



Σταματήστε την ορολογία «long COVID»

Τα συμπτώματα που επιμένουν δεν διαφέρουν από εκείνα της γρίπης

Σκεδόν ταυτόχρονα με την πανδημία του κορωνοϊού μπήκε στις ζωές μας και μια άλλη πάθηση. Ο κορωνοϊός μακράς διαρκείας (long COVID) είναι μια σύνθετη και εν πολλοίς άγνωστη πάθηση που ταλαιπωρεί ορισμένους ανθρώπους για μεγάλο χρονικό διάστημα μετά την ανάρρωσή τους από την COVID-19.

Ωστόσο, νέα έρευνα Αυστραλών επιστημόνων έρχεται να δείξει πως η long COVID, που έχει αποτελέσει «σπαζοκεφαλιά» για τους γιατρούς, πιθανότατα να μη διαφέρει σημαντικά από αντίστοιχα σύνδρομα που ακολουθούν συνηθισμένες ιώσεις. Συγκεκριμένα, οι συντάκτες της μελέτης από το Πανεπιστήμιο του Κουίνσλαντ εξέτασαν τις μακροχρόνιες επιπτώσεις της γρίπης και τις συνέκριναν με εκείνες του κορωνοϊού, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι η διαφορά είναι μικρότερη από εκείνη που πιθανώς φανταζόμαστε.

Η έρευνα εξέτασε 5.112 ενήλικους που παρατήρησαν συμπτώματα στο αναπνευστικό τους σύστημα και υποβλήθηκαν σε μοριακό τεστ κατά τον Μάιο και τον Ιούνιο του 2022. Από αυτούς, οι 2.399 ήταν θετικοί στον κορωνοϊό, οι 995 θετικοί στη γρίπη και οι 1.718 αρνητικοί και στα

δύο. Ένα χρόνο αργότερα, όλοι οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ένα ερωτηματολόγιο που εστάλη στα κινητά τους τηλέφωνα με μορφή sms. Το 16% δήλωσε πως εξακολουθεί να έχει κάποιο (οποιοδήποτε) σύμπτωμα, ενώ το 3,6% αντιμετώπιζε μέτρια έως βαριά αδυναμία στην καθημερινότητα.

Τα πλήρη αποτελέσματα της μελέτης θα παρουσιαστούν τον επόμενο μήνα στο Ευρωπαϊκό Συνέδριο Κλινικής Μικροβιολογίας και Λοιμωδών Νοσημάτων στη Βαρκελώνη. Ωστόσο, ο επικεφαλής δρ Τζον Τζέραντ ξεκαθάρισε ότι δεν βρέθηκαν στοιχεία που να αποδεικνύουν πως οι άνθρωποι που νόσησαν με COVID-19 είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν σοβαρές μακροχρόνιες δυσλειτουργίες σε σχέση με όσους νόσησαν από γρίπη.

Συγκεκριμένα, το 3% των συμμετεχόντων στη μελέτη παρουσίασε συμπτώματα διάρκειας αρκετών εβδομάδων έως και μηνών μετά τη μόλυνση με COVID-19 και το 3,4% αντίστοιχα συμπτώματα μετά τη γρίπη.

Ο επικεφαλής της έρευνας δρ Τζον Τζέραντ δήλωσε ότι «ήρθε η ώρα να σταματήσουμε να χρησιμοποιούμε όρους όπως



Στη μελέτη δεν βρέθηκαν στοιχεία που να αποδεικνύουν πως οι άνθρωποι που νόσησαν με COVID-19 είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν σοβαρές μακροχρόνιες δυσλειτουργίες σε σχέση με όσους νόσησαν από γρίπη.

Τι δείχνει νέα έρευνα Αυστραλών επιστημόνων από το Πανεπιστήμιο του Κουίνσλαντ για τον κορωνοϊό μακράς διαρκείας.

«COVID μακράς διαρκείας», διότι είναι σαν να υπονοούμε ότι υπάρχει κάτι μοναδικό σχετικά με τα μακροχρόνια συμπτώματα που συνδέονται με τον ιό. Η υπέρταση, η έλλειψη ύπνου και η αδυναμία συγκέντρωσης είναι στην πραγματικότητα συνέπειες

που προκαλούνται εξίσου συχνά και από τη γρίπη». Ο «κορωνοϊός μακράς διαρκείας» είναι πιθανό να έχει φτάσει να θεωρείται ξεχωριστή πάθηση περισσότερο λόγω του μεγάλου αριθμού μολύνσεων με COVID-19 σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα παρά λόγω της σοβαρότητάς του.

Βεβαίως, ο δρ Τζέραντ ξεκαθαρίζει πως η long COVID είναι υπαρκτή κατάσταση και σε καμία περίπτωση δεν υποτιμάται η σημασία της. «Τα συμπτώματα που περιγράφουν οι ασθενείς είναι πραγματικά και φυσικά το πιστεύουμε. Αυτό που προσπαθούμε να πούμε είναι ότι η συχνότητα εμφάνισης των συ-

μπτωμάτων αυτών δεν είναι μεγαλύτερη στους ασθενείς με κορωνοϊό από ό,τι σε εκείνους με άλλους ιούς που προσβάλλουν το αναπνευστικό σύστημα. Ο όρος «κορωνοϊός μακράς διαρκείας» είναι κατά τη γνώμη μου παραπλανητικός και επιβλαβής».

Μέχρι στιγμής, οι ορισμοί της long COVID ποικίλουν αρκετά, όμως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την post COVID ή long COVID ως την κατάσταση κατά την οποία ένας ασθενής εμφανίζει συμπτώματα που δεν μπορούν να εξηγηθούν με άλλο τρόπο τουλάχιστον τρεις μήνες μετά την επιβεβαιωμένη μόλυνσή του από κορωνοϊό.

2. ΠΡΟΣ ΣΥΣΤΑΣΗ ΕΘΝΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Μέσο:ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΚΥΡ_ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ

Ημ. Έκδοσης: ...17/03/2024 Ημ. Αποδελτίωσης: ...17/03/2024

Σελίδα:2



Σχέδιο για εθνικό κέντρο αναπηρίας με ενιαίους κανόνες πιστοποίησης

Της **ΡΟΥΛΑΣ ΣΑΛΟΥΡΟΥ**

Στη δημιουργία ενός εθνικού συντονιστή για το σύνολο των δημόσιων πολιτικών που αφορούν την αναπηρία, από την αξιολόγηση και την πιστοποίηση που σήμερα γίνεται μέσω των γνωστών μας ΚΕΠΑ, έως τον έλεγχο και τον περιορισμό των περιπτώσεων κατάχρησης στις παροχές, προσανατολίζεται η κυβέρνηση.

Με οδηγό το πόρισμα και τις συστάσεις της έκθεσης της επιτροπής των Ηνωμένων Εθνών, η κυβέρνηση θέτει ως στόχο έως το 2030 να αντιστρέψει τη «θολή» εικόνα που θέλει το 18% των ατόμων με αναπηρία να αντιμετωπίζουν σοβαρές υλικές στερήσεις, ποσοστό διπλάσιο από τον αντίστοιχο ευρωπαϊκό μέσο όρο που είναι 9% και τους νέους ηλικίας 16-29 ετών με αναπηρία, σε ποσοστό 45%, όχι μόνο να μην εργάζονται, αλλά και να μην εκπαιδεύονται και να κατάρτιζονται. Να σημειωθεί ότι ο αντίστοιχος δείκτης για τα άτομα χωρίς αναπηρία προσεγγίζει στη χώρα μας το 25%. Η εικόνα παραμένει γκριζα και στους δείκτες που αφορούν την εργασιακή ένταξη. Στην Ε.Ε. ένα στα δύο άτομα με αναπηρία (50%) κατά μέσον όρο εργάζεται. Στην Ελλάδα το ποσοστό αυτό πέφτει στο 34%, όταν στον πληθυσμό χωρίς προβλήματα αναπηρίας είναι ήδη 60%.

Με βάση άλλωστε τις συστάσεις και τις παρατηρήσεις της επιτροπής των Ηνωμένων Εθνών, η εθνική στρατηγική για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία 2024-2030, που θα παρουσιαστεί την επόμενη εβδομάδα στο υπουργικό συμβούλιο από τον υπουργό Επικρατείας Σταύρο Παπασταύρου, προωθεί

Ο νέος φορέας θα είναι ο επίσημος σύμβουλος της πολιτείας για όλα τα ζητήματα που άπτονται των ατόμων με αναπηρία.

την αναμόρφωση συγκεκριμένων διατάξεων που αφορούν τα προνοιακά επιδόματα, τις παροχές, τις συντάξεις και τις φοροαπαλλαγές για τα άτομα με αναπηρία. Ο στόχος είναι να καταργηθούν οι κανόνες ή οι πρακτικές που προκαλούν διακρίσεις, συμπεριλαμβανομένων και αυτών στο σύστημα πιστοποίησης αναπηρίας.

Σε αυτό το πλαίσιο προωθείται, σύμφωνα με ασφαλείς πληροφορίες της «Κ», η δημιουργία ενός εθνικού κέντρου αναπηρίας, στο οποίο θα μεταφερθούν και τα ΚΕΠΑ, προκειμένου να υπάρχουν ενιαίοι κανόνες όχι μόνο για την αξιολόγηση και την πιστοποίηση της αναπηρίας στη χώρα μας, αλλά και συντονισμός του συνόλου των δημόσιων πολιτικών για την αναπηρία. Ο νέος φορέας θα αναλάβει μάλιστα και συμβουλευτικό ρόλο, ως ο επίσημος σύμβουλος της πολιτείας για όλα τα ζητήματα που άπτονται των ατόμων με αναπηρία.

Ειδικό σώμα ιατρών

Στον νέο φορέα θα ενσωματωθεί και το ειδικό σώμα των ιατρών προκειμένου να καταργηθεί η αρμοδιότητα πιστοποίησης από κάθε άλλη επιτροπή. Εννοείται πως ο νέος φορέας θα είναι ο επιχειρησιακός υπεύθυνος σχετικών μπτρώων και εργαλείων, κεντρική πηγή πληρο-



Η κυβέρνηση θέτει ως στόχο έως το 2030 να αντιστρέψει τη «θολή» εικόνα που θέλει το 18% των ατόμων με αναπηρία να αντιμετωπίζουν σοβαρές υλικές στερήσεις, ποσοστό διπλάσιο από τον αντίστοιχο ευρωπαϊκό μέσο όρο, και το 45% των νέων 16-29 ετών με αναπηρία όχι μόνο να μην εργάζονται, αλλά και να μην εκπαιδεύονται και κατάρτιζονται.

φόρησης στατιστικών στοιχείων και μοναδικός πάροχος όλων των προγραμμάτων σε σχέση με την προσβασιμότητα και την ένταξη των ΑμεΑ στην αγορά εργασίας.

Ηδη μάλιστα στο υπουργείο Εργασίας και συγκεκριμένα στη Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Υποθέσεων υπό την επίβλεψη του αρμόδιου υφυπουργού Πάνου Τσακλόγλου και του γ.γ. Νίκου Μηλαπίδη, βρίσκεται σε εξέλιξη η εκπόνηση του ενιαίου κανονισμού ασφάλισης και παροχών ΑμεΑ, καθώς και ενιαίων κανόνων για όλα τα πρώην ασφαλιστικά Ταμεία που εντάχθηκαν στον ΕΦΚΑ. Αλλά μια σημαντι-

κή δράση που έχει εξαγγελθεί είναι η δημιουργία μπτρώου παροχών αναπηρίας, το οποίο θα είναι διασυνδεδεμένο με την κάρτα αναπηρίας προκειμένου να είναι γνωστό ανά πάσα στιγμή πόσες είναι οι παροχές αναπηρίας, όλων των υπουργείων και φορέων, πόσοι είναι οι δικαιούχοι καθώς και ποιες είναι οι δομές αναπηρίας της χώρας. Τέλος, σύμφωνα με την εθνική στρατηγική για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία 2024-2030, η Ελλάδα θα πρέπει να αναμορφώσει και τον πολιτικό σχεδιασμό της Δημόσιας Υπηρεσίας Απασχόλησης (ΔΥΠΑ) και να υλοποιήσει ξεχω-

ριστές δράσεις για τις ανάγκες των ατόμων με αναπηρία.

Αλλάζουν τα ΚΕΠΑ

Με δεδομένη τη στρατηγικής σημασίας δημιουργία του Ενιαίου Κέντρου Αναπηρίας (ΕΚΑ), η ηγεσία του υπουργείου Εργασίας σε συνεργασία με τη διοίκηση του ΕΦΚΑ προωθούν μέτρα για την αποτελεσματικότητα των ΚΕΠΑ, έως ότου αυτά ενσωματωθούν στο ΕΚΑ. Στόχος της κυβέρνησης, σύμφωνα με τον αρμόδιο για τα ΚΕΠΑ υποδιοικητή του ΕΦΚΑ Παναγιώτη Κοκκόρη, είναι η εισαγωγή της διάστασης της αναπηρίας σε όλες τις πολιτικές, στα

μέτρα και τα προγράμματα που υλοποιούν στο σύνολό τους τα υπουργεία. «Βάζουμε τον άνθρωπο στο επίκεντρο των πολιτικών μας με στόχο τη δημιουργία μιας ισχυρής οικονομίας και μιας δίκαιης κοινωνίας», δηλώνει χαρακτηριστικά μιλώντας στην «Κ» ο κ. Κοκκόρης, ο οποίος άλλωστε ήταν γενικός γραμματέας Κοινωνικών Ασφαλίσεων όταν προστέθηκαν 43 παθήσεις στη λίστα με τις επ' αόριστον παθήσεις, για τις οποίες ο ασφαλισμένος οφείλει να περάσει άπια από τα ΚΕΠΑ για να πιστοποιηθεί. Πλέον, οι παθήσεις αυτές έχουν αυξηθεί σε 143 και σύμφωνα με ασφαλείς πληροφορίες, ήδη έχει συσταθεί ειδική επιτροπή για τον έλεγχο των παθήσεων που πρέπει να περνούν μία φορά από πιστοποίηση, με ανοικτό το ενδεχόμενο να προστεθούν και νέες.

Παράλληλα, μία από τις πρώτες υπουργικές αποφάσεις που υπέγραψε η υπουργός Εργασίας Δόμνα Μιχαηλίδου, σε συνεργασία με τον υπουργό Υγείας Αδωνι Γεωργιάδη, ήταν αυτή για τη δημιουργία του Ειδικού Σώματος Ιατρών (ΕΣΙ) που όλες τις ειδικότητες που θα μπορούν να ενταχθούν στο ΕΣΙ στο ενιαίο μπτρώο. Με αυτόν τον τρόπο «ανοίγει ο δρόμος» ώστε το αμέσως επόμενο διάστημα να προκηρυχθούν επιπλέον 700 θέσεις γιατρών είτε από τον δημόσιο είτε από τον ιδιωτικό τομέα που θα προστεθούν στους 500 που ήδη λειτουργούν σήμερα στα ΚΕΠΑ. Αλλά και ο υπουργός Εθνικής Οικονομίας και Οικονομικών Κωστής Χατζηδάκης αναμένεται να υπογράψει την αναγκαία απόφαση που θα αυξάνει κατά 50% τις αμοιβές των γιατρών στα ΚΕΠΑ, έτσι ώστε να έχουν πρόσθετο κίνητρο να ενταχθούν στο νεοσύστατο ΕΣΙ.



ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

35

ΠΑΡΑΠΟΛΙΤΙΚΑ // ΣΑΒΒΑΤΟ 16.03.2024

Στον **ΒΑΣΙΛΗ ΒΕΝΙΖΕΛΟ**
ven.ygeia@gmail.com

σχυρή ενίσχυση με νέες, υψηλής τεχνολογίας ιατρικά μηχανήματα αναμένεται να λάβουν εντός των προσεχών δύο μηνών πολλές πανεπιστημιακές κλινικές του Λεκανοπεδίου της Αττικής, σε νοσοκομεία όπως το «Σωτηρία», το «Αρεταίειο», το «Αττικόν», το «Λαϊκό» κ.ά. Επίσης, εντός του 2024 αναμένεται να έχουν τοποθετηθεί στις θέσεις τους, στο σύνολο των πανεπιστημιακών κλινικών της χώρας, 270 επίκουροι καθηγητές, σε όλες τις ειδικότητες, γεγονός το οποίο θα αποτελέσει μεγάλη «ανάσα» για τα νοσοκομεία της χώρας μας. Αυτά τονίζει σήμερα στα «ΠΑΡΑΠΟΛΙΤΙΚΑ» ο καθηγητής Καρδιολογίας και πρύτανης του Πανεπιστημίου Αθηνών, Γεράσιμος Σιάσος.

