικώς μεταλλαγμένες καλλιέργειες σε ΗΠΑ και σε Καναδά με ποικιλίες που καλλιεργούνται στη Δυτική Ευρώπη (επτά χώρες συμπεριλαμβανομένων Γαλλίας και Γερμανίας). Στην περίπτωση της ελαοκράμβης συγκρίναμε στοιχεία 30 ετών από τη Δυτική Ευρώπη και τον Καναδά, τον μεγαλύτερο παραγωγό, περιλαμβανομένων και χρονικής περιόδου πριν από την εισαγωγή των γενετικώς μεταλλαγμένων φυτών. Στη Δυτική Ευρώπη η σοδειά διατηρήθηκε σε υψηλότερα επίπεδα. Το γεγονός οφείλεται εν μέρει στη χρήση διαφορετικών ποικιλιών. Ωστόσο, τα στοιχεία δείχνουν ότι συγκριτικά η σοδειά δεν αυξήθηκε στον Καναδά μετά την εισαγωγή των γενετικώς μεταλλαγμένων καλλιεργειών.

Για το καλαμπόκι συγκρίναμε στοιχεία από τη Δυτική Ευρώπη και από τις ΗΠΑ. Επί τρεις δεκαετίες οι σοδειές

Η Δυτική Ευρώπη δεν βρίσκεται με κανένα τρόπο σε μειονεκτική θέση επειδή δεν χρησιμοποιεί γενετικώς μεταλλαγμένες καλλιέργειες.

μόλις που διαφοροποιούνταν μεταξύ τους. Στα ζαχαρότευτλα παρατηρείται πρόσφατα τάση για υψηλότερες σοδειές στη Δυτική Ευρώπη απ' ό,τι στις ΗΠΑ, παρά την κυριαρχία γενετικώς μεταλλαγμένων καλλιεργειών την τελευταία δεκαετία.

Τα στελέχη των εταιρειών βιοτεχνολογίας υποστηρίζουν ότι πρέπει να περιορίσουμε το εύρος της σύγκρισης, π.χ. συγκρίνοντας τη Νεμπράσκα των ΗΠΑ με τη Γαλλία (Monsanto) και το Οκάιο και τη Γαλλία (Bayer). Σε αυτή την περίπτωση τα αποτελέσματα μπορεί να είναι καλύτερα για τη βιομηχανία μεταλλαγμένων, αν και είναι χειρότερα αν συγκρίνουμε άλλες αμερικανικές Πολιτείες με ευρωπαϊκές χώρες. Ο κ. Τζακ Χάιμαν, καθηγητής στο πανεπιστήμιο του Καντερμπερί στη Νέα Ζηλανδία, έχει συγκρίνει τις σοδειές στις δύο όχθες του Ατλαντικού χρησιμοποιώντας στοιχεία του ΟΗΕ. «Η Δυτική Ευρώπη δεν βρίσκεται με κανένα τρόπο σε μειονεκτική θέση επειδή δεν χρησιμοποιεί γενετικώς μεταλλαγμένες καλλιέργειες», λέει. Ο κ. Μάικλ Ουεν, επιστήμονας με ειδίκευση στους σπόρους στο πολιτειακό πανεπιστήμιο της Αϊόβα, λέει ότι παρόλο που η βιομηχανία υποστηρίζει εδώ και χρόνια ότι τα γενετικώς μεταλλαγμένα «θα σώσουν τον κόσμο», εξακολουθεί «να μην έχει βρει το μυθικό γονίδιο της σοδειάς».

τάς καλλιεργειών και την αντίδραση των καταναλωτών στις γενετικώς μεταλλαγμένες καλλιέργειες, γεγονός που κάνει πιο δύσκολη την κατάκτηση νέων αγορών, η βιομηχανία των αγροτικών περνάει ιράση εξαγορών και συγχωνεύσεων. Πρόσφατα, η Bayer είχε ανακοινώσει συμφωνία εξαγοράς της Monsanto. Η κινεζική κρατικά ελεγχόμενη China National Chemical Corporation έλαβε πρόσφατα την έγκριση των αμερικανικών κανονιστικών αρχών ώστε να εξαγοράσει τη Syngenta, αν και η τελευταία ανασκόνησε στη συνέχεια ότι η εξαγορά ενδοχόμενης να καθυστερήσει εξαιτίας του ελέγχου που θα κάνουν οι ευρωπαϊκές κανονιστικές αρχές. Στόχος τέτοιων συμφωνιών είναι η δημιουργία γιγάντων εταιρειών που θα είναι σε καλύτερη θέση ώστε να πουλήνε τόσο σπόρους όσο και φυτοφάρμακα. Ηδη, μια νέα γενιά σπόρων ετοιμάζεται να παρουσιαστεί στην αγορά διαθέσιμος ακόμη περισσότερες ιδιότητες. Η βιομηχανία υποστηρίζει ότι οι νέοι σπόροι θα προστατεύουν τα φυτά από ασθένειες και θα καθιστούν την καλλιέργεια πιο θρηπτική. Για τη βιομηχανία η στρόφι των αγροτών σε γενετικώς μεταλλαγμένες καλλιέργειες καλαμποκιά, σόγια, βαμβάκι και ελαοκράμβης σε πολλά σημεία της υφελίου αποτελεί πραγματική ανάγκη. Για τους επικριτές των γενετικώς μεταλλαγμένων είναι απλή ευκαιρία για πωλήσεις. «Γενικά η αποδοχή των γενετικώς μεταλλαγμένων καλλιεργειών είναι χαμηλή στην Ευρώπη», είχε δηλώσει ο κ. Λίμ Κόντον, επικεφαλής επιστημονικού προσωπικού στην Μπάιερ, την ίδια ημέρα που είχε εξαγγείλει η εξαγορά της Monsanto. «Ωστόσο, υπάρχουν πολλά μέρη στον κόσμο όπου υπάρχει μεγαλύτερη ανάγκη και όπου είναι αποδεκτά οι γενετικώς μεταλλαγμένες καλλιέργειες. Θα πάμε όπου απαιτεί την παρουσία μας η αγορά και όπου οι πελάτες θέλουν την τεχνολογία μας».

Κρας τεστ σπόρων

Δύο αγρότες που απέχουν μεταξύ τους περισσότερα από τέσσερις χιλιάδες μίλια, έδειξαν πρόσφατα σε έναν επισκεπτική τη καλλιέργεια καλαμποκιού τους. Οι αγρότες Μπο Στόουν από τις ΗΠΑ και Αρνό Ρουσό από τη Γαλλία χρησιμοποιούν και οι δύο σπόρους της DuPont. Με γυμνό μάτι οι σπόροι φαίνονται ίδιοι. Οι διαφορές γίνονται εμφανείς αν κοιτάξεις στο εσωτερικό τους. Στο Ρόουλαντ της Βόρειας Καρολίνας οι σπόροι του κ. Στόουν έχουν διάφορες ιδιότητες χάρη στη γενετική μετάλλαξη που έχουν υποστεί. Διαθέτουν την ιδιότητα (Roundup Ready) να είναι ανθεκτικοί στη χρήση του ζιζανιοκτόνου Roundup της Monsanto, το οποίο και είναι το πιο δημοφιλές προϊόν της εταιρείας. Διαθέτουν ακόμη ένα γονίδιο κατασκευασμένο από την Bayer που

Η βιομηχανία των αγροχημικών

Εκοντας δεχθεί πλήγμα από την πτώση της τιμής των καλλιεργειών και την αντίδραση των καταναλωτών στις γενετικώς μεταλλαγμένες καλλιέργειες, γεγονός που κάνει πιο δύσκολη την κατάκτηση νέων αγορών, η βιομηχανία των αγροτικών περνάει ιράση εξαγορών και συγχωνεύσεων. Πρόσφατα, η Bayer είχε ανακοινώσει συμφωνία εξαγοράς της Monsanto. Η κινεζική κρατικά ελεγχόμενη China National Chemical Corporation έλαβε πρόσφατα την έγκριση των αμερικανικών κανονιστικών αρχών ώστε να εξαγοράσει τη Syngenta, αν και η τελευταία ανασκόνησε στη συνέχεια ότι η εξαγορά ενδοχόμενης να καθυστερήσει εξαιτίας του ελέγχου που θα κάνουν οι ευρωπαϊκές κανονιστικές αρχές. Στόχος τέτοιων συμφωνιών είναι η δημιουργία γιγάντων εταιρειών που θα είναι σε καλύτερη θέση ώστε να πουλήνε τόσο σπόρους όσο και φυτοφάρμακα. Ηδη, μια νέα γενιά σπόρων ετοιμάζεται να παρουσιαστεί στην αγορά διαθέσιμος ακόμη περισσότερες ιδιότητες. Η βιομηχανία υποστηρίζει ότι οι νέοι σπόροι θα προστατεύουν τα φυτά από ασθένειες και θα καθιστούν την καλλιέργεια πιο θρηπτική. Για τη βιομηχανία η στρόφι των αγροτών σε γενετικώς μεταλλαγμένες καλλιέργειες καλαμποκιά, σόγια, βαμβάκι και ελαοκράμβης σε πολλά σημεία της υφελίου αποτελεί πραγματική ανάγκη. Για τους επικριτές των γενετικώς μεταλλαγμένων είναι απλή ευκαιρία για πωλήσεις. «Γενικά η αποδοχή των γενετικώς μεταλλαγμένων καλλιεργειών είναι χαμηλή στην Ευρώπη», είχε δηλώσει ο κ. Λίμ Κόντον, επικεφαλής επιστημονικού προσωπικού στην Μπάιερ, την ίδια ημέρα που είχε εξαγγείλει η εξαγορά της Monsanto. «Ωστόσο, υπάρχουν πολλά μέρη στον κόσμο όπου υπάρχει μεγαλύτερη ανάγκη και όπου είναι αποδεκτά οι γενετικώς μεταλλαγμένες καλλιέργειες. Θα πάμε όπου απαιτεί την παρουσία μας η αγορά και όπου οι πελάτες θέλουν την τεχνολογία μας».

AIDS: οι ελλείψεις σε αντιδραστήρια «ναρκοθετούν» την υγεία των ασθενών

Η επιστολή του προέδρου Οροθετικών στον κ. Ξανθό καταγράφει την έκταση του προβλήματος – Αμείλικτοι οι αριθμοί – Ανάγκη άμεσης παρέμβασης από το υπουργείο Υγείας

«ΔΙΜΝΑΖΟΥΣΕΣ» ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Οι «λιμνάζουσες» εξετάσεις προς διεκπεραίωση, μόνο στο Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Ρετροϊών, υπερβαίνουν τις 3.000 και εκτιμάται ότι προστίθενται σε αυτές κάθε εβδομάδα περισσότερες από 200 εξετάσεις. Αντίστοιχη κατάσταση ελλείψεων απαντάνται και στο Κέντρο Αναφοράς και Ελέγχου AIDS στη Θεσσαλονίκη.

ΡΕΠΟΡΤΑΖ
ΕΛΕΝΑ ΦΥΝΤΑΝΙΔΟΥ

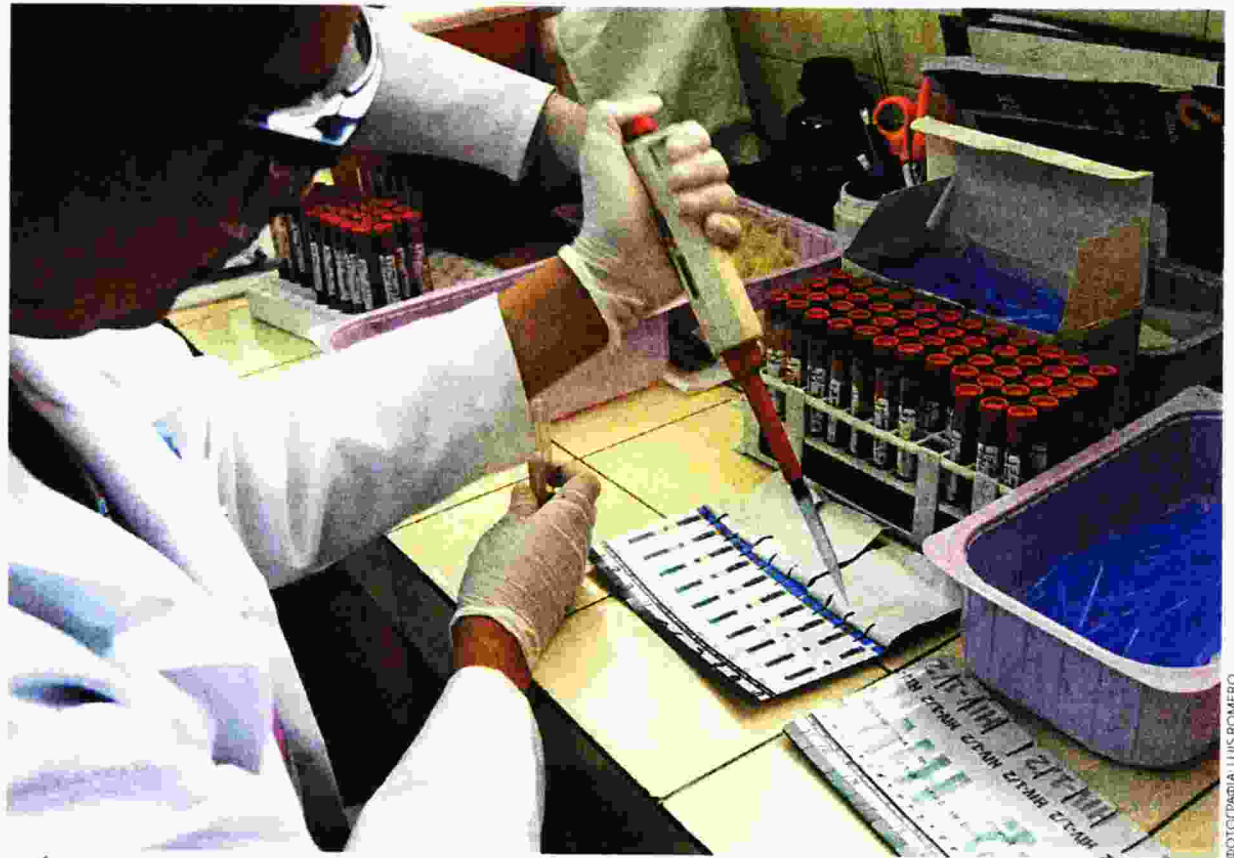
Σήμα κινδύνου εκπέμπουν φορείς του ιού του AIDS και λοιμωξιολόγοι. Οι εξετάσεις που σχετίζονται με την επιβεβαίωση της HIV λοίμωξης και αυτές που δείχνουν ποια θεραπευτική αγωγή πρέπει να ακολουθήσουν οι οροθετικοί και την απόκρισή τους σε αυτή, διενεργούνται στις αντίστοιχες μονάδες των νοσοκομείων με σοβαρούς περιορισμούς και σε εξαιρετικά επείγουσες περιπτώσεις. Ο λόγος; Υπάρχει τραγική καθυστέρηση από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ) στην τακτοποίηση των οφειλών προς τις εταιρείες που προμηθεύουν τις μονάδες και τα εργαστήρια των νοσοκομείων με τα απαραίτητα αντιδραστήρια.

