

ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Με καισαρική τομή το 54% των τοκετών

Το 54% των τοκετών στα μαιευτήρια των δημόσιων νοσοκομείων γίνεται με καισαρική τομή. **Σελ. 19**



Ρεκόρ καισαρικών τομών στα δημόσια νοσοκομεία

Το ποσοστό φτάνει το 54%, διπλάσιο του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Της ΠΕΝΝΥΣ ΜΠΟΥΛΟΥΤΣΑ

Ακρωξ ανταγωνιστικές με τον ιδιωτικό τομέα «επιδόσεις» έχουν τα δημόσια νοσοκομεία στις καισαρικές τομές. Το υπερβολικά υψηλό ποσοστό των καισαρικών τομών στην Ελλάδα, όπου έξι στις δέκα εγκύους φέρνουν το παιδί τους στον κόσμο με χειρουργική επέμβαση, δεν είναι μόνο φαινόμενο των ιδιωτικών μαιευτηρίων αλλά απαντάται και στα δημόσια νοσοκομεία, ανεξαρτήτως του μεγέθους τους. Είναι ενδεικτικό ότι ακόμα και σε μικρά νοσοκομεία της περιφέρειας, τουλάχιστον οι μισοί τοκετοί γίνονται με καισαρική. Και αυτό, όταν ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει ότι ιατρικά αποδεκτά είναι η καισαρική τομή στο 15% των τοκετών, και στις χώρες της Ε.Ε. ο μέσος όρος των καισαρικών δεν ξεπερνάει το 30%.

Στην Ελλάδα σχεδόν το 58% των τοκετών γίνεται με καισαρική τομή, ποσοστό που σε επίπεδο χωρών του ΟΟΣΑ «ανταγωνίζεται» μόνο η Τουρκία, στην οποία το 51% των τοκετών γίνεται με καισαρική. Πέρυσι, ο ΕΟΠΥΥ κλήθηκε να αποζημιώσει σε ιδιωτικά και δημόσια μαιευτήρια 38.159 καισαρικές τομές έναντι 28.319 φυσιολογικών τοκετών. Τους πρώτους δύο μήνες του 2017, οι αντίστοιχοι αριθμοί είναι 5.210 καισαρικές και 3.840 φυσιολογικοί τοκετοί. Στο ΕΣΥ το 54% των τοκετών γίνεται με καισαρική τομή. Το ποσοστό αυτό δεν αφορά μόνο τα δημόσια νοσοκομεία των μεγάλων αστικών κέντρων αλλά και της περιφέρειας. Είναι ενδεικτικό ότι σε δημόσια νοσοκομεία της 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας, από τους 3.767 τοκετούς

που πραγματοποιήθηκαν το 2016, οι 1.983 (52,65%) ήταν με καισαρική τομή και οι 1.784 (47,35%) φυσιολογικοί. Στο Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου» με καισαρική τομή γέννησε πέρυσι το 55,7% των επιτόκων (927 έναντι 738 με φυσιολογικό τοκετό), στο Νοσοκομείο Βέροιας το 52,2%, στο Εδεσσας το 56,3%, στο Γιαννι-

Στην περιφέρεια τα μεγαλύτερα ποσοστά καισαρικών, με το Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Σπείας να φτάνει πέρυσι το 100% των τοκετών.

τσών το 50,4%, στο Κοζάνης το 54,2% και στο Καστοριάς το 60,1% των επιτόκων. Τα μόνα νοσοκομεία της 3ης ΥΠΕ όπου οι φυσιολογικοί τοκετοί ήταν περισσότεροι από τις καισαρικές τομές ήταν τα Φλώρινας, Κατερίνης, Πτολεμαΐδας και Γρεβενών, και αυτά με ποσοστά πολύ κοντά στο 50% των τοκετών.

Στα νοσοκομεία της Κρήτης το 2016 πραγματοποιήθηκαν 3.795 τοκετοί, η πλειονότητα με καισαρικές τομές: 2.205 (58%) έναντι 1.590 φυσιολογικών (42%). Στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου το 60% των τοκετών έγινε με καισαρικές (522 έναντι 349 φυσιολογικοί), στο Βενιζέλειο το 50% (505 έναντι 512), στο Χανίων το 64%, στο Ρεθύμνου το 56% και στο

Αγίου Νικολάου το 63%. Στο Νοσοκομείο-Κέντρο Υγείας Σπείας πέρυσι πραγματοποιήθηκαν 14 τοκετοί. Όλοι με καισαρική τομή!

«Βολική» μέθοδος

Στην Ελλάδα, οι καισαρικές τομές μετατράπηκαν μέσα σε λίγο χρονικό διάστημα, από μια αναγκαστική επιλογή για καθαρά ιατρικούς λόγους, σε μια κοινωνικά αποδεκτή μέθοδο, «βολική» από άποψη χρόνου για γιατρούς και γονείς. Ενδεικτικά είναι τα στοιχεία του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, στο οποίο το 2016 έγιναν 795 καισαρικές τομές (64,6%) και μόλις 436 φυσιολογικοί τοκετοί (35,4%). Στο ίδιο νοσοκομείο μόλις πριν από 15 χρόνια ο αριθμός των φυσιολογικών τοκετών ήταν τριπλάσιος έναντι των καισαρικών τομών: 388 καισαρικές τομές το 2001 (25,3%) έναντι 1.142 φυσιολογικών τοκετών (74,7%).

Ως μη ιατρικές αιτίες για το υψηλό ποσοστό των καισαρικών αναφέρονται συνήθως η «αμυντική» άσκηση ιατρικής, υπό τον φόβο των συνεχώς αυξανόμενων αγωγών-μηνύσεων από γονείς που κατηγορούν τους γιατρούς ότι δεν έκαναν καισαρική. Ρόλο διαδραματίζει η πιο μεγάλη ηλικία στην οποία πλέον επιλέγουν να διευρύνουν την οικογένειά τους οι Έλληνίδες, ενώ, ειδικά για το ΕΣΥ, η υποστελέχωση του συστήματος (μαιευτήρες, μαίες και αναισθησιολόγοι) έχει ως αποτέλεσμα να μην παρέχονται υπηρεσίες απρόσκοπτα για όλο το 24ωρο. Ετσι, μπορεί να μην υπάρχει η δυνατότητα επισκληρίδιου αναλγησίας από αναισθησιολόγο σε 24ωρη βάση ώστε να εξυπηρετήσει μια επίτοκο όταν θα έρθει η ώρα του τοκετού.