Κύριε πρύτανη, πότε θα έχουμε στις θέσεις τους τους νέους επίκουρους καθηγητές, οι οποίοι προβλέπονται για τις πανεπιστημιακές κλινικές που υπηρετούν το ΕΣΥ;

Καθώς οι σύγχρονες προκλήσεις στον χώρο της Υγείας είναι πολλές και η ανάγκη για υψηλού επιπέδου, εξειδικευμένη παροχή υγείας από κέντρα αναφοράς είναι επιτακτική, η στελέχωση των πανεπιστημιακών κλινικών είναι απαραίτητη για τη σχεδιαζόμενη αναδιάρθρωση των υπηρεσιών υγείας. Μην ξεχνάμε ότι οι πανεπιστημιακές κλινικές του ΕΚΠΑ από το 1837 αποτελούν τον πρώτο πάροκο υπηρεσιών υγείας στη χώρα με αδιάλειπτη προσφορά επί δύο αιώνες. Στο πλαίσιο στήριξης του δημόσιου συστήματος Υγείας, κατόπιν απόφασης του πρωθυπουργού και των αρμόδιων υπουργών Υγείας και Παιδείας, προκηρύχθηκαν 270 κλινικές θέσεις πανεπιστημιακών ιατρών με πιστώσεις του υπουργείου Υγείας, σε αντικείμενα στα οποία τα δημόσια νοσοκομεία είναι υποστελεχωμένα. Οι θέσεις αυτές έχουν καταμεριστεί σε πανεπιστημιακές κλινικές νοσοκομείων σε όλες τις ιατρικές σχολές της χώρας και στις αντίστοιχες περιφέρειες, ώστε να καλυφθούν τα μεγάλα κενά των ετών της οικονομικής κρίσης. Η πλειονότητα αυτών των θέσεων βρίσκεται στη φάση της υποβολής υποψηφιοτήτων και αναμένεται οι διαδικασίες αξιολόγησης, επιλογής και διορισμού να ολοκληρωθούν εντός του 2024.

Πιστεύετε ότι η ενίσχυση των πανεπιστημιακών κλινικών με τους εν λόγω επίκουρους καθηγητές θα είναι ουσιαστική ή οι ελλείψεις είναι τόσο σοβαρές, με τα σχετικά προβλήματα να παραμένουν;

Σίγουρα οι θέσεις αυτές αποτελούν μια σημαντική ενίσχυση για τις πανεπιστημιακές κλινικές νοσοκομείων του ΕΣΥ και πανεπιστημιακών νοσοκομείων που υπηρετούν το δημόσιο σύστημα Υγείας. Σκεφτείτε ότι μόνο η Ιατρική Σχολή του ΕΚΠΑ έλασε πάνω από 300 θέσεις πανεπιστημιακών ιατρών τα προηγούμενα 14 χρόνια. Επίσης, για την επορική και ολοκληρωμένη εκπαίδευση των φοιτητών αλλά και για την προαγωγή της αριστείας, της έρευνας και της καινοτομίας είναι επίσης απαραίτητη η ενίσχυση και των πανεπιστημιακών εργαστηρίων, καθώς και των Τμημάτων Νοσηλευτικής. Ιδιαίτερα όμως πρέπει να τονιστεί ότι τα περισσότερα τμήματα και σχολές των πανεπιστημίων πάσχουν στο θέμα της στελέχωσης. Στο ΕΚΠΑ έχουν καθεί πάνω από 600 θέσεις πανεπιστημιακών σε όλα τα τμήματα, από τις ανθρωπιστικές επιστήμες και τη Νομική μέχρι τις θετικές επιστήμες. Πρέπει να βρεθεί τρόπος να καλυφθούν τα πολύ μεγάλα κενά σε πανεπιστημιακό προσωπικό, για να εξασφαλιστεί η υψηλού επιπέδου παροχή εκπαίδευσης από τα δημόσια πανεπιστήμια.



«Ενέσεις» υψηλής τεχνολογίας στο ΕΣΥ

«ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΒΡΕΘΕΙ ΤΡΟΠΟΣ ΝΑ ΚΑΛΥΦΘΟΥΝ ΤΑ ΠΟΛΥ ΜΕΓΑΛΑ ΚΕΝΑ ΣΕ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ, ΓΙΑ ΝΑ ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΤΕΙ Η ΥΨΗΛΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΠΑΡΟΧΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΑΠΟ ΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑ», ΔΗΛΩΝΕΙ ΣΤΑ «Π» Ο ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΥΤΑΝΗΣ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ, ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ ΣΙΑΣΟΣ

Πληροφορηθήκαμε ότι στην πανεπιστημιακή καρδιολογική κλινική του νοσοκομείου «Σωτηρία» ετοιμάζεται νέο, υπερσύγχρονο αιμοδυναμικό εργαστήριο, το οποίο θα δώσει μεγάλη ώθηση στο ΕΣΥ της Αττικής. Περί τίνος πρόκειται;
Στο ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία» η Ιατρική Σχολή έχει εγκαταστήσει τρεις πανεπιστημιακές κλινικές: την Α' Πνευμονολογική Κλινική, τη Γ' Παθολογική Κλινική και τα τελευταία χρόνια έχει εγκατασταθεί και λειτουργεί η Γ' Καρδιολογική Κλινική. Για την πλήρη λειτουργία της πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής πριν από τρία χρόνια η δωρεά του μεγάλου εθνικού ευεργέτη κ. Αθανάσιου Μαρτίνου υπήρξε καταλυτική στην κατασκευή του πρώτου αιμοδυναμικού εργαστηρίου του νοσοκομείου. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό ότι με νέα δωρεά, επίσης του κ. Αθανάσιου Μαρτίνου, θα λειτουργεί τον επόμενο μήνα δεύτερο αιμοδυναμικό εργαστήριο σε νέα, υπερσύγχρονη, υβριδική αίθουσα, που θα διαθέτει τελευταίας τεχνολογίας αγγειογράφο

- στεφανιογράφο και θα δώσει σημαντική ώθηση στον αριθμό των καρδιολογικών περιστατικών που αντιμετωπίζονται. Θα ήταν επίσης παράλειψη να μην αναφέρουμε ότι για τη λειτουργία της κλινικής σε πλήρως ανακαινισμένους χώρους καθοριστική υπήρξε και η δωρεά της οικογένειας της ιατρού Άννας Ρηγοπούλου. Το νοσοκομείο χάρη στο υψηλό επίπεδο επιστημονικό προσωπικό έχει καταφέρει να πραγματοποιεί πολλαπλές επεμβάσεις σχεδόν καθημερινά όσον αφορά τα οξεία στεφανιαία σύνδρομα, όπως το έμφραγμα του μυοκαρδίου και άλλα επείγοντα καρδιολογικά προβλήματα, ενισχύοντας τη λειτουργία του ΕΣΥ. Αυτή τη στιγμή διενεργούνται πλήθος επεμβάσεων αντιμετώπισης δομικών καρδιοπαθειών, με επικεφαλής τον καθηγητή Μανώλη Βαβουρανάκη, όπως αντιμετώπιση με επεμβατικά, μη χειρουργικά μέσα βαλβιδοπαθειών της αορτικής, της μιτροειδούς, της τριγλώκινος και της πνευμονικής βαλβίδας, αλλά και διόρθωση παραβαλβιδικών διαφυγών και μεσοκοιλιακής επικοινωνίας ή ανοίγτου ωοειδούς τρήματος.

Μπορούμε να αναμένουμε άμεσα ανάλογες παρεμβάσεις και ενισχύσεις για τις πανεπιστημιακές κλινικές άλλων νοσοκομείων στην Αττική;

Οι πανεπιστημιακές κλινικές με το εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό που διαθέτουν προσφέρουν πολύ σημαντικό έργο στο δημόσιο σύστημα Υγείας. Με τη συνδρομή του πανεπιστημίου, των υπουργείων Υγείας και Παιδείας και με τους μεγάλους δωρητές ενισχύονται με την απαραίτητη υλικοτεχνική υποδομή και επιστημονικό εξοπλισμό. Μεγάλες δωρεές έχουν πραγματοποιηθεί πολύ πρόσφατα στο Αττικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, όπου θα λειτουργήσει σύντομα το πρώτο Πανεπιστημιακό Cancer Center, στο Λαϊκό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, με ανακοίνωση των χειρουργείων, καθώς και σε άλλες πανεπιστημιακές κλινικές, όπως για παράδειγμα στο «Ιπποκράτειο», τον «Ευαγγελισμό», το «Α. Συγγρός», το «Αρεταίειο» και το «Αλγινίτειο».



parapolitika.gr
@parapolitika
@parapolitika

Του **ΒΑΣΙΛΗ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ**
ven.ygeia@gmail.com

«Α» ισθάνομαι πραγματικά πολύ μεγάλη χαρά, διότι κάτι που το συζητούσαμε στην Ελλάδα για 32 ολόκληρα χρόνια τώρα γίνεται πραγματικότητα. Είναι για μένα μεγάλη επιβεβαίωση, ως υπουργός Υγείας να ξέρω ότι με αυτή τη μεταρρύθμιση δίνω άμεση λύση σε χιλιάδες Έλληνες ασθενείς, που περιμένουν μήνες έως και χρόνια για να χειρουργηθούν. Και νομίζω ότι, εάν δώσουμε λίγο χρόνο στη μεταρρύθμιση καλόπιστα και χωρίς τις συνθήκες συγκρούσεις, θα έχουμε δώσει στο Εθνικό Σύστημα Υγείας εφόδια για να συνεχίσει πολλές δεκαετίες ακόμα να είναι ισχυρό. Αυτά δηλώνει αποκλειστικά σήμερα στα «ΠΑΡΑΠΟΛΙΤΙΚΑ» ο υπουργός Υγείας, Άδωνις Γεωργιάδης, ενώ η emblematicή μεταρρύθμιση με τα απογευματινά χειρουργεία στα νοσοκομεία του ΕΣΥ όλης της χώρας εισέρχεται στη δεύτερη εβδομάδα της εφαρμογής της. Ο κ. Γεωργιάδης κήρυξε την Τρίτη συμβολικά την έναρξη της λειτουργίας των απογευματινών χειρουργείων στη χώρα από το Νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου», ενώ έχουν διενεργηθεί μέχρι στιγμής απογευματινά χειρουργεία στα νοσοκομεία της συμπεριλαμβανόμενης ΑΧΕΠΑ και «Αγίας Παύλος», στα νοσοκομεία της Αθήνας «Ευαγγελισμός», ΚΑΤ και «Γεώργιος

Ο θεσμός θα αυτορρυθμιστεί με την πάροδο του χρόνου και θα αποσυμφορηθούν οι πρωινές λίστες αναμονής

ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ ΦΑΝΔΡΙΔΗΣ,
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΤ

Η αλήθεια είναι πως τις λίστες αναμονής που επικαλείται ο κ. Γεωργιάδης τις δημιούργησε η ίδια η κυβέρνηση του

ΠΑΝΟΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ,
ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΟΕΝΓΕ,
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ ΓΕΝΙΚΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΝΙΚΑΙΑΣ

Γεννημάς», καθώς και στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης και το Νοσοκομείο Καβάλας, αλλά και το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας. Την επόμενη εβδομάδα έχουν προγραμματιστεί να διενεργηθούν, μεταξύ άλλων, και τα πρώτα απογευματινά χειρουργεία στο Νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης «Αγίας Λουκάς», στο Ογκολογικό Νοσοκομείο της Κηφισιάς «Αγιοι Ανάργυροι» και στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, ενώ περισσότερες από 150 χειρουργικές κλινικές του ΕΣΥ σε όλη τη χώρα βρίσκονται ήδη στο στάδιο της τελικής προετοιμασίας τους ώστε να μπορέσουν να διενεργήσουν απογευματινά χειρουργεία.

ΣΟΒΑΡΗ ΑΡΧΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ

«Η πανδημία της COVID-19 μάς έκανε να κατανοήσουμε ότι το σύστημα Υγείας στη χώρα μας είναι ένα και ενιαίο. Υπήρξε σύμπτωση Δημοσίου και ιδιωτικού τομέα εκείνη την περίοδο, από την ηγεσία του υπουργείου Υγείας, και ο πρωθυπουργός, Κυριάκος Μητσοτάκης, διαχειρίστηκε μια πρωτοφανή πανδημία, κινητοποιώντας όλες τις δυνάμεις, δημόσιου και ιδιωτικού χαρακτήρα». Αυτό τονίζει στα «Π» ο συντονιστής διευθυντής της Μικροχειρουργικής Κλινικής του Νοσοκομείου της Αθήνας ΚΑΤ, Εμμανουήλ Φανδριδής, ο οποίος απευθείας μας εξηγήσει επίσης ότι «ο νέος θεσμός των απογευματινών χειρουργείων αποτελεί μία σοβαρή αρχή μεταρρύθμισης στο σύστημα. Ο θεσμός θα αυτορρυθμι-

στεί, με την πάροδο του χρόνου, ανάλογα με τις ανάγκες των ασθενών και τις δυνατότητες του συστήματος Υγείας, ενώ θα δώσει τη δυνατότητα να αποσυμφορηθούν οι πρωινές λίστες αναμονής για χειρουργεία, λίστες οι οποίες επιβαρύνονται κυρίως από τα μικρά και μεσαία χειρουργεία και όχι από τα μεγάλα και τα δύσκολα, τα οποία αντιμετωπίζονται αμέσως στα πρωινά χειρουργεία του ΕΣΥ».

«Εμείς στο ΚΑΤ», συνεχίζει ο κ. Φανδριδής, «έχουμε τεράστιες λίστες αναμονής για τα πρωινά χειρουργεία, τα οποία στη συντριπτική πλειονότητά τους αφορούν χειρουργεία μικρής και μεσαίας βερότητας και τα οποία μπορούν κόπιοι από αυτά να εξυπηρετηθούν και στα απογευματινά χειρουργεία. Δεν πρέπει να καθεί ο δημόσιος χαρακτήρας στο ΕΣΥ, αλλά, από την άλλη πλευρά, δεν σημαίνει ότι η εφαρμογή των απογευματινών χειρουργείων καταργεί τον ρόλο του ΕΣΥ. Η στοχευμένη ενίσχυση με υγειονομικό προσωπικό στο ΕΣΥ είναι επίσης απαραίτητη». Ο κ. Φανδριδής αναφέρει ότι τα απογευματινά χειρουργεία δεν εμπλέκονται με τη λειτουργία των πρωινών χειρουργείων ούτε και με τις εφημερίες του νοσοκομείου.

«Ο ρόλος του ΚΑΤ, ως τραυματολογικό και ορθοπαιδικό κέντρο, δεν αλλάγεται. Η εξυπηρέτηση των ασθενών με καταγματα είναι στην πρώτη γραμμή και η αποκλειστική διάθεση μόνιμων χειρουργικών αιθουσών για το κάταγμα και το τραύμα, που εφαρμόζεται στο νοσοκομείο, είναι μια σημαντική παρέμβαση. Νομίζω ότι θα είναι επίσης θετική από το υπουργείο Υγείας η παρέμβαση για την ενίσχυση του ΕΣΥ από ιδιώτες γιατρούς όπου απαιτείται, όπως και ιδιωτικό έργο από γιατρούς του ΕΣΥ», καταλήγει.