Ηδη, ο πρόεδρος του Συλλόγου Οροθετικών Ελλάδας «Θετική Φωνή» κ. Νίκος Δέδες έχει αποστείλει επιστολή από τα μέσα Οκτωβρίου στον υπουργό Υγείας κ. Ανδρέα Ξανθό θίγοντας το πρόβλημα.

Η λίστα αναμονής

Στην επιστολή του αναφέρεται στο επείγον ζήτημα των σημαντικών καθυστερήσεων στη διενέργεια εξετάσεων που σχετίζονται με την εργαστηριακή επιβεβαίωση της HIV λοίμωξης, αλλά κυρίως με τη μέτρηση του ιικού φορτίου και τη γονοτυπική αντοχή του HIV σε αντιρετροϊκά φάρμακα.

«Το διογκούμενο πρόβλημα της λίστας αναμονής που έχει δημιουργηθεί, απαιτεί πλέον την άμεση ανάληψη



Οι λοιμωξιολόγοι επισημαίνουν ότι η έλλειψη ειδικών εξετάσεων που δείχνουν πόσο έχει καταπολεμηθεί ο ιός δυσχεραίνει την αποτίμηση της χορηγούμενης θεραπείας

νομοθετικής πρωτοβουλίας από το υπουργείο για την αποδέσμευση των απαιτούμενων κονδυλίων που θα επιτρέψουν την προμήθεια αντιδραστηρίων» σημειώνει. «Σε αυτό το πλαίσιο», καταλήγει η επιστολή, «σας καλούμε να παρέμβετε προκειμένου να βρεθεί μία άμεση λύση στις επείγουσες ανάγκες της τρέχουσας περιόδου και φυσικά είμαστε υπέρ της υλοποίησης παράλληλης διαδικασίας για την προκήρυξη διαγωνιστικής διαδικασίας για την προμήθεια αντιδραστηρίων εξετάσεων».

Ελλείψεις και κίνδυνοι

«Μετά τις περηνές εκτεταμένες ελλείψεις σε αντιρετροϊκά φάρμακα που καταγράφηκαν στα νοσοκομεία της χώρας, γινόμαστε εφέτος μάρτυρες ενός συνεχώς διογκούμενου προβλήματος ελλείψεων αντιδραστηρίων για εξετάσεις που είναι απαραίτητες για την παρακολούθηση της υγείας των ανθρώπων που ζουν με HIV» δηλώνει προς «Το Βήμα» ο κ. Γιώργος Τσακαλάκης, υπεύθυνος Επικοινωνίας και Προώπισης Δικαιωμάτων του Συλλόγου Οροθετικών Ελλάδος. «Με επιστολές, επαφές και συναντήσεις με όλα τα εμπλεκόμενα μέρη έχουμε καλέσει και επανάληψη το υπουργείο Υγείας και το ΚΕΕΛΠΝΟ να μετατοπίσουν επιτέλους το κέντρο βάρους της πολιτικής τους από τις προθέσεις και τα ευχολόγια στις πράξεις, αναλαμβάνοντας άμεσα δραστη-

κές πρωτοβουλίες επίλυσης του ζητήματος».

Όπως εξηγεί ο κ. Παναγιώτης Γαργαλιάνος, παθολόγος-λοιμωξιολόγος, διευθυντής του Α' Παθολογικού Τμήματος και της Μονάδας Λοιμώξεων του Νοσοκομείου «Γεώργιος Γεννηματάς», για την παρακολούθηση της πορείας της θεραπείας των ασθενών με AIDS εκτός από τις βασικές κλασικές εξετάσεις (γενική αίματος, βιοχημικός έλεγχος) είναι απαραίτητο να γίνονται και οι λεγόμενες εξετάσεις υποκατάστατων δεικτών (Surrogate Markers) προκειμένου να διαπιστωθεί πόσο αντιδρά η άμυνα του οργανισμού (CD4) και πόσο έχει πολεμηθεί ο ιός HIV στον ανθρώπινο οργανισμό (ιικό φορτίο).

Προβλήματα στη θεραπεία

Η έλλειψη απαντήσεων για το ιικό φορτίο δημιουργεί προ-

βλήματα σε ό,τι αφορά την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της χορηγούμενης θεραπείας (ακριβής μέτρηση ιού στον ανθρώπινο οργανισμό). Επιπροσθέτως, για να ξεκινήσει κάποιος θεραπεία χρειάζεται, βάσει των διεθνών και ελληνικών κατευθυντήριων οδηγιών, να γίνεται εξέταση του γονοτύπου. Δηλαδή πρέπει να ελεγχθεί αν υφίσταται εξαρχής αντοχή σε κάποια από τις υπάρχουσες ομάδες αντιρετροϊκών φαρμάκων. «Η έλλειψη της συγκεκριμένης εξέτασης οδηγεί εξ ανάγκης στη χρήση νεότερων αλλά και ακριβότερων αντιρετροϊκών φαρμάκων», τονίζει ο κ. Γαργαλιάνος, διευκρινίζοντας ότι αν γινόταν αυτή η εξέταση θα μπορούσαν να χορηγηθούν επίσης λίγο παλαιότερα φάρμακα, τα οποία είναι κατά 50% φθηνότερα έναντι των νέων θεραπειών.

28ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ AIDS

Είναι πραγματική η μείωση των νέων κρουσμάτων;

Για μείωση νέων κρουσμάτων HIV κάνει λόγο ο πρόεδρος του ΚΕΕΛΠΝΟ κ. Θεόφιλος Ρόζενμπεργκ. Ωστόσο, εκφράζει τον φόβο ότι η μείωση αυτή είναι πλασματική. Όπως δήλωσε, μιλώντας προς «Το Βήμα», «υπάρχει σημαντική μείωση των νέων κρουσμάτων AIDS αλλά δεν είμαι σίγουρος αν η διαφανόμενη αυτή μείωση είναι και καλή, υπό την έννοια ότι μπορεί να μη δηλώνεται το σύνολο των νέων περιστατικών».

Το θέμα αυτό αναμένεται να συζητηθεί στις εργασίες του 28ου Πανε-

ληνίου Συνεδρίου AIDS που διοργανώνεται από την Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS 2 - 4 Δεκεμβρίου.

Σύμφωνα με πληροφορίες, έως τις 30 Ιουνίου 2016 ο συνολικός αριθμός περιστατικών HIV λοίμωξης ήταν 15.564 (82,8% άνδρες) από 15.221 που ήταν το περασμένο έτος. Ο συνολικός αριθμός διαγνώσεων AIDS ανέρχεται σε 3.883 (3.802 το 2015) και ο συνολικός αριθμός θανάτων είναι 2.641 (από 2.576 πέρυσι).

Το 2015, οι διαγνώσεις HIV λοίμω-

ξης ανήλθαν σε 691 (6,4 ανά 100.000 πληθυσμού), εκ των οποίων οι 613 (88,7%) αφορούσαν σε άνδρες και οι 78 (11,3%) σε γυναίκες. Ο αριθμός των διαγνώσεων το 2015 είναι μικρότερος συγκριτικά με το 2014. Ελαφρώς αυξητικά κινούνται οι διαγνώσεις AIDS μετά το 2006.

Αναφορικά με τα επιδημιολογικά στοιχεία του ΚΕΕΛΠΝΟ, την περίοδο 2011 - 2013 σημειώθηκε στην Ελλάδα μια σημαντική αύξηση του HIV στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Το 2014 και το 2015 η πορεία της HIV

λοίμωξης στους χρήστες είναι πτωχική και τα περισσότερα περιστατικά που δηλώθηκαν στο ΚΕΕΛΠΝΟ αφορούσαν σε άτομα που μολύνθηκαν μέσω ατροφύλακτας σεξουαλικής επαφής, κυρίως μεταξύ ανδρών. Οι χρήστες που διαγνώστηκαν με HIV λοίμωξη το 2015 ήταν 70 (10,1%), οι άνδρες που μολύνθηκαν μέσω της σεξουαλικής επαφής με άλλους άνδρες 351 (50,8%), ενώ οι διαγνώσεις στις οποίες η μόλυνση αποδίδεται στην ετεροφυλοφιλική σεξουαλική επαφή ανήλθαν σε 109 (15,8%).

«Φαρμάκι» το μνημόνιο για το φάρμακο

«Παρά τα αλληπάλληλα περιοριστικά μέτρα, στην πραγματικότητα η φαρμακευτική δαπάνη παραμένει υψηλή σε πραγματικές τιμές. Όμως, η σημαντική μείωση της δημόσιας δαπάνης έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης των νοικοκυριών» τόνισε ο καθηγητής Ιωάν. Κυριόπουλος, μιλώντας στο 2ο Πανθεσσαλικό Φαρμακευτικό Συνέδριο, που από χθες διεξάγεται στη Λάρισα.

Ο διευθυντής του Τομέα Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας Ιωάννης Κυριόπουλος με την εισήγησή του στο συνέδριο των φαρμακοποιών, κατέρριψε ουσιαστικά την ακολουθούμενη - λόγω μνημονίων - πολιτική στο φάρμακο τονίζοντας με έμφαση πως «η σχέση δημόσιας και ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης έχει μεταβληθεί κατά τη διάρκεια των "μνημονιακών πολιτικών",



με αποτέλεσμα τη μετακύλιση του κόστους στα νοικοκυριά». Οι εργασίες του συνεδρίου, ξεκίνησαν χθες στο ξενοδοχείο «Ιμπέριαλ», με τον πρόεδρο του ΦΣΛ Γιάννη Μακρυγιάννη να περιγράφει το περιβάλλον που δημιουργεί για το ελληνικό φαρμακείο η «νέα απελευθερωμένη αγορά». ▶ **σελ. 3**

ΟΙ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ ΠΛΗΡΩΝΟΥΝ ΟΛΟ ΚΑΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ

Λάθος η «συνταγή» των μνημονίων για το φάρμακο

* «Παρά τα αλληπάλληλα περιοριστικά μέτρα, στην πραγματικότητα η φαρμακευτική δαπάνη παραμένει υψηλή σε πραγματικές τιμές» ενώ «η σημαντική μείωση της δημόσιας δαπάνης έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης των νοικοκυριών» τόνισε ο καθηγητής Ιωάνν. Κυριόπουλος, μιλώντας στο 2ο Πανθεσσαλικό Φαρμακευτικό Συνέδριο

«Παρά τα αλληπάλληλα περιοριστικά μέτρα, στην πραγματικότητα η φαρμακευτική δαπάνη παραμένει υψηλή σε πραγματικές τιμές. Όμως, η σημαντική μείωση της δημόσιας δαπάνης έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης των νοικοκυριών» τόνισε ο καθηγητής Ιωάνν. Κυριόπουλος, μιλώντας στο 2ο Πανθεσσαλικό Φαρμακευτικό Συνέδριο, που από χθες διεξάγεται στη Λάρισα.

Ο διευθυντής του Τομέα Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας Ιωάννης Κυριόπουλος με την εισήγησή του στο συνέδριο των φαρμακοποιών, κατέρριψε ουσιαστικά την ακολουθούμενη - λόγω μνημονίων - πολιτική στο φάρμακο τονίζοντας με έμφαση πως «η σχέση δημόσιας και ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης έχει μεταβληθεί κατά τη διάρκεια των "μνημονιακών πολιτικών", με αποτέλεσμα τη μετακύλιση του κόστους στα νοικοκυριά».

Επιβεβαιώνοντας ουσιαστικά το ήδη γνωστό στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας μεταξύ των οποίων άνεργοι και χαμηλόμισθοι ότι το Δημόσιο όλο και περισσότερο «απομακρύνεται» από την υποχρέωσή του να καλύψει τις ιατροφαρμακευτικές ανάγκες του ασφαλισμένου, με αποτέλεσμα ο πολίτης να πληρώνει όλο και περισσότερο από τον τσέπη του, την ώρα που ο μισθός μειώνεται διαρκώς, με επιπτώσεις ακόμη και σε βάρος της δημόσιας υγείας, επιπτώσεις

ρατλαντικές συμφωνίες δημιουργούν ένα τοπίο που χαρακτηρίζεται από έναν άκρατο ανταγωνισμό.

Οι συμφωνίες ΤΤΙΡ και CETA προΐδεάζουν την απορρύθμιση όλων των επαγγελματιών υγείας με την αλλαγή της ιδιοκτησίας τους και της ανεξάρτητης λειτουργίας όλων των επιστημόνων της χώρας.

Ο κύριος στόχος είναι η κατάργηση του ιδιωτικού φαρμακείου και όλων των ελεύθερων επιστημόνων επαγγελματιών και η μετατροπή τους σε φθινό επιστημονικό δυναμικό προς όφελος των μεγάλων κεφαλαιουχικών αλυσίδων.

Ο ισχυρισμός ότι οι επενδυτές μεγάλων κεφαλαίων μπορούν να αντικαταστήσουν την πληθώρα των μικρομεσαίων ιδιωτικών επιχειρήσεων προσφέροντας υπηρεσίες χαμηλού κόστους, με νέες επενδύσεις και νέες θέσεις εργασίας είναι αναληθής και υποκρύπτει τα πραγματικά κίνητρά τους που είναι η μονοπώληση της αγοράς.

Ζήσαμε τα τελευταία πέντε χρόνια συχνά δραματικές και αιφνιδιαστικές αλλαγές ολόκληρου του νομικού πλαισίου που κατοχύρωνε την υπεύθυνη και επιστημονική λειτουργία του ιδιωτικού φαρμακείου και του υπεύθυνου επιστήμονα φαρμακοποιού.

Όλες οι νομοθετικές αλλαγές που ψηφίστηκαν ως μνημονιακές υποχρεώσεις υποβάθμισαν την επιστημονική ιδιότητα του φαρμακοποιού και επέβαλαν νέους κανόνες για την ανάπτυξη της επιχειρηματικότητας και της ανταγωνιστικότητας

επικεντρωθούν στα ερωτήματα, αν με τις ακολουθούμενες πολιτικές «προστατεύουμε τη δημόσια υγεία; Διασφαλίζουμε την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών από το φαρμακείο;

Προστατεύουμε τον ασφαλισμένο Έλληνα πολίτη; Επιβαρύνουμε την οικονομική του συνεισφορά στο κόστος της φαρμακευτικής αγωγής; Πόσο σίγουροι είμαστε για το μέλλον των ασφαλιστικών ταμείων; Πώς θα λυθούν τα προβλήματα με την εφαρμογή του νέου ασφαλιστικού νόμου;».

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Στο πλαίσιο του συνεδρίου ο κ. Κυριόπουλος εισηγήθηκε το θέμα «Οικονομική διάσταση της φαρμακευτικής περίθαλψης» κατά το οποίο, αναφερόμενος στη δαπάνη υγείας και στη φαρμακευτική δαπάνη επισήμανε πως «η φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό του ΑΕΠ, καθώς και η αναλογική φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό στο σύνολο της δαπάνης για την υγεία είναι εξαιρετικά υψηλή. Η σχέση δημόσιας και ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης έχει μεταβληθεί κατά τη διάρκεια των "μνημονιακών πολιτικών", με αποτέλεσμα τη μετακύλιση του κόστους στα νοικοκυριά».