Κατάρτιση γιατρών και ενημέρωση εγκύων

Στην αναβάθμιση του ρόλου των μαιών-μαιευτών, μέσα από το προωθούμενο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), προβλέπει η ηγεσία του υπουργείου Υγείας για την «ανάσχεση» του μεγάλου αριθμού των καισαρικών τομών. Στο προσχέδιο νόμου του υπουργείου Υγείας για την ΠΦΥ προβλέπεται η συγκρότηση σε επίπεδο Υγειονομικής Περιφέρειας ενός δικτύου πρωτοβάθμιων υπηρεσιών μαιών-μαιευτών, σκοπός του οποίου θα είναι πρωτίστως η παροχή συμβουλευτικής και ενημέρωσης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας. Επιπλέον, ο ίδιος ο υπουργός Υγείας Ανδρέας Ξανθός έχει ζητήσει από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας ένα πλαίσιο κατευθυντήριων οδηγιών και πρωτοκόλλων βάσει των οποίων θα επιλέγεται η διενέργεια καισαρικής τομής. Πρόσφατα το ΚΕΣΥ ενέκρινε κατευθυντήριες οδηγίες που είχε εκδώσει από το 2014 η Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία. Η ενίσχυση του ρόλου των μαιών και οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι μεταξύ των προτάσεων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) προς το υπουργείο Υγείας για την αντιμετώπιση του υψηλού ποσοστού των καισαρικών, όπως περιγράφονται σε σχετικό πόρισμα που παραδόθηκε στο υπουργείο πριν από δύο μήνες. Ο ΠΟΥ προτείνει επίσης την εξασφάλιση της εκπαίδευσης και συνεχούς κατάρτισης γιατρών για τον φυσιολογικό και τον επεμβατικό τοκετό, και τις πιθανές επιπτώσεις στην υγεία μητέρας και νεογνού της «περιτίτις (ιατρογενούς) προωρότητας».

ΟΠΟΥ ΦΥΓΕΙ ΦΥΓΕΙ

Ακατάσχετη αιμορραγία! Μετανάστευσαν 18.000 γιατροί

Αγγλία, Γερμανία, Κύπρος,
Γαλλία, οι πρώτες χώρες προτί-
μισης. «Χρυσόνοση» τις γυναί-
κες οι Σαουδάραβες. ■ 19

Κυριακάτικη
δημοκρατία

ΡΕΠΟΡΤΑΖ

«ΖΗΤΕΙΤΑΙ ΕΛΠΙΣ» ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΕΛΛΗΝΕΣ

ΡΙΣΚΟ και απόγνωση. Οι δύο λέξεις που εξηγούν με τον καλύτερο τρόπο την απόφαση χιλιάδων νέων Ελλήνων επιστημόνων να πάρουν τις βαλίτσες τους και να ταξιδέψουν για το εξωτερικό, προκειμένου να εξασφαλίσουν ένα καλύτερο μέλλον. Κανείς δεν είπε ότι είναι εύκολο. Η μεγάλη απογοήτευση είναι πως σήμερα εξίσου δύσκολη είναι και η απόφαση να παρα-

μείνει κανείς στην Ελλάδα. Ανθρωποι που μοχθούν για ένα μεροκάματο και λαμπρά μυαλά που δεν αξίζουν τους πενιχρούς μισθούς που τους προσφέρονται. Αυτοί που νιώθουν ότι η ίδια τους η χώρα τους τούς έδωσε και αυτοί που έμειναν πίσω και παλεύουν -χωρίς να βλέπουν φως στο τούνελ- για την αναγέννηση.

Σπ. Μουζακίτης

Ακατάσχετη αιμορραγία! 18.000

Αγγλία, Γερμανία, Κύπρος, Γαλλία οι χώρες πρώτης προτίμησης, 9.400 πιστοποιητικά έχει εκδώσει ο ΙΣΑ σε μέλη του από το 2010

Από τη
Ρίτα Μελά
rmela@dimokratianews.gr

Σε ανοικτή πληγή που αιμορραγεί τείνει να εξελιχθεί η μετανάστευση των Ελλήνων γιατρών στο εξωτερικό χωρίς, δυστυχώς, να φαίνεται φως στο τούνελ της αποψίλωσης του ιατρικού προσωπικού της χώρας.

Εκτιμάται ότι πάνω από 18.000 γιατροί έχουν βρει δουλειά στο εξωτερικό, ενώ σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών (ΙΣΑ) από το 2010, στην αρχή της οικονομικής κρίσης, έως και το 2016 έχει εκδώσει πάνω από 9.400 πιστοποιητικά σε γιατρούς-μέλη του, για να εργαστούν σε νοσοκομεία της Ευρώπης, της Αμερικής, του Καναδά, στη Σαουδική Αραβία και στα Αραβικά Εμιράτα.

Ιδιαίτερα στη Σαουδική Αραβία προσφέρουν γην και ύδωρ κυρίως στις γυναίκες γυναικολόγους και στις δερματολόγους, καθώς η θρησκεία τους επιβάλλει πολλούς περιορισμούς και φυσικά το τελευταίο που επιθυμούν οι ασπρητοί Αραβες είναι άνδρας γιατρούς για τις συζύγους τους.

Ειδικότερα από 11.000 ευρώ αρχίζει ο μισθός των Ελλήνων γιατρών, όλων των ειδικοτήτων, που μεταναστεύουν στη Σαουδική Αραβία, ενώ οι γυναίκες γυναικολόγοι και δερματολόγοι κλείνουν συμβόλαια με μηνιαίο εισόδημα που αγγίζει τα 15.000 ευρώ!

Άλλες παροχές

Τα παραπάνω ελκυστικά πακέτα που προσφέρει νοσοκομειακός όμιλος στη Σαουδική Αραβία περιλαμβάνουν επίσης «40 ημέρες άδεια τον χρόνο και δωρεάν διαμονή σε πολυτελές συγκρότημα». Να σημειωθεί ότι ο εν λόγω νοσοκομειακός όμιλος τον περασμένο Ιανουάριο διενέργησε στην Αθή-

να συνέντευξη με ενδιαφερόμενους γιατρούς, προκειμένου να ενισχύσει το προσωπικό του με εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης η μικρή κάμψη στη διαρροή γιατρών κυρίως προς το Ηνωμένο Βασίλειο, φαινόμενο που σαφώς συνδέεται και με το Brexit.

Είναι χαρακτηριστικό ότι το 2016 ο ΙΣΑ είχε εκδώσει 490 πιστοποιητικά σε ιατρούς-μέλη του για το Ηνωμένο Βασίλειο, δηλαδή περίπου 300 λιγότερα από αυτά που είχε εκδώσει το 2015.