«ΕΝΑΝΤΙΟ ΠΟΙΟΥ "ΕΚΘΟΡΟ"»

Σε κάθε περίπτωση, πάντως, ουδείς μπορεί να παραβλέψει το γεγονός ότι έχει ήδη εκδηλωθεί μία σφοδρή αντίθεση στον νέο θεσμό των απογευματινών χειρουργείων από τη συνδικαλιστική ηγεσία των γιατρών του ΕΣΥ. Χαρακτηριστικό είναι ότι ο γενικός γραμματέας της Ομοσπονδίας Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδας (ΟΕΝΓΕ) και νευροχειρουργός του Γενικού Κρατικού Νίκαιας, Πάνος Παπανικολάου, χρησιμοποιεί μία ιδιόρρυθμη σκληρή γλώσσα και δηλώνει σκεπτικικά στα «Π»: «Εγκαινιάζοντας πανηγυρικά τα "απογευματινά" επί πληρωμή χειρουργεία, ο υπουργός Υγείας, κ. Γεωργιάδης, μίλησε για "νίκη". Δεν είπε όμως εναντίον ποιου "εχθρού" θέλει να νικήσει. Εναντίον του λαού, που πληρώνει αιματηρές ασφαλιστικές εισφορές και σκληρούς φόρους, ο οποίος εκβιάζεται να ξαναπληρώσει "νόμιμο" τσουκτερό κρατικό φακέλακι προκειμένου να χειρουργηθεί;». Και ο κ. Παπανικολάου συνεχίζει: «Η αλήθεια είναι πως τις λίστες αναμονής, που επικαλείται ο κ. Γεωργιάδης, τις δημιούργησε η ίδια η κυβέρνηση του. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν τα μεγάλα νοσοκομεία της Αττικής, όπου λειτουργεί καθημερινά το 60% των εξοπλισμένων χειρουργικών αιθουσών λόγω τραγικής έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού, την ίδια στιγμή που υπάρχουν πολλές αιτήσεις νοσηλευτών να διοριστούν έστω ως επικουρικοί». Και καταλήγει ο γενικός γραμματέας της ΟΕΝΓΕ: «Επίσης ο κ. Γεωργιάδης έχει εξαγγείλει την άμεση νομοθέτηση ανεξέλεγκτης "εξόδου" γιατρών ΕΣΥ προς τις ιδιωτικές κλινικές, αλλά και ανεξέλεγκτης "εξόδου" ιδιωτών γιατρών στα δημόσια νοσοκομεία για να εκτελούν και αυτοί ιατρικές πράξεις επί πληρωμή. Δηλαδή έχει εξαγγείλει τη θανατική ποινή στο ΕΣΥ 40 χρόνια μετά την ίδρυσή του».

“ΑΜΕΣΗ ΛΥΣΗ ΣΕ ΧΙΛΙΑΔΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ”

Ο ΑΔΩΝΙΣ ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ ΜΙΛΑ ΣΤΑ «Π» ΓΙΑ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΩΝ – ΠΟΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΜΠΑΙΝΟΥΝ ΣΤΗ ΛΙΣΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΧΟΜΕΝΗ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΚΑΙ ΠΟΙΑ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΖΟΝΤΑΙ





Προβλήματα και αντιδράσεις

Την αρχή μιας νέας, αχαρτογράφητης ακόμη διαδρομής για το ΕΣΥ και τους υγειονομικούς εργαζομένους σηματοδοτεί η λειτουργία των επί πληρωμή απογευματινών χειρουργείων, στο πρότυπο των απογευματινών ιατρείων, από την περασμένη Τρίτη.

Δεκάδες κλινικές του ΕΣΥ, κυρίως στη Βόρεια Ελλάδα και την Αττική, έχουν δώσει το «παρών», με γιατρούς, νοσηλευτές και λοιπούς αναγκαίους προσωπικό να δηλώνουν με σταθερά αυξανόμενο ρυθμό την ένταξή τους στην απογευματινή διενέργεια χειρουργικών επεμβάσεων.

Την ίδια ώρα, ωστόσο, εντείνονται οι αντιδράσεις από τους συναδέλφους τους που απορρίπτουν τον νέο θεσμό για τα χειρουργεία προτάσσοντας τα προβλήματα υποστελέχωσης και υποχρηματοδότησης που στραγγαλίζουν το ΕΣΥ.

Με διατακτικό βηματισμό μπαίνουν στα χειρουργεία και οι πολίτες (οι οποίοι βρίσκονται μαζί με τους επαγγελματίες υγείας στο επίκεντρο αυτής της μεταρρύθμισης) βάζοντας το χέρι στην τσέπη για να πληρώσουν για την επέμβαση με βάση τον «ανταγωνιστικό» σε σχέση με τις ιδιωτικές κλινικές τιμοκατάλογο των χειρουργείων στο ΕΣΥ.

Το υπουργείο Υγείας έχει εξηγήσει επανειλημμένως τον διπλό στόχο των απογευματινών χειρουργείων: αφενός να εξυπηρετηθούν με ταχύ ρυθμό οι πάνω από 102.000 πολίτες που βρίσκονται σε λίστες αναμονής στα νοσοκομεία της χώρας, αφετέρου να ενισχυθούν οι κατά γενική παραδοχή χαμηλές αποδοχές των υγειονομικών εντός του ΕΣΥ. «Τα απογευματινά χειρουργεία είναι ελεύθερη επιλογή της χειρουργικής ομάδας αν θα τη κάνει ή όχι και είναι ελεύθερη επιλογή του ασθενούς αν θα πάει ή όχι», συμπεκνώνει τη φιλοσοφία της μεταρρύθμισης ο αρμόδιος υπουργός **Αδωνις Γεωργιάδης**.

Οι αμοιβές των γιατρών

Σύμφωνα με τα στοιχεία του υπουργείου, σε αναμονή για χειρουργική επέμβαση βρίσκονται 102.634 ασθενείς, εκ των οποίων 44.459 (43%) περιμένουν έως 4 μήνες, 31.954 (31%) από 4 έως 12 μήνες και 26.221 (26%) περισσότερους από 12 μήνες. Το 48% των περιστατικών σε αναμονή άνω των 4 μηνών είναι εγγεγραμμένο σε λίστες νοσοκομείων της 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας (ΥΠΕ) Μακεδονίας και της 4ης ΥΠΕ Μακεδονίας - Θράκης. Γεγονός που ελπίει γιατί τα απογευματινά χειρουργεία ξεκίνησαν την περασμένη Τρίτη από τα Νοσοκομεία «Παπαγεωργίου» και ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης, το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης και το Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας. Τις επόμενες ημέρες τη σκυτάλη πήραν το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισης και τα Νοσοκομεία «Ευαγγελισμός» και ΚΑΙ στην Αττική. Από αυτή την εβδομάδα δύο ημέρες απογευματινά χειρουργεία θα πραγματοποιούν στην Αττική και τα Νοσοκομεία «Γ.



Ισαάκ Κεσίσογλου

«Ως πανεπιστημιακοί οφείλουμε να είμαστε στην πρωτοπορία, γι' αυτό και ήταν μονόδρομος η ένταξή μας στα απογευματινά χειρουργεία»



Ιωάννης Τριανταφυλλίδης

«Ο,τι προωθείται με τα απογευματινά ιατρεία δεν είναι καινούριο. Γίνεται παντού»



Απογευματινά χειρουργεία

Τι έδειξε η πρώτη εβδομάδα του νέου θεσμού



Υπάρχουν ασθενείς που έσπευσαν και άλλοι που προτίμησαν να παραμείνουν στη λίστα αναμονής. Ασθενής πλήρωσε 900 ευρώ στον «Ευαγγελισμό» για βιοψία εγκεφάλου ενώ σε ιδιωτική κλινική θα πλήρωνε έως και 4.500 ευρώ. Από αυτή την εβδομάδα στην κούρσα μπαίνουν «Γ. Γεννηματάς», «Σωτηρία», Γενικό Κρατικό Νίκαιας _Της **Παναγιώτας Καρλαρτήρα** totakarlara@gmail.com

Γεννηματάς», «Σωτηρία» και Γενικό Κρατικό Νίκαιας.

Στον απόηχο της πρώτης εβδομάδας και των περίπου 12 περιστατικών που έχουν χειρουργηθεί, οι διευθυντές των κλινικών του Χειρουργικού Τομέα σε πολλά νοσοκομεία πραγματοποιούν αλληλέγγυα

λες συσκέψεις με τους διευθυντές Ιατρικής Υπηρεσίας και τις διοικήσεις αναζητώντας το ρυθμιστικό πλαίσιο. Η αχαρτογράφητη, όπως χαρακτηρίζεται από πολλούς επικεφαλής των κλινικών, πορεία που καλούνται να διανύσουν δεν φαίνεται να στέκεται εμπόδιο. Οι πε-

ρισσότεροι βλέπουν με ρεαλισμό τις δύσκολες συνθήκες εντός των οποίων ήδη ασκούν το λειτουργήμα τους στο σύστημα δημόσιας υγείας και αναζητούν νέες διόδους επαγγελματικής, επιστημονικής και οικονομικής βελτίωσης. Οι αμοιβές των χειρουργών διαφο-

Μέσο:ΠΡΩΤΟ ΘΕΜΑ

Ημ. Έκδοσης: ...17/03/2024 Ημ. Αποδελτίωσης: ...17/03/2024

Σελίδα:45



Π Ρ Ω Τ Ο Θ Ε Μ Α

protothema.gr • newmoney.gr • ygeiamou.gr • marieclair.gr • oliveimagazine.gr • newsauto.gr • travel.gr • toptemou.gr • themanews.com

ΚΥΡΙΑΚΗ 17 ΜΑΡΤΙΟΥ 2024 45

Στα πρώτα χειρουργεία παρέστησαν
ο υπουργός Υγείας Αδωνīs
Γεωργιάδης και ο υφυπουργός
Μάριος Θεμιστοκλέους



**Αδωνīs Γεωργιάδης: «Τα απογευματινά χειρουργεία είναι
ελεύθερη επιλογή της χειρουργικής ομάδας αν θα τα κάνει ή όχι
και είναι ελεύθερη επιλογή του ασθενούς αν θα πάει ή όχι»**

ροποιοούνται ανάλογα με το είδος της επέμβασης (οι επεμβάσεις έχουν ταξινομηθεί σε 6 κατηγορίες, από πολύ μικρές έως εξαιρετικά βαριές) καθώς και ανάλογα με τη βαθμίδα του χειρουργού. Ξεκινούν από 105 ευρώ και φτάνουν στα 1.000 ευρώ. Το υπουργείο Υγείας έχει ανακοινώσει ότι τα πρώτα 50.000 χειρουργεία θα είναι δωρεάν με αδειοποίηση κοινού από το Ταμείο Ανάκαμψης. Ωστόσο, όπως εξήγησε προχθές μιλώντας στη διάρκεια συνεδρίου ο κ. Γεωργιάδης, το σχετικό αίτημα θα κατατεθεί τον Απρίλιο στις Ευρωπαϊκές Αρχές, οι οποίες και θα αποφασίσουν τη χρηματοδότηση ή όχι αυτού του προγράμματος. Εξέφρασε ωστόσο την αισιοδοξία του ότι «θα αναγνωριστεί ότι πρόκειται για μια κομβική, θεμελιώδη μεταρρύθμιση του συστήματος, που αναπεύτουμε να δουλέψει σωστά θα μείνει για τα επόμενα 50 χρόνια στην Ελλάδα. Η προσπάθεια να βρούμε ένα πιο ευέλικτο σύστημα στο ΕΣΥ, που τελικά θα καλυφτεί σε υψηλότερες αμοιβές και σε περισσότερη ελευθερία επιλογών, θα οδηγήσει περισσότερους να έρχονται στο ΕΣΥ και άρα έτσι θα καλυφθούν γρηγορότερα το έλλειμμα μας σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό».



Γεώργιος Στράντζαλης

«Για έναν γιατρό που συμπληρώνει 40 χρόνια στο ΕΣΥ όπως εγώ είναι μια σημαντική μεταρρύθμιση. Οι περισσότεροι θέλουμε να εξυπηρετήσουμε τον ασθενή, αυτός βρίσκεται στο επίκεντρο»



Ελέανα Γαρίνι

«Με τα απογευματινά χειρουργεία δίνονται αμοιβές από 90 έως 450 ευρώ ανά επέμβαση. Η οικονομική πίεση που υπάρχει στο επάγγελμά μας θα ανοίξει δρόμους σε συναδέλφους»

«Τα απογευματινά χειρουργεία λειτουργούν σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες εδώ και χρόνια εντός των δημόσιων νοσοκομείων. Στην Ελλάδα έπρεπε να είχαν καθιερωθεί μαζί με τα απογευματινά ιατρεία πριν από δύο και πλέον δεκαετίες. Στο επίκεντρο αυτής της απόφασης βρίσκεται ο ασθενής που πρέπει να εξυπηρετηθεί και μετά ο εργαζόμενος που πρέπει να ενισχυθεί. Είναι μια επιλογή και για τις δύο πλευρές, κανείς δεν υποχρεώνει κανέναν να μπει σε αυτή τη διαδικασία. Εμείς ως πανεπιστημιακοί οφείλουμε να είμαστε στην πρωτοπορία, γι' αυτό και ήταν μονόδρομος η ενταξή μας στα απογευματινά χειρουργεία», λέει στο «ΘΕΜΑ» ο καθηγητής Χειρουργικής της Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ, διευθυντής της Γ' Χειρουργικής Κλινικής στο Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Ιωάννης Κεϊσιόγλου, που διενήργησε την πρώτη απογευματινή επέμβαση στο ΑΧΕΠΑ χειρουργώντας περιτοναϊκό βουβωνοκίλη. Ο χειρουργηθείς, όπως λέει, ήταν ένας από τους ασθενείς της κλινικής που δέχτηκε κατά τη διάρκεια διερευνητικών υπερηχοηχογράφων που έγιναν από τη λίστα των νοσοκομείων να κάνει την επέμβαση πληρώνοντας στην απογευματινή λειτουργία.

Προτίμησαν να περιμένουν

«Υπήρχαν ασθενείς που αρνήθηκαν. Μας είπαν πως προτιμούν να περιμένουν τη σειρά τους, έπειτα από 3-4 μήνες. Άλλοι απάντησαν θετικά για τα απογευματινά», αναφέρει ο κ. Κεϊσιόγλου. Ο ίδιος υπογραμμίζει ότι «χρειάζεται να ρυθμιστούν σημαντικά ζητήματα ακόμη στη λειτουργία των απογευματινών ιατρείων καθώς συνδέονται με τη λειτουργία όλων των νοσοκομείων. Βοήθεια υπάρχει, αν τεθεί και το σωστό πλαίσιο, μπορεί να δοθεί λύσεις. Προσωπικά, εκτιμώ ότι θα βοηθήσει, αλλά δεν θα λύσει το πρόβλημα των αναμονών. Και αυτό

γιατί ο πύργος των προβλημάτων είναι η έλλειψη υποδομών και προσωπικού». Υπενθυμίζει μάλιστα ότι ο ίδιος παρέλαβε τον Ιανουάριο του 2021 τις νέες χειρουργικές αίθουσες του ΑΧΕΠΑ, εκ των οποίων οι μισές (5) παραμένουν κλειστές λόγω έλλειψης νοσηλευτών. «Τα απογευματινά χειρουργεία είναι ένας τρόπος να παραμείνουν στο σόφισμα υγείας οι υπάρχοντες γιατροί. Αυτό δεν σημαίνει ότι πρέπει να σταματήσει η προσπάθεια να ενισχυθεί το ΕΣΥ», καταλήγει ο καθηγητής.

Το πλαίσιο και η οργάνωση αποτεύουν την πύεδα για την επιτυχή έκβαση των απογευματινών χειρουργείων στο ΕΣΥ, σύμφωνα με τον καθηγητή Νευροχειρουργικής του Εθνικού Κοποδιοτριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, διευθυντή της Νευροχειρουργικής Κλινικής του Νοσοκομείου «Ευαγγελισμός», Γεώργιος Στράντζαλης. Ο καθηγητής διενήργησε τη δεύτερη χειρουργική επέμβαση στο πλαίσιο των απογευματινών χειρουργείων στον «Ευαγγελισμό» την περασμένη Πέμπτη σε ασθενή του που χρειαζόταν βιοψία εγκέφαλου. Το κόστος της ιατρικής πράξης ήταν 900 ευρώ στο πλαίσιο των απογευματινών χειρουργείων, την ώρα που σε ιδιωτική κλινική θα κόστιζε έως και 4.500 ευρώ.

«Για έναν γιατρό που συμπληρώνει 40 χρόνια στο ΕΣΥ όπως εγώ είναι μια σημα-

ντική μεταρρύθμιση. Οι περισσότεροι γιατροί θέλουμε να εξυπηρετήσουμε τον ασθενή, αυτός βρίσκεται στο επίκεντρο. Έγινε λοιπόν η αρχή και μένει να δούμε αν θα το αγκαλιάσουν και οι πολίτες. Αυτό θα φανεί το αργότερο τα επόμενα δύο χρόνια. Η συμμετοχή των πολιτών θα δώσει ουσιαστικά ώθηση και στις κλινικές και τους γιατρούς», λέει ο καθηγητής, τονίζοντας ωστόσο ότι «χρειάζεται πολλή και καλή οργάνωση, καταρχάς, όλων των νοσοκομείων και ειδικά της χειρουργικής ομάδας και όλων όσοι εμπλέκονται, αναισθησιολόγοι, νοσηλεύτες. Πρέπει να διασφαλιστούν η ποιότητα, η ασφάλεια, η ακρίβεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας».