Αναφερόμενος στην επικρατούσα κατάσταση, μιλώντας στην «Ε», διευκρίνισε εξαρχής ότι «η δαπάνη στην υγεία έχει μειωθεί στη χώρα μας κατά 35% αφού το 2009 δαπανήθηκαν 24 δισ. και το 2015, λιγότερα από 15 δισ. ευρώ»

Για να προσθέσει, αναφερόμενος στη φαρμακευτική δαπάνη ότι «αυξήθηκε η συμμετοχή στο κόστος σε ορισμένες κατηγορίες ενώ σημαντικός αριθμός φαρμάκων γράφτηκε στην αρνητική λίστα που σημαίνει ότι δεν καλύπτεται ασφαλιστικά. Η δυσκολία, το υψηλό κόστος σε χρήμα και το υψηλό κόστος σε χρόνο για την πρόσβαση την πρωτοβάθμια φροντίδα για συνταγογράφηση, ωθεί τους ασφαλισμένους στην αγορά φαρμάκων, να αγοράσει δηλαδή ο ίδιος το φάρμακο σε βάρος του οικογενειακού προϋπολογισμού. Έτσι η συμμετοχή στην ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη εκτινάχθηκε από το 31 - 33% από το 10-12% και στο 1,6 δισ. από τα 570 εκατ. ευρώ. Την ίδια ώρα η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, λόγω μνημονίων, μειώθηκε από τα 4,2 δισ. στα 2 δισ. ευρώ που στην πραγματικότητα ανέρχονται σε 3 δισ. ευρώ αν συνυπολογισθούν rebate και claw back».

«Σε σχέση με άλλες χώρες του ΟΟΣΑ» πρό-



σθεσε ο κ. Κυριόπουλος «στην Ελλάδα παραμένει υψηλή η φαρμακευτική δαπάνη γιατί κατέρρευσε η πρωτοβάθμια φροντίδα όπου η δαπάνη μειώθηκε κατά 50% ενώ σημαντικά αυξήθηκε η ιδιωτική νοσηλευτική δαπάνη».

«Η ένταση της κρίσης θα είναι μακρά και εξακολουθεί να παραμένει σφοδρή με επίκεντρο τα δημόσια οικονομικά και τη χρηματοδότηση του κράτους. Οι διαρθρωτικές αλλαγές που χρειάζομαστε είναι μείζονες. Πρέπει να βρεθούν τρόποι ενίσχυσης και σταθερής χρηματοδότησης από πολλαπλές πηγές. Η κεντρική διοίκηση να αναλάβει το βάρος των ανασφάλιστων και της πρόληψης. Οι ασφαλιστικοί φορείς να αναλάβουν το βάρος της ιατροφαρμακευτικής και νοσηλευτικής περίθαλψης. Τέλος από τη δαπάνη των νοικοκυριών, όπου η χώρα μας παρουσιάζει τους υψηλότερους δείκτες στις χώρες του ΟΟΣΑ αφού υπερβαίνει τα 5 δισ. ετησίως και συνεπώς πρέ-



που θα πρέπει να ερευνηθούν.

Το 2ο Πανθεσσαλικό Φαρμακευτικό Συνέδριο διοργανώνεται από τους Φαρμακευτικούς Συλλόγους Θεσσαλίας, με την ευθύνη του Φαρμακευτικού Συλλόγου Λάρισας και υπό την αιγίδα του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου.

Οι εργασίες του συνεδρίου, με θέμα «Σύγχρονο Φαρμακείο: Φαρμακευτική φροντίδα, καινοτομίες, διά βίου εκπαίδευση, βιωσιμότητα», ξεκίνησαν χθες στο ξενοδοχείο «Ιμπέριαλ», με τον πρόεδρο του ΦΣΛ Γιάννη Μακρυγιάννη να περιγράφει το περιβάλλον που δημιουργεί για το ελληνικό φαρμακείο η «νέα απελευθερωμένη αγορά».

«ΣΤΑΥΡΟΔΡΟΜΙ»

Ο κ. Μακρυγιάννης μεταξύ άλλων σημείωσε ότι «το ιδιωτικό φαρμακείο σε όλα τα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, βρίσκεται σε νέο σταυροδρόμο μεγάλων αλλαγών. Οι καινούργιες υπε-

σε ένα κατ' εξοχήν κοινωνικό επάγγελμα και σε ένα ιδιαίτερο προστατευόμενο κοινωνικό αγαθό όπως είναι το φάρμακο».

Προσθέτοντας ότι «οι κλειστοί προϋπολογισμοί, οι συνεχείς μειώσεις των τιμών, οι μειώσεις των περιθωρίων κέρδους, άλλαξαν τα δεδομένα και άνοιξαν τον δρόμο για μια διαφορετική λειτουργία των φαρμακείων μας. Το απελευθερωμένο ωράριο, ο αθέμιτος ανταγωνισμός, η παραβίαση νόμων και διατάξεων που προστατεύουν την ασφαλή διακίνηση του κοινωνικού αγαθού «φάρμακο», καθώς επίσης η ηλεκτρονική πώληση, η κατάργηση της σταθερής λιανικής τιμής των ΜΗΣΥΦΑ και η απελευθέρωση πώλησής τους σε άλλα κανάλια διανομής διαμορφώνουν τη νέα φαρμακευτική αγορά».

Με τον κ. Μακρυγιάννη, μεταφέροντας τον προβληματισμό του κλάδου, να σημειώνει πως στο πλαίσιο του συνεδρίου, οι εισηγήσεις θα

μακευτική δαπάνη ότι «αυξήθηκε η συμμετοχή στο κόστος σε ορισμένες κατηγορίες ενώ σημαντικός αριθμός φαρμάκων γράφτηκε στην αρνητική λίστα που σημαίνει ότι δεν καλύπτεται ασφαλιστικά. Η δυσκολία, το υψηλό κόστος σε χρήμα και το υψηλό κόστος σε χρόνο για την πρόσβαση την πρωτοβάθμια φροντίδα για συνταγογράφηση, ωθεί τους ασφαλισμένους στην αγορά φαρμάκων, να αγοράσει δηλαδή ο ίδιος το φάρμακο σε βάρος του οικογενειακού προϋπολογισμού. Έτσι η συμμετοχή στην ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη εκτινάχθηκε από το 31 - 33% από το 10-12% και στο 1,6 δισ. από τα 570 εκατ. ευρώ. Την ίδια ώρα η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, λόγω μνημονίων, μειώθηκε από τα 4,2 δισ. στα 2 δισ. ευρώ που στην πραγματικότητα ανέρχονται σε 3 δισ. ευρώ αν συνυπολογισθούν rebate και claw back».

«Σε σχέση με άλλες χώρες του ΟΟΣΑ» πρό-

πει να υπάρξει ανάλογος καταμερισμός» κατέληξε ο κ. Κυριόπουλος.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Κατά την έναρξη χθες του συνεδρίου, χαιρετισμό απύθηναν οι βουλευτές της ΝΔ Χρ. Κέλλας, του Ποταμιού Κων. Μπαργιώτας, ο εκπρόσωπος του ΙΣΛ Μιχ. Μέρας, ο πρόεδρος της Ιατρικής Λάρισας Ι. Στεφανίδης, ο αντιπεριφερειάρχης Αθ. Παιδής, ο πρόεδρος του Π.Τ. Λάρισας του Ερυθρού Σταυρού Αθ. Σάρρος, η διευθύντρια του ΕΟΠΥΥ Ξανθή Κόρκα, η διευθύντρια της Διεύθυνσης Φαρμάκου Φανή Ζέρβα, ο διευθύνων σύμβουλος της «Ε» Γ. Μιχαλόπουλος, ενώ ο πρόεδρος του Συλλόγου «Ο Ιπποκράτης στη Λάρισα» Ριζ. Χαλιμπάγιας αναφέρθηκε στις δράσεις του συλλόγου. Οι εργασίες του συνεδρίου θα συνεχισθούν στις 9.30 σήμερα το πρωί, στο ξενοδοχείο «Ιμπέριαλ».

Β. ΚΑΚΑΡΑΣ

Μόνο με θαύμα θα σωζόταν: Αν υποχωρούσε ξαφνικά η ανεργία στο 9%

«Σκάνει» το ΙΚΑ!

Το μετέωρο βήμα 122.147 συνταξιούχων χωρίς σύνταξη



Εκκρεμούν ήδη 41.340 κύριες, 10.130 αναπηρικές, 9.023 χηρείας και 61.654 επικουρικές

Γιγγιώδη ελλείμματα, μειωμένες εισφορές, οφειλές γκρεμίζουν τον οργανισμό με τους περισσότερους ασφαλισμένους στη χώρα

▶ **ΑΠΡΟΒΛΕΠΤΕΣ
ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ**

Χρήμα

Ιλιγγιώδη ελλείμματα, μειωμένες εισφορές και χρέη γκρεμίζουν το ΙΚΑ

«Σκάει» ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός οργανισμός της χώρας. Το μετέωρο βήμα 124.147 συνταξιούχων χωρίς σύνταξη. Εκκρεμούν ήδη 40.340.000 κύριες, 10.130 αναπηρικές, 9.023 χρεϊας και 61.654 επικουρικές

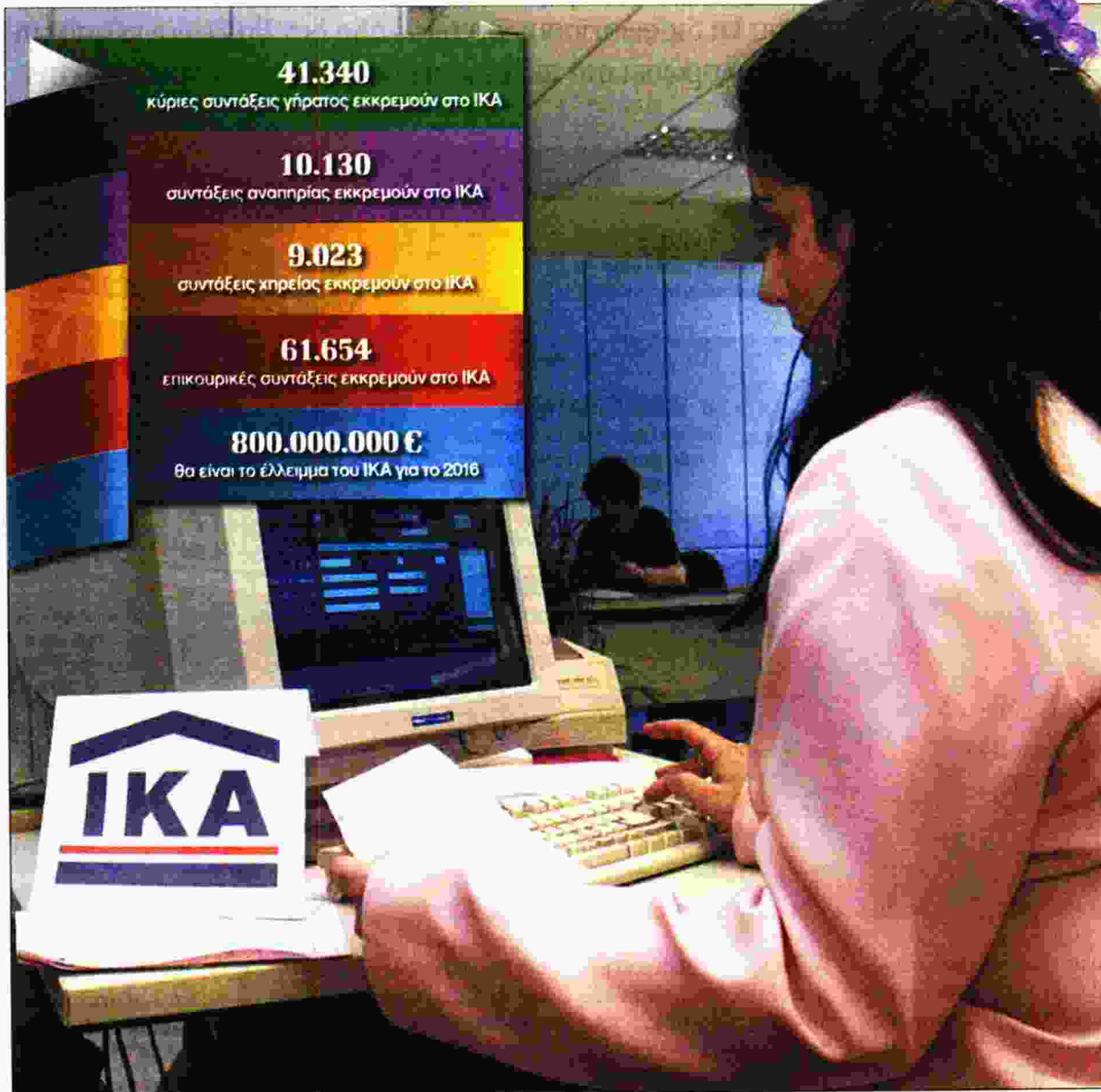
Την τραγική κατάσταση του μεγαλύτερου ασφαλιστικού ταμείου της χώρας περιγράφουν ανάγλυφα τα στοιχεία της ΠΟΣΕ ΙΚΑ. Οι απώλειες στα χρόνια της κρίσης για το ΙΚΑ φτάνουν στα 14,5 δισ. ευρώ, ενώ μόνο για το 2016 η κρατική επιχορήγηση προς το ασφαλιστικό σύστημα είναι μειωμένη κατά 1,8 δισ. ευρώ. Είναι εντυπωσιακό ότι το ΙΚΑ οφείλει 1,1 δισ. ευρώ προς τον ΕΟΠΥΥ, ποσό που εκτινάσσεται στα 14 δισ. ευρώ, αν συνοπολογιστεί η επιπλέον χρηματοδότηση του τομέα υγείας την περίοδο 1999-2011, ενώ οφείλονται προς τα ασφαλιστικά ταμεία 28 δισ. ευρώ.

Οι εργαζόμενοι εκτιμούν ότι, για να αλλάξει προς το θετικό η πορεία της αγοράς εργασίας, πρέπει να αυξηθεί το ποσοστό απασχόλησης από 55% σε 80% και το επίπεδο της ανεργίας να υποχωρήσει κάτω από το 9%. Τα στοιχεία, όμως, έως τώρα δείχνουν πορεία εντελώς διαφορετική. Το γεγονός ότι η εισφοροδιαφυγή είναι άπιαστη και οι ευέλικτες μορφές απασχόλησης έχουν ξεπεράσει το 60% στις νέες προσλήψεις, αλλά και η δεδομένη γήρανση του πληθυσμού από 20% σε 30% έως το 2050 δημιουργούν ασφυκτική πίεση στην κοινωνική ασφάλιση, με ό,τι αυτό συνεπάγεται για το βιοτικό επίπεδο των σημερινών και των μελλοντικών συνταξιούχων.

Το σύστημα νοσει

Οι εργαζόμενοι του ιδρύματος θεωρούν ότι το ΙΚΑ νοσει. Καλείται να αντιμετωπίσει μια σειρά από σοβαρά θέματα, την ώρα που λογίζεται ως βασικός «πυλώνας» του ΕΦΚΑ από την 01/01/17 και μετά. Διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ταμείο κύριας ασφάλισης της χώρας δεν έχει ολοκληρώσει ακόμα τις λειτουργίες στο ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα, που θα βελτιώσαν τη διοικητική και τη λειτουργική του απόδοση. Πέρα από την αδυναμία διασύνδεσής του με άλλους φορείς του Δημοσίου, που θα διευκόλυνε πολίτες και εργαζομένους και θα μείωνε τον χρόνο, διασφαλίζοντας δαπάνες, όσες μικροπαραμβάσεις έγιναν δεν έφεραν άμεσο αποτέλεσμα.