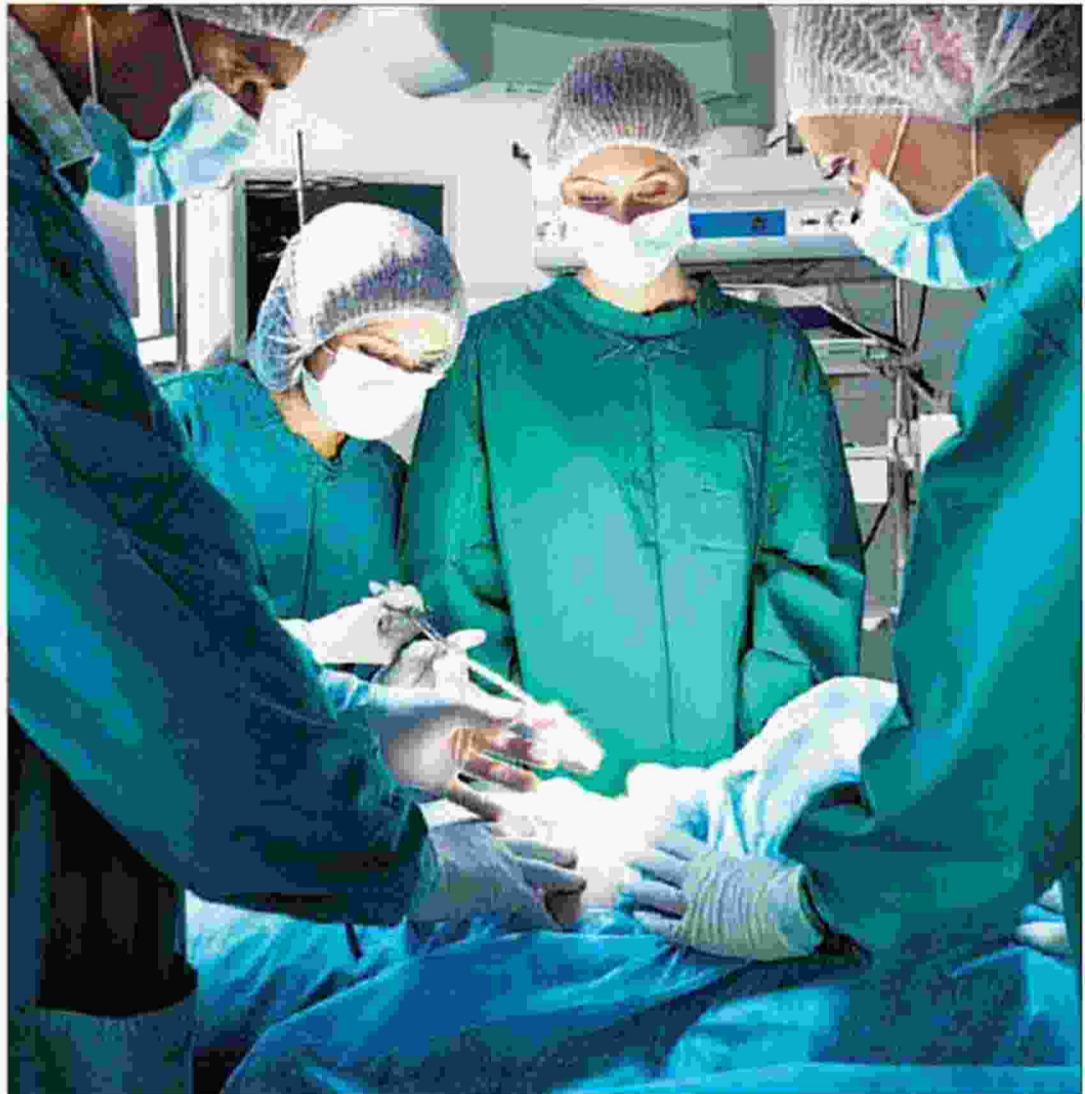
Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα στοιχεία του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, το 2016 είχαν εκδοθεί από τον σύλλογο για γιατρούς-μέλη του 1.020 πιστοποιητικά για το εξωτερικό. Καθ' όλη τη διάρκεια του 2015 ο ΙΣΑ εξέδωσε 1.521 πιστοποιητικά για το εξωτερικό, 1.380 πιστοποιητικά το 2014 και 1.488 πιστοποιητικά για το

2013. Το 2012 παραμένει η σκληρή μνημονιακή χρονιά με τη μαζικότερη έξοδο γιατρών της Αθήνας προς το εξωτερικό. Τότε ο ΙΣΑ εξέδωσε 1.808 πιστοποιητικά.

Η πλειονότητα των πιστοποιητικών που εκδόθηκαν το 2016 από τον ΙΣΑ αφορούσε γιατρούς που είχαν ήδη λάβει την ειδικότητα τους στην Ελλάδα αλλά δεν μπόρεσαν να βρουν δουλειά στο Σύστημα Υγείας.

Οι πρώτες χώρες στις προτιμήσεις των γιατρών που ζήτησαν πιστοποιητικό για το εξωτερικό παραμένουν και το 2016 η Βρετανία, η Γερμανία, η Κύπρος και η Γαλλία και ακολουθούν η Ελβετία, η Σουηδία, η Σαουδική Αραβία και τα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα.

Σε ελληνικές ιστοσελίδες αναρτώνται συνεχώς αγγελίες για νέες «άμεσες» θέσεις εργασίας στο αγγλικό σύστημα υγείας για πολλές ιατρικές ειδικότητες, όπως καρδιολόγοι, ορθοπαιδικοί, εντατικολόγοι, γυναικολόγοι, νευρολόγοι, πνευμονολόγοι,



Το ΕΣΥ πλέον στηρίζεται στους ειδικευόμενους

ΤΗΝ ΩΡΑ που τα ξένα νοσοκομεία ενισχύονται με χιλιάδες Έλληνες γιατρούς, το ΕΣΥ καταρρέει εξαιτίας της δραματικής έλλειψης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Σύμφωνα με την Ομοσπονδία Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδας (ΟΕΝΓΕ) οι ανάγκες σε ειδικευμένους γιατρούς στα νοσοκομεία του ΕΣΥ ξεπερνούν τις 6.000.

Το βαρύ φορτίο του ΕΣΥ, δυστυχώς, επωμίζονται οι ειδικευόμενοι νέοι γιατροί, που ουσιαστικά είναι ακόμα μαθητευόμενοι αφού δεν έχουν πάρει ειδικότητα. Παρ' όλα αυτά οι νέοι γιατροί στηρίζουν με τίτλιες προσπάθειες τα νοσοκομεία, τα Κέντρα Υγείας και τα αγροτικά ιατρεία, χωρίς πολλές φορές την παρουσία έμπειρου, ειδικευμένου γιατρού,

με ό,τι αυτό συνεπάγεται τόσο για τον ειδικευόμενο όσο και για τον ασθενή.

Όσον αφορά τις δεκάδες χιλιάδες προσλήψεις που εξαγγέλλονται από το υπουργείο Υγείας, αυτές στη συντριπτική πλειονότητά τους αφορούν γιατρούς με συμβάσεις ορισμένου χρόνου εργασίας, που έληξαν ή λήγουν ύστερα από οκτώ ή δώδεκα μήνες, ή με μπλοκάκια. Γι' αυτό άλλωστε και οι γιατροί γυρίζουν την πλάτη στο ΕΣΥ.

