

Μετά το Πάσχα οι θεσμικές αλλαγές στο φάρμακο

■ ■ ■ **Μετά** το Πάσχα αναμένεται να έχει καταλήξει το υπουργείο Υγείας στο πλαίσιο των αλλαγών που αφορούν στο φάρμακο και οι οποίες θα είναι αποδεκτές και από τους θεσμούς. Όπως όλα δείχνουν, το σχέδιο που προέβλεπε την «προέγκριση» ενός φαρμάκου από τα συστήματα αξιολόγησης τεχνολογίας υγείας (HTA) έξι ευρωπαϊκών χωρών, προκειμένου να αποζημιωθεί και στην Ελλάδα, δεν θα ισχύσει. Το υπουργείο προσπαθεί να καταλήξει στο «φίλτρο» εκείνο το οποίο να μπορεί να καθορίζει το ποια φάρμακα αξίζει να αποζημιώνονται ως πραγματικά καινοτόμα, μέχρι βεβαίως να μπορέσει και η χώρα μας να έχει το δικό της σύστημα HTA. Όσον αφορά στο rebate 25% που θα σχεδιαζόταν να επιβαρύνει τα νεοεισερχόμενα φάρμακα, αυτό μάλλον θα επανεξεταστεί και πιθανότατα να μην αποτελέσει μια «ανεξάρτητη» επιβάρυνση, αλλά να ενσωματωθεί στο ένα ενιαίο rebate. Γενικά πάντως το υπουργείο ακόμη δεν έχει καταλήξει στο αν τα μέτρα για το φάρμακο θα περιληφθούν σε νομοσχέδιο του υπουργείου Υγείας ή αν θα είναι ενσωματωμένα ενδεχομένως σε ένα πολυνομοσχέδιο το οποίο θα αφορά στις υπόλοιπες ρυθμίσεις της αξιολόγησης. Γ. Σακ.

[SID:10979934]

Δεύτερο τραγικό περιστατικό σε λίγα 24ωρα Πέθανε 55χρονος στη Χαλκιδική, χωρίς να μεταφερθεί σε νοσοκομείο

Την αποκάλυψη και δεύτερου περιστατικού με 55χρονο που έχασε τη ζωή του λόγω έλλειψης οδηγών ασθενοφόρων στη Χαλκιδική έκανε ένας εθελοντής διασώστης, που κλήθηκε να παράσχει τις πρώτες βοήθειες.

Ο εθελοντής Θέμης Ιερησιώτης κατήγγειλε στον τηλεοπτικό σταθμό ANT1 ότι ο 55χρονος υπέστη έμφραγμα το βράδυ της Μ. Δευτέρας και πέθανε από ανακοπή στο χωριό Νέα Σκιώνη, χωρίς να υπάρχει δυνατότητα να μεταφερθεί άμεσα σε νοσοκομείο με ασθενοφόρο.

Στην περιοχή λειτουργεί το Κέντρο Υγείας Κασσανδρείας, το οποίο διέθετε ασθενοφόρο, αλλά δεν είχε προσωπικό σύμφωνα με τις περιγραφές του εθελοντή. Το μοναδικό ασθενοφόρο με προσωπικό βρισκόταν σε απόσταση 80 χλμ., για να αντιμετωπίσει άλλο περιστατικό στον Πολύγυρο, και εφόσον ολοκλήρωνε την αποστολή του, χρειαζόταν περίπου μιάμιση ώρα, για να φτάσει στη Νέα Σκιώνη.

Η διευθύντρια του ΕΚΑΒ Θεσσαλονίκης Χρυσή Ματσοκούδη πάντως επισήμανε ότι έχουν παραποιηθεί τα γεγονότα και πως το ασθενοφόρο, το οποίο μάλιστα ήταν εκτός βάρδιας, έφτασε σε 22 λεπτά. «Τα πράγματα έχουν παραποιηθεί και τραβηχθεί εις βάρος του ΕΚΑΒ. Βέβαια έχουμε ελλείψεις, αλλά αυτό είναι ένα γενικότερο πρόβλημα, που αφορά όλη τη χώρα», σημείωσε η κ. Ματσοκούδη μιλώντας στο ΑΠΕ-ΜΠΕ. Η διευθύντρια του Κέντρου Υγείας Κασσανδρείας Σοφία Δημοπούλου ανέφερε ότι η ίδια ενημερώθηκε από τον εθελοντή διασώστη, ο οποίος πρόβη στις καταγγελίες, ότι τον κάλεσαν στις 10.11 το βράδυ στο σπίτι του 55χρονου στη Σκιώνη, όπου πήγε από τη Φούρκα και του έκανε καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (ΚΑΡ-ΠΑ). «Στις 10.33 μ.μ. έγινε κλήση στο Κέντρο Υγείας Κασσανδρείας και εκείνη την ώρα υπήρχε ένας διασώστης του ΕΚΑΒ, ο οποίος άρχισε βάρδια στις 11, αλλά είχε έρθει νωρίτερα. Σήκωσε εκείνος το τηλέφωνο και έφυγε αμέσως για τη Σκιώνη, όπου έφτασε στις 10.55', δηλαδή πριν από



Ο 55χρονος υπέστη έμφραγμα το βράδυ της Μεγάλης Δευτέρας και σύμφωνα με καταγγελία εθελοντή διασώστη δεν υπήρχε η δυνατότητα να μεταφερθεί άμεσα σε νοσοκομείο λόγω έλλειψης ασθενοφόρου με προσωπικό. Ωστόσο η διευθύντρια του ΕΚΑΒ Θεσσαλονίκης επισημαίνει πως το ασθενοφόρο έφτασε στο σπίτι του άτυχου άνδρα σε 22 λεπτά, αλλά ήταν ήδη αργά. ΦΩΤ. ΑΡΧΕΙΟΥ

την ώρα που άρχισε επίσημα η βάρδιά του. Έκανε 22 λεπτά, για να φτάσει. Με δεδομένη τη χιλιομετρική απόσταση αυτό είναι φυσιολογικό, έφτασε στο χρόνο που προβλέπεται να φτάσει. Δυστυχώς ο άνθρωπος είχε πεθάνει. Έκαναν καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση και επτά απινιδώσεις για μία ώρα και ένα τέταρτο, αλλά δεν ανταποκρίθηκε η καρδιά», εξήγησε η κ. Δημοπούλου. Η ίδια ανέφερε ότι στη Χαλκιδική υπάρχουν πέντε Κέντρα Υγείας, καθένα από τα οποία διαθέτει ασθενοφόρο, αλλά δεν υπάρχει επαρκής στελέχωση με διασώστες. «Έχουμε πολύ λιγότερους διασώστες απ' ό,τι θα έπρεπε και χονδρικά καλύπτονται οι μισές βάρδιες. Δεν καλύπτονται όλες οι βάρδιες κάθε οκτάωρο, οπότε δυστυχώς δεν υπάρχει ασθενοφόρο σε κάθε βάρδια λόγω έλλειψης πληρώματος», πρόσθεσε η κ. Δημοπούλου.