Οι εργαζόμενοι διαπιστώνουν ότι το σύστημα Εργάνη, βασικό εργαλείο



κάθε υπαλλήλου εσόδων από τον Μάρτιο του 2014, μόλις τώρα ξεκίνησε και... υπολειτούργει. Η αδυναμία των υπαλλήλων να πραγματοποιούν εξωτερικούς ελέγχους στις επιχειρήσεις και το γεγονός

ότι αναλώνονται στον μεγαλύτερο χρόνο της εργασίας τους σε ελέγχους παραγραφών και επιδόσεων επιτόπου εκατοντάδων ηλεκτρονικών πράξεων μηνιαίως στερούν τεράστια έσοδα από το σύστημα.

Σήμερα παραμένουν 400.000 περίπου επιχειρήσεις ενεργές στα τμήματα εσόδων όλης της χώρας - ένας τεράστιος όγκος, που δεν είναι δυνατόν να ελεγχθεί άμεσα.

■ Ο προϋπολογισμός

του ΙΚΑ για το 2016 παρουσιάζει αρχικό έλλειμμα 2,1 δισ. ευρώ. Το τελικό έλλειμμα του προϋπολογισμού για το 2016 θα ανέλθει περίπου σε 800.000.000 ευρώ, μετά τη μείωση δαπανών κα-

τά 350.000.000 ευρώ -το μεγαλύτερο μέρος από καθυστέρηση συντάξεων- και την αύξηση εσόδων κατά 350.000.000 ευρώ, με πιθανότερη αιτία γι' αυτό τη μετατροπή μέρους της «μαύρης» εργασίας σε μερική απασχόληση, καθώς και την έκτακτη χρηματοδότησή του κατά 600.000.000 ευρώ.

Τον τελευταίο μήνα (Μάρτιος 2016) που έχει επεξεργαστεί η Διεύθυνση Στατιστικών, στο ΙΚΑ έχουν υποβληθεί 230.918 ΑΠΔ από επιχειρήσεις για 1.785.288 ασφαλισμένους, εκ των οποίων 1.301.852 με πλήρη απασχόληση και 531.664 με μειωμένη. Συγκριτικά με προηγούμενες περιόδους παρατηρείται μεγάλη αύξηση της μειωμένης απασχόλησης, αφού, με βάση και τα τελευταία στοιχεία και της Εργάνης, έξι στους 10 νέους προσλαμβάνονται με ευέλικτες μορφές απασχόλησης.

Ανατροπή

Η ανατροπή στην αγορά εργασίας και η εκρηκτική αύξηση των ευέλικτων συμβάσεων μαρτυρούν την επιλογή των περισσότερων επιχειρήσεων -που ασφυκτιούν από την αύξηση φόρων, εισφορών και πιθανόν κάθε είδους οφειλών- να προσλαμβάνουν ή να δπλώνουν στο ΙΚΑ χαμηλά αμειβόμενους εργαζομένους, είτε ανακυκλώνοντας άλλους, φθηνούς εργαζομένους, είτε αντικαθιστώντας τους ακριβότερους, οι οποίοι απολύονται ή αποχωρούν «οικειοθελώς».

Και ενώ στην αγορά εργασίας κυριαρχεί η εκμετάλλευση κάθε μορφής, ο ελεγκτικός μηχανισμός του ΙΚΑ παραμένει αριθμητικά σταθερός, αφού σήμερα λειτουργούν μόνο τρία ελεγκτικά κέντρα σε όλη τη χώρα, από τα 13 που προβλέπονταν, με 29 υπάλληλους, ενώ οι περίπου 360 υπάλληλοι εσόδων σε όλη τη χώρα, επιφορτισμένοι με πλήθος αντικειμένων, πραγματοποιήσαν 27.352 ελέγχους το 2015, από 107.115 το 2009.

■ Το ΙΚΑ οφείλει, από συνεισπραττόμενες εισφορές, 1,1 δισ. ευρώ στον ΕΟΠΥΥ και αντίστοιχα στον ΟΑΕΔ, χωρίς όμως να συνοπολογίζεται η επιπλέον χρηματοδότηση του τομέα υγείας κατά 14 δισ. ευρώ από το 1999-2011, ενώ οφείλονται προς τα ασφαλιστικά ταμεία 28 δισ. ευρώ.

Το χάος με τις νέες (ψαλιδισμένες) καταβολές!

ΣΕ ΟΛΑ αυτά που αναφέρονται παραπάνω έρχεται να προστεθεί η νέα κατάσταση που έχει δημιουργηθεί με το νέο Ασφαλιστικό και οδηγεί σε σημαντικά μικρότερες συντάξεις, σε σχέση με το παλιό καθεστώς.

Ενδεικτικά, γίνεται αναφορά στην περίπτωση που, με αποδοχές 1.500 ευρώ στα 30 χρόνια, βγαίνει σύνταξη 780 ευρώ, ενώ με τον προηγούμενο υπολογισμό θα ήταν 870 ευρώ. Στην ακραία μορφή του,

ο νέος νόμος για το Ασφαλιστικό οδηγεί τις νέες συντάξεις χρεϊας, όταν δοθούν, να είναι ακόμη χαμηλότερες, αφού, αντί του κατώτατου ορίου που ήταν 430 ευρώ, το νέο ποσό θα είναι μόλις 150 ευρώ...

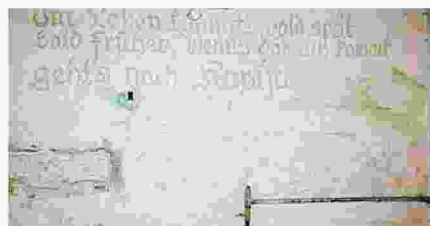
Είναι χαρακτηριστικό ότι μέχρι σήμερα δεν έχει εκδοθεί καμία εγκύκλιος για υπολογισμό συντάξεων με τον νέο νόμο 4387/2016, με αποτέλεσμα πολλές από τις 9.990 αιτήσεις κύριας σύνταξης γήρατος και αναπηρίας που υποβλή-

θηκαν μέσα στο 2016 να μην μπορούν να εκδοθούν. Ειδικότερα, οι 6.401 συντάξεις λόγω χρεϊας, που παραμένουν σε εκκρεμότητα, δημιουργούν τεράστιο πρόβλημα και στους δικαιούχους και στους εργαζομένους, που απολογούνται για ευθύνες άλλων.

Συνολικά, στο ΙΚΑ εκκρεμούν 41.340 κύριες συντάξεις γήρατος, 10.130 αναπηρίας και 9.023 χρεϊας - συνολικά 60.493 κύριες και 61.654 επικουρικές.

Για πρώτη φορά στα 100 χρόνια λειτουργίας του νοσοκομείου ανοίγει τις πύλες του στο κοινό Κρυμμένο καταφύγιο γερμανών στρατιωτ

Κατεβαίνουμε με προσοχή τα στενά σκαλιά που οδηγούν στο υπόγειο. Πίσω από την κλειστή πόρτα, κατασκευασμένη από σουηδικό ξύλο, το οποίο έχει αντέξει στη φθορά των 74 χρόνων που έχουν περάσει από πάνω του, κρύβεται μια συγκλονιστική ιστορία. Μόλις ανοίγει, μας τυλίγει μια έντονη μυρωδιά υγρασίας.



Η πόρτα του καταφυγίου, κατασκευασμένη από σουηδικό ξύλο, και συνθήματα γραμμένα στα γερμανικά. Δεξιά υπόγειος διάδρομος.



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

Προχωρώντας στο στενό διάδρομο περνάμε από την αίθουσα αναμονής και καταλήγουμε στον χώρο όπου γίνονταν τα χειρουργεία εκείνης της εποχής. Στους τοίχους του μικρού δωματίου ακόμη διακρίνονται συνθήματα γραμμένα στα γερμανικά, αλλά και ζωγραφίες που έκαναν οι γερμανοί στρατιώτες.

Βρισκόμαστε στο καταφύγιο του νοσοκομείου «Γ. Γεννηματάς» της Θεσσαλονίκης, το οποίο έχτισαν το 1942 οι γερμανοί κατακτητές και το χρησιμοποιούσαν ως νοσοκομείο για να περιθάλπουν τους τραυματίες τους. Είναι χτισμένο από μπετόν και πλέγμα σιδήρου και αποτελεί μια γερή κατασκευή, αφού μέχρι σήμερα έχει

αντέξει στο χρόνο και μόλις πριν κάποια χρόνια τα σιδερένια τμήματά του άρχισαν να διαβρώνονται. Διαθέτει δύο διόδους διαφυγής, μία που έβγαζε στην αυλή του «Γ. Γεννηματάς» και μία στο κτίριο όπου βρίσκονται σήμερα τα γραφεία της διοίκησης του νοσοκομείου. Εντύπωση, εξάλλου, προκαλεί ότι διέθετε κι έναν μεγάλο υπόγειο διάδρομο που ένωνε το «Γ. Γεννηματάς» με το νοσοκομείο «Άγιος Δημήτριος», ο οποίος με το πέρασμα των χρόνων και την απουσία συντήρησης έφραξε.

Φεύγοντας οι Γερμανοί κατέστρεψαν σχεδόν τα πάντα, μη θέλοντας να αφήσουν τίποτα όρθιο πίσω τους. Σήμερα το καταφύγιο χρησιμοποιείται ως αρχείο του νοσοκομείου και έχει μείνει να θυμίζει τη δύσκολη περίοδο της Κατοχής.

ΑΝΟΙΓΟΥΝ ΟΙ ΠΥΛΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΕΙΣ

Για πρώτη φορά το καταφύγιο, αλλά και το διατηρητέο κεντρικό κτίριο του «Γ. Γεννηματάς», στα οποία ξεναγήθηκε η «ΜτΚ», θα ανοίξουν τις πύλες τους στους Θεσσαλονικείς, με αφορμή τη συμπλήρωση 100 χρόνων από την ίδρυση του νοσοκομείου και με πρωτοβουλία της νέας διοικήτριας, Μελπομένης Τσούγκα.

Το ταξίδι στον χρόνο και την πολυετή προσφορά του νοσηλευτικού ιδρύματος στην πόλη θα αρχίσει το επόμενο Σαββατοκύριακο, στις 19 και 20 Νοεμβρίου.

Σε συνεργασία με το Open House Thessaloniki 2016, οι Θεσσαλονικείς από τις 11 το πρωί έως τη 1 μετά το μεσημέρι θα έχουν την ευκαιρία να περιηγηθούν



Το 1922, μετά τη μικρασιατική καταστροφή, το νοσοκομείο ανακαινίζεται και εξοπλίζεται με δαπάνες πολλών μεγάλων ευεργετών. Εγκαινιάζεται στις 12 Φεβρουαρίου 1923 με την επωνυμία «Κεντρικό Νοσοκομείο Προσφύγων».



Η αφίσα της εκδήλωσης είναι δημιουργία της φυσικοθεραπεύτριας, αλλά και ζωγράφου-αγιογράφου, Πολυτίμης Παγώνη.

στους χώρους αυτούς και να θαυμάσουν τα περίτεχνα σκαλιά, την αρχιτεκτονική του κτιρίου, αλλά και το πρωτότυπο «Π» που σχηματίζεται, καθώς το ιστορικό κτί-

ριο αρχικά είχε χτιστεί για να εξυπηρετεί τις ανάγκες της έφιππης τουρκικής σχολής χωροφυλακής. Αποτελούνταν από έναν κεντρικό πυρήνα και δύο πλάγιες πτέρυγες, που άφηναν μεταξύ τους μια μεγάλη αυλή, σχηματίζοντας το περίφημο «Π». Στο ισόγειο βρίσκονταν οι στάβλοι.

Οι εκδηλώσεις για τα 100 χρόνια ζωής του «Γ. Γεννηματάς» θα συνεχιστούν στις 28 Νοεμβρίου, οπότε στις 12.30 το μεσημέρι θα γίνουν τα εγκαινία της έκθεσης εργαζόμενων του νοσοκομείου που είναι και καλλιτέχνες. Στις 29 και στις 30 Νοεμβρίου, από τις 11 το πρωί έως τη 1 μετά το μεσημέρι, οι πολίτες θα έχουν την ευκαιρία για εκ νέου ανοιχτή επί-

Το σημερινό «Γ. Γεννηματάς» σε αριθμούς

- 272 κλίνες
- 187 γιατροί (ΕΣΥ, πανεπιστημιακοί, ειδικευόμενοι)
- 361 εργαζόμενοι (νοσηλευτικό, τεχνικό, παραϊατρικό, διοικητικό και λοιπό προσωπικό)
- 12.971 νοσηλευθέντες ασθενείς κατά μέσον όρο το χρόνο
- 47.069 ημέρες νοσηλείας
- 39.539 ασθενείς στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία
- 63.702 ασθενείς στα επείγοντα
- 4.407 χειρουργικές επεμβάσεις
- Κλινικές που λειτουργούν: παθολογική, παιδιατρική, καρδιολογική, στεφανιαία μονάδα, αγγειοχειρουργική, Β' πανεπιστημιακή χειρουργική, πανεπιστημιακή ορθοπαιδική, πανεπιστημιακή ουρολογική, πανεπιστημιακή παιδοχειρουργική, ΩΡΛ, ΜΕΘ δυναμικότητας εννέα κλινών και μονάδα βραχείας νοσηλείας.

100 Χρόνια στο «Γ. Γεννηματάς»

σκεψη στο καταφύγιο και στο ιστορικό κτίριο του νοσοκομείου, ενώ θα γίνει και παρουσίαση του κλινικού, νοσηλευτικού και υποστηρικτικού έργου του «Γ. Γεννηματάς». Η συλλογή των ιστορικών κειμένων και φωτογραφιών για τα 100 χρόνια έγινε από την τομεάρχη Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Αναστασία Κουζούχα.

«Το μήνυμα των 100 χρόνων του νοσοκομείου μας είναι ότι η προσφορά του βασίζεται στους ανθρώπους του, στο έμπυχο δυναμικό του. Αυτοί το στήριξαν στην πορεία του όλα αυτά τα χρόνια. Η ψυχή του νοσοκομείου είναι το προσωπικό του. Όλα αυτά τα χρόνια και μέχρι σήμερα το επίκεντρο για μας είναι ο ασθενής», δηλώνει στη «ΜτΚ» η διοικήτρια του «Γ. Γεννηματάς» Μελομένη Τσούγκα.

«ΑΝ ΟΙ ΤΟΙΧΟΙ ΜΠΟΡΟΥΣΑΝ ΝΑ ΜΙΛΗΣΟΥΝ...»

Η κορύφωση των δράσεων για τα 100 χρόνια του «Γ. Γεννηματάς» θα γίνει στις 2 Δεκεμβρίου στις 12.30 το μεσημέρι, στο αμφιθέατρο του νοσοκομείου, με τίτλο της εκδήλωσης «Το 'Κεντρικό' νοσοκομείο της πόλης με ιστορία και ταυτότητα στο χθες, στο σήμερα και στο αύριο».