Επιπλέον είναι κενές 35.000 οργανικές θέσεις στα δημόσια νοσοκομεία (νοσηλευτές, διοικητικό και τεχνικό προσωπικό κ.λπ.) σύμφωνα με τα στοιχεία της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Εργαζομένων Δημοσίων Νοσοκομείων (ΠΟΕΔΗΝ).

οφθαλμίατροι, ακτινολόγοι, χειρουργοί, καρδιοχειρουργοί, γναθοχειρουργοί, νευροχειρουργοί, δερματολόγοι κ.ά.

Όσο για τις αμοιβές τους, αυτές ξεκινούν από 28.000 αγγλικές λίρες για τον πρώτο χρόνο (32.358 ευρώ) και ανεβαίνουν ανάλογα με την προϋπηρεσία και τον βαθμό.

Πιο δελεαστικές είναι οι αποδοχές που προσφέρονται στους γιατρούς που θα εργαστούν σε νοσοκομεία της Γαλλίας, του Βελγίου, της Σουηδίας αλλά και της Ελλάδας.

Ο μηνιαίος μισθός σύμφωνα με τις αγγελίες ξεκινάει από 6.000 ευρώ, δηλαδή 72.000 τον

χρόνο. Εδώ αξίζει να τονιστεί ότι ένας γιατρός του ΕΣΥ στην Ελλάδα, με ανάλογη ή ακόμα μεγαλύτερη πείρα, αμείβεται με 1.200-1.300 τον μήνα, ενώ οι διευθυντές, που συνήθως έχουν συμπληρώσει πάνω από 30 χρόνια προϋπηρεσίας, μόλις και μετά βίας φτάνουν τα 2.500 ευρώ.

γιατροί έφυγαν για το εξωτερικό

ΑΝΔΡΕΑΣ ΙΑΝΘΟΣ
ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ:

Η μάχη κατά της διαφθοράς στην Υγεία θα είναι σκληρή και διαρκής



Τι λέει για την
Πρωτοβάθμια Φροντίδα
Υγείας και για την ανάγκη
αλλαγής νοοτροπίας,
με την πρόληψη
στο επίκεντρο

► 6-7

ΑΝΔΡΕΑΣ ΞΑΝΘΟΣ υπουργός Υγείας:

Η μάχη κατά της διαφθοράς στην

Σε μια συνέντευξη εφ' όλης της ύλης, ο υπουργός Υγείας Ανδρέας Ξανθός μιλάει για την επόμενη μέρα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), την κάλυψη των ανασφάλιστων και την αντιστροφή της παθητικής ιδιωτικοποίησης του

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ
ΣΤΗ ΜΑΡΙΑ ΚΑΛΥΒΙΩΤΟΥ

συστήματος Υγείας. Επιπλέον, ο υπουργός αναλύει το πολιτικό σχέδιο της Αριστοτέλους για την καταπολέμηση της διαφθοράς, τις επικείμενες νομοθετικές παρεμβάσεις, καθώς και τι αναμένεται μετά το πέρας των εργασιών της Εξεταστικής Επιτροπής για τα σκάνδαλα στην Υγεία.

Πώς θα περιγράφατε συνοπτικά τι αλλάζει στην Πρωτοβάθμια Υγεία με αυτήν τη νομοθετική πρωτοβουλία, την οποία έχετε χαρακτηρίσει «μεταρρυθμιστική τομή»;

Αυτό που κυρίως αλλάζει είναι η φιλοσοφία του συστήματος Υγείας: από ένα νοσοκομειοκεντρικό σύστημα με έμφαση στη θεραπεία, επικεντρώνουμε την αναδιοργάνωσή του με επίκεντρο την ΠΦΥ και με έμφαση στην πρόληψη, στην αγωγή υγείας, στη βιο-ψυχο-κοινωνική προσέγγιση της αρρώστιας, στην οικογενειακή ιατρική, στην κοινοτική φροντίδα, στις δράσεις προστασίας της δημόσιας Υγείας. Μόνο έτσι μπορούν να διασφαλιστούν η καθολική και ισότιμη κάλυψη του

πληθυσμού, η ποιότητα στην υγειονομική φροντίδα, ο ανθρωποκεντρικός χαρακτήρας του συστήματος Υγείας και η βιωσιμότητα της δημόσιας περίθαλψης.

Σχηματικά θα λέγαμε ότι είναι μια μετάβαση από ένα μοντέλο αρρυθμιστής αγοράς υπηρεσιών (με δημόσια και ιδιωτική χρέωση), σε ένα μοντέλο σχεδιασμένης και ολιστικής φροντίδας, με πυρήνα τον οικογενειακό γιατρό, την ομάδα υγείας και τις νέες αποκεντρωμένες δομές (TOMY) που εξασφαλίζουν εγγύτητα προς τους πολίτες, προσωπική σχέση με τους επαγγελματίες υγείας και συνέχεια στη φροντίδα. Η μεταρρύθμιση αυτή δεν είναι μνημονιακή υποχρέωση, δεν είναι «εργαλείο» για περισσότερο λιτότητα και περικοπές, δεν είναι μια αριστερή ιδεολογία ή ένας αναχρονιστικός κρατισμός, αλλά είναι η σύγχρονη και βιβλιογραφικά τεκμηριωμένη απάντηση στην κρίση των συστημάτων Υγείας και στο κοινωνικό αίτημα της άρσης των υγειονομικών ανισοτήτων.

Το δεύτερο εξάμηνο του 2017 ξεκινούν οι TOMY

Ποιος ο ορίζοντας εφαρμογής του σχεδίου;

Ο χρόνος έναρξης λειτουργίας των νέων δομών (TOMY) φιλοδοξούμε να είναι το δεύτερο εξάμηνο του 2017. Η προετοιμασία έχει προχωρήσει, το νομοσχέδιο που βγάλαμε σε δημόσια διαβούλευση πιστεύουμε ότι θα μπορεί να ψηφιστεί μέχρι τον Ιούνιο, η χρηματοδότηση της αρχικής φάσης μέσω του τομεακού προγράμματος «Μεταρρύθμιση του Δημόσιου Τομέα» είναι εξασφαλισμένη και αυτό το διάστημα οριστικοποιούμε την πολιτική συμφωνία με την Κομισιόν για τη συνέχιση της χρηματοδότησης μέσω του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου και των ΠΕΠ των Περιφερειών, με σταδιακή ενίσχυση της συμμετοχής του κρατικού προϋπολογισμού.

Η 1η φάση της μεταρρύθμισης έχει ορίζοντα τετραετίας, αλλά η συνολική ανάπτυξη του νέου μοντέλου απαιτεί μεγαλύτερο βάθος χρόνου που υπολογίζουμε να φτάσει τη δεκαετία. Θεωρούμε όμως ότι πολύ γρήγορα

θα γίνει κοινωνικά ορατή η βελτίωση της πρόσβασης και της εξυπηρέτησης των πολιτών και ότι θα ενισχυθούν η αξιοπιστία και η αποτελεσματικότητα του ΕΣΥ.