Είναι το δεύτερο περιστατικό μέσα σε λίγες ημέρες που δείχνει τις σοβαρές ελλείψεις του ΕΚΑΒ στη Χαλκιδική. Το βράδυ της περασμένης Παρασκευής έχασε τη ζωή του ένας 38χρονος με πνευμονικό οίδημα από την Ουρανούπολη Χαλκιδικής, διότι καθυστέρησε σχεδόν δύο ώρες (1 ώρα και 50 λεπτά) να φτάσει ασθενοφόρο. Το ασθενοφόρο ξεκίνησε από την Κασσανδρεία, καθώς δεν υπήρχε άλλο σε κοντινή απόσταση.

Δέσμευση από τον Κυριάκο για μικρότερη φορολόγηση

Εξαπέλυσε βέλη προς το Μαξίμου

ΤΗ ΔΕΣΜΕΥΣΗ του να βάλει φρένο στην υπερφορολόγηση επανέλαβε χθες ο Κυριάκος Μητσοτάκης, στη διάρκεια της συνάντησής του με τους προέδρους του Τεχνικού Επιμελητηρίου Ελλάδας Γ. Στασινό, του Οικονομικού Επιμελητηρίου Ελλάδας Κ. Κόλλια, του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου Μ. Βλασταράκο και τον εκπρόσωπο του Δικηγορικού Συλλόγου Αθηνών Γ. Παπαδόπουλο.

Μεταξύ άλλων, συζητήθηκαν οι συνθήκες ασφυξίας στην πραγματική οικονομία και οι υπέρογκες ασφαλιστικές εισφορές που οδηγούν στο κλείσιμο χιλιάδες «μπλοκάκια» και στη μετάπτωση ικανό και εξειδικευμένο ανθρώπινο δυναμικό.

«Λογικές»

Ο πρόεδρος της Ν.Δ. τόνισε: «Το κράτος πρέπει να επιβάλλει λιγότερους φόρους και εισφορές, και οι φορολογούμενοι να δηλώνουν τα πραγματικά τους εισοδήματα και να είναι συνεπείς σε λογικές φορολογικές και ασφαλιστικές υποχρεώσεις. Ετσι ώστε όλοι μαζί, κράτος, πολίτες και αγορά, ενωμένοι, όχι διχασμένοι, να βγάλουμε την Ελλάδα από την κρίση».

Σήμερα θα μεταφέρει τη σκληρή κριτική προς την κυβέρνηση στη Βουλή, κατά τη συζήτηση για τη σύσταση εξεταστικής επιτροπής για την Υγεία. Στην πρώτη δημόσια παρέμβασή του μετά τη συνεδρίαση του Eurogroup και το προσύμφωνο για την ολοκλήρωση της αξιολόγησης, ο πρόεδρος της αξιωματικής αντιπολίτευσης θα καλέσει τον πρωθυπουργό να εξηγήσει στον ελληνικό λαό τι κέρδισε η χώρα από τις καθυστερήσεις στη διαπραγμάτευση. Οσον αφορά την Υγεία, ο Κυριάκος Μητσοτάκης θα καταγγείλει το «κυβερνητικό σόου» και θα διαμνύσει ότι οι σημερινοί κυβερνητικοί εταίροι δεν θα αποφύγουν τον έλεγχο για τα δικά τους πεπραγμένα.

Φ. Πανταζής

ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΟΖΑΝΗ

Καταδίκη γιατρών και νοσηλεύτριας για θάνατο αγοριού



Ένοχοι και σε δεύτερο βαθμό για τον θάνατο αγοριού, ηλικίας 13 μηνών, από αμέλεια, κρίθηκαν δύο γιατροί και μία νοσηλεύτρια, που τιμωρήθηκαν με ποινές φυλάκισης από 8 έως 16 μηνών, με ζετή αναστολή. ΣΕΛ 8-9

Καταδίκη γιατρών και νοσηλεύτριας για τον θάνατο αγοριού από την Κοζάνη

Ένοχοι και σε δεύτερο βαθμό για το θάνατο του μικρού Γιάννη

Ένοχοι και σε δεύτερο βαθμό για τον θάνατο αγοριού, ηλικίας 13 μηνών, από αμέλεια, κρίθηκαν δύο γιατροί και μία νοσηλεύτρια, που τιμωρήθηκαν με ποινές φυλάκισης από 8 έως 16 μηνών, με 3ετή αναστολή. Πρόκειται για την περίπτωση του μικρού Γιάννη από την Κοζάνη, που μεταφέρόταν για αρκετές μέρες από νοσοκομείο σε νοσοκομείο στην Βόρεια Ελλάδα, μέχρι που κατέληξε, κατόπιν νοσηλείας, στο «Ιπποκράτειο» στην Θεσσαλονίκη. Η υπόθεση είχε απασχολήσει το πανελλήνιο, προκαλώντας την παρέμβαση της πρώην υπουργού Υγείας Μαριλίζας Ξενογιαννακοπούλου, η οποία είχε ζητήσει να ερευνηθούν οι ακριβείς συνθήκες του θανάτου.

Όλα ξεκίνησαν στις 6 Μαρτίου του 2010, όταν το παιδί παρουσίασε ήπια αδιαθεσία. Καθώς ο παιδίατρος που το παρακολούθησε έλειπε εκτός Κοζάνης, όπου διέ-

μενε η οικογένεια του παιδιού, οι γονείς απευθύνθηκαν στα δύο νοσοκομεία του νομού, το «Μαμάτσειο» Κοζάνης και το «Μποδοσάκειο» Πτολεμαΐδας, όπου, όπως διαπίστωσαν, οι παιδιατρικές κλινικές δεν λειτουργούσαν. Κατόπιν τούτου, απευθύνθηκαν στο νοσοκομείο της Βέροιας, όπου διαγνώστηκε αρχικά βρογχολίπδα κι έπειτα από νοσηλεία στο ίδιο νοσοκομείο, γαστρεντερίτιδα. Μία σειρά από ιατρικές παραλείψεις, που περιγράφονται στο κατηγορητήριο -όπως η μη χρήση ενδοφλέβιου ορού, κάτι που είχε ως αποτέλεσμα να αφυδατωθεί το αγοράκι- επιδείνωσαν την κατάσταση της υγείας του. Ύστερα από επιμονή των γονιών, ο μικρός Γιάννης μεταφέρθηκε στη Θεσσαλονίκη, αρχικά στο νοσοκομείο ειδικών παθήσεων «Λοιμωδών» κι έπειτα στο «Ιπποκράτειο», όπου εισήχθη στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Εκεί, υπέστη

σπληνικό σοκ και κατέληξε μία βδομάδα αργότερα.