Η αφίσα της εκδήλωσης είναι δημιουργία της φυσικοθεραπεύτριας, αλλά και ζωγράφου-αγιογράφου, Πολυτίμης Παγώνη. Όπως λέει η ίδια, «αν οι τοίχοι μπορούσαν να μιλήσουν, πώς θα περιέγραφαν εκατό χρόνια ανθρώπινου πόνου, αγωνίας, ανασφάλειας, συναισθηματικής



«Το μήνυμα των 100 χρόνων του νοσοκομείου μας είναι ότι η προσφορά του βασίζεται στους ανθρώπους του, στο έμπυχο δυναμικό του. Αυτοί το στήριξαν στην πορεία του όλα αυτά τα χρόνια. Η ψυχή του νοσοκομείου είναι το προσωπικό του. Όλα αυτά τα χρόνια και μέχρι σήμερα το επίκεντρο για μας είναι ο ασθενής», δηλώνει στη «ΜτΚ» η διοικήτρια του «Γ. Γεννηματάς» Μελομένη Τσούγκα.

ωρίμανσης μέσα από την απώλεια των πολυτιμότερων αγαθών, αυτών της ζωής και της υγείας; Αναρωτήθηκα ποια χρώματα θα μπορούσαν να αποδώσουν καλύτερα την ένταση αυτής της συναισθηματικής φόρτισης. Ποιο φως θα μπορούσε να φωτίσει καλύτερα την ανακούφιση και την ευγνωμοσύνη που συσσωρεύτηκε όλα αυτά τα χρόνια; Αλλά και ποια προοπτική θα μπορούσε να αποδώσει το με-

γαλείο ψυχής και το απόθεμα δύναμης και θέλησης που δαπανήθηκε σε μια αέναη προσπάθεια στο χρόνο για την επίτευξη ενός και μόνο στόχου, την 'Υγεία'. Όλα τα παραπάνω και η ανάγκη μου όλο αυτό το συναίσθημα να το εκφράσω στον καμβά οδήγησαν στην υλοποίηση αυτού του πίνακα, που έχω την τιμή να επιλεγεί και ως κύριο θέμα της αφίσας των εορταστικών εκδηλώσεων».

Ο σεισμός του 1978

Από το 1945 έως το 1952 λειτουργήσε αιματολογικό κέντρο έρευνας ικτερώδους αιμοσφαιρινοειδούς πυρετού και της δρεπανοκυτταρικής αναιμίας και το 1949 το πρώτο ακτινολογικό εργαστήριο.

Το 1952 τροποποιείται ο οργανισμός του νοσοκομείου και ιδρύεται το Α' Κέντρο Αιμοδοσίας της Θεσσαλονίκης και της Βόρειας Ελλάδας, το οποίο μεταφέρεται το 1970 στο ΑΧΕΠΑ.

Το 1967 ορίζεται εκπαιδευτικό ίδρυμα και εγκαθίστανται οι πανεπιστημιακές κλινικές. Τη χρονιά αυτή αναπτύσσεται η χειρουργική των περιφερικών αγγείων και αναπτύσσεται το μοναδικό κέντρο Πλαστικής Χειρουργικής στη Βόρεια Ελλάδα.

Το 1978, στον μεγάλο σεισμό, το νοσοκομείο παθαίνει σοβαρές ζημιές και αναστέλλεται η λειτουργία του. Μετά τις απαραίτητες εργασίες υποστήλωσης επαναλειτουργεί το 1980. Το 1984 παραχωρείται από το διοικητικό συμβούλιο της Ανωτέρας Σχολής Αδελφών Νοσοκόμων οικόπεδο 700 τ.μ. που γειτονεύει με το νοσοκομείο και κτίζονται τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του. Δύο χρόνια αργότερα δωρίζεται και το κτίριο της σχολής, όπου στεγάζονται οι παιδιατρικές κλινικές.

Το 1986 συστήνεται το ΕΣΥ και το νοσοκομείο εντάσσεται σε αυτό. Στις 6 Ιουνίου 1995 μετονομάζεται σε νομαρχιακό γενικό νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Γεννηματάς». Το 2012 διασυνδέεται με το νοσοκομείο «Άγιος Δημήτριος».

Σταθμοί στην ιστορία

Όπως θυμίζει η κ. Τσούγκα, το «Γ. Γεννηματάς» έχει συνδέσει την πορεία του με τη ζωή της Θεσσαλονίκης. Το 1912, με την απελευθέρωσή της, η πόλη μοιάζει με ένα απέραντο νοσοκομείο. Οι τραυματίες από τους πολέμους, οι χιλιάδες προσφύγων και η έξαρση λοιμωδών νοσημάτων συνθέτουν την άσχημη υγειονομική εικόνα της πόλης και δικαιολογούν τη λειτουργία πολλών νοσοκομείων.

Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός (ΕΕΣ) αρχίζει τη δράση του στη Θεσσαλονίκη ανεπίσημα από την αρχή της απελευθέρωσης, επίσημα από το 1915, και στεγάζεται σε κτίριο το οποίο βρίσκεται επί της σημερινής οδού Εθνικής Αμύνης (πρώην Χαμιδιέ). Το κτίριο αυτό είχε κτιστεί για να εξυπηρετεί τις ανάγκες της έφιππης τουρκικής σχολής χωροφυλακής.

Μετά από αίτημα του συνδέσμου κυριών Εθνικής Αμύνης (σύζυγοι της Τριανδρίας Βενιζέλου, Δαγκλή, Κουντουριώτη) το τοπικό συμβούλιο του ΕΕΣ κάνει δεκτή την πρόταση για συνεργασία και την 21η Οκτωβρίου 1916 δημοσιεύεται το επίσημο

διάταγμα περί ιδρύσεως Γ' Στρατιωτικού Νοσοκομείου με την επωνυμία «Νοσοκομείο Ερυθρού Σταυρού», δυναμικότητας 400 κλινών.

Το νοσοκομείο άρχισε να δέχεται ασθενείς στις 17 Φεβρουαρίου 1917. Εκείνη τη χρονιά η Θεσσαλονίκη ζει ένα από τα συγκλονιστικότερα γεγονότα της ιστορίας της: τη μεγάλη πυρκαγιά, που κατακαίει επί 36 ώρες το σημαντικότερο τμήμα του ιστορικού κέντρου. Στον πρώτο χρόνο λειτουργίας του νοσοκομείου νοσηλεύτηκαν 3.060 ασθενείς (παθολογικοί, χειρουργικοί, τραυματίες και πυροπαθείς).

Το 1919, μετά από συνεννόηση του ΕΕΣ και του υπουργείου Υγειονομίας, το νοσοκομείο παραδόθηκε στη Στρατιωτική Υγειονομική Υπηρεσία.

Το 1922, μετά τη μικρασιατική καταστροφή, ανακαινίζεται και εξοπλίζεται με δαπάνες πολλών μεγάλων ευεργετών. Εγκαινιάζεται στις 12 Φεβρουαρίου 1923 με την επωνυμία «Κεντρικό Νοσοκομείο Προσφύγων».

Το 1941 το κτίριο επιτάσσεται από τα γερμανικά στρατεύματα κατοχής και το



νοσοκομείο μεταφέρεται και λειτουργεί έως το 1945 στο Ίδρυμα Αλητόπαιδος στην Καλαμαριά.

Όπως γράφει ο γιατρός Σταύρος Πολυζωίδης, «οι συνθήκες λειτουργίας του ήταν δύσκολες. Η μετάβαση των γιατρών γινόταν με το τραμ μέχρι την τελευταία στάση του Ντεπό και από κει περπατώντας αρκετή ώρα, ανάμεσα από δρομάκια και χωράφια δύσβατα. Η λειτουργία του νοσοκομείου ήταν επίσης δυσχερής λόγω

ελλείψεως χώρου, υγειονομικού υλικού, φαρμάκων, ηλεκτρικού ρεύματος την ημέρα. Οι εγχειρήσεις και οι ακτινογραφίες αναγκαστικά γίνονταν το βράδυ και οι γιατροί, κυρίως οι βοηθοί, ήταν υποχρεωμένοι να εργάζονται συνεχώς».

Μετά την αποχώρηση των Γερμανών το 1945, το νοσοκομείο επανέρχεται στο παλαιό κτίριο και προσπαθεί να λειτουργήσει κανονικότερα. Οι συνθήκες όμως και εδώ είναι πολύ δύσκολες.

ΕΠΟΧΙΚΗ ΓΡΙΠΗ

Η αξία των εμβολιασμών

Με αφορμή την αναμενόμενη εποχική γρίπη, επανέρχεται στην επικαιρότητα το ζήτημα της αξίας των εμβολιασμών.

Παρουσιάζονται και στοιχεία από την προηγούμενη χρονιά, που επιβεβαιώνουν την προβληματική κατάσταση όσον αφορά το σχετικά χαμηλό βαθμό της εμβολιαστικής κάλυψης του πληθυσμού και ιδιαίτερα κατά του ιού της γρίπης και του πνευμονιόκοκκου. Π.χ. τα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης των ατόμων που ανήκουν στις λεγόμενες ομάδες υψηλού κινδύνου φτάνουν μόλις στο 20% - 40%. Ως αποτέλεσμα της χαμηλής εμβολιαστικής κάλυψης, πέρυσσι καταγράφηκαν 435 σοβαρά περιστατικά και 197 θάνατοι.

Επίσης, την περίοδο 2015 - 2016, μόνο το 10,9% των επαγγελματιών Υγείας στα δημόσια νοσοκομεία είχε εμβολιαστεί, στα Κέντρα Υγείας το 24,3%, ενώ από τα 131 δημόσια νοσοκομεία μόνο σε 7 η εμβολιαστική κάλυψη του προσωπικού ξεπέρασε το 50%. **Η χαμηλή εμβολιαστική κάλυψη, ιδιαίτερα των υγειονομικών και γενικότερα του προσωπικού των μονάδων Υγείας και της Πρόνοιας, εκθέτει σε κινδύνους τόσο τους ίδιους και τις οικογένειές τους, αλλά και τους ασθενείς που νοσηλεύονται ή επισκέπτονται τις μονάδες Υγείας και αυτούς που περιθάλπονται σε γηροκομεία, μονάδες για ΑμεΑ κ.λπ.**

Από τους επιστήμονες τονίζεται ότι τα εμβόλια αποτελούν την αποτελεσματικότερη «ασπίδα» για την πρόληψη και προστασία της δημόσιας υγείας από λοιμώδη νοσήματα. Γενιές ολόκληρες απαλλάχθηκαν από σοβαρές λοιμώδεις ασθένειες λόγω της συστηματικής και εκτεταμένης χρήσης των κατάλληλων εμβολίων. **Ο κίνδυνος όμως ελλοχεύει από τη χαμηλή εμβολιαστική κάλυψη και μπορεί να σπάσει το «φράγμα» προστασίας που υπάρχει σήμερα από τους εμβολιασμούς όλου του προηγούμενου διαστήματος και να εμφανιστούν επιδημίες από λοιμώδη νοσήματα όπως η ιλαρά, η φυματίωση, ο κοκκύτης, η μηνιγγίτιδα.**

Για το «αντιεμβολιαστικό κίνημα»

Τα τελευταία χρόνια, το λεγόμενο «αντιεμβολιαστικό κίνημα» λειτουργεί ως «ανάχωμα» στην προσπάθεια να αυξηθεί το ποσοστό της εμβολιαστικής κάλυψης, **αφού με τα επιχειρήματά τους προκαλούν φόβο και αναστολές, δημιουργούν επιφυλάξεις σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των εμβολίων. Η τάση αμφισβήτησης για την ασφάλεια των εμβολίων αποκτά μεγάλη έκταση λόγω και της χρήσης του διαδικτύου όπου προσφεύγουν πολλοί γονείς για να «ενημερωθούν».** Η ανεπαρκής ενημέρωση από το κράτος ή η αποσπασματική ενημέρωση που ανατίθεται σε διάφορες ΜΚΟ ενισχύουν αυτήν την τάση.

Το «αντιεμβολιαστικό κίνημα» αναπτύχθηκε μαζικά στις ΗΠΑ τη δεκαετία του '90. Υπήρξε μεγάλη επίδραση, ιδιαίτερα μετά το 1998 όταν επιχειρήθηκε να συσχετιστεί το τριπλό εμβόλιο Ιλαράς - Παρωτίτιδας - Ερυθράς (MMR) με τον αυτισμό. Αξιοποιήθηκε μια δημοσίευση Βρετανού γιατρού σε επιστημονικό περιοδικό που αποδείχθηκε ότι στηρίχτηκε σε χαλκευμένα στοιχεία. Συνολικά, αυτή η ιστορία βασίστηκε σε ιδέα κάποιων δικηγόρων, προκειμένου να διεκδικηθούν αποζημιώσεις από φαρμακευτικές εταιρείες για οικογένειες με αυτιστικά παιδιά. Οι εκτεταμένες μελέτες που έγιναν δεν τεκμηρίωσαν τη συσχέτιση αυτισμού - MMR. Αποκαλύφθηκε ότι ο Βρετανός επιστήμονας ετοίμαζε να λανσάρει στην αγορά δικής του έμπνευσης εμβόλιο που θα αντικαθιστούσε το «ένοχο MMR».

Παρά την αποκάλυψη του «σθησιματος» αυτής της ιστορίας, τα «απόνερά» της δημιουργούν πρόβλημα μέχρι σήμερα. Έτσι, υπάρχουν γονείς που παίρνουν το «ρίσκο» και αρνούνται να εμβολιαστούν τόσο οι ίδιοι όσο και τα παιδιά τους. Όμως, αυτοί που δεν θα εμβολιαστούν θέτουν σε κίνδυνο όχι μόνο τον εαυτό τους, αλλά και τον περίγυρό τους, μεταφέροντας σε αυτούς τους ιούς. Ακόμα και αν οι ανεμβολίαστοι δεν έχουν επίπτωση στην υγεία τους, μπορεί να «σκοτώσουν» άλλους πιο ευαίσθητους πληθυσμούς που θα έρθουν σε επαφή μαζί τους. **Επιβεβαιώνεται ότι στα ζητήματα προστασίας της δημόσιας υγείας πρέπει να εφαρμόζονται τα μέτρα που την προάγουν, αντιμετωπίζοντας τις «ατομικές» προτιμήσεις και επιλογές που θέτουν σε κίνδυνο το κοινωνικό σύνολο.**

Οι ευθύνες της κυβερνητικής πολιτικής

Η κυβέρνηση αναπαράγει και καλλιεργεί συνεχώς την ατομική ευθύνη και για την προστασία της δημόσιας υγείας περιορίζει την ευθύνη της στην προτροπή για την πραγματοποίηση των εμβολιασμών. Με τον τρόπο αυτό συγκαλύπτονται οι σοβαρές ευθύνες της για τα προβλήματα που δημιουργεί

η πολιτική της και στη δημόσια υγεία, υπονομεύεται η εμβολιαστική κάλυψη. Το ίδιο συμβαίνει και με την πολιτική υποχρηματοδότησης της δημόσιας υγείας, των περικοπών, της έλλειψης προσωπικού και υποδομών, ιδιαίτερα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Την ίδια στιγμή, μεταφέρει τη δαπάνη από τον κρατικό προϋπολογισμό στον ΕΟΠΥΥ, δηλαδή στα ασφαλιστικά ταμεία. Διατηρεί εκτός ασφαλιστικής κάλυψης εμβόλια όπως για τον μηνιγγιτιδόκοκκο τύπου Β, του οποίου η απαιτούμενη τριπλή δόση κοστίζει 600 ευρώ. Λόγω αυτού του κόστους και παρότι συστήνεται από τους παιδίατρος, υπάρχει μεγάλος αριθμός ανεμβολίαστων παιδιών. Το εμβόλιο έναντι του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV), από 1/1/2017 παύει να χορηγείται δωρεάν στις ηλικιακές ομάδες 18 - 26 ετών και θα πρέπει να πληρώνεται εξολοκλήρου από τις γυναίκες αυτής της ηλικιακής ομάδας.