Πώς επιδιώκετε να κατακτηθεί η κουλτούρα της πρόληψης στον πληθυσμό της χώρας;

Η αλλαγή κοινωνικής κουλτούρας προφανώς δεν είναι ούτε εύκολη ούτε γρήγορη υπόθεση. Χρειάζεται χρόνος για να τροποποιηθεί η αντίληψη κατ' αρχήν των επαγγελματιών υγείας και, στη συνέχεια, των πολιτών. Ο βασικός πολιτικός λόγος που η πρόληψη ήταν πάντα στο περιθώριο της πολιτικής Υγείας είναι το γεγονός ότι δεν αποδίδει άμεσο και χειροπιαστό πολιτικό όφελος, ότι απαιτεί μακροχρόνιο σχεδιασμό και διατομεακές δράσεις, ότι το μοντέλο του υπερσύγχρονου νοσοκομείου είναι πιο ελκυστικό, ότι η επιρροή της ιατροκεντρικής περίθαλψης παραμένει ισχυρή, ότι η πρόληψη δεν «πουλάει» επιστημονικά, ακαδημαϊκά, συνδικαλιστικά, πολιτικά.

Το κρίσιμο είναι να αντιληφθεί ο μέν επαγγελματίας υγείας ότι δεν απειλείται αλλά αναβαθμίζεται (με συνεχιζόμενη εκπαίδευση) ο ρόλος του, ο δε πολίτης ότι η πρόληψη δεν υποκαθιστά την ανάγκη εξειδικευμένης και ακριβούς φροντίδας όπου και όσο αυτή είναι αναγκαία, αλλά ότι είναι μια επένδυση σε καλύτερη ατομική υγεία, σε μέτρα δημόσιας Υγείας που αφορούν οριζόντια όλο τον πληθυσμό και σε βιώσιμα συστήματα Υγείας. Ο ρόλος του πανεπιστημίου και των ιατρικών σχολών σ' αυτή τη νέα προσέγγιση θα είναι καταλυτικός.

Η κουλτούρα της πρόληψης, της οικογενειακής ιατρικής, της κοινοτικής φροντίδας οφείλουμε να ενδυναμωθεί, να είναι ευδιάκριτη στα προγράμματα προπτυχιακών σπουδών, να δώσει δυνατότητες και ευκαιρίες στους νέους γιατρούς να επιλέξουν ειδικότητα συμβατή με τη νέα στόχευση του ΕΣΥ και να διεκδικήσουν μια αξιοπρεπή επιστημονική και επαγγελματική διέξοδο στον τόπο τους αντιστρέφοντας το brain drain προς τις χώρες της Ευρώπης.

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη είχε συνειδητά εκχωρηθεί στον ιδιωτικό τομέα

Ενώσω το δημόσιο σύστημα Υγείας μαράζωνε κατά τη διάρκεια επιβολής πολιτικών λιτότητας, ο ιδιωτικός τομέας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ήκμαζε. Πώς αντιστρέφεται αυτή η πορεία με την υλοποίηση της μεταρρύθμισης;

▶ **Τι αλλάζει με τη μεταρρύθμιση της ΠΦΥ**

▶ **Πώς αντιστρέφεται η παθητική ιδιωτικοποίηση στην Υγεία**

▶ **Ποιες οι μέριμνες για τους ανασφάλιστους**

▶ **«Είμαστε άνθρωποι που δεν έχουμε οργανική σχέση με το πάρτι στο σύστημα Υγείας»**

▶ **«Οι πολιτικοί μας αντίπαλοι προσέγγιζαν τα θέματα διαφθοράς ως πεδίο μικροπολιτικής αντιπαράθεσης αφήνοντας άθικτο το σύστημα που αναπαράγει την ανομία»**

▶ **«Στόχος να ανατρέψουμε το κοινωνικό κλίμα περί «ασυλίας» του πολιτικού συστήματος»**



Υγεία θα είναι σκληρή και διαρκής

Αυτό που επιχειρείται είναι η διεύρυνση του δημόσιου χώρου στην Υγεία και ιδιαίτερα στο πιο ιδιωτικοποιημένο κομμάτι της, που ήταν η ΠΦΥ. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη είχε εκχωρηθεί από τη δεκαετία του 1990 συνειδητά στον ιδιωτικό τομέα. Ο οποίος φυσικά αξιοποίησε τα κενά και τις ελλείψεις του ΕΣΥ και οργανώθηκε σε επιχειρηματική βάση, καθετοποίησε τις υπηρεσίες του, δημιούργησε αλυσίδες διαγνωστικών κέντρων, μονάδων αιμοκάθαρσης, νοσηλευτηρίων, δομών αποκατάστασης.

Στα μεγάλα αστικά κέντρα ο επιχειρηματικός ιδιωτικός τομέας άρχισε να παρεκτοπίζει τον ελευθεροπαγγελματία γιατρό και το μικρό ιδιωτικό εργαστήριο. Και επειδή στο DNA του κερδοσκοπικού ιδιωτικού τομέα επικρατεί το «γονίδιο» της προκλητής ζήτησης και της υπερκατανάλωσης φαρμάκων, εξετάσεων και θεραπειών, οδηγήθηκε σε έκρηξη της δαπάνης υγείας και σε «παθητική ιδιωτικοποίηση» της δημόσιας περίθαλψης. Το νέο μοντέλο ΠΦΥ αναπτύσσει το δημόσιο σύστημα, αλλά αντικειμενικά αφήνει χώρο (μέσω των συμβάσεων του ΕΟΠΥΥ) στη συμπληρωματική και επικουρική λειτουργία και του ιδιωτικού τομέα με κανόνες, έλεγχο και αξιολόγηση ποιότητας.

Οφείλουμε να εξασφαλίσουμε την ορθολογικότερη διαχείριση των δημόσιων πόρων, τον αναπροσανατολισμό των πόρων της κοινωνικής ασφάλισης και προς τις δημόσιες δομές (το 2016 ο ΕΟΠΥΥ απέδωσε για πρώτη φορά 533 εκατ. ευρώ στα νοσοκομεία) και την κοινωνική ανταποδοτικότητα τόσο της γενικής φορολογίας όσο και των ασφαλιστικών εισφορών Υγείας. Σίγουρα χρειαζόμαστε λιγότερη λιτότητα, αύξηση του ποσοστού των δημόσιων δαπανών υγείας (5,1% του ΑΕΠ το 2016) στην προοπτική της σύγκλισης με τους μέσους ευρωπαϊκούς όρους (6,5 - 7%). Αλλά αυτό που πάνω απ' όλα χρειαζόμαστε είναι ένα δίκτυο δημόσιων δομών και υπηρεσιών ΠΦΥ (ΤΟΜΥ, Κέντρα Υγείας στις πόλεις και στην ύπαιθρο), που, σε συνεργασία με τις πρωτοβάθμιες δομές ψυχικής υγείας, τις δομές πρόληψης και αντιμετώπισης των εξαρτήσεων και τις κοινωνικές δομές (Κέντρα Κοινότητας, Βοήθεια στο Σπίτι, ΚΑΠΗ, ΚΗΦΗ), θα διασφαλίσουν στην πράξη την αναβαθμισμένη λειτουργία του ΕΣΥ και του κοινωνικού κράτους στη χώρα.