Στο εδώλιο του Τριμελούς Εφετείου Θεσσαλονίκης, το οποίο εξέτασε σε δεύτερο βαθμό την υπόθεση, κάθισαν ο τότε διευθυντής της παιδιατρικής κλινικής της Βέροιας, μία νοσηλεύτρια του ίδιου νοσοκομείου και ο πρώην ανασληρωτής διευθυντής της παιδιατρικής κλινικής του «Λοιμωδών». Μετά από πολυήμερη ακροαματική διαδικασία κρίθηκαν ένοχοι για ανθρωποκτονία από αμέλεια, ενώ το δικαστήριο τους αναγνώρισε το ελαφρυντικό του πρότερου έντιμου βίου. Στον κατηγορούμενο διευθυντή της Βέροιας επιβλήθηκε ποινή φυλάκισης 16 μηνών, στο συνάδελφό του από το «Λοιμωδών» ποινή φυλάκισης 9 μηνών, ενώ η νοσηλεύτρια τιμωρήθηκε με ποινή φυλάκισης 8 μηνών. Το δικαστήριο ανέστειλε τις ποινές, οι οποίες είναι χαμη-



λότερες σε σχέση με το πρωτόδικο δικαστήριο (φυλάκιση 24 μηνών στον πρώτο και 18 μηνών στους δύο τελευταίους).

Απολογούμενοι οι κατηγορούμενοι αρνήθηκαν την κατηγορία, τονίζοντας ότι προέβησαν σε όλες τις ενέργειες που προβλέπει η ιατρική επιστήμη. Δεν έπεισαν όμως το δικαστήριο, ενώ είναι χαρακτηριστικό ότι η προεδρεύουσα της διαδικασίας, αναπτύσσοντας προφορικά το σκεπτικό της απόφασης κι αφού αναφέρθηκε στις παραλείψεις τους, τόνισε ότι το άτυχο παιδί «δεν είχε την φροντίδα που έπρεπε να έχει».

Ελλείψεις στα κέντρα υγείας στη δυτική Θεσσαλονίκη

Το θέμα των ελλείψεων που παρατηρούνται στα κέντρα υγείας της δυτικής υπαίθρου της Θεσσαλονίκης έθεσε ο αντιπεριφερειάρχης Ανάπτυξης και Περιβάλλοντος της Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας, Κώστας Γιουτίκας, στον Διοικητή της Γ' Υγειονομικής Περιφέρειας, Γιώργο Κίρκο, και τον υποδιοικητή Αγάπιο Γαβριηλίδη, με τους οποίους συναντήθηκε στην έδρα της Γ' ΥΠΕ.

Ο κ. Γιουτίκας, επισήμανε ότι σοβαρά προβλήματα υπολειτουργίας και υποστελέχωσης αντιμετωπίζουν τα Κέντρα Υγείας Χαλάστρας και Διαβατών στο Δήμο Δέλτα και το Κέντρο Υγείας Κουφαλίων στο Δήμο Χαλκηδόνος. Συγκεκριμένα, ανέφερε ότι οι κάτοικοι ανησυχούν πως λόγω του σχεδιασμού για τη δημιουργία Κέντρου Υγείας Αστικού Τύπου στον Εόσμο, με σκοπό την κάλυψη των πρωτοβάθμιων αναγκών Υγείας στη δυτική πλευρά της πόλης, θα αποδυναμωθούν τα παραπάνω κέντρα υγείας. Υπογράμμισε, επίσης, ότι ο σχεδιασμός για τη δημιουργία κέντρων υγείας αστικού τύπου δεν είναι κακός σαν σύλληψη, αλλά δεν μπορεί να υλοποιηθεί μέσω της αποδυνάμωσης των κέντρων υγείας περιφερειακού τύπου.

Ειδικότερα, διευκρίνισε, ότι από τις δομές αυτές εξυπηρετούνται πάνω από εκατό χιλιάδες άνθρωποι. Ζήτησε, μάλιστα, από τον κ. Κίρκο να παραμείνει σε κάθε κέντρο υγείας ικανός αριθμός γιατρών, ώστε να μπορεί να εφημερεύει με δύο γιατρούς ανά βάρδια, να στηριχτεί η πρωτοβάθμια υγεία, ώστε να εξακολουθήσει να λειτουργεί ως κυματοθραύστης προτού προσέλθουν οι πολίτες σε κάποιο νοσοκομείο, αλλά και να δημιουργηθεί σταθμός ασθενοφόρων ανάμεσα στους δήμους Δέλτα και Χαλκηδόνος ώστε να εξυπηρετούνται με αυτά όλες οι περιοχές. Κατά τη διάρκεια της συνάντησης τέθηκε το θέμα να παρευρεθεί ο κ. Κίρκος και σε σχετική συνεδρίαση του Περιφερειακού Συμβουλίου Κεντρικής Μακεδονίας.

Σε ό,τι αφορά τις απαντήσεις που έλαβε, ο κ. Γιουτίκας σημείωσε πως σύμφωνα με τον κ. Κίρκο, οι προσλήψεις γιατρών έχουν εξαιρεθεί από τη μνημονιακή υποχρέωση της χώρας και είναι πρόθεση της πολιτείας να προχωρήσει σε προσλήψεις 2000 γιατρών που θα καλύψουν κατά προτεραιότητα θέσεις στα επείγοντα και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και στη συνέχεια στα κέντρα υγείας.

ΝΕΑ ΑΜΦΙΣΒΗΤΗΣΗ
**ΤΕΛΙΚΑ ΟΙ «13»
ΗΤΑΝ ΟΙ «53»
ΚΑΙ ΕΠΙΜΕΝΟΥΝ**

ΣΕΛ. 10





Ανοικτές πληγές έχει αφήσει στον ΣΥΡΙΖΑ η Κεντρική Επιτροπή της Κυριακής, στην οποία εκδηλώθηκε η «ανταρσία» των 53+

Οι «13», οι «53» και η νέα αμφισβήτηση

Λάδι στη φωτιά ρίχνει η νέα παρέμβαση της εσωκομματικής αντιπολίτευσης του ΣΥΡΙΖΑ που επιμένει να αμφισβητεί την κυβέρνηση

ΤΟΥ ΑΙΜΙΛΙΟΥ ΠΕΡΔΙΚΑΡΗ

Ρίχνει τους τόνους απέναντι στους δανειστές, τους εύχεται καλό Πάσχα και περιμένει την επιστροφή τους στην Αθήνα στο τελευταίο δεκαήμερο του Απριλίου. Αυτή είναι η τακτική που ακολουθεί τώρα η κυβέρνηση, βαδίζοντας και η ίδια ψηλαφιστά μετά την πολιτική συμφωνία στο Eurogroup της Μάλτας.