Για τα βρέφη κάτω των 6 μηνών, επειδή δεν μπορούν να εμβολιαστούν έναντι της γρίπης, συστήνεται ο εμβολιασμός όσων τα φροντίζουν ή βρίσκονται στο περιβάλλον τους. Όμως, το εμβόλιο δεν χορηγείται δωρεάν για γονείς που είναι... κάτω των 65 χρόνων (!) και δεν ανήκουν στις ομάδες «υψηλού κινδύνου»... Οι οικογένειες, μάλιστα, υποχρεώνονται να πληρώνουν την ιατρική επίσκεψη και τη συνταγογράφηση, ενώ πολλές εξαναγκάζονται κυριολεκτικά να «μεταναστεύουν» - με μεγάλο οικονομικό κόστος - για να εμβολιαστούν οι ίδιοι και τα παιδιά τους.

Η σχεδόν παντελής έλλειψη δημόσιου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, εκτός των άλλων, ακυρώνει το κρίσιμο ζήτημα της καταγραφής, της συστηματικής παρακολούθησης και της οργάνωσης με ευθύνη του κράτους των εμβολιασμών των παιδιών, ηλικιωμένων, ΑμεΑ, χρόνιως πασχόντων, γυναικών, προσφύγων, μεταναστών κ.λπ. **Η ανάθεση ενός όλο και μεγαλύτερου μέρους των εμβολιασμών σε ένα συντονισμένο ΜΚΟ, «εθελοντών», χορηγών κ.λπ., αποτελεί μέρος του προβλήματος και όχι της λύσης του.**

Εμπόδιο, λοιπόν, για την εμβολιαστική κάλυψη του πληθυσμού δεν είναι μόνο οι πραγματικά επικίνδυνες απόψεις του «αντιεμβολιαστικού κινήματος», αλλά και η αντιλαϊκή κυβερνητική πολιτική στον τομέα της Υγείας. Αυτή η πολιτική αφήνει «χώρο» για να αναπτυχθούν και να επιδρούν τέτοιες απόψεις. Σε αυτήν την πολιτική οφείλεται ότι, παρά τις τεράστιες δυνατότητες της επιστήμης, της τεχνολογίας και των υλικών μέσων, καθώς και του μεγάλου σχετικά αριθμού υγειονομικών, τα προβλήματα παραμένουν ή και επιδεινώνονται.

Η θέση του ΚΚΕ

Το κράτος και οι φορείς του έχουν ευθύνη να διασφαλίσουν την ουσιαστική, ολοκληρωμένη, υπεύθυνη και συστηματική ενημέρωση για την αξία των εμβολιασμών. Η ενημέρωση να απευθύνεται σε όλες τις ηλικιακές ομάδες και να γίνεται στους τόπους δουλειάς, στα σχολεία, στα πανεπιστήμια και ΤΕΙ, στους παιδικούς σταθμούς, στους συλλόγους γονέων, στους οικισμούς των αθίγγανων και των προσφύγων. **Επίσης, έχει την ευθύνη για την πλήρη και καθολική εμβολιαστική κάλυψη του πληθυσμού,** ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, την κατάσταση της υγείας, που αποτελεί κρίσιμο θέμα για τη διασφάλιση της δημόσιας υγείας.

Το ΚΚΕ είναι υπέρ της αξιοποίησης κάθε επιστημονικού επιτεύγματος, όπως είναι και τα εμβόλια, που βοηθάει στην πρόληψη προβλημάτων της υγείας του λαού. Από αυτήν τη θέση αρχής, απορρίπτουμε τις απόψεις του λεγόμενου «αντιεμβολιαστικού κινήματος». Επίσης, από θέση αρχής εντοπίζουμε και τους κινδύνους από τη στιγμή που τα εμβόλια και τα φάρμακα αποτελούν πεδίο κερδοφορίας για την καπιταλιστική φαρμακοβιομηχανία που τα παράγει. Κίνδυνοι είτε από τη χρησιμοποίησή τους όταν δεν έχουν τηρηθεί όλοι οι κανόνες που θα διασφαλίζουν την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά τους είτε από τη δυσκολία των λαϊκών στρωμάτων να αξιοποιήσουν τα εμβόλια και τα φάρ-



μακα για λόγους οικονομικούς, ελλιπούς ενημέρωσης κ.λπ. **Αναγνωρίζουμε τη χρησιμότητα των εμβολίων και διεκδικούμε τη δωρεάν και απρόσκοπτη αξιοποίησή τους από όλους με αυστηρά επιστημονικά κριτήρια. Ταυτόχρονα, θέτουμε το ζήτημα των όρων και των προϋποθέσεων - κοινωνικών και οικονομικών - που θα μπορούν να κατοχυρώνονται με ασφάλεια ως καθολικό κοινωνικό δικαίωμα.**

Η πάλη του κινήματος

Οι στόχοι που χρειάζεται να διεκδικούν το εργατικό και λαϊκό κίνημα, οι Λαϊκές Επιτροπές, οι Σύλλογοι γυναικών, συνταξιούχων, γονέων και κηδεμόνων, η νεολαία και οι εργαζόμενοι στο χώρο της Υγείας είναι:

- Με ευθύνη του κράτους να εξασφαλιστεί η έγκαιρη, συνεχής και υπεύθυνη ενημέρωση των γονιών και συνολικά του πληθυσμού, σχετικά με τον εμβολιασμό, με τους εξειδικευμένους επιστήμονες και τους φορείς τους.

- Συνεχής ενημέρωση και εκπαίδευση σχετικά με τα εμβόλια και εμβολιαστική κάλυψη όλων των υγειονομικών.

- Καταγραφή και παρακολούθηση των εμβολιαστικών αναγκών, υποχρεωτικός και δωρεάν εμβολιασμός του πληθυσμού από τις κρατικές μονάδες Υγείας. Να σταματήσει ο εμβολιασμός να είναι ατομική ευθύνη.

- Εφοδιασμός των κρατικών μονάδων Υγείας με επαρκή αριθμό όλων των εμβολίων, με αποκλειστική ευθύνη και χρηματοδότηση του κράτους.

- Ανάπτυξη δημόσιων Κέντρων Υγείας με πλήρη εξοπλισμό και στελέχωση που θα καλύπτουν πανελλαδικά τις εμβολιαστικές ανάγκες όλου του πληθυσμού. Καμία απολύτως εμπλοκή των ΜΚΟ.

- Κρατικές κινητές μονάδες για τον εμβολιασμό κοινωνικών ομάδων όπως πρόσφυγες - μετανάστες, Ρομά, ηλικιωμένοι, ΑμεΑ, κ.λπ.

- Ενταξη στο εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμού όλων των εμβολίων που είναι επιστημονικά αποδεδειγμένα ασφαλή και αποτελεσματικά. Να παρέχονται σε όλους δωρεάν, με αυστηρά και μόνο επιστημονικά κριτήρια.

- Η αποζημίωση όλων των εμβολίων να γίνεται με δαπάνες του κρατικού προϋπολογισμού και όχι των ασφαλιστικών ταμείων.

Όμως για την πλήρη ικανοποίηση και ασφαλή κάλυψη των λαϊκών αναγκών στην πρόληψη, στην περιθαλψη, το ΚΚΕ παλεύει για ένα ριζικά διαφορετικό δρόμο ανάπτυξης, το σοσιαλιστικό, που δεν αντιμετωπίζει τα εμβόλια και τα φάρμακα ως εμπορεύματα και τις λαϊκές ανάγκες για την πρόληψη και την αποκατάσταση της υγείας ως «κόστος».

Απαιτείται κοινωνικοποίηση των βασικών και συγκεντρωμένων μέσων παραγωγής στη βιομηχανία εμβολίων και φαρμάκων. Ανάπτυξη ενιαίου κρατικού φορέα έρευνας, παραγωγής, εισαγωγής και διακίνησης τους με κριτήριο την καθολική και δωρεάν ικανοποίηση των σύγχρονων λαϊκών αναγκών.

Γιώτα ΚΑΤΣΙΡΟΥΜΠΑ

Νοσηλεύτρια, συνεργάτης του Τμήματος Υγείας - Πρόνοιας της ΚΕ του ΚΚΕ

ΘΑΝΑΣΗΣ ΔΡΙΤΣΑΣ

Υψηλότερο κόστος, καλύτερη υγεία;

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ιδανική ιατρική είναι εκείνη η οποία υπακούει στον πανάρχαιο κώδικα ηθικής δηλ. προσφέρει την κατάλληλη θεραπεία στον συγκεκριμένο ασθενή χωρίς να παρεμποδίζεται από ερωτήματα που αφορούν το κόστος διάγνωσης και θεραπείας.. **σελ. 24**

ΥΓΕΙΑ

Υψηλότερο κόστος, καλύτερη υγεία;

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ιδανική ιατρική είναι εκείνη η οποία υπακούει στον πανάρχαιο κώδικα ηθικής δηλ. προσφέρει την κατάλληλη θεραπεία στον συγκεκριμένο ασθενή χωρίς να παρεμποδίζεται από ερωτήματα που αφορούν το κόστος διάγνωσης και θεραπείας

Ομως μέσα σε μια οικονομική κρίση το ερώτημα του κόστους των ιατρικών πράξεων σε σχέση με την πραγματική ωφέλεια του ασθενούς απασχολεί όχι μόνο τα οικονομικά επιτελεία της υγείας αλλά τα δημόσια ασφαλιστικά ταμεία, τις ιδιωτικές ασφάλειες, τους γιατρούς και κυρίως τον ασθενή που πληρώνει από την τσέπη του.

Η παγκόσμια οικονομική κρίση φαίνεται ότι έχει γονατίσει σήμερα ακόμη και τις ΗΠΑ οι οποίες αποτελούν ένα από τα πλέον σπάταλα έθνη σε δαπάνες υγείας. Ερωτήματα κόστους ιατρικών πράξεων, λόγω της πλήρους ιδιωτικής ασφαλιστικής κάλυψης της πλειοψηφίας των αμερικανών πολιτών, σπάνια απασχολούσαν μέχρι σήμερα τις κυβερνήσεις των ΗΠΑ. **Το εξής ακραίο σενάριο έχει μάλιστα συμβεί στις ΗΠΑ: προσέρχεται κάποιος ασθενής στα επείγοντα περιστατικά σε νοσοκομείο της Νέας Υόρκης με πρησμένους αστραγάλους λόγω διαστρέμματος και υποβάλλεται απευθείας σε μαγνητική τομογραφία (αντί για έναν επίδεσμο, ένα αναλγητικό χαπάκι, συμβουλές για ανάπαυση με το πόδι ψηλά και ίσως μίαν ακτινογραφία που θα ελάμβανε στο ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο).** Η ασφαλιστική κάλυψη χωρίς όρια έχει οδηγήσει στο να γίνονται πχ τρεις φορές περισσότερες μαγνητικές τομογραφίες στις ΗΠΑ σε σχέση με τον Καναδά όπου η περιθάλψη έχει χαρακτηρη δημόσιου συστήματος υγείας. Και ενώ οι ΗΠΑ σπαταλούν πολλά χρήματα στην υγεία όμως δεν φαίνεται να έχουν τόσο καλή συνολική υγεία ως έθνος, μάλιστα σύμφωνα με τις επιστημονικές εργασίες του κοινωνικού επιδημιολόγου Richard Wilkinson οι δείκτες θνητότητας και νοσηρότητας (σωματικής και ψυχικής υγείας) στις ΗΠΑ είναι πολύ χειρότεροι σε σχέση με χώρες που διαθέτουν ένα δημόσιο σύστημα υπηρεσιών υγείας (πχ Σκανδιναβικές χώρες, Καναδάς, Ιαπωνία, Μ. Βρετανία).

Είναι πολύ ενδιαφέρον ότι στις ΗΠΑ έχει αρχίσει εδώ και μερικά χρόνια (από την αρχή

► Ο Fuchs πιστεύει ότι αν ίσως οι ασθενείς πλήρωναν περισσότερα από την τσέπη τους ή αν υπήρχε ένα δεδομένο ανώτατο ετήσιο όριο ασφαλιστικής δαπάνης κατά κεφαλή, πέρα από το οποίο αναλαμβάνει η ασφαλιστική εταιρεία, οι γιατροί θα ήσαν αναγκασμένοι να αναθεωρήσουν την πάγια τακτική τους να συνταγογραφούν ακριβή τεχνολογία ή ακριβά φάρμακα



της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης) μια γόνιμη δημόσια συζήτηση σχετικά με την σχέση κόστους-ωφέλειας στον τομέα των ιατρικών πράξεων. **Μάλιστα εξαιρετικά ενδεικτικό της αλλαγής του κλίματος είναι ότι ο καθηγητής Victor Fuchs από το πανεπιστήμιο Stanford σχολιάζει στο επιστημονικό περιοδικό New England Journal of Medicine (8/2011) (το ευαγγέλιο των σκεπτόμενων κλινικών γιατρών) το ζήτημα της φροντίδας των ασθενών σε σχέση με το κόστος.** Στο άρθρο του με τίτλο «Το δίλημμα του γιατρού: Ποιά είναι η ιδανική φροντίδα», ο Fuchs θεωρεί πχ ότι αρκετές νεώτερες απεικονιστικές μέθοδοι (όπως πχ η μαγνητική τομογραφία) δεν έχουν αξιολογηθεί αντικειμενικά όσον αφορά την πραγματική βοήθεια που προσφέρουν σε σχέση με το υπέρμετρο κόστος τους και εννοεί ότι η ιατροβιολογική αγορά ρίχνει γρήγορα στο παιχνίδι την ακριβή τεχνολογία χωρίς να έχει εκτιμηθεί επαρκώς η κλινική και προγνωστική

ωφέλεια σε σχέση με φθηνότερες μεθόδους. Είναι δεδομένο ότι προηγείται η φροντίδα του ασθενούς ως ηθική προτεραιότητα είναι όμως το πάντα το ακριβότερο οπωσδήποτε και καλύτερο για τον ασθενή; Το γεγονός ότι οι γιατροί λόγω της άνευ ορίων ασφαλιστικής κάλυψης γράφουν με ευχέρεια τις πλέον δαπανηρές εξετάσεις έχει οδηγήσει σε εκρηκτική αύξηση τις δαπάνες για την υγεία.

Ο Fuchs πιστεύει ότι αν ίσως οι ασθενείς πλήρωναν περισσότερα από την τσέπη τους ή αν υπήρχε ένα δεδομένο ανώτατο ετήσιο όριο ασφαλιστικής δαπάνης κατά κεφαλή, πέρα από το οποίο αναλαμβάνει η ασφαλιστική εταιρεία, οι γιατροί θα ήσαν αναγκασμένοι να αναθεωρήσουν την πάγια τακτική τους να συνταγογραφούν ακριβή τεχνολογία ή ακριβά φάρμακα.