Στην ομιλία σας, κατά τη διάρκεια της συζήτησης για τη σύσταση εξεταστικής επιτροπής για την Υγεία, τονίσατε ότι το μεγαλύτερο σκάνδαλο ήταν ότι οι κυ-

βερνήσεις άφησαν τους ανασφάλιστους ακάλυπτους από υγειονομική περίθαλψη. Με ποιον τρόπο η ενίσχυση της ΠΦΥ δημιουργεί δίκτυο προστασίας γι' αυτήν την κατηγορία πολιτών;

Οντως ο αποκλεισμός των ανασφάλιστων από την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ήταν ένα τεράστιο σκάνδαλο που έπληξε τον πυρήνα του κοινωνικού κράτους, που δημιούργησε μια εκτεταμένη ζώνη «υγειονομικής φτώχειας», που επηρέασε αρνητικά τους δείκτες υγείας του πληθυσμού και εξέθεσε τη χώρα μας διεθνώς. Επειδή όμως στα νοσοκομεία, χάρις κυρίως στην ευαισθησία του προσωπικού, σε σημαντικό βαθμό διατηρήθηκε -έστω και με την αναγκαστική αποδοχή χρέους- ένα επίπεδο παροχής υπηρεσιών προς τους ανασφάλιστους (ιδιαίτερα στα ΤΕΠ και στην επείγουσα νοσηλεία), είναι προφανές ότι το μεγαλύτερο έλλειμμα φροντίδας ήταν αδιαμφισβήτητο στις υπηρεσίες ΠΦΥ.

Γι' αυτό και αναπτύχθηκε «από τα κάτω» και εξαπλώθηκε ο θεσμός των κοινωνικών ιατρείων - φαρμακείων, που κάλυψαν ένα μέρος από αυτό το κενό και έδωσαν ένα πρωτόγνωρο παράδειγμα κοινωνικής αλληλεγγύης τιμητικό για τη χώρα μας και τους ανθρώπους της. Το νέο μοντέλο ΠΦΥ δεν φιλοδοξεί να αποτελέσει «δίκτυο προστασίας» για τους πιο αδύναμους, αλλά να καλύψει με ισότητα και επαρκή τρόπο όλο τον πληθυσμό ευθύνης των Τοπικών Μονάδων Υγείας, προσφέροντας ευχέρεια στην πρόσβαση, σημεία και ανθρώ-

πους πρώτης επαφής με το ΕΣΥ, συνένεση στη φροντίδα, δωρεάν και ποιοτικές υπηρεσίες με βάση διαγνωστικά και θεραπευτικά πρωτόκολλα, διευκόλυνση στην αναζήτηση πιο εξειδικευμένης φροντίδας στα άλλα επίπεδα του συστήματος (Κέντρα Υγείας, νοσοκομεία, συμβεβλημένοι γιατροί ή εργαστήρια, δομές ψυχικής υγείας, απεξάρτησης ή αποθεραπείας - αποκατάστασης).

Η πολιτική συρρίκνωσης του ΕΣΥ τελείωσε

Στις τοποθετήσεις σας τονίζετε την «ισχυρή πολιτική βούληση» πίσω από τη μεταρρύθμιση. Μεσούσης της κρίσης, ποιο πολιτικό σήμα εκπέμπει αυτή η νομοθετική σας πρωτοβουλία;

Το πολιτικό σήμα είναι ότι η γραμμή της συρρίκνωσης του ΕΣΥ και της αποδιοργάνωσης της δημόσιας περίθαλψης τελείωσε, ότι ακόμα και σε μνημονιακό περιβάλλον, όταν υπάρχουν οι σωστές πολιτικές προτεραιότητες και η λογική της κοινωνικής αναδιανομής, μπορεί να στηριχθεί η δημόσια Υγεία, μπορούν να καλύπτονται ολοένα περισσότερες κοινωνικές ανάγκες, μπορούν να αμβλύνονται οι υγειονομικές και οι κοινωνικές - ταξικές ανισότητες. Σε τελευταία ανάλυση η υπόθεση της Υγείας είναι ζήτημα ισοτιμίας των ανθρώπων μπροστά στην αρρώστια και στην απειλή της ζωής. Γι' αυτό θέλει ανθρώπους και πολιτικές δυνάμεις που έχουν στις αξιακές, ιδεολογικές και προγραμματικές τους «αποσκευές» την ιδέα

της ισότητας και της αλληλεγγύης και όχι της αγοράς και του ανταγωνισμού.

Επίκειται και η κατάθεση / ψήφιση νομοσχεδίων που αφορούν τις προμήθειες και τον χώρο του φαρμάκου, ενώ δημιουργείτε και εθνικό σχέδιο για την αντιμετώπιση της διαφθοράς σε συνεργασία με τον ΟΟΣΑ. Πόσο γρήγορα εκτιμάτε ότι θα αποδώσει καρπούς το οπλοστάσιο ενάντια στη διαφθορά και το μαύρο χρήμα στην Υγεία; Οι νομοθετικές σας παρεμβάσεις μπορούν να επουλώσουν τις χρόνιες πληγές του συστήματος, αλλά και να δράσουν προληπτικά για το μέλλον;

Με τις παρεμβάσεις που προωθούμε, αποδεικνύουμε ότι δεν μας ενδιαφέρει η σκανδαλολογία, αλλά τα μέτρα εφαρμοσμένης πολιτικής που αντιμετωπίζουν τον «πυρήνα» του προβλήματος. Οι νομοθετικές αλλαγές στις προμήθειες, στο φάρμακο, στη διοίκηση του συστήματος Υγείας, είναι αναγκαίες, θέτουν ένα νέο πλαίσιο διαφανούς διακυβέρνησης που λειτουργεί αποτρεπτικά, αλλά δεν μεταβάλλουν αυτόματα το τοπίο. Ξέρουμε ότι η μάχη κατά της διαφθοράς στην Υγεία θα είναι σκληρή, διαρκής και ιδιαίτερα συγκρουσιακή, ακριβώς γιατί τα συμφέροντα και οι αντιστάσεις τους είναι πολύ ισχυρά. Όμως και η πολιτική μας βούληση είναι πολύ ισχυρή, γιατί είμαστε αφοσιωμένοι στο πολιτικό σχέδιο της αναβάθμισης και «πθικοποίησης» της δημόσιας περίθαλψης, γιατί είμαστε άνθρωποι

που δεν έχουμε οργανική σχέση με το πάρτι στο σύστημα Υγείας, γιατί έχουμε δώσει «δείγματα γραφής» όχι μόνο τα τελευταία 2 χρόνια, και γιατί, τέλος, έχουμε την απαραίτητη αξιοπιστία απέναντι στους τίμιους και αξιοπρεπείς ανθρώπους του συστήματος Υγείας.