Στο εσωτερικό όμως, αν και επιχειρεί να παρουσιάσει ως δεδομένη την ψήφιση των μέτρων από τους βουλευτές της, υποβαθμίζοντας τις επιφυλάξεις και ενστάσεις που εκφράστηκαν στην Κεντρική Επιτροπή του ΣΥΡΙΖΑ, η ομάδα των 53+ επιβεβαίωσε ότι στηρίζει την παρέμβαση δώδεκα μελών της που συνυπέγραψαν με τον Νίκο Φίλη το «μανιφέστο» που παρακούνισε το κομματικό όργανο. Με ανάρτηση στην ιστοσελίδα τους (commonality.gr), οι 53+ επιμένουν στο διακριτό στίγμα τους σε σχέση με την ηγεσία, υποστηρίζοντας ότι το κείμενο παρέμβασης επεκτείνεται σε ζητήματα που αφορούν τη λειτουργία, τις συλλογικές δημοκρατικές διαδικασίες, τις ολιγωρίες και τα λάθη που έχουν γίνει από την κυβέρνηση.

«Επιχειρεί επίσης, μιλώντας για την ανάγκη μιας συνολικής αριστερής στροφής, να περιγράψει ένα σχέδιο που θα επανασυνδέσει τον ΣΥΡΙΖΑ με την κοινωνία των πολλών και τα ριζοσπαστικά κοινωνικά κινήματα» συμπληρώνει χαρακτηριστικά η ομάδα των 53+ στα χθεσινά «αποκαλυπτήριά» της. Και παρότι υποστηρίζει

ότι η ερμηνεία περί εκλογών είναι αυθαίρετη, αποφεύγει να ερμηνεύσει την επίμαχη φράση στο κείμενό της, το οποίο είχε εκληφθεί ως εκλογικό σινιάλο από όλα τα μέλη της Κεντρικής Επιτροπής: «Στην τελική, ο μόνος που μπορεί να αποφασίσει για την ίδια τη ζωή του είναι ο ελληνικός λαός. Είναι ο τελικός κριτής».

Νωρίτερα, ο κυβερνητικός εκπρόσωπος είχε επαναλάβει με νόημα ότι η απόφαση της ΚΕ είναι δεσμευτική erga omnes, αν και παραδέχθηκε ότι η συμφωνία αποτελεί «συμβιβασμό με αμοιβαίες υποχωρήσεις».

ΣΕ ΓΡΑΜΜΗ ΣΟΪΜΠΛΕ. Σε ό,τι αφορά τη διαπραγμάτευση, η κυβέρνηση, αποδεχόμενη οριστικά τη συμμετοχή του ΔΝΤ στο ελληνικό πρόγραμμα, υιοθετεί το χρονοδιάγραμμα που περιέγραψε ο Βόλφγκανγκ Σοϊμπλε και προβλέπει πρώτα την ψήφιση των μέτρων της συμφωνίας και στη συνέχεια τον καθορισμό των μέτρων για τη διευθέτηση του χρέους. Το Μαξίμου υποστηρίζει πλέον ότι εάν δεν υπάρξουν μέτρα για το χρέος, δεν θα εφαρμοστούν τα μέτρα των 3,6 δισ. ευρώ που περιλαμβάνει η συμφωνία για αφορολόγητο, συντάξεις κ.τ.λ.

Δικαιολογητική βάση, σύμφωνα με τον κυβερνητικό εκπρόσωπο, αποτελεί ότι το ΔΝΤ, που ζήτησε τα μέτρα, βάζει ως όρο για τη συμμετοχή του στο πρόγραμμα τη βιωσιμότητα του χρέους. Πράγμα το οποίο σημαίνει πως η Αθήνα βλέπει ξανά ως σύμμαχο στο αίτημά της για το χρέος το Ταμείο, παρότι προηγήθηκε μια περίοδος ψυχρότητας και αιτιάσεων κατά του ΔΝΤ για την παρελκυστική του τακτική. «Καμία εμπλοκή δεν υπάρχει με κανέναν από τους εμπλεκόμενους» είπε χαρακτηριστικά ο Δημήτρης Τζανακόπουλος.

Ο ΟΔΙΚΟΣ ΧΑΡΤΗΣ ΤΗΣ ΣΥΜΦΩΝΙΑΣ. Σε ό,τι αφορά το ακριβές χρονοδιάγραμμα, πρώτο βήμα θα είναι η επιστροφή των θεσμών στην Αθήνα, μετά την εαρινή Σύνοδο του ΔΝΤ (21-23 Απριλίου). Θα ακολουθήσουν η ολοκλήρωση της

τεχνικής συμφωνίας, η ψήφιση των μέτρων στη Βουλή και, τέλος, η σύγκληση του Eurogroup – ενδεχομένως και έκτακτου, διαφορετικά του τακτικού στις 22 Μαΐου – προκειμένου να κλείσει η αξιολόγηση και να καθοριστούν τα μέτρα για το χρέος.

Αμέσως μετά, η κυβέρνηση θα επιδιώξει την ένταξη των ελληνικών ομολόγων στο πρόγραμμα ποσοτικής χαλάρωσης της ΕΚΤ το αργότερο έως τη συνεδρίαση της 8ης Ιουνίου. Διαφορετικά, υπάρχει σοβαρό ενδεχόμενο η απόφαση της Ευρωτράπεζας να παγώσει λόγω των γερμανικών εκλογών και να καθεί πολυτίμος χρόνος, με την κυβέρνηση να έχει στηριχτεί μεγάλο μέρος

του αφηγήματός της για την ανάκαμψη της οικονομίας στην ένταξη στο πρόγραμμα QE.

Συνεχίζοντας, πάντως, την προσπάθεια αναπτέρωσης του συριζαϊκού πηκτικού και στροφής στην καθημερινότητα, ο Πρωθυπουργός τόνισε χθες στα εγκαίνια του νέου αυτοκινητοδρόμου Κορίνθου - Πατρών ότι «ανοίγει ο δρόμος για να μπορέσουμε να βγούμε σύντομα από την πολυετή επιτροπεία». Λίγο αργότερα, κατά τη διάρκεια σύσκεψης με τοπικούς φορείς στην Πάτρα, ο Αλέξης Τσίπρας σημείωσε ότι «το νερό και η ενέργεια θα παραμείνουν υπό δημοσίο έλεγχο».

Η ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ. Σήμερα, ο Πρωθυπουργός θα ανεβάσει ακόμη περισσότερο τους τόνους και θα πολώσει το κλίμα στη Βουλή κατά τη διάρκεια της συζήτησης για τη σύσταση Εξεταστικής Επιτροπής για την υγεία. Βασικό σημείο στο αξίωμα ότι η ολοκλήρωση της αξιολόγησης οδηγεί σε στρατηγικό αδιέξοδο τη ΝΔ, καίγοντας οριστικά το σενάριο της αριστερής παρένθεσης, ο Τσίπρας θα θυμηθεί το ηθικό πλεονέκτημα της αριστερής διακυβέρνησης και θα διακηρύξει την πρόθεσή του να πολεμήσει τη διαφθορά.