Ενίσχυση των υγειονομικών

Ενας βήχρονος που χρειαζόταν να υποβληθεί σε βουβωνοκίλη ήταν ο πρώτος ασθενής στα απογευματινά χειρουργεία του Νοσοκομείου Καβάλας την περασμένη Τρίτη. «Έχει εξεταστεί πρόσφατα στα τακτικά ιατρεία και είχε μπει σε λίστα αναμονής. Ωστόσο, ήρθε μόνος του και πάλι στο νοσοκομείο μόλις έμαθε για τα απογευματινά χειρουργεία. Για μας ήταν μια ευχάριστη έκπληξη η πρότασή του. Έγινε η σχετική εισήγηση του Χειρουργικού Τομέα στη διοίκηση και προχωρήσαμε», λέει στο «ΘΕΜΑ» ο διευθυντής της Χειρουργικής Κλινικής και της Ιατρικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου Καβάλας, Ιωάννης Τριανταφυλλίδης.

Πλέον έχουν δομηθεί άλλες τρεις επεμβατικές γενικές χειρουργικές φούρες (θυρεοειδεκτομή, βουβωνοκίλη, κοιλιοθώρακ), ενώ αναμένονται και περισσότερα από τις άλλες κλινικές του Χειρουργικού Τομέα. Στη Χειρουργική Κλινική εξυπηρετούνται περίπου 1.100 ασθενείς τον χρόνο, με την αναμονή να κυμαίνεται στους 4-5 μήνες. Ο κ. Τριανταφυλλίδης διευκρινίζει, ωστόσο, ότι ο προγραμματισμός δεν αφορά τα ογκολογικά και τα επείγοντα περιστατικά, τα οποία αντιμετωπίζονται αμέσως. «Τα απογευματινά χειρουργεία είναι ένα μέτρο που μας επιτρέπει να αναδείξουμε το έργο μας και να αυξήσουμε τις αποδόσεις μας. Ομοσθές μου είναι 2.180 ευρώ τον μήνα. Με τα χειρουργεία μπορώ να λάβω νόμισμα και διάφα- ανά 1.000 ευρώ τον μήνα», εξηγεί ο 48χρονος χειρουργός, τονίζοντας πόσο σημαντική είναι αυτή η οικονομική ενίσχυση.

«Για όποιον γιατρό έχει βρεθεί σε άλλα συστήματα υγείας -προσωπικά ήμουν ως υπότροφος σε νοσοκομείο στο Παρίσι, στο Μπορντό και τη Μόντενα- δηλαδή προωθείται με τα απογευματινά ιατρεία δεν είναι κανονικό. Γίνεται παντός. Δίνει μια ενωλλαστική στους γιατρούς. Δεν αλλοιώνεται με αυτή τη δυνατότητα ο δημόσιος χαρακτήρας του ΕΣΥ. Εάν δε τεθεί και το ζήτημα της παραοικονομίας, αν και όπου υπάρχει, τότε είναι μια ευκαιρία να νομιμοποιηθεί η οποία παράνομη συναλλαγή των γιατρών», λέει ο κ. Τριανταφυλλίδης. Στο Νοσοκομείο Καβάλας υπάρχει μια, εξ αρχής, θετική στάση απέναντι στο νέο θεσμό, που πιθανόν σχετίζεται, όπως και σε άλλα νοσοκομεία, με την

επάρκεια προσωπικού, κυρίως κρυσίμων εν προκειμένο ειδικοτήτων, όπως αναισθησιολόγων (υπάρχουν 6) και νοσηλευτών.

Η έλλειψη αναισθησιολόγων

Ωστόσο, η κατάσταση είναι δύσκολη στα περισσότερα νοσοκομεία. Οι αναισθησιολόγοι έρχονται και πάλι στο προσκήνιο αφενός λόγω των ελλείψεων στο ΕΣΥ, αφετέρου λόγω του κομβικού ρόλου τους στα χειρουργεία, πρώτα και απογευματινά. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Αναισθησιολογικής Εταιρείας, στο ΕΣΥ υπηρετούν περίπου 750 αναισθησιολόγοι, αριθμός που απέχει πολύ από την κάλυψη όλων των θέσεων. Η έλλειψη ενδιαφέροντος αποτυπώνεται και στις κενές θέσεις ειδικευόμενων, καθώς μόλις 4 στις 10 καλύπτονται.

«Αντλαμβάνοντας ότι αναζητούνται κέντρα για να παραμείνουν ή και να έρθουν αναισθησιολόγοι στο ΕΣΥ. Με τα απογευματινά χειρουργεία δίνονται αμοιβές από 90 ευρώ έως 450 ευρώ ανά επέμβαση. Η οικονομική πίεση που υπάρχει στο επάγγελμά μας θα ανοίξει δρόμους σε συναδέλφους. Άλλωστε αυτό είχε απομνησθεί και σε έρευνα που είχαμε κάνει: το 55% των αναισθησιολόγων είχε θετική στάση για τη συμμετοχή του στα απογευματινά χειρουργεία», αναφέρει στο «ΘΕΜΑ» η πρόεδρος της Ελληνικής Αναισθησιολογικής Εταιρείας, αναισθησιολόγος στο Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία», Ελέανα Γαρίνι. Η ίδια επισημνεί, ωστόσο, μια άλλη μεγάλη διαφορά με τον θεσμό των απογευματινών χειρουργείων όπως ισχύει σε άλλες χώρες: «Όπου εφαρμόζεται δεν υπάρχει εγκατάλειψη της εργασίας των αναισθησιολόγων όπως γίνεται στην Ελλάδα». Για την εκκρόσηπο των αναισθησιολόγων ζητούμενο είναι «το θέμα της παροχής ποιοτικών και ασφαλών υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς. Γλαίσιο προς το παρόν δεν υπάρχει, από το υπηρεσιακό Υγείας βασίζονται στην αναρρόβηση που των κλινικών και των νοσοκομείων».

Από... απόσταση παρακολουθούν τα απογευματινά χειρουργεία και οι περισσότεροι νοσηλεύτες, με στέλνει που ΕΣΥ να το αποδείξουν στις χαμηλές αμοιβές αλλά και στη σκληρή πραγματικότητα που θέλει πολλούς νοσηλεύτες του δημόσιου συστήματος υγείας να εργάζονται ήδη και σε ιδιωτικές κλινικές, έχοντας λάβει ειδική άδεια. Περίπου το 25%-30% των εξειδικευμένων νοσηλευτών (χειρουργεία και αναισθησιολογία) που απασχολείται έχει διδώσει ενδιαφέρον να συμμετάσχει στα απογευματινά χειρουργεία.

«Η αμοιβή των νοσηλευτών με 15 ευρώ την ώρα μεικτά είναι εξαιρετικά χαμηλή και δεν αντιστοιχεί στο επιστημονικό του υπόβαθρο και στο υψηλές ευθύνης έργο που επιτελεί. Είναι απαράδεκτο να εξισώνεται με αυτή του ιατροπονομάρ, ενώ του επιμελητή ιατρού Εκνά από 105 ευρώ την ώρα», λέει ο πρόεδρος της Πανελλήνιας Συνδικαλιστικής Νοσηλευτικής Ομοσπονδίας (ΠΑΣΝΟ) του ΕΣΥ, Γιώργος Αβραμίδης. Ο ίδιος επαναφέρει το πόνο αίτημα του κλάδου για προσλήψεις μόνιμων νοσηλευτών και αύξηση της αμοιβής τους.

Μέσο:ΤΑ ΝΕΑ

Ημ. Έκδοσης: ...19/03/2024 Ημ. Αποδελτίωσης: ...19/03/2024

Σελίδα: 10



10

ΤΑ ΝΕΑ ΤΡΙΤΗ 19 ΜΑΡΤΙΟΥ 2024

ΖΟΟΜ ΣΤΑ «ΝΕΑ»

ΕΛΛΑΔΑ 2024

Αποκατάσταση ασθενών: (άλλη) μια ιδιωτική υπόθεση

Την ώρα που οι ανάγκες αυξάνονται, το Εθνικό Σύστημα Υγείας απέχει πολύ από το να τις καλύψει ■ Η πλειονότητα των κλινών βρίσκεται σε ιδιωτικά κέντρα, με μόλις το 10% να βρίσκεται υπό το Δημόσιο

«**Η** αναγκαιότητα της αποκατάστασης θα αυξάνεται όσο και περισσότερο, δεδομένου ότι έχουμε κάποιες ιδιαίτερα θλιβερές πρώτες στην Ευρωπαϊκή Ένωση, όπως είναι τα τροχαία ατυχήματα. Το ίδιο θα συμβεί και με τα περιστατικά που χρήζουν φυσικής ιατρικής αποκατάστασης, εξαιτίας του σύγχρονου τρόπου ζωής που αυξάνει τα εγκαυτικά επεισόδια αλλά και τις νευρολογικές νόσους, όπως η σκλήρυνση κατά πλάκας». Με αυτόν τον σαφή τρόπο ο Νίκος Ψαρρός, αναπληρωτής διοικητής του Εθνικού Κέντρου Αποκατάστασης, περιγράφει το ζοφερό τοπίο σε έναν ακόμα κρίσιμο τομέα της υγείας και υπογραμμίζει την αυξανόμενη ζήτηση για υποδομές αποκατάστασης. Όμως, την ώρα που οι ανάγκες αυξάνονται, το Εθνικό Σύστημα Υγείας απέχει πολύ από το να τις καλύψει. Έτσι, η απο-

κατάσταση εξελίσσεται σε... ιδιωτική υπόθεση, καθώς η πλειονότητα των κλινών βρίσκεται σε ιδιωτικά κέντρα, με μόλις το 10% να βρίσκεται υπό το Δημόσιο. Ειδικότερα, σε όλη την Ελλάδα τα 29 ιδιωτικά κέντρα φυσικής ιατρικής αποκατάστασης διαθέτουν περί τις 2.700 κλίνες για πάσχοντες και τραυματίες. Την ίδια στιγμή, οι κλίνες σε δημόσιες δομές – που έχουν και τη δυνατότητα φιλοξενίας – ανέρχονται συνολικά σε μόλις 305. Σύμφωνα με στοιχεία της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας, στην Αττική βρίσκονται περισσότερες από τις μισές, ήτοι οι 165, ενώ μόνο το Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης, το μοναδικό δημόσιο κέντρο τέτοιου είδους στη χώρα, διαθέτει 127 κλίνες. Επιπλέον κλινικές αποκατάστασης λειτουργούν επίσης εντός τεσσάρων δημόσιων νοσοκομείων της χώρας. Το Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΤ διαθέτει 18, το Ασκληπιείο Βούλας 15 και

τέλος το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς» 5.

Τα Κέντρα Φυσιοατρικής Ιατρικής Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ) στην περιφέρεια ανέρχονται σε 34. Οντας κενά στη στελέχωσή τους σε έμπειρο και υλικό δυναμικό, ωστόσο, η λειτουργία τους καθίσταται μη δυνατή ή περιορίζεται στην παροχή περιορισμένων υπηρεσιών. Ως αποτέλεσμα, οι διατιθέμενες κλίνες στην περιφέρεια (σ.σ. πέραν Αθηνών, Πειραιώς και Νήσων) βάσει των στοιχείων του υπουργείου Υγείας ανέρχονται σε 140 και κατανέμονται ως εξής: Στην 3η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας λειτουργούν 47 κλίνες, στην 4η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας και Θράκης 50 κλίνες, στην 5η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδα διατίθεται μόλις 1 κλίνη, ενώ στην 6η Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας υπάρχουν 42 κλίνες.

ΚΛΙΝΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ
2.700

ΔΗΜΟΣΙΕΣ
305

165 στην Αττική

40 στην περιφέρεια

ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΚΛΙΝΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΤΤΙΚΗ (Αθήνα, Πειραιάς και Νήσοι – 1η και 2η Υγειονομική Περιφέρεια)

Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης
127 κλίνες

Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΤ
18 κλίνες

Ασκληπιείο Βούλας
15 κλίνες

Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Γ. Γεννηματάς
5 κλίνες



Σε όλη την Ελλάδα τα 29 ιδιωτικά κέντρα φυσικής ιατρικής αποκατάστασης διαθέτουν περί τις 2.700 κλίνες για πάσχοντες και τραυματίες, ενώ την ίδια στιγμή οι κλίνες σε δημόσιες δομές – που έχουν και τη δυνατότητα φιλοξενίας – ανέρχονται σε μόλις 305

Το Αύγουστο του 2023 ο Πανελλήνιος Σύλλογος Φυσικοθεραπευτών με επιστολή του προς τον τότε υπουργό Υγείας Μιχάλη Χρυσοχοΐδη και τον υφυπουργό Μάριο Θεμιστοκλέους ανέδειξε την οριακή κατάσταση των ΚΕΦΙΑΠ. «Οι ασφαλισμένοι μπορούν για τις υγειονομικές τους ανάγκες να προσέρχονται στις Δημόσιες Δομές Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Περιθαλψής (Κέντρα Υγείας, νοσοκομεία κ.λπ.), για τις ανάγκες αποκατάστασης δεν έχουν αυτή τη δυνατότητα λόγω ύπαρξης ελάχιστων δημόσιων δομών αποκατάστασης ανά τη χώρα, οι οποίες υπολειπονται λόγω ελλείψεων σε προσωπικό. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι ανασφαλιστοί πολίτες να μην μπορούν να καλυφθούν ούτε από τους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ φυσικοθεραπευτές, αλλά ούτε και από τα συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ ιδιωτικά ΚΑΑ» ανέφερε

2. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΛΛΗ ΜΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΥΠΟΘΕΣΗ

Μέσο:ΤΑ ΝΕΑ

Ημ. Έκδοσης: ...19/03/2024 Ημ. Αποδελτίωσης: ...19/03/2024

Σελίδα:11



ΤΑ ΝΕΑ ΤΡΙΤΗ 19 ΜΑΡΤΙΟΥ 2024

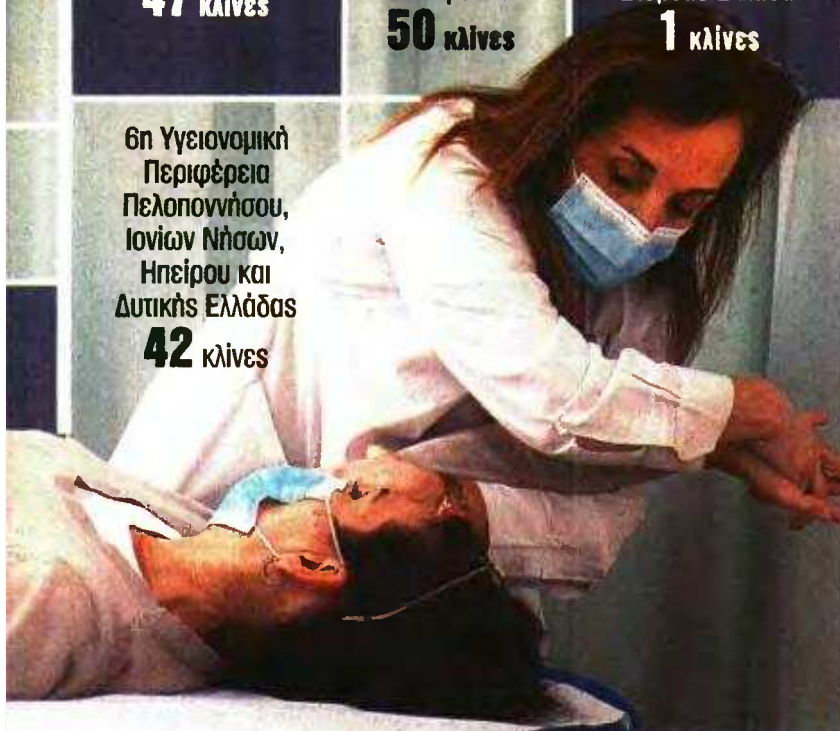
ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΚΛΙΝΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ

3η Υγειονομική
Περιφέρεια
Μακεδονίας
47 κλίνες

4η Υγειονομική
Περιφέρεια
Μακεδονίας
και Θράκης
50 κλίνες

5η Υγειονομική
Περιφέρεια
Θεσσαλίας και
Στερεάς Ελλάδας
1 κλίνες

6η Υγειονομική
Περιφέρεια
Πελοποννήσου,
Ιονίων Νήσων,
Ηπείρου και
Δυτικής Ελλάδας
42 κλίνες



χαρακτηριστικά η επιστολή-σήμα
κινδύνου.