Η πολιτική ευθύνη για το πάρτι στην Υγεία έχει συγκεκριμένο ονοματεπώνυμο

Έχετε δηλώσει ότι η Εξεταστική Επιτροπή για την Υγεία θα διερευνήσει δεκάδες περιπτώσεις σκανδάλων και χαρακτηρίσατε τη διαδικασία ως βήμα ηθικοποίησης του συστήματος. Από την άλλη ο κ. Γεωργιάδης υποστήριξε πως ο μοναδικός σκοπός είναι η σπίλωση του ίδιου και των κ. Βορίδη και Λοβέρδου. Πώς θα σχολιάζατε αυτή τη στάση και τι περιμένετε μετά το πέρας των εργασιών της Επιτροπής;

Οι πολιτικοί μας αντίπαλοι δεν περιμέναμε να πουν κάτι διαφορετικό. Έτσι προσεγγίζουν οι ίδιοι στο παρελθόν τα θέματα διαφθοράς. Με έναν εργαλειακό τρόπο, ως πεδίο μικροπολιτικής αντιπαράθεσης, αφήνοντας άθικτο το σύστημα που δημιουργεί και αναπαράγει τις ανομίες συμπεριφορές. Εμείς τονίσαμε και στη Βουλή ότι η πολιτική ευθύνη για το πάρτι στην Υγεία είναι δεδομένη και έχει συγκεκριμένο πολιτικό ονοματεπώνυμο (Ν.Δ. - ΠΑΣΟΚ). Αυτό που οφείλουμε να διερευνήσουμε μέσω της Εξεταστικής είναι αν υπάρχουν ποινικές ευθύνες σε πολιτικά πρόσωπα και κρατικούς λειτουργούς. Όχι για να ενοχοποιήσουμε συγκεκριμένους πολιτικούς, αλλά για να ανατρέψουμε το κοινωνικό κλίμα περί «ασυλίας» του πολιτικού συστήματος και κυρίως για να εντοπίσουμε τους μηχανισμούς και τα θεσμικά ελλείμματα που συνέβαλλαν στη σπατάλη και τη διαφθορά, «θωρακίζοντας» έτσι το σύστημα Υγείας. Αυτό που περιμένουμε μετά το πέρας των εργασιών της Επιτροπής, είναι η ανάδειξη των «διαδρομών» της συναλλαγής με επιχειρηματικά συμφέροντα και της μετατροπής του Συστήματος Υγείας σε μηχανισμό πελατειακής διαχείρισης της εξουσίας, και φυσικά του ιδιαίτερου ρόλου καθενός που από τη θέση του συνέβαλε, συγκάλυψε ή ανέχτηκε αυτό το πάρτι. Θεωρούμε ότι η διαδικασία της Εξεταστικής θα είναι πολύ ενδιαφέρουσα, αποκαλυπτική και πολλαπλώς «ευεργετική» και «εξυγιαντική» τόσο για το σύστημα Υγείας όσο και για το πολιτικό σύστημα.



«Η μεταρρύθμιση στην Πρωτοβάθμια Υγεία δεν είναι μνημονιακή υποχρέωση, δεν είναι «εργαλείο» για περισσότερη λιτότητα και περικοπές, δεν είναι μια αριστερή ιδεοληψία ή ένας αναχρονιστικός κρατισμός, αλλά είναι η σύγχρονη και βιβλιογραφικά τεκμηριωμένη απάντηση στην κρίση των συστημάτων Υγείας και στο κοινωνικό αίτημα της άρσης των υγειονομικών ανισοτήτων»

Εξεταστική για σκάνδαλα στην Υγεία: Εκ του Ντυνάν άρξασθαι

ΡΕΠΟΡΤΑΖ: ΚΩΣΤΑΣ ΠΟΥΛΑΚΙΔΑΣ

» **Η οργάνωση** της συζήτησης επί των σκανδάλων στο χώρο της Υγείας την περίοδο 1997 - 2015 αποτελεί το πρώτο μέλημα της Εξεταστικής Επιτροπής που τυπικά συνεστήθη την Παρασκευή. Η Εξεταστική ακόμη δεν έχει συγκροτηθεί σε σώμα, όμως ως πιθανότερος πρόεδρος ακούγεται ο Αντώνης Μπαλωμενάκης, ο οποίος ήταν πρόεδρος και στο τελευταίο διάστημα λειτουργίας της Εξεταστικής για τα θαλασσοδάνεια των κομμάτων και των ΜΜΕ - υπενθυμίζεται ότι απαρτίζεται από 23 μέλη (11 ΣΥΡΙΖΑ, 5 Ν.Δ. και από ένα τα υπόλοιπα κόμματα και η ομάδα των ανεξάρτητων βουλευτών).

Η Επιτροπή έχει τρία «κεφάλαια» να ελέγξει σύμφωνα με την απόφαση της Βουλής: το ΚΕΕΛΠΝΟ, την τιμολόγηση των φαρμάκων και το ξεπούλημα του νοσοκομείου Ντυνάν. Παρά το ότι ακόμη δεν έχει συνεδριάσει, από τις συζητήσεις ανάμεσα στους βουλευτές της πλειοψηφίας προκύπτει ότι εξετάζουν θετικά το ενδεχόμενο να ξεκινήσουν με τον έλεγχο των ΝΠΔΔ και ΝΠΙΔ, ένα από τα οποία είναι και το

▶ **Ενδεχομένως δεν έχει υπάρξει παραγραφή για τυχόν αδικήματα**

Ντυνάν. Επισημαίνεται ότι έχει πολιτική σημασία το αν θα επιλεγεί πρώτα η εξέταση του σκανδάλου του Ντυνάν, καθώς νομικοί κύκλοι επιμένουν ότι δεν έχει επέλθει παραγραφή πριν από τη διάλυση αυτής της Βουλής για τυχόν αδικήματα που τέλεσαν υπουργοί που εμπλέκονται στη σκανδαλώδη ιδιωτικοποίηση ενός νοσοκομείου που ήταν κοινωφελές ίδρυμα δημόσιου χαρακτήρα. Πάντως στο ζήτημα της παραγραφής υπάρχουν και αντίθετες ισχυρές απόψεις που θεωρούν παραγεγραμμένο ό,τι έκαναν οι υπουργοί Υγείας της κυβέρνησης Σαμαρά και Βενιζέλου.

Το δεύτερο κεφάλαιο που θα ανοίξει εκτιμάται ότι θα είναι το ΚΕΕΛΠΝΟ και μετά η Εξεταστική θα ελέγξει το θέμα της τιμολόγησης των φαρμάκων. Μέλη της Εξεταστικής επισήμιασαν ότι το θέμα των φαρμάκων είναι καώδες και απαιτείται χρόνος για ενημέρωση τόσο

των στοιχείων (νόμοι κ.λπ.) όσο και όσων έχουν συμβεί εκεί και κυρίως κατανόησης των μηχανισμών που λειτούργησαν επί δεκαετίες. Εφόσον επιλεγθεί αυτή η σειρά, δίνεται περισσότερος χρόνος στη Δικαιοσύνη για να ολοκληρώσει την έρευνά της για το σκάνδαλο της Novartis.