Ο Πρωθυπουργός θα κάνει νέες αναφορές στον Κώστα Σημίτη και στην περίοδο διακυβέρνησής του, επιχειρώντας να ταυτίσει με τη ΝΔ το κομμάτι του «εκουχρονιστικού» ΠΑΣΟΚ ή όσων επιθυμούν τη μετακλογική συνεργασία με τη σημερινή αξιωματική αντιπολίτευση. Απώτερος στόχος είναι να εγκλωβίσει πολιτικά τη Φώφη Γεννηματά, επιδιώκοντας ταυτόχρονα εισπίδηση στον χώρο της Κεντροαριστεράς και του Κέντρου γενικότερα, μέσα από την ταύτιση του ΠΑΣΟΚ με τη ΝΔ και την αντιδεξιά του ρητορική.

Παράλληλα, όπως έχει αφήσει να εννοηθεί και με προγενέστερες παρεμβάσεις, θα επισείσει το ενδεχόμενο διερεύνησης και άλλων υποθέσεων από το παρελθόν, διατηρώντας τη σκανδαλολογία στην πρώτη γραμμή της πολιτικής ατζέντας.

Ο ΠΡΩΘΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΙΠΕ ΠΩΣ Ο ΔΡΟΜΟΣ ΤΗΣ ΕΞΟΔΟΥ ΑΠ' ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΕΙΝΑΙ ΟΡΑΤΟΣ!

ΜΑΛΛΟΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΛΛΑΞΩ ΓΥΑΛΙΑ ΓΙΑ ΝΑ ΤΟΝ ΔΩ ΚΙ ΕΓΩ!..



ΝΟΜΟΣΧΕΔΙΟ ΥΠ. ΥΓΕΙΑΣ: ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΓΙΑ 3 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ, ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Σταυρόηλεξο για τους πολίτες η περίθαλψη

Σχεδιασμό τετραετίας, όσο δηλαδή φτάνουν και τα χρήματα από προγράμματα ΕΣΠΑ, και γιατρούς πολλών ταχυτήτων που θα επιφέρουν όπως όλα δείχνουν... μπέρδεμα στους πολίτες, προβλέπει το σύστημα-«σημαία» του ΣΥΡΙΖΑ για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ).

Το νομοσχέδιο τέθηκε τελικά σε δημόσια διαβούλευση -ένα χρόνο μετά το προβλεπόμενο διάστημα που είχε εξαγγείλει το υπουργείο Υγείας.

Με μεγάλη έμφαση στη δημόσια υγεία, όπως τονίστηκε στη διάρκεια της χθεσινής συνέντευξης Τύπου του υπουργείου Υγείας, και επιδίωξη να περιοριστεί η πρόσβαση σε ιδιωτικές δομές Υγείας, το νομοσχέδιο καταργεί την ονομασία ΠΕΔΥ (Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας) και μετονομάζει όλα τα ιατρεία ΠΕΔΥ ως Κέντρα Υγείας. Κάτω από την ομπρέλα των Κέντρων Υγείας θα βρίσκονται οι πολυσυζητημένες ΤΟΜΥ (Τοπικές Μονάδες Υγείας) που θα αποτελούνται - κατ' ελάχιστη σύνθεση- από οικογενειακό γιατρό (δηλαδή γενικό γιατρό, παθολόγο ή

M-N. ΓΕΩΡΓΑΝΤΑ
mgeorganta@e-typos.com

παιδίατρο), νοσηλεύτη ή επισκέπτη υγείας και διοικητικό υπάλληλο. Η πρώτη δεξαμενή προσλήψεων ξεκινά σύμφωνα με το υπουργείο Υγείας τον Μάιο, οπότε και θα βγει η προκήρυξη για 3.000 άτομα, εκ των οποίων οι 1.300 γιατροί.

Θα υπάρχουν, δηλαδή, δύο στάδια Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, που αποτελούν στην ουσία «φίλτρα» μέχρι να πάει κάποιος στο νοσοκομείο. Αυτό κατά την πολιτική ηγεσία του υπουργείου Υγείας συντελεί στην αποσυμφόρηση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, κατ' άλλους όμως μακροπρόθεσμα θα αποτρέψει την απευθείας πρόσβαση στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία.

Μόνο με παραπομπή

Και αυτό γιατί εισάγει ουσιαστικά το θεσμό του «gatekeeping», σύστημα δηλαδή παραπομπών από τον οικογενειακό γιατρό προς άλλους γιατρούς ειδικότητας. Σύμφωνα με το νομοσχέδιο, οι πολίτες θα εγγράφονται στην ΤΟΜΥ της περιοχής τους



Η πρόβλεψη δύο σταδίων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας εκτιμάται από πολλούς ότι μακροπρόθεσμα θα αποτρέψει την απευθείας πρόσβαση στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία

Κέντρα Υγείας και Τοπικές Μονάδες τα στάδια πριν καταλήξει ο ασθενής σε νοσηλευτικό ίδρυμα. Συγχρηματοδοτούμενο με προγράμματα ΕΣΠΑ μόνο μέχρι το 2021 το νέο σύστημα

και ο οικογενειακός γιατρός θα αποφασίζει πού θα παραπεμφθούν. Αυτό εκτιμάται ότι σταδιακά θα υποχρεώσει τους πολίτες να περνούν από τον οικογενειακό γιατρό. Επίσης, αναμένεται να προκαλέσει τις αντιδράσεις των γιατρών. Το μπέρδεμα των πολιτών συνεχίζεται με την πρόβλεψη για τρεις κατηγορίες «οικογενειακού γιατρού», συγκριτικά με τη μία που υπάρχει σήμερα και είναι οι γιατροί του ΕΟΠΥΥ.

Πρόκειται για τους γιατρούς οι

οποίοι θα στελεχώσουν τις ΤΟΜΥ, τους γιατρούς που εργάζονται στα ήδη υφιστάμενα Κέντρα Υγείας και ελεύθερους επαγγελματίες γιατρούς, οι οποίοι θα υπογράψουν νέου τύπου συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ. Οι συμβάσεις αυτές, για τις οποίες αναμένεται να αντιδράσουν οι γιατροί του ΕΟΠΥΥ, θα μοιάζουν με τις παλαιές του ΤΕΒΕ, καθώς θα περιλαμβάνουν πληθυσμό αναφοράς. Οι ιδιώτες, δηλαδή, συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ, θα βλέπουν συγκεκριμένο αριθμό ασθενών, ενώ θα πρέπει να διαθέτουν και συγκεκριμένο ωράριο για να εξετάζουν τους ασφαλισμένους. Θα αμείβονται είτε με πάγια ανταμοιβή είτε κατά πράξη, καθώς στο νομοσχέδιο προβλέπονται δύο επιλογές. Αντίθετα, οι γιατροί που θα στελεχώσουν τις ΤΟΜΥ ημιδοτούνται με μισθό επιμελητή Α', δηλαδή 1.500-1.600 ευρώ.