Χωρίς προσωπικό

Ουσιαστικά, τα δημόσια Κέντρα Φυσικής Ιατρικής Αποκατάστασης που βρίσκονται στην επαρχία, ελλείπει προσωπικού και υποδομών, δεν λειτουργούν ως κλειστά κέντρα νοσηλείας, αλλά προσφέρουν τις υπηρεσίες τους ως κέντρα ημέρας. Ο Πέτρος Λυμπερίδης, πρόεδρος του Συλλόγου Φυσιοθεραπευτών, τονίζει ότι «σε μία ευαίσθητη περιοχή, όπως είναι η Θράκη, δεν υπάρχει δημόσια δομή» και συμπληρώνει ότι ανάλογα προβλήματα αντιμετωπίζουν οι δομές σε Ρόδο, Αγρίνιο, Ρέθυμνο, Καβάλα, Εδεσσα, Πολύγυρο, Χρυσούπολη κ.ο.κ.

Ο ίδιος υπογραμμίζει την έλλειψη προσωπικού που εντείνει τις «αρρυθμίες»: «Στη Νιγρίτα υπήρχαν δύο οργανικές θέσεις, έφυγαν όμως οι δύο γιατροί και έχει απομείνει μία

επικουρική η οποία προσπαθεί να καλύψει το κενό. Ταυτόχρονα, δεν υπάρχουν νοσηλεύτες, κρεβάτια, ενώ έχουμε καταγεγραμμένα στο Μητρώο Φυσικοθεραπευτών 11.000 μέλη από τα οποία το 27% δηλώνουν άνεργοι...».

Το αποτέλεσμα είναι μια εξαιρετικά άνιση κατανομή των δομών. «Η Θεσσαλία έχει περίπου 30 ιδιωτικά κέντρα αποκατάστασης τα οποία είναι πολύ περισσότερα σε σχέση με τον αριθμό των ασθενών που καλούνται να υποστηρίξουν», ενώ στην Αττική τα κέντρα αποκατάστασης είναι λιγότερα σε σχέση με τον πληθυσμό και τις ανάγκες του.

Πηγές του υπουργείου Υγείας με τις οποίες επικοινωνήσαν «ΤΑ ΝΕΑ» πάντως αναγνωρίζουν ότι το πρόβλημα είναι υπαρκτό, σημειώνοντας ότι ήδη τίθενται οι βάσεις προκειμένου στο άμεσο μέλλον να αντιμετωπιστεί.

3. ΤΟ ΕΣΥ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΕΙ ΤΟΥΣ ΙΔΙΩΤΕΣ ΓΙΑ ΝΑ ΚΑΛΥΨΕΙ ΤΑ ΚΕΝΑ ΤΟΥ

Μέσο:ΤΑ ΝΕΑ

Ημ. Έκδοσης: ...19/03/2024 Ημ. Αποδελτίωσης: ...19/03/2024

Σελίδα:10



ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΚΑΛΥΨΕΙΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ

Το ΕΣΥ «χρηματοδοτεί» τους ιδιώτες για να καλύψει

ΟΙ ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ δημόσιων υποδομών αποκατάστασης έχουν οδηγήσει σε μια συνθήκη όπου ουσιαστικά το ΕΣΥ «χρηματοδοτεί» έναν ολόκληρο ιδιωτικό κλάδο παροχής υπηρεσιών που αναπτύχθηκε κυρίως για να καλύψει τα «κενά» που δημιουργούνται ακριβώς από την απουσία του. Σύμφωνα με τον Χρήστο Βιρβίλη, πρόεδρο της Ένωσης Κέντρων Αποκατάστασης, η ιστορία έχει να δείξει μια προσπάθεια του κρατικού τομέα στη δημιουργία και εφαρμογή διαδικασιών αποκατάστασης, είτε κλειστές είτε ημερήσιες νοσπλείας, όμως για διάφορους λόγους δεν μπορούσαν να έχουν ένα ολοκληρωμένο αποτέλεσμα και να αποτελέσουν επιλογή για τον ασφαλισμένο Έλληνα πολίτη γιατί δεν ήταν ολοκληρωμένες». Όπως λέει, η ιδιωτική πρωτοβουλία «είδε» το κενό και έσπευε να το καλύψει, στηριζόμενη

στον αναπτυξιακό νόμο του 2022.

Από τη μεριά του, ο Αντώνης Υάκινθος, πρόεδρος και διευθύνων σύμβουλος του Κέντρου Αποκατάστασης «Υάκινθος», αναφέρει πως «τα μη κρατικά κέντρα είναι οργανωμένα με ιδιωτικά κριτήρια και με ιδιωτικό management», διευκρινίζοντας πως ο ασφαλισμένος καλείται να πληρώσει ένα ποσό που σχετίζεται με την επιλογή κλίνης.

Οι καλύψεις

Ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει στο ακέραιο την παραμονή ενός ασθενούς σε τετράκλινο δωμάτιο, όμως σε περίπτωση που ο ασθενής προτιμήσει αναβάθμιση της διαμονής του σε τρίκλινο, δίκλινο ή μονόκλινο δωμάτιο, επιβαρύνεται με την αντίστοιχη διαφορά κόστους, η οποία «αξιολογείται με τιμοκαταλόγους που κατατίθενται στον ΕΟΠΥΥ

σε ένα ποσό που είναι υποπολλάπλοιο από το ειδικό νοσήλιο του ΕΟΠΥΥ, 15%-20%, μεσοσταθμικά», εξηγεί ο Χρήστος Βιρβίλης. Αυτό πρακτικά σημαίνει πως ο ασθενής σε ένα ιδιωτικό κέντρο αποκατάστασης μπορεί να πληρώσει από 300 μέχρι και 900 ευρώ τον μήνα, ανάλογα με τη μονάδα και την κλίνη που θα τον φιλοξενήσει.

Ο Αντώνης Υάκινθος, υπεραμυνόμενος του ρόλου που επιτελούν τα ιδιωτικά κέντρα αποκατάστασης, υποστηρίζει πως δημιουργήθηκαν γιατί συμβάλλουν στην οικονομία της Υγείας. «Παλαιότερα ο ασθενής ζούσε δύο ή και τρεις μήνες μέσα στο νοσοκομείο. Το κόστος είναι τεράστιο, είτε στην Ελλάδα είτε στο εξωτερικό. Στο κέντρο αποκατάστασης είναι πολύ μικρότερο, είναι το 1/4», λέει.

Πάντως, οι επιχειρηματίες εκφράζουν και αυτοί ανησυχία για

ενδεχόμενη υποχρηματοδότηση των υπηρεσιών τους, καθώς ενώ μέχρι πρότινος ο ΕΟΠΥΥ αποζημίωνε τον εκάστοτε ασφαλισμένο με το κλειστό νοσήλιο των 150 ευρώ, πλέον αυτό ύστερα από «κούρεμα» ανέρχεται στα 85 ευρώ. Κατά τον Χρήστο Βιρβίλη, «ο ΕΟΠΥΥ προσπαθεί συνεχώς να χρηματοδοτήσει την παροχή υπηρεσιών με βάση τα οικονομικά του μεγέθη και όχι με βάση τις πραγματικές ανάγκες των ασφαλισμένων. Εντούτοις, ο κλάδος, προκειμένου να αντεπεξέλθει, έχει έντονο δανεισμό. Οι περισσότερες δομές, δε, συνιστούν οικογενειακές επιχειρήσεις. Κάποια ιδιωτικά κέντρα έχουν εξωστρέφεια, ωστόσο τα περισσότερα βρίσκονται σε οριακή κατάσταση».

Για τον ίδιο, το μεγαλύτερο «αγκάθι» είναι η μη τήρηση του ειδικού

ZOOM ΣΤΑ «ΝΕΑ»

ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ
ΑΓΓΕΛΟΣ ΣΚΟΡΔΑΣ

ΓΡΑΦΕΙ
ΗΛΙΑΝΑ ΔΑΝΕΖΗ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ
ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΣΩΤΗΡΗΣ

3. ΤΟ ΕΣΥ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΕΙ ΤΟΥΣ ΙΔΙΩΤΕΣ ΓΙΑ ΝΑ ΚΑΛΥΨΕΙ ΤΑ ΚΕΝΑ ΤΟΥ

Μέσο:ΤΑ ΝΕΑ

Ημ. Έκδοσης: ...19/03/2024 Ημ. Αποδελτίωσης: ...19/03/2024

Σελίδα:11



ΤΑ «ΚΕΝΑ» ΤΟΥ

νοσηλίου στο ακέραιο. «Υπάρχει μια ανεπείκαιρη αντιμετώπιση των παθήσεων σε ό,τι αφορά τις πραγματικές ανάγκες αυτών», υπογραμμίζει, συμπληρώνοντας πως «οι παροχές υπηρεσιών Υγείας, όπως προσδιορίζονται από το νομικό πλαίσιο, δεν έχουν επικαιροποιηθεί βάσει των καινούργιων πρωτοκόλλων - επιστημονικών οδηγιών αναφορικά με τις παθήσεις και την αντιμετώπισή τους».

Υψηλό επίπεδο

Στον δημόσιο τομέα το Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης διαχειρίζεται τον κυριότερο όγκο των περιστατικών, καθώς είναι το μοναδικό που προσφέρει ολοκληρωμένες υπηρεσίες στους πάσχοντες. Ο Νίκος Ψαρρός, αναπληρωτής διοικητής του Εθνικού Κέντρου Αποκατάστασης, αναφέρει

ότι τα προβλήματα που αντιμετωπίζει είναι τα ίδια και χρόνια που ταλανίζουν ολόκληρο το ΕΣΥ: «Υποστελέχωση, έλλειψη ειδικοτήτων και νοσηλευτικού προσωπικού, στενότητα χρηματοδότησης και φυσικά αναμονές». Οι τελευταίες, σπεύδει να διευκρινίσει, δεν ξεπερνούν σε διάρκεια τις λίγες εβδομάδες, με τους ασθενείς όμως να αναγκάζονται να στρέφονται στα ιδιωτικά κέντρα έως ότου «έρθει η σειρά τους».

«Παρ' όλες τις παθογένειες, το επίπεδο αποκατάστασης είναι εξαιρετικά υψηλό, καθώς το Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης είναι στελεχωμένο με πανεπιστημιακούς καθηγητές, ενώ εσχάτως μπήκε και στη σφαίρα της ρομποτικής, ανταγωνιζόμενο επί ίσοις όροις τα ιδιωτικά κέντρα με τους δυνάμει ανεξάντλητους πόρους», καταλήγει.



Κοινωνία

Η υποστελέχωση στα νοσοκομεία «εξαφάνισε» κάποιες από τις επιπλέον κλίνες που δημιουργήθηκαν λόγω κορωνοϊού, ενώ δεν επιτρέπει να εξασφαλιστούν τα κατώτατα όρια ασφαλείας - Γιατί οι νέοι γιατροί δεν γίνονται εντατικολόγοι

Της Μάρθας Καϊτανίδου



Εργαζόμενες σε Μονάδα Εντατικής την εποχή που σάρωνε ο κορωνοϊός. Το ένα τέταρτο περίπου των κλινών που δημιουργήθηκαν επί πανδημίας δεν λειτουργεί πια

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ: SOCCALEXANDROS MICHALIDIS

«Σε νάρκωση» οι ΜΕΘ

Σε μια θνησιγενή ειδικότητα εξελίσσεται η Εντατικολογία, με τους νέους επιστήμονες να γυρίζουν την πλάτη τους σε μια δύσκολη εργασιακή καθημερινότητα, χωρίς δελεαστικές απολαβές. Την ίδια ώρα καταγράφεται κύμα παραιτήσεων, με τις ήδη υποστελεχωμένες Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) να αναγκάζονται να κλείνουν πολυτιμες κλίνες, που αναπτύχθηκαν εν μέσω πανδημίας. Σήμερα, 90 κρεβάτια ΜΕΘ παραμένουν κλειστά.

Η αναδρομή στο παρελθόν είναι επιβεβλημένη: Το 2019, όταν ο SARS-CoV-2 δεν είχε ακόμη ταυτοποιηθεί ως κίνδυνος στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας μας λειτουργούσαν μόλις 557 κλίνες εντατικής θεραπείας.

Η μαύρη τρύπα του ΕΣΥ

Η μαύρη αυτή τρύπα στο Σύστημα Υγείας ήταν ήδη εντοπισμένη, διογκώθηκε όμως τα χρόνια που ακολούθησαν λόγω της δυσανάλογης ζήτησης και συνεπασκάλου αναδείχθηκε όσο ποτέ άλλοτε. Εκείνα για τα οποία προειδοποιούσαν χρόνια πριν οι εντατικολόγοι είχαν μετατραπεί σε καθημερινό εφάπτης.

Εκτός όμως από κρεβάτια, έλειπε τότε - όπως και τώρα - το απαραίτητο προσωπικό. Τον Νοέμβριο της ίδιας χρονιάς, ακόμη 80 κλίνες πλήρως εξοπλισμένες αποδείχτηκαν... φαντάσματα στον υγειονομικό χάρτη, λόγω έλλειψης σε έμπειρο υλικό (κυρίως νοσηλευτών αλλά και γιατρών), με τη χώρα μας να βρίσκεται κάτω από τον μέσο ευρωπαϊκό όρο σε διαθέσιμες κλίνες ανά 100.000 κάτοικους.

Ο απολογισμός, τέσσερα χρόνια μετά, δείχνει πως η εικόνα είναι σαφώς βελτιωμένη. Οι επαγγελματίες ανάλογες που προκάλεσε ο κορωνοϊός συντέλεσαν ώστε να δημιουργηθούν οι κατάλληλες συνθήκες για την ανάπτυξη επιπλέον κλινών, καθώς στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας δόθηκε, όπως έχει επωθεί πολλές φορές, «η μητέρα των μαχών».

Ετσι, μια από τις... κληρονομίες της πανδημίας είναι πως σήμερα οι κλίνες έχουν αυξηθεί σχεδόν κατά 100%, με αποτέλεσμα να μην

υπάρχουν λίστες αναμονής όπως στο παρελθόν. «Πλέον οι διαθέσιμες κλίνες ΜΕΘ πλησιάζουν τις 1.000 - πιο συγκεκριμένα εκτιμώνται σε 928. Σε αυτές συμπεριλαμβάνονται και τα κρεβάτια των στρατιωτικών νοσοκομείων, όχι όμως των παιδιατρικών ΜΕΘ ούτε και αυτές του ιδιωτικού τομέα. Παράλληλα όμως αποκτήθηκε και εξοπλισμός, μηχανήματα και αναπνευστήρες τελευταίας τεχνολογίας» τονίζει μιλώντας στο «Βήμα» η πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Εντατικής Θεραπείας (ΕΕΕΘ), Μαρία Θεοδωρακοπούλου.

Το ερώτημα βέβαια είναι αν λειτουργούν όλες. Επειτα όμως, τα όσα περιγράφει η ίδια αποδεικνύουν πως η στήριξη των Εντατικών δεν είναι εύκολη... εντατική από την Πολιτεία, με αποτέλεσμα να ξεχωρίζουν τα αντανακλαστικά που αναπτύχθηκαν εν μέσω πανδημίας. Σήμερα, σύμφωνα με την κυρία Θεοδωρακοπούλου, λειτουργούν 839 κλίνες - δηλαδή, περίπου 90 είναι κλειστές. Και τα παραδείγματα των δυσλειτουργιών που διατρέχουν το ΕΣΥ είναι πολλά.

«Στο Νοσοκομείο Παπανικολάου Θεσσαλονίκης η Γ' Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, δυναμικότητας 18 κλινών, είναι σήμερα κλειστή. Επρόκειτο για μια σημαντική δωρεά της Επιτροπής

«Ελλάδα 2021» για την ενίσχυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στη μάχη κατά της πανδημίας, όμως στην πράξη δεν μπορεί να αξιοποιηθεί. Το προσωπικό της μεταφέρθηκε στην Α' και στη Β' ΜΕΘ που λειτουργούν στο ίδιο νοσηλευτικό ίδρυμα, ώστε να είναι πλήρως επανδρωμένες» εξηγεί.

Όσο μιλάει διαπιστώνει κανείς πως οι ελλείψεις δεν έχουν γεωγραφικά όρια. «Η Εντατική της Πιλοταϊίδας επίσης είναι κλειστή τους τελευταίους δύο μήνες, ενώ η Μονάδα του Νοσοκομείου Αγρινίου υποστηρίζεται από μετακινήσεις γιατρών του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων».