Στη χώρα μας τα τρέχοντα δεδομένα των χρεώσεων της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης δείχνουν ότι οι περισσότερες διαγνωστικές εξετάσεις μέσω ΕΟΠΥΥ χρεώνονται πολύ χαμηλότερα από το πραγματικό τους κόστος, εφόσον ληφθεί υπόψιν κόστος υλικών και αμοιβές των στελεχών υγείας που εμπλέκονται στην εξέταση. Για παράδειγμα ως αναφερθού-

με σε κάποια κλασική καρδιολογική εξέταση: πχ το τεστ κόπωσης κοστίζει συνολικά περίπου 28 ευρώ και η συμμετοχή του ασφαλισμένου δεν ξεπερνά τα 5 ευρώ. **Ας σκεφτούμε λοιπόν ότι σε μια διαγνωστική εξέταση με μεγάλη ευθύνη στην επίβλεψη (stress test) που απαιτεί παρουσία γιατρού, νοσηλεύτη ή/και τεχνολόγου ο ασθενής συμμετέχει με ένα ποσό το οποίο θα έδινε προκειμένου να πιεί έναν ποιοτικό καφέ σε ένα δημοφιλές café-restaurant του κέντρου των Αθηνών!**

Η χρέωση αυτή ουδέποτε πρόκειται να αποσβέσει το «πραγματικό» κόστος της εξέτασης και ασφαλώς ουδέποτε πρόκειται να αποπληρώσει εργαζόμενους και προμηθευτές υλικών. Έτσι είναι μαθηματικά βέβαιο ότι η κοστολόγηση διαγνωστικών εξετάσεων με τόσο ευτελή ποσά (εύκολα θα τις αποκαλούσε κανείς εικονικές χρεώσεις) δεν πρόκειται να βοηθήσει το ενιαίο δημόσιο ασφαλιστικό σύστημα να αποπληρώσει τα χρέη του σε πραγματικό επίπεδο, πρακτικά η τακτική αυτή προκαλεί τον αέναο δανεισμό του συστήματος. Ο ασφαλισμένος βέβαια παραπλανείται και πιστεύει αφελώς ότι οι εξετάσεις του είναι πολύ φθηνές ενώ μέσα από αυτή την τακτική το μελλοντικό του εισόδημα ή/και η σύνταξη του με βεβαιότητα οδηγείται σε συνεχείς περικοπές. Διότι αναμφίβολα κάποιος-κάποτε πρέπει να πληρώσει τον πραγματικό λογαριασμό!

Η κοινή λογική υποδεικνύει (σε όσους την διαθέτουν) ότι η ακριβότερη ιατρική δεν είναι αναγκαία και η ιδανική για τον ασθενή, βέβαια η Βρετανική λαϊκή σοφία μας λέει ότι «η κοινή λογική δεν είναι κάτι κοινό» (common sense is something not so common). Η ιατρική εκπαίδευση και οι ιατρικές σχολές έπρεπε αυτόνοτητα να έχουν ευαισθητοποιήσει τους μελλοντικούς γιατρούς και τα στελέχη της υγείας πάνω στη σχέση κόστους-ωφέλειας όσον αφορά τις ιατρικές πράξεις αλλά ευτυχώς ότι δεν κατόρθωσαν οι πανεπιστημιακοί δάσκαλοι το κατόρθωσε σήμερα η οικονομική κρίση.



ΑΠΟ ΤΟΝ
ΘΑΝΑΣΗ ΑΡΙΖΤΑ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ,
ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ,
ΟΝΑΣΕΙΟ
ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ
ΚΕΝΤΡΟ, ΣΥΝΘΕΤΗΣ ΚΑΙ
ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ

Κατάσχεση πλαστών φαρμάκων από τον ΕΟΦ

Επικίνδυνα για τη Δημόσια Υγεία σκευάσματα προκύπτουν από τους ελέγχους του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ) σε φαρμακαποθήκες και φαρμακεία.

Κατά τη διάρκεια της έρευνας, κατασχέθηκαν παραστατικά από τα οποία προκύπτουν αγορές από μη νόμιμες πηγές, μεταξύ των οποίων και το Διαδίκτυο, και διακίνηση ψευδεπίγραφων φαρμάκων. Αυτό έγινε γνωστό την Τετάρτη, στο πλαίσιο της έρευνας που διεξάγει το Τμήμα Ελέγχου Κυκλοφορίας του Οργανισμού σε νόμιμα σημεία διακίνησης φαρμακευτικών προϊόντων (φαρμακεία), καθώς και σε μη αδειοδοτημένους χώρους. Οι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν σε συνεργασία με την Οικονομική Αστυνομία και το ΣΔΟΕ και διαπιστώθηκαν σημαντικές παραβάσεις της νομοθεσίας, που δεν περιορίζονται μόνο στο κανονιστικό πλαίσιο των φαρμάκων.

Κατά τη διάρκεια της έρευνας, κατασχέθηκε πλήθος παραστατικών και σκευασμάτων από τα οποία προκύπτουν:



-Αγορές από μη νόμιμες πηγές, μεταξύ των οποίων και το Διαδίκτυο.

-Πωλήσεις σε πρόσωπα μη εξουσιοδοτημένα να κατέχουν φάρμακα, εντός και εκτός Ελλάδας.

-Διακίνηση ψευδεπίγραφων φαρμάκων.

Η διερεύνηση βρίσκεται σε εξέλιξη και ο ΕΟΦ θα επιβάλει τις προβλεπόμενες διοικητικές κυρώσεις με την ολοκλήρωση κάθε σταδίου, ενώ οι περιπτώσεις που διαπιστώνεται ποινικό αδίκημα παραπέμπονται αρμοδίως.

Εκτιμάται ότι τουλάχιστον τα μισά φάρμακα που διακινούνται στο ίντερνετ είναι πλαστά ή νοθευμένα και βέβαια μη εγκεκριμένα από τις αρχές, ενώ είναι αγνώστου προελεύσεως. Το 2% με 3% των φαρμάκων που διακινούνται στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι πλαστά, ενώ εκτιμάται ότι οι χώρες προέλευσης είναι κυρίως η Ινδία και η Αφρική.

ΥΓΕΙΑ

Η ανοσία απέναντι στη γρίπη εξαρτάται και από το έτος γέννησης;

Το πότε γεννήθηκε κανείς και άρα από ποιο διαφορετικό ιό γρίπης αρρώστησε για πρώτη φορά, επηρεάζει σημαντικά την πιθανότητα να αρρωστήσει σοβαρά ένας άνθρωπος από τα επόμενα στελέχη των ιών της γρίπης, σύμφωνα με μια νέα αμερικανική επιστημονική έρευνα...

Με άλλα λόγια, ο κίνδυνος να κολλήσει κάποιος επικίνδυνη γρίπη και ίσως να πεθάνει εξαιτίας της, εξαρτάται και από το έτος που γεννήθηκε. Αυτό εξηγεί εν μέρει γιατί ο ιός H5N1 πλήττει κυρίως παιδιά και νέους ενήλικους, ενώ από τον H7N9 πάσχουν κυρίως πιο μεγαλύτερης ηλικίας άτομα.

Οι ερευνητές των πανεπιστημίων της Αριζόνα και της Καλιφόρνια-Λος Άντζελες (UCLA), με επικεφαλής τον εξελικτικό βιολόγο Μάικλ Γουορομπέι, ανέλυσαν κάθε γνωστή περίπτωση σοβαρής ασθένειας με εισαγωγή στο νοσοκομείο ή θανάτου λόγω της γρίπης από τους ιούς H5N1 και H7N9 (συνολικά πάνω από 1.400 άνθρωποι).

Οι επιστήμονες ανακάλυψαν ότι ανάλογα με το διαφορετικό στέλεχος της γρίπης που ένας άνθρωπος είχε κολλήσει για πρώτη φορά στη ζωή του, πράγμα που έχει να κάνει με το πότε γεννήθηκε, καθορίζεται το αν και πόσο προστατευμένος θα είναι από μελλοντικά στελέχη της γρίπης.

Αυτό το «ανοσολογικό αποτύπωμα» φαίνεται να εξαρτάται καθοριστικά από την πρώτη έκθεση ενός ανθρώπου στον ιό της γρίπης και δύσκολα αλλάζει αργότερα στη ζωή του.

Μέχρι σήμερα, οι επιστήμονες πίστευαν ότι η προηγούμενη έκθεση ενός ανθρώπου σε κάποιον ιό γρίπης παρείχε μικρή έως καθόλου ανοσολογική προστασία έναντι μελλοντικών ιών της γρίπης που έχουν προέλευση από ζώα ή πουλιά.

Η νέα μελέτη δείχνει ότι όσοι γεννήθηκαν πριν το 1968 και ως μικρά παιδιά είχαν εκτεθεί στη γρίπη H1 ή H2, σπάνια κολλάνε τη νεότερη γρίπη H5N1, αλλά συχνά πεθαίνουν από τη γρίπη H7N9. Το ακριβώς αντίθετο συμβαίνει με τους νεότερους ανθρώπους, που γεννήθηκαν μετά τη δεκαετία το 1968 και είχαν εκτεθεί ως παιδιά στη γρίπη H3, οι οποίοι είναι σήμερα προστατευμένοι από τη γρίπη H7N9, αλλά αρρωσταίνουν σοβαρά και μπορεί να πεθάνουν από τη γρίπη H5N1. Η μελέτη εκτιμά ότι υπάρχει προστασία της τάξης του 75% έναντι της πιθανότη-



τας να αρρωστήσει κανείς σοβαρά από γρίπη και 80% έναντι ενός πιθανού θανάτου λόγω γρίπης, αν ο ασθενής ως παιδί είχε εκτεθεί σε έναν ιό γρίπης που ταιριάζει με τον τωρινό.

Οι ερευνητές εξέφρασαν την ανησυχία ότι ένα μελλοντικό καθολικό εμβόλιο γρίπης μπορεί να μην είναι σε θέση να ανατρέψει το «ανοσολογικό αποτύπωμα» των ανθρώπων, άρα θα έχει εκ των πραγμάτων μειωμένη αποτελεσματικότητα.

Οι ιοί της γρίπης χωρίζονται σε δύο ευρείες ομάδες. Η πρώτη περιλαμβάνει τους υποτύπους H1, H2 και H5, ενώ η δεύτερη τους υποτύπους H3 και H7.

Τα στελέχη H5N1 και H7N9 έχουν το καθένα μολύνει σοβαρά περισσότερους

από 700 ανθρώπους, κυρίως στην Ασία και στη Μέση Ανατολή. **Αποτελούν μεγάλη πηγή ανησυχίας για το μέλλον, καθώς όχι μόνο μπορούν να μεταδοθούν από τα ζώα στους ανθρώπους, αλλά επίσης έχουν δείξει μια -προς το παρόν περιορισμένη- ικανότητα να μεταδοθούν από άνθρωπο σε άνθρωπο, συνεπώς μπορεί μελλοντικά να πυροδοτήσουν κάποια πανδημία.**

Το έτος 1968, που φαίνεται να αποτελεί το χρονικό όριο ανάμεσα στα δύο διαφορετικά ανοσολογικά αποτυπώματα για τα στελέχη H5N1 και H7N9, είναι το έτος που υπήρξε η λεγόμενη πανδημία του Χονγκ Κονγκ. Αυτή «διέγραψε» τους ιούς που ανήκαν σε μια διαφορετική γενετική

ομάδα και είχαν κυριαρχήσει στα περιστατικά εποχικής γρίπης επί μισό αιώνα προηγουμένως.

«Μέτωπο» για την εποχική γρίπη Τείχος για την αντιμετώπιση της εποχικής γρίπης στήνουν οι υγειονομικοί φορείς της χώρας, προκειμένου να προστατεύσουν την δημόσια Υγεία, απευθύνοντας έκκληση προς τους επαγγελματίες υγείας και τους πολίτες, που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου να σπεύσουν να εμβολιαστούν.

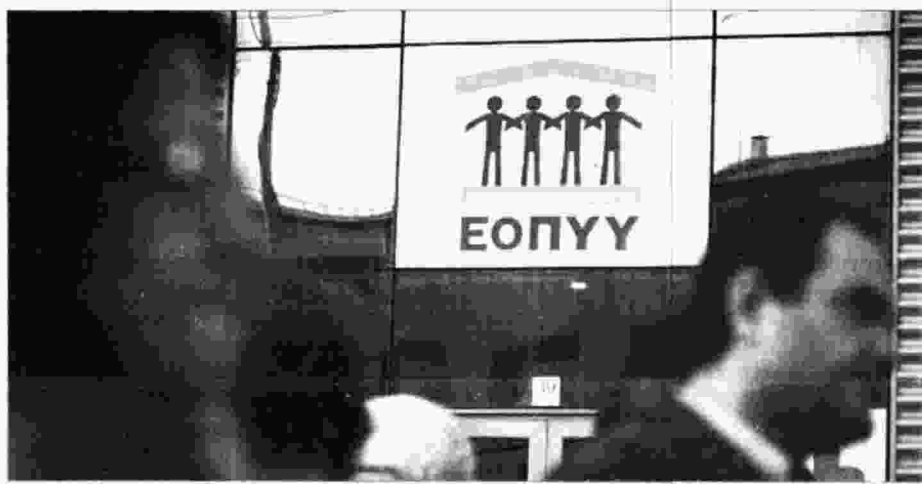
Η επιστημονική κοινότητα υπογραμμίζει σε όλους τους τόνους, ότι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος προφύλαξης είναι ο έγκαιρος εμβολιασμός.

«Η γρίπη δεν περιμένει», ανέφερε κατά τη διάρκεια συνέντευξης Τύπου ο καθηγητής Παθολογίας και Επιστημονικός συνεργάτης του ΚΕΕΛΠΝΟ, Σωτήρης Τσιόδρας, κάνοντας λόγο για «παγκόσμιο εχθρό», που προκαλεί κάθε χρόνο επιδημίες. Σύμφωνα με τον ίδιο, από εποχική γρίπη νοσεί το 3%-4% του πληθυσμού παγκοσμίως και σύμφωνα με εκτιμήσεις, προκαλεί 250.000-500.000 θανάτους, 40.000 ετησίως στην ΕΕ. Και όμως αυτό το νόσημα προλαμβάνεται με εμβολιασμό, ωστόσο τα στοιχεία είναι απογοητευτικά, όχι μόνο στην Ελλάδα, αλλά σε παγκόσμιο επίπεδο και ο κυριότερος λόγος είναι η «επιστημονική παραπληροφόρηση», είπε ο κ. Τσιόδρας.

Ανέφερε μάλιστα χαρακτηριστικά, την απάντηση γιατρού σε ερώτηση 70χρονης για το εμβόλιο. «Γιατί να το κάνεις; Αρρωσταίνεις;». **Από την ανάλυση των περσινών στοιχείων, προκύπτει ότι το 76% των ασθενών που νοσηλεύθηκαν σε ΜΕΘ και το 84% των ασθενών που κατέληξαν (σύνολο θανάτων 197), ανήκαν σε κλινική ομάδα υψηλού κινδύνου, για την οποία συστήνεται εμβολιασμός για την εποχική γρίπη.**

Αναφερόμενος στην Ελλάδα, είπε ότι η εικόνα είναι «τραγική», καθώς το ποσοστό εμβολιασμού των επαγγελματιών υγείας κυμαίνεται στο 10,93% στα νοσοκομεία και 24,91% στα Κέντρα Υγείας και στις ομάδες υψηλού κινδύνου από 20-40%.





“

Εν γένει, οι δαπάνες του ΕΟΠΥΥ είναι αφημένες στο... έλεος του θεού, της νομοθετικής ασάφειας αλλά και της ιατρικής παραβατικής συμπεριφοράς.