Ιούλιο οι πρώτες ΤΟΜΥ

Σύμφωνα με το σχέδιο του υπουργείου Υγείας, μέχρι και τον Ιού-

λιο αναμένεται να ανοίξουν οι πρώτες 50-60 ΤΟΜΥ και μέχρι το τέλος του έτους θα λειτουργήσουν και οι 239 ΤΟΜΥ που προβλέπει το σχέδιο. Οι δομές θα ανοίξουν σε υπάρχουσες δομές ή σε καινούριες, σε 64 αστικά κέντρα της επικράτειας με κριτήρια κοινωνικά και οικονομικά.

Η χρηματοδότηση του συστήματος, όπως ανέφεραν στη χθεσινή συνέντευξη Τύπου, είναι εξασφαλισμένη για μια τετραετία, από το 2017 έως το 2021, και θα υλοποιηθεί με συγχρηματοδότηση μέσω προγραμμάτων ΕΣΠΑ. Για το 2017 η ΠΦΥ θα κοστίσει περίπου 80 εκατ. ευρώ, ενώ στην πλήρη ανάπτυξη του το σύστημα θα κοστίζει περίπου 240 εκατ. ευρώ.

Το υπουργείο Υγείας εκτιμά ότι με τις αλλαγές θα μειωθούν οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων κατά 5,5 εκατομμύρια επισκέψεις και ότι η εξοικονόμηση που φιλοδοξεί ότι θα προκύψει θα χρηματοδοτήσει το νέο σύστημα, έπειτα τα τέσσερα αυτά χρόνια. ■

Επιχείρηση «Νόμος και Τάξη» στα νοσοκομεία

Καταργείται η ανεξέλεγκτη πρόσβαση στα δημόσια νοσοκομεία



ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΑ διαβούλευση θα τεθεί το νομοσχέδιο για την πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας, που αναμένεται να έλθει στη Βουλή περίπου στα μέσα Μαΐου. Ο υπουργός Υγείας, Ανδρέας Ξανθός, παρουσιάζοντας χθες τα κύρια σημεία του νομοσχεδίου, ανακοίνωσε μεταξύ άλλων την κατάργηση του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ), ελπίζοντας ότι έτσι θα ρυθμιστεί το χάος που επικρατεί στα εξωτερικά ιατρεία.

Έτσι για να μεταβεί κάποιος στα εξωτερικά ιατρεία, θα πρέπει να έχει την έγκριση από το γιατρό της γειτονιάς, ο οποίος θα έχει την υποχρέωση να πηγαίνει και στο σπίτι του ασθενούς, προκειμένου να κρίνει εάν υπάρχει ανάγκη νοσοκομειακής περίθαλψης. Σύμφωνα με τον κ. Ξανθό, η πρωτοβάθμια περίθαλψη θα γίνεται πλέον σε δύο επίπεδα: τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ) και τα Κέντρα Υγείας, στα

οποία θα συμπεριληφθούν τα κέντρα υγείας αστικού τύπου, υπαίθρου και οι δομές του ΠΕΔΥ. Οι πολίτες θα έχουν υποχρέωση να εγγραφούν σε οικογενειακό γιατρό, ο οποίος και θα τους παραπέμπει σε κέντρο υγείας ή σε νοσοκομείο. Εξαιρούνται τα έκτακτα και επείγοντα περιστατικά, όπως ένα έμφραγμα, ένας βαρύς τραυματισμός από τροχαίο ή οποιοδήποτε άλλο περιστατικό που απειλεί τη ζωή του ασθενούς.

Υπάρχει ελπίδα για τη Χρόνια Λεμφοκυτταρική Λευχαιμία

Ελπίδες για τους πάσχοντες από Χρόνια Λεμφοκυτταρική Λευχαιμία (ΧΛΛ), οι οποίοι βρίσκονται με προχωρημένο στάδιο της νόσου, δίνουν τα αποτελέσματα των ερευνών που αφορούν το φάρμακο με βάση τη δραστική ουσία Venetoclax. Μάλιστα, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (Ε.Ε.) ενέκρινε πρόσφατα την άδεια κυκλοφορίας του φαρμάκου, υπό όρους, ως μονοθεραπεία για τη θεραπεία ασθενών με Χρόνια Λεμφοκυτταρική Λευχαιμία (ΧΛΛ), που είτε δεν ανταποκρίθηκαν σε άλλες θεραπείες είτε έχουν έλλειψη στο χρωμόσωμα 17p ή μετάλλαξη του TP53.

Το Venetoclax έλαβε έγκριση ως θεραπεία με νέο μηχανισμό δράσης και είναι η πρώτη στην κατηγορία αυτή (first-in-class), αναστέλλοντας εκλεκτικά τη λειτουργία της πρωτεΐνης BCL-2. Η πρωτεΐνη BCL-2 αποτρέπει την απόπτωση των κυττάρων (προγραμματισμένους κυτταρικούς θάνατος), συμπεριλαμβανομένων των λεμφοκυττάρων. Το Venetoclax χορηγείται από του στόματος μία φορά ημερησίως.

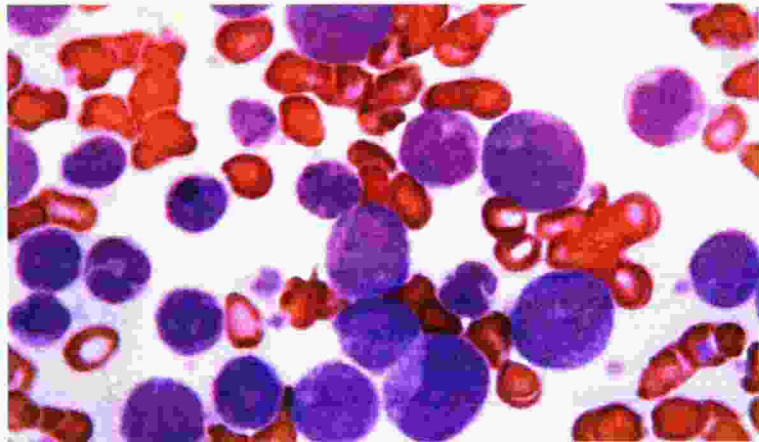
Η υπό όρους άδεια χορηγείται από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΜΑ) σε φάρμακα όταν τα οφέλη για τη δημόσια υγεία από την άμεση διάθεσή τους στους ασθενείς υπερτερούν του κινδύνου που απορρέει από τη διαθεσιμότητα περιορισμένων δεδομένων μέχρι τη στιγμή της έγκρισης.