Σε κάθε περίπτωση η Εξεταστική έχει πολλά οργανωτικά θέματα να επιλύσει, όπως είναι η κατάρτιση καταλόγου πιθανών μαρτύρων, η σειρά κλήτευσής τους κ.ά. Ακόμη θα πρέπει να βρεθεί ένα modus vivendi ανάμεσα στα κόμματα, που είναι βέβαιο ότι θα καταθέσουν πολλά αιτήματα που θα επηρεάσουν την κανονική λειτουργία της Εξεταστικής.

Από την πλευρά της Ν.Δ. και του ΠΑΣΟΚ, που θεωρούν ότι είναι πολιτικά κατηγορούμενοι από τον ΣΥΡΙΖΑ, δεν έχει εγκαταλειφθεί η προσπάθεια να εστιάσουν στη διατία 2015-2016 με άξονα το ότι τον Ιούνιο του 2015 δεν εκδόθηκε δελτίο τιμών φαρμάκων. Ωστόσο, όπως τόνισε στην Ολομέλεια της Βουλής ο υπουργός Υγείας Ανδρέας Ξανθός, το δελτίο εκδόθηκε τον Αύγουστο και υλοποιήθηκε από την υπηρεσιακή κυβέρνηση.



ΠΟΥ

Πάνω από 325 εκατ. άνθρωποι έχουν προσβληθεί από τους ιούς της ηπατίτιδας Β και C

Ο αριθμός των ανθρώπων που πεθαίνουν έχοντας προσβληθεί από τον ιό της ηπατίτιδας αυξάνεται και οι περισσότεροι από τους 325 εκατομμύρια προσβληθέντες από τον ιό δεν το γνωρίζουν, ενώ δεν έχουν και πρόσβαση σε πιθανόν σωτήρια για τη ζωή τους φάρμακα, ανακοίνωσε σήμερα ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ).

Στην πρώτη αυτή παγκόσμια έκθεση σχετικά με την μόλυνση από τον ιό της ηπατίτιδας ο ΠΟΥ τονίζει ότι απαιτείται επείγουσα δράση για την εξέταση και θεραπεία των ασθενών καθώς εκατομμύρια άνθρωποι κινδυνεύουν από την εξέλιξη του ιού σε χρόνια ηπατική νόσο, καρκίνο ακόμη και πρόωρο θάνατο.

"Η ιογενής ηπατίτιδα συνιστά σήμερα μια μεγάλη πρόκληση για τη δημόσια υγεία, η οποία απαιτεί επείγουσα δράση", αναφέρει σε ανακοίνωσή της η γενική διευθύντρια του ΠΟΥ Μάργκαρετ Τσαν.

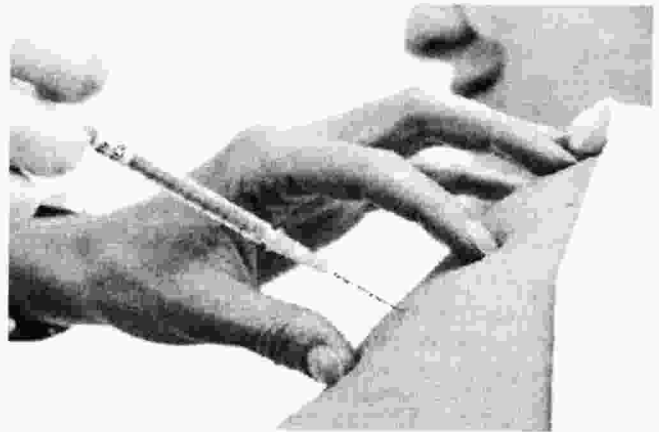
Τα 325 εκατομμύρια κρούσματα αφορούν τους ιούς της ηπατίτιδας Β (HBV) ή C (HCV)--τους βασικότερους τύπους από τα πέντε διαφορετικά είδη ηπατίτιδας οι οποίοι ευθύνονται για το 96% των θανάτων από τη νόσο.

Η μόλυνση από τον HBV απαιτεί ισόβια θεραπεία για την οποία ο ΠΟΥ συνιστά θεραπευτική αγωγή με τενοφοβίρη (tenofovir), ένα αντιικό φάρμακο το οποίο χρησιμοποιείται και για την θεραπεία του ιού του AIDS, του HIV.

Η ηπατίτιδα C μπορεί να θεραπευτεί σχετικά γρήγορα, αλλά τα φάρμακα κοστίζουν υπερβολικά ακριβά για πολλούς ασθενείς.

Εξάλλου εντείνεται η πίεση για την τιμολόγηση των φαρμάκων, κυρίως ως προς την αμερικανική εταιρεία Gilead Sciences, η οποία έχει παρασκευάσει ορισμένα από τα πιο αποτελεσματικά φάρμακα. Η εταιρεία έχει λάβει κάποια μέτρα ώστε να κάνει εκπτώσεις και να προσφέρει πρόσβαση στη θεραπεία μέσω προγραμμάτων.

Μεταξύ αυτών είναι και η χορήγηση άδειας σε ινδικές φαρμακευτικές εταιρείες να παρασκευάσουν πολύ φθηνότερες εκδοχές των φαρμάκων αυτών για να τις διαθέσουν στις αγορές



των αναπτυσσόμενων χωρών.

Η ιογενής ηπατίτιδα ευθύνεται για τον θάνατο 1,34 εκατ. ανθρώπων το 2015, αριθμός που συγκρίνεται με εκείνον των θυμάτων της φυματίωσης και του HIV/AIDS.

Αλλά ενώ τα ποσοστά των θανάτων από την φυματίωση και το AIDS μειώνονται, τα θύματα από ηπατίτιδα αυξάνονται και ο αριθμός τους έχει αυξηθεί κατά 22% από το 2000, ανακοίνωσε ο ΠΟΥ.

Περίπου 1,75 εκατ. άνθρωποι μολύνθηκαν με HCV το 2015, ανεβάζοντας τον συνολικό αριθμό σε 71 εκατομμύρια, με τους ειδικούς να αναφέρουν ως κυριότερες αιτίες τις μη ασφαλείς διαδικασίες υγειονομικής περίθαλψης και την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών.

Ο αριθμός των προσβληθέντων από ηπατίτιδα Β μειώνεται χάρη σε ένα εμβόλιο το οποίο χορηγείται στο πλαίσιο του παιδικού εμβολιασμού και με το οποίο έχει εμβολιαστεί το 84% των βρεφών που γεννήθηκαν το 2015, αναφέρει η έκθεση του ΠΟΥ.