Νοσηρές σπατάλες αφαιμάσσουν τον ΕΟΠΥΥ

Η καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη, αλλά δεν υπάρχει τέτοια πρακτική προς το παρόν για τη δημόσια υγεία

Οτι η Υγεία νοσεί το ξέραμε. Υποψιαζόμασταν ότι μέρος της νοσηρότητας στον τομέα αυτό αποτελούν οι αλόγιστες σπατάλες που για χρόνια αφαιμάσσουν το δημόσιο κορβανά. Πρόσφατα, ο υπουργός Υγείας Ανδρέας Ξανθός, στο πλαίσιο του Παγκρήτιου Ιατρικού Συνεδρίου, επισήμανε δύο περιπτώσεις σπατάλης που ανεβάζουν τον πήχη της διαφθοράς και της κακής ιατρικής πρακτικής σε δυσθεώρητα ύψη. Το 2015, ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) αποζημίωσε τα επιθέματα κατακλίσεων με 68 εκατομμύρια ευρώ, ενώ η αντίστοιχη δαπάνη το 2012 ήταν 20 εκατομμύρια ευρώ. Εξίσου κραυγαλέο και το δεύτερο παράδειγμα, ενός ειδικού συμπληρωματος διατροφής, για το οποίο η δαπάνη άγγιξε σχεδόν τα 10 εκατομμύρια, ενώ το 2012 ήταν μόλις 8.000 ευρώ.

Σύμφωνα με τον γιατρό και αντιπρόεδρο του ΕΟΠΥΥ, **Τάκη Γεωργακόπουλο**, η αιτία του εν λόγω προβλήματος καταρχάς εντοπίζεται στο γεγονός ότι ο ΕΟΠΥΥ δεν διαθέτει ελεγκτικό μηχανισμό, ο οποίος να λειτουργεί προληπτικά στις καταχρήσεις και όχι διαπιστωτικά. «Από το 2014, που ο ΕΟΠΥΥ έχασε τους γιατρούς και τις μονάδες υγείας που πήγαν στις Υγειονομικές Περιφέρειες και στο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), έμεινε γυμνός από ελεγκτικούς μηχανισμούς, πλην της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης, όπου όμως και εκεί ο έλεγχος γίνεται μόνο κατόπιν καταγγελίας ή διαπίστωσης παραβάσεων. Δηλαδή, αυτές οι δαπάνες στις οποίες εν προκειμένω διαπιστώθηκε διακύμανση, δεν ελέγχονται. Εν γένει, οι δαπάνες του ΕΟΠΥΥ είναι αφημένες στο... έλεος του θεού, της νομοθετικής ασάφειας αλλά και της ιατρικής παραβατικής συμπεριφοράς.»

Να συζητήσουμε από την αρχή

Είναι εφικτό να προληφθούν, λοιπόν, τέτοιες σπατάλες που τραυματίζουν πολλαπλά τη δημόσια υγεία; «Χρειάζεται να γίνει συζήτηση από μηδενική βάση και να αναθεωρήσουμε την ισχύουσα νομοθεσία. Να προσδιορίσουμε τις έννοιες και τη χρήση των υλικών και των σκευασμάτων. Δεν αρκεί να υποκοστολογήουμε τα υλικά, διότι κάποια στιγμή η βιομηχανία θα μας κάνει εμπόριο. Ήδη υπάρχει αυτό το ζήτημα για τα επιθέματα τα οποία υποκοστολογήσαμε. Για την περίπτωση των σκευασμάτων διατροφής ειδικότερα, η Ευρωπαϊκή Ένωση αναγνωρίζει ότι τα συμπληρώματα διατροφής απευθύνον-

ται σε υγιείς οργανισμούς, συνεπώς δεν έχουν θέση στη θεραπεία αρρώστων. Οι εταιρείες για να τα πλασάρουν τα ονόμασαν σκευάσματα θεραπευτικής διατροφής, αλλά τέτοιο είδος δεν υφίσταται. Εν συνεχεία, εφόσον θεωρούνται συμπληρώματα στη θεραπεία μιας νόσου, θα πρέπει να πιστοποιούνται και να εγκρί-

νεται η κυκλοφορία τους με την ίδια διαδικασία που ισχύει για τα φάρμακα. Διαφορετικά ακυρώνεται ο θεραπευτικός στόχος που ευαγγελίζονται. Επιπλέον, δεν μπορεί να χαρακτηρίζεται σκεύασμα ειδικής θεραπευτικής διατροφής ό,τι δεν περιέχει θρεπτικές ουσίες τροφών. Γιατί σήμερα ο ΕΟΠΥΥ αποζημιώνει μέχρι και

εκχυλίσματα ριζών... Για το θέμα αυτό ετοιμάζουμε και ερώτηση στο Ευρωκοινοβούλιο.» καταλήγει ο αντιπρόεδρος του ΕΟΠΥΥ.

Ζωή Γεωργοπούλα

Φάρμακα, φαρμάκια για το δημόσιο

Μια σημαντική μαύρη τρύπα στο χάος της σπατάλης στον ΕΟΠΥΥ αποτελεί η λεγόμενη προκλητή ζήτηση στα φάρμακα. Μάλιστα η δημόσια δαπάνη για τα φάρμακα ήταν τόσο ανεξέλεγκτη, μέχρι και την περίοδο που συνέπεσε με την έναρξη των μνημονίων, που είχε φτάσει τα 5,5 δισ. ετησίως, διαρκώς κλιμακούμενη.

Ο Ηλίας Γιαννόγλου, αντιπρόεδρος του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ) και πρόεδρος της νεοσυσταθείσας Επιτροπής Ελέγχου Φαρμακευτικής Δαπάνης του υπουργείου Υγείας, επισημαίνει στην «Εποχή»: «Στον ΕΟΠΥΥ υπάρχει ένας κλειστός προϋπολογισμός για τη φαρμακευτική δαπάνη ύψους 1.945 δισ. Ο,τι δαπανάται υπερβαίνοντας αυτόν τον προϋπολογισμό επιστρέφεται από τις εταιρείες. Αυτό προφανώς δημιουργεί μεγάλο ζήτημα και στις εταιρείες. Για φέτος υπολογίζεται ότι ο προϋπολογισμός θα ξεπεραστεί κατά περίπου 500 εκατ. Για να ελεγχθούν αυτές οι αποκλίσεις, αλλά και η μη αποτελεσματικότητα των μέχρι σήμερα ειλημένων μέτρων από την πλευρά της κυβέρνησης, συστήθηκε από τον υπουργό Υγείας Α. Ξανθό, η Επιτροπή Ελέγχου Φαρμακευτικής Δαπάνης. Ένα από τα μέτρα που έχουν ήδη ληφθεί, αλλά δεν αποδίδει τα αναμενόμενα είναι τα λεγόμενα θεραπευτικά πρωτόκολλα. Δηλαδή, δίδονται στους γιατρούς οδηγίες σχετικά με τη συνταγογράφηση συγκεκριμένων παθήσεων, όπως σακχαρώδης διαβήτης, οστεοπόρωση, ρευματοειδή αρθρίτιδα κ.ά. Όμως, η εμπειρία έχει δείξει ότι αυτές οι οδηγίες εύκολα παρακάμπτονται από τους γιατρούς. Δηλαδή, συχνά ο γιατρός, αντί να δώσει το ελαφρύ και φτηνό φάρμακο, που μπορεί να θεραπεύσει την πάθηση, προτιμά να δώσει ένα βαρύ και ακριβό, που να μην θεραπεύει την πάθηση, αλλά επιβαρύνει τον οργανισμό και το δημόσιο χωρίς λόγο. Όταν, για παράδειγμα, κάποιος πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη και πρωτοεπισκέπτεται το γιατρό, συχνά του δίδεται αγωγή επόμενου

“

Συχνά ο γιατρός, αντί να δώσει το ελαφρύ και φτηνό φάρμακο, που μπορεί να θεραπεύσει την πάθηση, προτιμά να δώσει ένα βαρύ και ακριβό, που να μην θεραπεύει την πάθηση, αλλά επιβαρύνει τον οργανισμό και το δημόσιο χωρίς λόγο.

σταδίου, χωρίς να δοκιμαστεί πρώτα η άσκηση και η παρακολούθηση, ενώ στο σύστημα σημειώνεται ότι το πρώτο θεραπευτικό στάδιο δοκιμάστηκε, χωρίς να χρειαστεί να το αποδείξει αυτό ο γιατρός. Η συμπεριφορά αυτή μπορεί να εκδηλώνεται εκ μέρους των γιατρών είτε λόγω διαφθοράς είτε λόγω εσφαλμένης ιατρικής πρακτικής. Αυτή τη συμπεριφορά, όμως, το σύστημα δεν μπορεί και ούτε χρειάζεται να την αντέξει.»

Αυτή η πρακτική, ανεξαρτήτως αν οφείλεται σε διαφθορά ή σε κακή ιατρική πρακτική, μπορεί να προληφθεί και να εξαλειφθεί; «Μπορεί να προληφθεί αν τα θεραπευτικά πρωτόκολλα είναι κλειδωμένα» απαντά ο αντιπρόεδρος του ΕΟΦ.

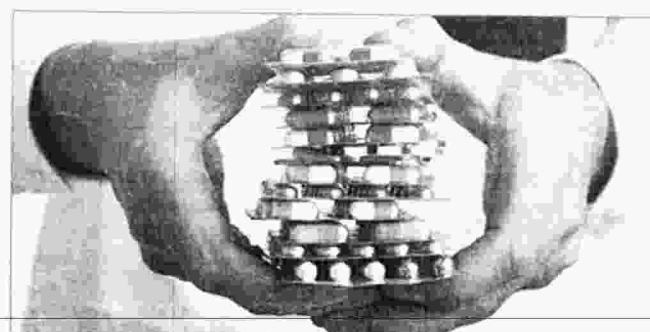
Χωρίς διαπραγμάτευση

Ένα ακόμα ζήτημα σπατάλης στο χώρο του φαρμάκου προκύπτει από το γεγονός ότι μέχρι σήμερα τα φάρμακα που έμπαιναν στη λίστα αποζημίωσης του ΕΟΠΥΥ, έμπαιναν χωρίς διαπραγμάτευση στην τιμή, δηλαδή το κράτος δεν ζητούσε κάποια έκπτωση από την εταιρεία για να βάλει ένα φάρμακο στη λίστα αποζημίωσης. Όπως διευκρινίζει στην «Εποχή» ο Η. Γιαννόγλου, «από το καλοκαίρι έχει δημιουργηθεί μια επιτροπή στον ΕΟΠΥΥ η οποία διαπραγματεύεται ήδη παλιότερα φάρμακα με τις εταιρείες, όπως για την ηπατίτιδα C, και θα συνεχίσει και με νεοεισερχόμενα φάρμακα.»

«Η Ελλάδα για μια φαρμακευτική εταιρεία αποτελεί χώρα αναφοράς για άλλες μεγάλες χώρες όσον αφορά την τιμολόγηση φαρμάκων, π.χ. τη Βραζιλία και την Τουρκία. Δηλαδή με βάση την τιμή που δίνεται σε ένα φάρμακο στην Ελλάδα διαμορφώνεται η τιμολόγηση και σε μια άλλη μεγαλύτερη χώρα. Αυτό που τώρα διαπραγματευόμαστε είναι η λιανική τιμή του φαρμάκου που θα πάρει η εταιρεία στην Ελλάδα να είναι άλλη και να είναι φανερό και άλλη η τιμή στην οποία θα πληρώσει το ίδιο φάρμακο ο αποζημιωτικός φορέας, π.χ. ο ΕΟΠΥΥ, και να είναι μυστική.»

Ελπίζουμε βάσιμα ότι αυτά τα αυτονόητα βήματα θα ευωδοθούν και στην επόμενη κουβέντα μας με τους υπεύθυνους θα έχουμε τα πρώτα θετικά αποτελέσματα.

Ζ.Γ.



98 προσλήψεις

Με 98 ειδικευμένους ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων θα ενισχύσει το υπουργείο Υγείας τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και τις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών. Η πλειονότητα των

θέσεων θα καλυφθεί στο ΓΝ Παίδων για Σοφία» (6 θέσεις) και ΓΝΘ Ιπποκράτους (8 θέσεις). Από 4 θέσεις μοιράζονται νοσοκομεία: ΓΝ Σισμανόγλειο, ΠΓΝ ΧΕΠΑ, ΠΓΝ Λάρισας, ΠΓΝ Ηρακλείου, ΓΝΘ «Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ» κα

Νοσοκομείο	Θέσεις
ΓΝΑ ΚΑΤ	4
ΓΝΑ «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»	1
ΓΝΑ «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ» - ΓΝΜΑ «ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΝΓΚ»	4
ΓΝΝΙ ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ - ΠΑΤΗΣΙΩΝ	1
ΓΟΝΚ «ΑΓ. ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»	3
ΓΝ ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ	1
ΓΝΑ «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»	1
ΓΝ «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ» - ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ	2
ΓΝΑ «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ» Ε.Ε.Σ.	1
ΑΘΩΝΑ «ΑΓ. ΣΑΒΒΑΣ»	2
ΓΝ ΠΑΙΔΩΝ «ΑΓ. ΣΟΦΙΑ»	6
ΓΝΝΘΑ «ΣΩΤΗΡΙΑ»	2
ΓΝ ΠΑΙΔΩΝ «Π.&Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ»	2
ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»	1
ΓΝ ΝΙΚΑΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΑ «ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ» - ΓΝΔΑ «ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ»	3
ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»	2
ΓΝ ΠΕΙΡΑΙΑ «ΤΖΑΝΕΙΟ»	1
ΕΑΝΠ «ΜΕΤΑΞΑ»	3
ΓΝΕ «ΘΡΙΑΣΙΟ»	2
ΓΝΘ «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»	4

Νοσοκομείο	Θέσεις
ΓΝΘ «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ» - ΓΝΘ «ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ»	
ΓΝΘ «Γ. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»	
ΓΝΘ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	
ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ	
ΠΓΝ ΕΒΡΟΥ	
ΠΓΝ ΛΑΡΙΣΑΣ -ΓΝ ΛΑΡΙΣΑΣ «ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ»	
ΓΝ ΛΑΜΙΑΣ	
ΓΝ ΒΟΛΟΥ	
ΠΓΝ ΠΑΤΡΩΝ «ΠΑΝΑΓΙΑ Η ΒΟΗΘΕΙΑ»	
ΓΝ ΠΑΤΡΩΝ «ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»	
ΠΓΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	
ΓΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ «Γ. ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ»	
ΓΝ ΑΡΤΑΣ	
ΠΓΝ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ - ΓΝ «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ»	
ΠΓΝ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ - ΓΝ «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ»	
ΓΝ ΡΕΘΥΜΝΟΥ	
ΓΝ ΧΑΝΙΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ»	
ΣΥΝΟΛΟ ΘΕΣΕΩΝ	

στην Υγεία

των «Α-κράτειο» γίνονται τα ΓΝΘ Α-κλείου, η ΓΝΑ «ΚΑΤ». Η περίοδος υποβολής αιτήσεων ξεκινά στις 16 Νοεμβρίου και ολοκληρώνεται στις 5 Δεκέμβρη. Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να λαμβάνουν εκτενέστερη πληροφόρηση στα τηλέφωνα 213-2161208, 213-2161227, 213-2161222.

Θέσεις
2
3
8
4
2
4
3
1
4
3
7
2
1
4
2
1
1
98