Η έγκριση του Venetoclax αποτελεί πολύ σημαντική εξέλιξη στις θεραπευτικές επιλογές για τους ασθενείς με Χρόνια Λεμφοκυτταρική Λευχαιμία (ΧΛΛ), οι οποίοι ενδέχεται να παρουσιάζουν έλλειψη 17p ή μετάλλαξη στο TP53 και έχουν συνήθως δυσμενή πρόγνωση.

Τι δείχνουν οι μελέτες

Τα αποτελέσματα από το πρόγραμμα κλινικών μελετών δείχνουν ότι το Venetoclax παρουσιάζει σημαντική συνολική ανταπόκριση, τόσο σε ασθενείς με έλλειψη 17p που είχαν λάβει στο παρελθόν θεραπεία για Χρόνια Λεμφοκυτταρική Λευχαιμία (ΧΛΛ), όσο και σε ασθενείς με ΧΛΛ που είχαν λάβει προηγούμενη θεραπεία με έναν αναστολέα του μονοπατιού του υποδοχέα των Β-λεμφοκυττάρων, η οποία απέτυχε.

Η Χρόνια Λεμφοκυτταρική Λευχαιμία (ΧΛΛ) είναι, κατά κανόνα, ένας βραδείας εξέλιξης καρκίνος του μυελού των οστών και του αίματος. Η έλλειψη του 17p, μια γονιδιακή αλλοίωση, κατά την οποία ένα τμήμα του χρωμοσώματος 17 απουσιάζει, εμφανίζεται στο 3%-10% των ασθενών με ΧΛΛ που δεν έχουν λάβει θεραπεία στο παρελθόν και έως το 30%-50% των ασθενών με υποτροπιάζουσα ή ανθεκτική ΧΛΛ. Η μετάλλαξη στο TP53 αφορά το 8%-15% των ασθενών σε θεραπεία πρώτης γραμμής και έως στο 35%-50% των ασθενών με ανθεκτική ΧΛΛ. Η πρόγνωση για τους ασθενείς με έλλειψη 17p ή μετάλλαξη στο



” Το Venetoclax έλαβε έγκριση ως θεραπεία με νέο μηχανισμό δράσης και είναι η πρώτη στην κατηγορία αυτή (first-in-class), αναστέλλοντας εκλεκτικά τη λειτουργία της πρωτεΐνης BCL-2. Η πρωτεΐνη BCL-2 αποτρέπει την απόπτωση των κυττάρων (προγραμματισμένους κυτταρικούς θάνατος), συμπεριλαμβανομένων των λεμφοκυττάρων. Το Venetoclax χορηγείται από του στόματος μία φορά ημερησίως.

” Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΜΑ) ενέκρινε επίσης τον χαρακτηρισμό του Venetoclax ως ορφανού φαρμάκου για τη θεραπεία του πολλαπλού μυελώματος, ένα είδος καρκίνου που αναπτύσσεται από τα πλάσματοκύτταρα στο μυελό των οστών και του διάχυτου από μεγάλα Β-κύτταρα λεμφώματος (DLBCL), ένα επιθετικό είδος λεμφώματος, που αποτελεί την πιο συχνή μορφή non-Hodgkin λεμφώματος (NHL).

TP53 συχνά είναι ιδιαίτερα δυσμενής, ενώ το διάμεσο προσδόκιμο επιβίωσης είναι λιγότερο από 2-3 έτη.

Το Venetoclax μελετάται επίσης για τη θεραπεία ασθενών με διάφορα είδη κακοήθων νεοπλασιών του αίματος. Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΜΑ) ενέκρινε επίσης τον χαρακτηρισμό του Venetoclax ως ορφανού φαρμάκου για τη θεραπεία του πολλαπλού μυελώματος, ένα είδος καρκίνου που αναπτύσσεται από τα πλάσματοκύτταρα στο μυελό των οστών και του διάχυτου από μεγάλα Β-κύτταρα λεμφώματος (DLBCL), ένα επιθετικό είδος λεμφώματος που αποτελεί την πιο συχνή μορφή non-Hodgkin λεμφώματος (NHL). Προηγουμένως, ο ΕΜΑ είχε εγκρίνει τον χαρακτηρισμό του Venetoclax ως ορφανού φαρμάκου για τη θεραπεία της ΧΛΛ και για

τη θεραπεία της Οξείας Μυελογενούς Λευχαιμίας (ΟΜΛ), που αποτελεί το συνθεότερο τύπο οξείας λευχαιμίας στους ενήλικες. Ο χαρακτηρισμός «Ορφανό Φάρμακο» χορηγείται σε θεραπείες που στοχεύουν τη θεραπεία, την πρόληψη ή τη διάγνωση απειλητικών για τη ζωή παθήσεων, που προσβάλλουν όχι περισσότερα από πέντε άτομα ανά 10.000 στην Ευρωπαϊκή Ένωση και για τις οποίες δεν υπάρχει ικανοποιητική θεραπεία. Η θεραπεία αυτή θα πρέπει επίσης να παρέχει σημαντικό όφελος στους ασθενείς.

Το Venetoclax αναπτύσσεται από την AbbVie και την Genentech (μέλος του Roche Group). Στις ΗΠΑ διατίθεται και από τις δύο εταιρείες, ενώ σε όλες τις υπόλοιπες χώρες διατίθεται από την AbbVie.

[SID:10956797]

Έχουμε πολλούς και καλούς γιατρούς, αλλά δεν είναι στα... νοσοκομεία μας!

Χρειάζονται 7 ιατρικές σχολές;

Ο πρόεδρος της Ιατρικής Εταιρείας Ηρακλείου διερωτάται εάν χρειάζονται επτά ιατρικές σχολές που συνεχίζουν να παράγουν ιατρικό δυναμικό, το οποίο δεν μπορεί να απορροφήσει η χώρα, ενώ επισημαίνει ότι τώρα ίσως είναι η ευκαιρία για έναν σοβαρό σχεδιασμό του υγειονομικού χάρτη της Ελλάδας για να καταγραφούν οι πραγματικές ανάγκες σε ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό.

Ο ίδιος σημειώνει:

“Αυτό βέβαια θα πρέπει να γίνει από άτομα υψηλού κύρους με γνώσεις και εμπειρία, να βασίζεται σε τεκμηριωμένα ευρωπαϊκά και διεθνή πρότυπα και να συνοδεύεται με την προοπτική προγραμματισμού παραγωγής ανάλογου αριθμού επαγγελματιών υγείας. Θα πρέπει να έχει βάθος χρόνου και να λαμβάνει υπόψη

πολλά δεδομένα, όπως τον γεωγραφικό χάρτη της χώρας, την πληθυσμιακή γήρανση και το γεγονός της αναμενόμενης αύξησης του κόστους διάγνωσης και θεραπείας πολλών παθήσεων, λόγω νέων τεχνολογιών”.