Δεν πληρούνται όρια ασφαλείας

Ακόμα όμως και στα νοσοκομεία της πρωτεύουσας ο κανόνας είναι η υποστελέχωση, καθώς το προσωπικό δεν επαρκεί για να εξασφαλιστούν τα κατώτατα όρια ασφαλείας - όπως αυτά έχουν θεσπιστεί. «Καμία Μονάδα στην Αττική δεν πληροί το όριο που θέλει τρεις νοσηλευτές να αναλογούν για μία κλίνη, ώστε να βγαίνουν οι βάρδιες και οι εφημερίες. Γι' αυτό και υπάρχουν αιτήσεις από διευθυντές να κλείσουν και άλλα κρεβάτια» υπογραμμίζει η πρόεδρος της Εταιρείας. Και αναφέρει ενδεικτικά στην περίπτωση του ΚΑΤ: «Στη μία εκ των Μονάδων

που λειτουργεί στο νοσοκομείο, είναι διαθέσιμες 21 κλίνες. Κανονικά σε αυτήν θα έπρεπε να υπηρετούν 63 νοσηλευτές, στην πράξη όμως δεν ξεπερνούν τους 35. Και βέβαια, συχνά έχουμε τη στήριξη και άλλων ιατρικών ειδικοτήτων, κυρίως από το Ανασθησιολογικό Τμήμα, που συνεπικουρούν στις εφημερίες».

Η έγκριση της κυρίας Θεοδωρακοπούλου, όση ώρα μιλάει, είναι να καταστήσει σαφές πως οι Μονάδες εργάζονται ακατάπαυστα. Και το προσωπικό οφείλει να είναι πάντα σε ετοιμότητα.

Οι προβλέψεις για το μέλλον όμως είναι δυσόλετες, καθώς παράλληλα



Καμία Μονάδα στην Αττική δεν πληροί το όριο που θέλει τρεις νοσηλευτές να αναλογούν για μία κλίνη, ώστε να βγαίνουν οι βάρδιες και οι εφημερίες

μεϊνεται το ενδιαφέρον των νέων γιατρών να εξειδικευθούν στην Εντατικολογία. Όπως προκύπτει από τα στοιχεία που έχουν συγκεντρωθεί, το 80% των θέσεων είναι κενές. «Οι γιατροί που εξειδικεύονται έχουν ήδη αποκτήσει ιατρική ειδικότητα (π.χ. Παθολογίας, Πνευμονολογίας, Καρδιολογίας), παρ' όλα αυτά κατά τα δύο επόμενα χρόνια εκπαιδευσης αμβιβονται ως ειδικούμενοι» λέει σχετικά εντατικολόγος κεντρικού νοσοκομείου της πρωτεύουσας.

«Θα πρέπει να δοθούν επιπλέον κίνητρα

«Ο μισθός των εξειδικευμένων είναι χαμηλός, συγκριτικά με τον φόρτο εργασίας, τις ευθύνες, το stress. Θα πρέπει να δοθούν επιπλέον οικονομικά κίνητρα, που θα δελεάσουν έναν νέο γιατρό να μπει και να παραμείνει στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Η ενίσχυση του επιδόματός μας και η αυτεπάρκεια φορολόγησι των εφημεριών μας θα ήταν μια ανακούφιση» συνεχίζει.

Δεν είναι τυχαίο πως το τελευταίο διάστημα από την Πολυδύναμη Μονάδα του «Σωτήρια» παρατηρήθηκαν πέντε γιατροί (επιμελητές Β), οι οποίοι είχαν ενταχθεί στο δυναμικό εν μέσω πανδημίας. Τελικά οι συνθήκες εργασίας τους ώθησαν προς τον ιδιωτικό τομέα.

«ΠΡΕΜΙΕΡΑ» ΓΙΑ ΤΑ ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ

Χαμόγελα στο υπουργείο, αιχμές από τους γιατρούς

Σε εξέλιξη και εντός χρονοδιαγράμματος βρίσκεται ο θεσμός των απογευματινών χειρουργείων, που εγκαινιάστηκε την περασμένη εβδομάδα. Νοσοκομεία από αρκετές περιοχές της χώρας - Βόρεια Ελλάδα, Λάρισα και Αθήνα - πραγματοποιούν επιβεβλημένες στην απογευματινή ζώνη του ΕΣΥ, εντούτοις το μέτρο έχει διδάσει τους υγειονομικούς με την κοινή γνώμη. Το επείγοντα πως ο νέος θεσμός είναι προς όφελος των ασθενών αλλά και των υγειονομικών, δεδομένου πως οι λίστες αναμονής αποσυμφορίζονται και οι αμοιβές γιατρών και νοσηλευτών αυξάνονται, αντικρούει στο αντεπιχείρημα πως το μέτρο αυτό στην πράξη αυξάνει περαιτέρω την ιδιωτική δαπάνη των ασφαλισμένων δημιουργώντας ασθενείς «δύο ταπατήνων». Σε κάθε περίπτωση, η ηγεσία του υπουργείου

Υγείας εμφανίζεται ικανοποιημένη και πεπεισμένη πως οι πολίτες θα «αγκαλιάσουν τον νέο θεσμό», καθώς θα συνειδητοποιήσουν πως είναι προς όφελός τους. Μάλιστα και κατά πληροφορίες οι τεχνοκράτες στην οδό Αριστοτέλους ήδη επεξεργάζονται το επόμενο βήμα της μεταρρύθμισης, που θέλει ομάδες γιατρών να επισκέπτονται άλλα νοσοκομεία εντός ή εκτός του νομού στον οποίο υπηρετούν για τη διενέργεια δύσκολων επεμβάσεων. Στο θέμα αυτό αναφέρθηκε πρόσφατα ο υπουργός Υγείας, Αδωνις Γεωργιάδης, δίνοντας ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα: «Θα επιτρέψουμε να μαζεύεται μια ομάδα, να παράδειγμα του "Ευαγγελισμού", λίγο ένα παράδειγμα, και να πηγαίνει μια εβδομάδα και να χειρουργεί στην Καβάλα». Στόχος είναι μεταξύ άλλων να κλείσουν έτσι και τα κενά

του υγειονομικού χάρτη από σημαντικές χειρουργικές ειδικότητες (π.χ. νευροχειρουργοί και θωρακοχειρουργοί), με τον κ. Γεωργιάδη να διευκρινίζει πως πρόκειται για σχέδιο υπό μελέτη. Πάντως, οι αλλαγές στο ΕΣΥ έχουν προκαλέσει και σημαντικές αντιδράσεις. Σε ανακοίνωσή της, η Ένωση Ιατρών Νοσοκομείων Αθηνών - Πειραιά (ΕΙΝΑΠ) σημειώνει μεταξύ άλλων: «Αντί να προσλάβει όλο το αναγκαίο μόνιμο προσωπικό για να λειτουργήσουν οι κλειστές χειρουργικές αίθουσες (σε όλη την Αττική λειτουργούν οι 130 στις 200) και να μπορούν όλοι οι ασθενείς να χειρουργούνται έγκαιρα, χωρίς να αναγκάζονται να ξαναπληρώσουν, επιβάλλει νόμιμο κρατικό "φακέλι" στα απογευματινά επί πληρωμή χειρουργεία. Οι υπόλοιποι ασθενείς καταδικάζονται να περιμένουν στις ψηφιακές λίστες αναμονής».



ΥΓΕΙΑ

ΓΝΩΜΗ

Της Βασιλικής -
Ραφέλας
Βακουφτσή

Οι ελλείψεις φαρμάκων και πώς τις βιώνουν οι ασθενείς

Ο χώρος της Υγείας αντιμετωπίζει σε παγκόσμιο επίπεδο μια σημαντική πρόκληση, αυτή των ελλείψεων φαρμάκων, ένα διαχρονικό φαινόμενο το οποίο έχει κλιμακωθεί σημαντικά το τελευταίο διάστημα, παρουσιάζοντας όμως παράλληλα υφέσεις και εξάρσεις, οι οποίες αναπόφευκτα επηρεάζουν τη χώρα μας.

Στην Ελλάδα καταγράφονται ελλείψεις που αφορούν από πολύ απλά φάρμακα καθημερινής χρήσης έως φάρμακα για σπάνιες παθήσεις, τα λεγόμενα και ορφανά, ωστόσο η κατάσταση δεν είναι δυσμενέστερη από άλλες χώρες. Σε αυτό διαδραματίζει σημαντικό ρόλο η εγκάρσια παραγωγή φαρμάκων, δίχως την οποία θα μιλούσαμε σίγουρα για πολλαπλές ελλείψεις από αυτές που έχουμε σήμερα.

Οι ελλείψεις φαρμάκων έχουν επιπτώσεις τόσο στους ίδιους τους ασθενείς όσο και στα συστήματα υγείας και είναι ένα ζήτημα που εγκυμονεί μια αλυσιδωτή σειρά προκλήσεων σε λίγτες υπηρεσίες, συστήματα υγείας, φαρμακευτικές εταιρείες, ρυθμιστικές αρχές και φορείς χάραξης πολιτικής. Από την έλλειψη βασικών αντιβιοτικών έως την έλλειψη φαρμάκων για σοβαρές σπάνιες παθήσεις, οι επιπτώσεις είναι ευρείες, ποικίλες και απορρυθμίζουν την καθημερινότητα των ασθενών.

Οι ασθενείς των ελλείψεων φαρμάκων είναι πολλαπλές, πολυπλοκές, εξαρτώνται πολλές φορές από εξωγενείς παράγοντες που δεν είναι προβλέψιμοι και απαιτούν σφαιρική προσέγγιση ώστε να κατανοηθούν πλήρως την έκταση και φύση του προβλήματος. Παράλληλα, αναδεικνύεται η ανάγκη για κατανόηση του πλήρους φάσματος των επιπτώσεων που προκύπτουν από το σύνθετο αυτό φαινόμενο.

Πέρα όμως από τους αριθμούς και τα δεδομένα, υπάρχουν ανθρώπινες ιστορίες με

Οι ελλείψεις φαρμάκων μπορούν να οδηγήσουν σε προβλήματα στη διαχείριση του νοσήματος με δυνητικά σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών, ενώ δεν πρέπει να παραβλέπουμε την ανησυχία και την αβεβαιότητα που τους δημιουργούνται από αυτή τη συνθήκη, προσθέτοντας ένα επιπλέον άγχος

πρόσωπο και όνομα όσων βρίσκονται αντιμέτωποι με τις άμεσες ή έμμεσες συνέπειες της περιορισμένης πρόσβασης στα φάρμακα που έχουν ανάγκη. Η είδηση της έλλειψης ενός φαρμάκου ενεργοποιεί έντονες αντιδράσεις σε συναισθηματικό επίπεδο στους ασθενείς που το λαμβάνουν, βιώνοντας ανασφάλεια για το μέλλον της θεραπείας τους καθώς ακόμα και η ανάγκη για προσαρμογή σε νέες συνθήκες μπορεί να προκαλέσει ανησυχία και ανασφάλεια, ενώ μια συνεχιζόμενη έλλειψη ενός φαρμάκου έχει επιπτώσεις και στην υγεία τους επιτρέποντας την επιδείνωση των συ-

μπτωμάτων της νόσου τους και αυξάνοντας τον κίνδυνο επιπλοκών.

Οι ασθενείς βρίσκονται στο επίκεντρο της μεγάλης αυτής πρόκλησης, καθώς οι ελλείψεις φαρμάκων μπορούν να οδηγήσουν σε προβλήματα στη διαχείριση του νοσήματος με δυνητικά σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία τους, ενώ δεν πρέπει να παραβλέπουμε την ανησυχία και την αβεβαιότητα που τους δημιουργούνται από αυτή τη συνθήκη, προσθέτοντας ένα επιπλέον άγχος στους ασθενείς, ιδιαίτερα εάν μιλάμε για χρόνιες παθήσεις που ήδη αντιμετωπίζουν μια σειρά προκλήσεων στην καθημερινότητά τους.

Οι ελλείψεις φαρμάκων μπορούν να οδηγήσουν σε καθυστερημένη έναρξη μιας θεραπείας, τροποποίησης ή/και απόδοσης, ακόμα και διακοπής της σε ορισμένες περιπτώσεις. Πίνεται εύκολα αντιληπτό, λοιπόν, ότι κάτι τέτοιο ενέχει μικρότερους ή μεγαλύτερους κινδύνους για την έκβαση της υγείας τους και δυνητικά μπορεί να την επιδεινώσει, με τους χρόνιους ασθενείς να είναι περισσότερο εκτεθειμένοι και ευάλωτοι.

Η διασφάλιση της διαθεσιμότητας των φαρμάκων είναι ζωτικής σημασίας για την ευημερία του συνόλου της κοινωνίας. Ως Ένωση Ασθενών Ελλάδας έχουμε διαχρονικά συμβάλει στον διάλογο με τεκμηριωμένες και πραγματικές προτάσεις, ενώ επιπλέον συμμετέχουμε στην Επιτροπή Παρακολούθησης Ελλείψεων Φαρμάκων του Υπουργείου Υγείας. Από πλευράς της Πολιτείας διαφαίνεται πως υπάρχει πρόθεση αντιμετώπισης του προβλήματος κατά προτεραιότητα βάζοντας στο τραπέζι του διαλόγου όλους τους εμπλεκόμενους φορείς και φυσικά τους ίδιους τους ασθενείς.

Στο πρόβλημα των ελλείψεων, δεν μπορούμε να πούμε πως υπάρχουν εύκολες λύ-

σεις. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος απαιτούνται γρήγορα ανταντακτικά, υπευθυνότητα, άμεσες, συντονισμένες και καλά σχεδιασμένες προσπάθειες από το σύνολο των εμπλεκόμενων φορέων παράλληλα με τη βελτίωση της διασυνοριακής συνεργασίας μεταξύ των χωρών σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

Με την ορθή προσέγγιση και με συνεργασίες, αναλαμβάνοντας πρωτοβουλίες, μπορούμε να αμβλύνουμε τις επιπτώσεις του φαινομένου, να συμβάλλουμε στην ομαλοποίηση της κατάστασης και να διασφαλίσουμε την απρόσκοπτη πρόσβαση σε αποτελεσματικές θεραπείες για όλους.

Οι ελλείψεις φαρμάκων δεν θα πρέπει να είναι πεδίο αντιπαράθεσης μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων, αλλά να αναδειχθούν σε ένα πεδίο συνεργασίας, ενότητας και αλληλεγγύης προκειμένου να ξεπεράσουμε από κοινού αυτή την πρόκληση. Μόνο με συντονισμένες προσπάθειες και διευρυμένες συνεργασίες μπορούμε να εξασφαλίσουμε την προστασία των πολιτών και ειδικότερα των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού, όπως οι χρόνιοι ασθενείς.

Ως Ένωση Ασθενών Ελλάδας, θεσμοθετημένη ως επίσημη συνομιλήτρια της Πολιτείας σε θέματα χάραξης πολιτικής Υγείας και εκπροσωπώντας τα δικαιώματα των ασθενών σε όλη τη χώρα, παραμένοντας αρωμαμένοι στην υγεία και την ευημερία των ασθενών, δηλώνουμε πάντοτε πρόθυμοι να συμμετέχουμε στον διάλογο μέσα από τεκμηριωμένες προτάσεις, επιθυμώντας πάντοτε να είμαστε μέρος της λύσης και όχι του προβλήματος και πιστεύοντας ακράδαντα στη σημασία των συνεργειών.

Η κυρία Βασιλική-Ραφέλα Βακουφτσή είναι πρόεδρος της Ένωσης Ασθενών Ελλάδας.





ΥΓΕΙΑ

Μπορεί ένα «μοντέλο Harvard» να εφαρμοστεί στο ΕΣΥ;

Το νοσοκομείο-κεντρικό μοντέλο του ΕΣΥ έκλεισε 40 χρόνια προσφέροντας πολυήμερες υγειονομικές φροντίδες. Δόθηκαν και δίδονται οικονομικοί πόροι για κτιριακές κ.α. αναβαθμίσεις και επεκτάσεις, που είναι αναγκαίες. Διεκπεραιώνονται διαρκώς ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό, αλλά χρειάζεται συνολικό πλάνο προσφοράς-ζήτησης που θα βασίζεται σε μια συνολική αναβάθμιση των εργασιακών σχέσεων και των ανάλογων αμοιβών. Αργούν να εφαρμοστούν συστήματα αποζημίωσης (KEN), κι όταν αυτά εφαρμόζονται καθυστερούν να ανανεωθούν (DRGs), χωρίς να εφαρμόζουν το συνολικό κόστος, και κυρίως τον έλεγχό του, κι έτσι από μόνα τους ξεπερνούνται. Στον μετασχηματισμό των πόρων σε αποτελέσματα, οι μετρήσεις είναι πιο ποσοτικές (esy.net, BI), χωρίς να περιλαμβάνουν ανάλογες ποιοτικές (νοσηρότητα), με βάση οδηγίες και πρωτόκολλα. Το ΕΣΥ δυσκολεύεται να λάβει μαθήματα από καλές διεθνείς πρακτικές, εκσυγχρονιζόμενο ή μεταρρυθμιζόμενο, με βάση έναν υγειονομικό χάρτη, που περιοδικά θα ανανεώνεται, για να καλύπτει και γεωγραφικά τις ανάγκες των πολιτών, που έχουν πιο σημαντικά διαφοροποιηθεί. Όλα αυτά ανάμεσα σε συζητήσεις, σε κάθε κυβερνητική θητεία, όλων των κομμάτων που κυβερνήσαν, για το ποιοι και πώς θα διοριστούν στις διοικήσεις, ανεξαρτήτως μοντέλου, με σχέδιο, που πρέπει να υπερτερούν. Ενώ η «ολοήμερη» λειτουργία των νοσοκομείων ολοκληρώνεται σε 20+ χρόνια.