“Ας είμαστε βέβαια ειλικρινείς καταλήγει. “Υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας απαιτούν και ανάλογη χρηματοδότηση. Χρηματοδότηση όμως που θα κατευθύνεται εκεί που χρειάζεται και αυτό δεν μπορεί να γίνει χωρίς σωστή καταγραφή των αναγκών αλλά και χωρίς γνώση των υπερβολών που υπάρχουν. Σε καιρούς εύπλαστης ευημερίας αυτό δεν κατέστη δυνατό. Μένει να δούμε αν οι καιροί κρίσης που ζούμε (εξ ανάγκης ίσως) αποτελέσουν και την αιτία μιας σοβαρότερης αντιμετώπισης των διαχρονικών προβλημάτων στον χώρο της υγείας”.



Χωρίς σχεδιασμό ο υγειονομικός χάρτης της Ελλάδας, λέει ο πρόεδρος της Ιατρικής Εταιρείας Ηρακλείου

Της Άννας Κωνσταντουλάκη

Πώς γίνεται να έχουμε τόσους γιατρούς, τους καλύτερους, ίσως, γιατρούς, και τα νοσοκομεία μας να έχουν τόσες ελλείψεις;

Για το ελληνικό παράδοξο να έχει η χώρα μας το μεγαλύτερο ποσοστό γιατρών παγκοσμίως, ενώ παράλληλα να υπάρχουν σημαντικές ελλείψεις γιατρών στα κρατικά νοσοκομεία, αλλά και μεγάλη έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού μιλά στην “Π” ο πρόεδρος της Ιατρικής Εταιρείας Ηρακλείου Γιάννης Βαβουρανάκης.

Τονίζει ότι δεν φταίει μόνο η κρίση για τη φυγή χιλιάδων υγειονομικών στο εξωτερικό, αλλά η απρογραμμάτιστη και δαπανηρή υπερπληθώρα ιατρικού δυναμικού.

“Παραβλέπουμε άλλες αιτίες οι οποίες ίσως αποτελούν το ουσιαστικότερο πρόβλημα” σημειώνει και εξηγεί:

“Αναφέρομαι συγκεκριμένα στο ιατρικό δυναμικό της χώρας όπου σύμφωνα με στατιστικά δεδομένα σε κάθε 1000 κατοίκους αντιστοιχούν 6.2 γιατροί (Κατ’ άλλους 6.7).

Αυτή είναι η μεγαλύτερη σχέση ιατρικού προσωπικού ανά 1000 κατοίκους όχι μόνο στην Ευρώπη αλλά παγκοσμίως (με εξαίρεση ίσως την Κούβα). Ο μέσος ευρωπαϊκός όρος είναι 3.7/1000 κάτοικοι, ο αμερικανικός (Ηνωμένες Πολιτείες) 2.45/1000 και παγκοσμίως 1.2/1000 κατοίκους.

Σύμφωνα με τον κ. Βαβουρανάκη, το αποτέλεσμα της απρογραμμάτιστης και δαπανηρής υπερπληθώρας ιατρικού δυναμικού είναι η ανταγωνιστική ή και καταχρηστική ιατρική πράξη, η υπερσυνταγογράφηση και τελικά η αύξηση του κόστους των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, χωρίς ανάλογη αύξηση της ποιότητας.

Όπως σημειώνει ο ίδιος, η ιατρική ικανότητα είναι συνάρτηση και του ανάλογου αριθμού περιστατικών που αντιμετωπίζει ο κάθε λειτουργός υγείας. Ένας άριστος γιατρός, όταν δεν εμπλουτίζει την εμπειρία του, μοιραία θα προβεί και στο ιατρικό λάθος.

Πολλοί ιδιώτες γιατροί με περιορισμένη εμπειρία

Μεταξύ άλλων τονίζει:

“Ο υπερβολικά μεγάλος αριθμός



Ο κ. Γιάννης Βαβουρανάκης

Τι λέει για την κρίση ο πρόεδρος της Ιατρικής Εταιρείας Γιάννης Βαβουρανάκης

γιατρών στον ιδιωτικό τομέα έχει ως αποτέλεσμα και τη μείωση αυτής της ικανότητας.

Το θέμα αφορά τόσο τις παθολογικές αλλά ιδιαίτερα τις χειρουργικές ειδικότητες και δεν είναι τυχαίο ότι σε χώρες όπου η ιατρική διατηρείται σε υψηλά επίπεδα απαιτείται ένας συγκεκριμένος αριθμός ιατρικών πράξεων κάθε χρόνο για να παραμένει ο γιατρός σε θέση να προσφέρει τις υπηρεσίες του. Αυτό σε συνδυασμό με τις χαμηλές αμοιβές έχουν οδηγήσει στο φαινόμενο ένας σημαντικός αριθμός νέων κυρίως γιατρών να φεύγει από τη χώρα αναζητώντας καλύτερες συνθήκες εργασίας και μισθών στο εξωτερικό”.

Τι γίνεται στον δημόσιο τομέα

Όσον αφορά στον δημόσιο τομέα ο κ. Βαβουρανάκης αναφέρει:

“Συνεχώς διαβάζουμε τίτλους όπως “Αδειάζει το ΕΣΥ λόγω μνημονίου”, “Νοσοκομεία χωρίς γιατρούς και εφημερίες”, “Χειρουργικές επεμβάσεις στα τυφλά λόγω έλλειψης εξο-

πλισμού”. Οι ελλείψεις αυτές αφορούν αν όχι όλα, τα περισσότερα νοσοκομεία της χώρας.

Έτσι συμβαίνει το παράδοξο να έχουμε τους περισσότερους σχεδόν γιατρούς στον κόσμο και 6000 περίπου να λείπουν από τα νοσοκομεία της χώρας. Εάν προστεθούν και κάποιοι νοσοκομειακοί γιατροί, που λόγω χαμηλών αμοιβών στην Ελλάδα αναζητούν εργασία στο εξωτερικό, χωρίς να αναπληρώνονται οι θέσεις τους, μπορεί κάποιος να αντιληφθεί την έκταση του προβλήματος.

Στο συνολικό βέβαια πρόβλημα της υγείας στη χώρα μας έρχεται να προστεθεί ένα επιπλέον στοιχείο που αφορά την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού κυρίως στις δημόσιες υπηρεσίες Υγείας.

Στις χώρες του ΟΟΣΑ η Ελλάδα καταλαμβάνει μία από τις τελευταίες θέσεις όσον αφορά τον αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού ανά 1000 κατοίκους με σχέση 3.4, όταν ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ είναι 8.7., ενώ σε ανεπτυγμένες χώρες όπως η Δανία ανεβαίνει στο 16/1000 κατοίκους”.