Όλα αυτά τείνουν να ξεπεραστούν διέθνως, ρυθμιζόμενα στον αναπτυσσόμενο κόσμο, όπως διαπιστώθηκε από πρόσφατη επίσκεψή μου στο Harvard (Business and Medical School). Εκεί αντιμετωπίζουν ολιστικά τη φροντίδα του ασθενούς, με βάση και τα χρόνια νοσήματα. Αυτό προϋποθέτει «κέντρα αναφοράς» στην εξωνοσοκομειακή και στη νοσοκομειακή φροντίδα, όπου γιατροί και επαγγελματίες της υγείας λειτουργούν ομαδικά, όχι ατομικά (solo practice).

Η στρατηγική ενός οργανισμού στην υγεία ξεκινά α) από τον στόχο να καλύψει ανάγκες ασθενών, να βελτιώσει αποτελέσματα της υγειονομικής φροντίδας και να εξορθολογίσει το κόστος τους, συνεχίζει με β) τι θα προσφέρει και γιατί, γ) τη δημιουργία ανάλογων ομάδων, π.χ. για νοσήματα που αφορούν νεοπλασματικά, καρδιαγγειακά, αναπνευστικά, μεταβολικά και μυοσκελετικά νοσήματα, τη μητέρα και το παιδί, κ.α., δ) εκθέσεις ανά κλινικό τομέα, ε) διαφοροποίηση σε σχέδιο με άλλους οργανισμούς,



ΓΝΩΜΗ
Του Νίκου Πολύζου

στ) συνεργασίες ανά γεωγραφική περιοχή.

Ετσι, οι ηγεσίες των οργανισμών υγείας (Accountable Care Organizations) δημιουργούν ολοκληρωμένες μονάδες (Integrated Patients Units), μετρούν αποτελέσματα και κόστος, για να δημιουργήσουν ανάλογα αμοιβές (P4P), τα διαμορφώνουν συνολικά (playbooks), με γεωγραφικές συνεργασίες και πλατφόρμες πληροφορικής. Στο παράδειγμα των μονάδων εγκεφαλικών, που θα γίνουν και στη χώρα μας, τα βήματα του κύκλου φροντίδας (cycle of care), ενδεικτικά, πρέπει να είναι α) Καθορισμός καταστάσεων ασθενών που παρακολουθούνται, β) Δημιουργία ομάδας προσωπικού όλων των αναγκαίων ειδικοτήτων, γ) Κατάλληλος εξοπλισμός με υποστηρικτικές κλινικές υπηρεσίες, δ) Διοικητική, πληροφορική και άλλη υποστήριξη, και ε) Ολοκλήρωση των δεδομένων με βάση τα αποτελέσματα και το κόστος. Ανάλογη πρωτοβουλία του Αγ. Σάββα (Comprehensive Cancer Center) είναι επαινετή.

Η βάση της αξίας (value) των ανάλογων θεραπειών διαπιστώνεται κι από α) τα αποτελέσματα (outcomes), προς β) το κόστος (cost), ακολουθώντας δέντρο αποφάσεων (πρωτοκόλλων), που βασίζεται σε συγκεκρι-

μένα «μονοπάτια» (pathways), ομαδοποιημένων καταστάσεων (conditions), κυρίως για τα χρόνια (καρδιαγγειακά, νεφρολογικά, μεταβολικά κ.α.) ή οξεία (εγκεφαλικά, τραυματικά, αναπνευστικά κ.α.) νοσήματα, που αντιμετωπίζουν παιδιά και ενήλικες κυρίως τρίτης ηλικίας. Ακολουθούν προ-τυποποιημένοι δείκτες νοσηρότητας, με «δέσμη» αμοιβών (bundle payments), συμπληρωματικά με αποτελέσματα που καταγράφονται από τους ασθενείς (Patients Reported Outcomes). Τα πάντα επαναξιολογούνται διαρκώς.

Θα ηεί κάποιος-α: μήπως όλα αυτά είναι (επιστημονική) φαντασία για μας; Η απάντηση είναι: όχι, μπορεί να γίνει (επιστημονική) πραγματικότητα, ως (κεντρική) πολιτική υγείας, συνδυαζόμενη με περιφερειακή (και τοπική) διοίκηση. Οι προ 12ετίας διασυνδέσεις πρέπει να μετατραπούν σε «ολιστικές συνδέσεις» (20+) νοσοκομείων («περιφερειακών»-πανεπιστημιακών) κόμβων (hubs), που θα περιλαμβάνουν όλες τις ειδικότητες και τεχνολογίες, με ως 50 («νομαρχιακά») ακτινωτά (spokes) νοσοκομεία, που θα περιλαμβάνουν όλες τις αναγκαίες ειδικότητες και τεχνολογίες, και θα «απορροφήσουν» (χωρίς να κλείσουν) τα υπόλοιπα (ως 50) των «βασικών» ειδικοτήτων. Τα (10) «ειδικά» νοσοκομεία μπορούν να λειτουργήσουν ανά ζεύγη. Υπηρετώντας, βέβαια, ένα νέο «business model», θα πρέπει να λειτουργούν, αν όχι όπως το Massachusetts General ή το Karolinska, παρόμοιους με το Γνώσειο ή το Παπαγεωργίου (και ο νούν νοείτω). Ο στόχος των Περιφερειακών Διοικήσεων θα είναι η αποτελεσματική λειτουργία τους σε δίκτυο εξωνοσοκομειακών και νοσοκομειακών υπηρεσιών, που θα ελαχιστοποιήσει

τις διαπεριφερειακές ροές και επακόλουθα τα «ρόντζα».

Και περνάμε στο κεντρικό ερώτημα που θέτει κι ο τίτλος. Τα τελευταία, προ δετίας, στοιχεία δημοσιότητας της ΕΛΣΤΑΤ δείχνουν σε ποσοστά 40% καρδιαγγειακά, 25% νεφρολογικά, 14% ενδοκρινικά-μεταβολικά (διαβήτης κ.α.), 11% αναπνευστικά και 10% άλλα νοσήματα. Η πρώτη επιμέρους αιτία είναι τα εγκεφαλικά επεισόδια ακολουθούμενη από καρδιακά κ.α. Συνεπώς ο κύκλος της φροντίδας στη χώρα μας πρέπει να διαμορφωθεί και με βάση τα ανωτέρω χρόνια νοσήματα, αρχικά, σε (επικεφαλής) κέντρα αναφοράς, σε κάθε νοσοκομείο κόμβο (τριτοβάθμια), σε συνεργασία με ανάλογα στα ακτινωτά τους (δευτεροβάθμια) νοσοκομεία και τα συνδεδεμένα με αυτά βασικά νοσοκομεία και κέντρα υγείας (πρωτοβάθμια και πρόληψη). Τούτο προϋποθέτει εξέταση των οργανισμών των νοσοκομείων, για να γίνουν οι αναγκαίες προσαρμογές, μέσα από ένα σχέδιο που χρειάζεται επιστημονική συν-εργασία, για να μειώσει ατομικές και να αυξήσει συλλογικές λειτουργίες των τομέων και τμημάτων του ΕΣΥ. Υπολογίζεται ότι οι αναγκαίοι ιατρονοσηλευτικοί τομείς πρέπει να μειωθούν στους 300 και τα ανάλογα τμήματα στα 1.500. Αντιστρόφως το προσωπικό πρέπει να αυξηθεί κατά 10% περίπου. Το πιο σημαντικό είναι η νέα διοικητική και κλινική λειτουργία, που θα πρέπει να δίνει βάρος στην ενδυνάμωση και τα κίνητρα του προσωπικού, για να πετύχουν τα ανωτέρω. Και φυσικά απαιτείται σύζευξη νοσοκομείων, με τις μονάδες πρωτοβάθμιας και τις πρόνοιες, με ενδεικτικό παράδειγμα των σκανδιναβικών χωρών (Φινλανδίας κ.α.) στις περιφέρειές τους.

Η νέα δημόσια διοίκηση στο ΕΣΥ απαιτεί πλήρη σχεδιασμό, διοίκηση αποτελεσμάτων και ποιότητας, έλεγχο απόδοσης, σφαιρικούς προϋπολογισμούς, ενιαίες προμήθειες και ηλεκτρονική, κυρίως ιατρική - νοσηλευτική, διακυβέρνηση, και η πολιτική υγείας να βάλει τη θέληση να δημιουργήσει το νέο ΕΣΥ, με όραμα, σχέδιο, οργάνωση, συντονισμό, σύγχρονα εργαλεία αξιολόγησης και ελέγχου, προς όφελος των ασθενών και όλων των πολιτών συνολικά.

Ο κ. **Νίκος Πολύζος** είναι καθηγητής Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.

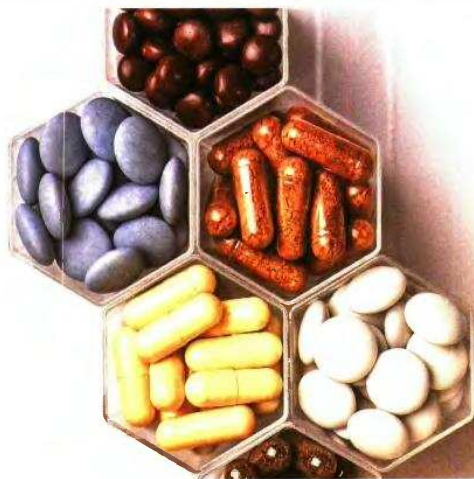
(Σημείωση: ευχαριστίες στον Δρ. Γεώργιο Βογιατζή για απόψεις που ανταλλάξαμε σχετικά)

Η νέα δημόσια διοίκηση στο ΕΣΥ απαιτεί πλήρη σχεδιασμό, διοίκηση αποτελεσμάτων και ποιότητας, έλεγχο απόδοσης, σφαιρικούς προϋπολογισμούς, ενιαίες προμήθειες και ηλεκτρονική, κυρίως ιατρική - νοσηλευτική, διακυβέρνηση, και η πολιτική υγείας να βάλει τη θέληση να δημιουργήσει το νέο ΕΣΥ





ΥΓΕΙΑ



Τι αλλαγές θα φέρει η μεταρρύθμιση της ΕΕ στο φάρμακο

ΓΝΩΜΗ

Το Κώστα Αθανασάκης



Η πανδημία αποτέλεσε ένα γεγονός με πολλαπλές προεκτάσεις στα συστήματα Υγείας. Εκτός των προφανών και βαρύτατων επιπτώσεων στο φορτίο των συλλογικών νοσηρότητας και θνησιμότητας – το πλήρες εύρος των οποίων ίσως να μην είναι ακόμα ορατό –, η πανδημία ήταν μια έμπρακτη πρόκληση για τη βιωσιμότητα και την ανθεκτικότητα των συστημάτων Υγείας.

Στο πλαίσιο της υγειονομικής κρίσης, κεντρικό στοιχείο αποτέλεσε η διαθεσιμότητα και η έγκριση και ισοτιμία πρόσβασης στα φάρμακα, είτε σε αυτά που ήδη κυκλοφορούσαν είτε σε νέα για την αντιμετώπιση των συνεπειών της πανδημίας. Ως αποτέλεσμα αναδείχθηκαν δύο κύριοι τομείς ανάγκης αλλά και ευκαιρίας για την εφαρμογή μεταρρυθμίσεων: από τη μια πλευρά αναδείχθηκε η ανάγκη η ΕΕ να είναι αυτάρκης ως προς την παραγωγή φαρμάκων. Από την άλλη πλευρά, η ανάγκη για συντόμευση των διαδικασιών έγκρισης και αποζημίωσης των φαρμακευτικών λύσεων, η οποία προέκυψε κατά την πανδημία, έδειξε ότι η παραδοσιακά αργή εγκριτική διαδικασία στο επίπεδο των Ευρωπαϊκών Οργανισμών Φαρμάκων μπορεί (όπως αποδείχθηκε) να συντομευθεί.

Η «αναζωογονημένη» οπτική της ΕΕ και ως Ένωσης για την Υγεία (ο όρος πρόσφατα διατυπώθηκε από την Επιτροπή Υγείας της ΕΕ) έθεσε σε κίνηση τις συζητήσεις για μια κοινή πορεία. Βεβαίως, η εναρμοσύνη των διαδικασιών πρόσβασης στην υγεία σε ευρωπαϊκό επίπεδο δεν είναι μια νέα συζήτηση: οι ευρωπαϊκές οδηγίες για τη διασυνοριακή περίθαλψη, η κοινή δράση στο ζήτημα της Αξιολόγησης Τεχνολογιών Υγείας, οι πρωτοβουλίες για τη δημιουργία του Ευρωπαϊκού Χώρου Δεδομένων Υγείας κ.ά. αποτελούν

τεκμήρια αυτής της τάσης. Στα ζητήματα, όμως, της καρδιάς της πολιτικής του φαρμάκου, η συζήτηση αυτή κινείται σήμερα ύστερα από πολύ καιρό και αποτελεί πιθανότητα το σημαντικότερο γεγονός από την εποχή της ίδρυσης του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων και της εφαρμογής της κεντρικής διαδικασίας αδειοδότησης στο πλαίσιο αυτού.

Η διαβούλευση αυτή έχει λάβει πλέον τη μορφή ενός ολοκληρωμένου πλαισίου προβλέψεων, γνωστό πια ως Μεταρρύθμιση της Φαρμακευτικής Νομοθεσίας στην ΕΕ. Τα βασικά σημεία της προτεινόμενης Μεταρρύθμισης, η οποία μετρά πλέον έναν χρόνο στη δημόσια σφαίρα, αποτελούν ένα μείγμα Οδηγιών (δηλαδή γενικών κατευθύνσεων προς υιοθέτηση από τα κράτη-μέλη, με σχετική ελευθερία ως προς την ακριβή εφαρμογή) αλλά και Κανονισμών (δηλαδή ρυθμιστικών προβλέψεων για την έγκριση και την εποπτεία των φαρμάκων, οι οποίες είναι υποχρεωτικές σε κεντρικό και τοπικό επίπεδο). Εχοντας ως διατυπωμένους στόχους (α) τη διασφάλιση της έγκαιρης και ισοτιμίας πρόσβασης στα φάρμακα σε επίπεδο ΕΕ, (β) τη διασφάλιση της εφοδιαστικής αλυσίδας, (γ) τη δημιουργία ενός φιλικού περιβάλλοντος προς την καινοτομία και την έρευνα και ανάπτυξη, (δ) την περιβαλλοντική βιωσιμότητα, (ε) την αντιμετώπιση της μικροβιακής αντοχής μέσω ενός οκεπτικού «Ενιαίου Υγείας», η πρόταση περιλαμβάνει ένα πλέγμα μέτρων. Αν επικεντρώσει κανείς να επιλέξει ορισμένα (λίγα, ομολογούμενως, καθώς πολλά μπορούν να επιωθούν αλλά είναι αδύνατον να χωρέσουν σε ένα μικρό άρθρο!) από αυτά, τα (πιθανώς) σημαντικότερα κινούνται στις εξής κατευθύνσεις:

- Τη μεταβολή του χρόνου κανονιστικής προστασίας των δεδομένων από τα (σταθερά) 8 έτη, που είναι σήμερα, σε ένα μεταβλητό σύστημα, όπου η προστασία δεδομένων θα ξεκινά από τα 6 έτη και υπό προϋποθέσεις θα μπορεί να εκτείνεται στα 8 ή και επιπλέον έτη, αν το φάρμακο καλύπτει ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας και αν είναι διαθέσιμο σε όλα τα κράτη-μέλη εντός δύο ετών από την ημερομηνία της έγκρισης.
- Την εισαγωγή ενός συστήματος κινήτρων

για την ανάπτυξη και διαθεσιμότητα νέων αντιβιοτικών.

- Την αναθεώρηση του συστήματος ελλείψεων των φαρμάκων, με τον επανακαθορισμό του τι συνιστά «έλλειψη» και τη θέσπιση νέων υποχρεώσεων από τους κατόχους άδειας κυκλοφορίας.

- Την υποχρέωση αναγνώρισης, από την πλευρά του κατόχου άδειας κυκλοφορίας, τυχόν χρηματοδότησης την οποία έλαβε από δημόσιους φορείς κατά τη διαδικασία έρευνας και ανάπτυξης. Το μέτρο αυτό στοχεύει στην απόδοση περαιτέρω διαπραγματευτικής δυνατότητας στους φορείς αποζημίωσης.

- Την υποχρέωση αναγνώρισης και μελέτης τυχόν περιβαλλοντικών επιπτώσεων από τον κάτοχο άδειας κυκλοφορίας. Τυχόν μη συμμόρφωση μπορεί να οδηγήσει σε απόρριψη της αίτησης για έγκριση του φαρμάκου.

- Την αλλαγή στις διαδικασίες που ακολουθεί ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων, με προβλέψεις για διαδικασίες διαβούλευσης με τους κατόχους άδειας κυκλοφορίας πριν από την εγκριτική διαδικασία, τους τρόπους επείγουσας έγκρισης, τη διερεύνηση νέων κανονιστικών διαδικασιών κ.ά.

Από τα παραπάνω θέματα, το ζήτημα της προστασίας των δεδομένων (πρακτικά, της προστασίας από τον ανταγωνισμό) είναι και αυτό που έχει ήδη προκαλέσει τη μεγαλύτερη συζήτηση. Η οπτική της Επιτροπής στο ζήτημα αυτό είναι να παρακινήσει τις εταιρείες να αναπτύξουν πραγματικά καινοτόμα προϊόντα, τα οποία θα αντιμετωπίζουν σημαντικές και ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας και θα είναι διαθέσιμα, με ισότιμους όρους, στο σύνολο των χωρών της ΕΕ. Ως (πολύ λογική) προμετωπίδα τίθεται η εισαγωγή στοιχείων ανταγωνισμού στην αγορά, ώστε τα συστήματα να μπορούν να αντέξουν το βάρος των τιμών (αλλά και των ποσοτήτων) των επερχόμενων φαρμάκων και να δημιουργήσουν δημοσιονομικό χώρο μέσω της μη προστατευμένης αγοράς (γενόσημα και off-patent προϊόντα) για την αναμενόμενη πτώση στη δαπάνη του φαρμάκου. Στο πεδίο αυτό, η Επιτροπή φαίνεται πως βρίσκει συμμάχους, κυρίως από τις επιστημονικές εταιρείες που δραστηριοποιούνται στην ΕΕ, ενώ εκτιμά ότι η μεταβολή αυτή

στην περίοδο προστασίας μπορεί να επιφέρει οφέλη της τάξης του 1 δισ. ετησίως για την κοινωνική ασφάλιση.

Παρ' όλα αυτά, η πρόταση συναντά σοβαρές αντιδράσεις από τη βιομηχανία. Παρά το γεγονός ότι, υπό προϋποθέσεις, ο χρόνος προστασίας των δεδομένων μπορεί να είναι μεγαλύτερος από ό,τι σήμερα, η αβεβαιότητα στην πρόβλεψη της περιόδου προστασίας κρίνεται ως σημαντικό αντικίνητρο επενδύσεων. Πιθανότατα σε αυτό συντελεί η σχετική έλλειψη λεπτομέρειας, επί του παρόντος, στις προϋποθέσεις που δίνουν αύξηση στην περίοδο προστασίας. Οι ενστάσεις διατυπώνουν το επιχείρημα ότι η ΕΕ θα γίνει ένα μη φιλόξενο μέρος για την έρευνα και την ανάπτυξη, θέτοντας πιθανότητα σε κίνδυνο τη διαθεσιμότητα και πρόσβαση σε νέα φάρμακα, ιδίως αυτά που μπορεί να αναπτυχθούν από μικρές επιχειρήσεις βιοτεχνολογίας (ένα ανερχόμενο μοντέλο έρευνας και ανάπτυξης σήμερα, είναι η αλβεία). Το μέγεθος των αντιδράσεων φαίνεται πως είναι σημαντικός: την ώρα που γράφεται αυτό το άρθρο, υπάρχουν πληροφορίες ότι και το Συμβούλιο – αλλά και το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο – αντιτίθεται σε αυτή την πρόταση της Επιτροπής – παραμένει όμως υποστηρικτικό ως προς το γενικό πνεύμα των ρυθμίσεων. Αν και νεότερες δηλώσεις των εμπλεκόμενων από την πλευρά της Επιτροπής δείχνουν ότι θα υπάρξει ευελιξία και ότι υποχρεωτικότητα σε ζητήματα όπως η διαθεσιμότητα του φαρμάκου σε όλα τα κράτη-μέλη, εντούτοις οι αντιδράσεις παραμένουν σθεναρές και φημιολογείται πως δύσκολα θα έχει ολοκληρωθεί η μεταρρύθμιση πριν από τις επερχόμενες ευρωεκλογές.

Σε κάθε περίπτωση, πάντως, η μονομερής στόχευση στο ζήτημα της περιόδου προστασίας των δεδομένων αποσπά τη συζήτηση από άλλα εξαιρετικά και εξίσου σημαντικά στοιχεία του κανονισμού, όπως τα νέα κίνητρα για την ανάπτυξη αντιβιοτικών, οι προβλέψεις για την αναζήτηση νέων ενδείξεων/χρήσεων για ήδη υπάρχοντα φάρμακα, οι νέες και εξαιρετικά απαραίτητες προσεγγίσεις στη ρυθμιστική διαδικασία (οι οποίες θα μας είναι πολύ χρήσιμες κυρίως στο νέο πεδίο των τεχνολογιών για ειδικά και σπάνια προβλήματα υγείας), οι περιβαλλοντικές ρυθμίσεις κ.ά. Δίκως αμφιβολία, η Μεταρρύθμιση της Φαρμακευτικής Νομοθεσίας επιχειρεί να απαντήσει σε υπαρκτά προβλήματα τα οποία χρήζουν άμεσων λύσεων. Η εισαγωγή στοιχείων και εννοιών στη δημόσια συζήτηση για την πολιτική φαρμάκου, όπως ο ανταγωνισμός, τα κίνητρα, η ευελιξία και, προπαντός, η ισοτιμία, είναι πράγματα που χρειαζόμαστε και οφείλουμε να συζητήσουμε με ειλικρίνεια.

Ο κ. Κώστα Αθανασάκης είναι επικύριος καθηγητής Οικονομικών της Υγείας στο Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Η Μεταρρύθμιση της Φαρμακευτικής Νομοθεσίας επιχειρεί να απαντήσει σε υπαρκτά προβλήματα τα οποία χρήζουν άμεσων λύσεων. Η εισαγωγή στοιχείων και εννοιών στη δημόσια συζήτηση για την πολιτική φαρμάκου, όπως ο ανταγωνισμός, τα κίνητρα, η ευελιξία και, προπαντός, η ισοτιμία, είναι πράγματα που χρειαζόμαστε και οφείλουμε να συζητήσουμε με ειλικρίνεια



ΥΓΕΙΑ

Συνέντευξη στη
Μάρθα Καϊτανίδη

Πάνω από 500.000 άνθρωποι στη χώρα μας ζουν με σπάνιο νόσημα, εκ των οποίων το 50% είναι παιδιά. Όπως σημειώνει στη συνέντευξη που παραχωρεί ο πρόεδρος του ΔΣ της Ενωσης Σπανίων Ασθενών Ελλάδος (ΕΣΑΕ) **Δημήτρης Αθανασίου**, «η διάγνωση ενός σπάνιου νοσήματος έχει σημαντικές επιπτώσεις τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του, τόσο οικονομικά όσο και ψυχολογικά», ενώ παράλληλα η διαχείρισή τους επιβαρύνει και το κράτος. Ο ίδιος όμως, εκτός από τα κρίσιμα σημεία που χρειάζονται βελτίωση και τις προκλήσεις εντοπίζει και ευκαιρίες, που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε σημαντικά οφέλη.

Πόσοι ασθενείς με σπάνιο νόσημα ζουν στην Ελλάδα; Και ποια είναι τα πιο... συχνά σπάνια νοσήματα;
«Ο ακριβής αριθμός των ατόμων που ζουν με σπάνια νοσήματα στην Ελλάδα δεν είναι εύκολο να προσδιοριστεί λόγω της έλλειψης καταγραφής, της σπάνιας φύσης τους αλλά και του ότι το 50% των ασθενών παραμένουν αδιάγνωστοι.

Ωστόσο, στην Ελλάδα, υπάρχουν εκατοντάδες, αν όχι χιλιάδες, διαφορετικά σπάνια νοσήματα. Στην πρόσφατη προσπάθεια καταγραφής του υπουργείου Υγείας και την Ενωση Σπανίων Ασθενών Ελλάδος οι τελευταίες εκτιμήσεις αναφέρουν ότι στην Ελλάδα συναντιούνται 350 με 500 σπάνια νοσήματα, τα οποία επηρεάζουν πάνω από 500.000 ασθενείς, με το 50% να είναι παιδιά. Τα νοσήματα που έχουμε ίσως ακούσει οι περισσότεροι είναι η Μυϊκή Δυστροφία Duchenne, η Κυστική Ινωση, η Νωτιαία Μυϊκή Ατροφία, η Νόσος Gaucher, όπως φυσικά και οι παιδιατρικοί καρκίνοι που είναι σχεδόν όλοι σπάνιοι».

Τι συνεπάγεται η διάγνωση για τον ασθενή και την οικογένεια, τόσο από οικονομικής πλευράς όσο και ψυχολογικής;

«Η διάγνωση ενός σπάνιου νοσήματος έχει σημαντικές επιπτώσεις τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του, τόσο οικονομικά όσο και ψυχολογικά. Από οικονομικής πλευράς το κόστος της ιατρικής φροντίδας είναι υψηλό διότι τα σπάνια νοσήματα συνήθως απαιτούν εξειδικευμένη φροντίδα, συμπεριλαμβανομένων ειδικών εξετάσεων, φαρμάκων και θεραπειών, τα οποία είναι δαπανηρά. Ταυτόχρονα η καθημερινή φροντίδα του ασθενούς ενδέχεται να καθιστά δύσκολη ή αδύνατη την εργασία του ίδιου του ασθενούς ή του γονέα, με σοβαρές επιπτώσεις στο οικογενειακό εισόδημα.

Από ψυχολογικής πλευράς μια τέτοια διάγνωση προκαλεί έντονο άγχος και στρες τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του, λόγω της αβεβαιότητας σχετικά με το μέλλον και τις προοπτικές θεραπείας, αφού το 95% δεν έχει θεραπεία, ενώ πολλά από αυτά τα νοσήματα είναι απειλητικά για τη ζωή, φέρνουν μεγάλες αναπηρίες αλλά και σοβαρό κοινωνικό αποκλεισμό. Οι ασθενείς με σπάνια νοσήματα, των οποίων το 70% είναι γενετικά, αντιμετωπίζουν προκαταλήψεις και κοινωνικό αποκλεισμό λόγω της έλλειψης ενημέρωσης και κατανόησης αυτών των νοσημάτων».

Στην Ελλάδα συναντιούνται 350 με 500 σπάνια νοσήματα, τα οποία επηρεάζουν πάνω από 500.000 ασθενείς, με το 50% να είναι παιδιά



Δημήτρης Αθανασίου Η διαχείριση των σπάνιων νοσημάτων απαιτεί ολιστική αντιμετώπιση

Ο πρόεδρος του ΔΣ της Ενωσης Σπανίων Ασθενών Ελλάδος μιλάει για τις επιπτώσεις της διάγνωσης ενός τέτοιου νοσήματος, τα κρίσιμα σημεία που χρειάζονται βελτίωση αλλά και τις ευκαιρίες για τη χώρα

Πόσο επιβαρύνεται το κράτος από τη διαχείριση των σπάνιων νοσημάτων;

«Η διαχείριση των σπάνιων νοσημάτων επιβαρύνει τόσο τις οικογένειες όσο και το κράτος σε διάφορα επίπεδα, και αυτή η επιβάρυνση είναι σημαντική. Η παροχή ιατρικών υπηρεσιών για τη διάγνωση, τη θεραπεία, την αποκατάσταση και τη φροντίδα των ασθενών με σπάνια νοσήματα απαιτεί σημαντικούς πόρους, καθώς συχνά αυτά τα νοσήματα απαιτούν εξειδικευμένες μεθόδους αντιμετώπισης. Παράλληλα το κράτος πρέπει να παρέχει και άλλες μορφές υποστήριξης για

τους ασθενείς με σπάνια νοσήματα, προκειμένου να βοηθήσουν στην κάλυψη των ιατρικών και κοινωνικών τους αναγκών όπως διάφορα κοινωνικά επιδόματα, βοήθους στο σχολείο ή στο σπίτι και πολλά άλλα.

Ταυτόχρονα η πρόσβαση στα λίγα καινοτόμα φάρμακα αλλά και η σωστή τους φροντίδα απαιτεί επενδύσεις και ενίσχυση των νοσοκομείων αλλά και του ΕΣΥ συνολικά έτσι ώστε να υπάρχει πρόσβαση σε νέες θεραπείες και συνολική αντιμετώπιση. Για αυτούς τους λόγους η διαχείριση των σπάνιων νοσημάτων απαιτεί ολιστική αντιμετώπιση και μια Ευρωπαϊκή αλλά και Εθνική Στρατηγική».

Η επένδυση στην έρευνα για τα σπάνια νοσήματα θα βοηθούσε στην ανάπτυξη νέων θεραπευτικών επιλογών και στη βελτίωση της πρόγνωσης των ασθενών

Τι θα πρέπει να αλλάξει στο πεδίο της πρόληψης, της διάγνωσης και της θεραπείας;

«Υπάρχουν πολλά πράγματα που θα μπορούσαν να αλλάξουν για να βελτιωθεί η πρόληψη, η διάγνωση και η θεραπεία των σπάνιων νοσημάτων. Το πρώτο βήμα είναι η ευαισθητοποίηση του κοινού και των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τα σπάνια νοσήματα, τις συμπτώματά τους και τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές. Μαζί με εθνικά προγράμματα πρόληψης και νέων αποζημιούμενων εξετάσεων και γενετικών ελέγχων θα υπάρξει πιο γρήγορη και ακριβής διάγνωση των σπάνιων νοσημάτων αλλά και ποιότητα ζωής των ασθενών. Ταυτόχρονα η επένδυση στην έρευνα για τα σπάνια νοσήματα θα βοηθούσε στην ανάπτυξη νέων θεραπευτικών επιλογών και τη βελτίωση της πρόγνωσης των ασθενών. Φυσικά οι ασθενείς με σπάνια νοσήματα χρειάζονται επίσης πρόσβαση σε εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες, καθώς και ψυχολογική υποστήριξη για τη διαχείριση των προκλήσεων που συναντούν. Τέλος, θα ήθελα να αναφέρω και την ανάγκη της ενεργής συμμετοχής της Ελλάδας στις υπάρχουσες συνεργασίες μεταξύ κρατών και διεθνών φορέων με στόχο την ανταλλαγή γνώσεων, πόρων και βελτιστων πρακτικών για τη διαχείριση των σπάνιων νοσημάτων.

Αυτές οι αλλαγές μπορούν να συμβάλουν αποτελεσματικά στη βελτίωση της πρόληψης, της διάγνωσης και της θεραπείας των σπάνιων νοσημάτων και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών μας».

Γίνεται κατανοητό πως το πεδίο των σπάνιων παθήσεων γεννά προκλήσεις αλλά και ευκαιρίες...

«Πραγματικά τα σπάνια νοσήματα φέρνουν μαζί με τις προκλήσεις και μεγάλες ευκαιρίες! Πρώτα απ' όλα θα έλεγα ότι η μελέτη των σπάνιων νοσημάτων βοηθά άμεσα στην κατανόηση των βιολογικών και γενετικών μηχανισμών και άλλων νόσων, αυξάνοντας την ιατρική αλλά και γενικότερα την επιστημονική γνώση με άμεσα οφέλη για όλους τους ασθενείς.

Οι πιο καινοτόμες θεραπείες αλλά και τα πιο πολλά από τα νέα διαγνωστικά εργαλεία που αναπτύσσονται προέρχονται από την έρευνα στα σπάνια νοσήματα. Αυτό οδηγεί σε ανακαλύψεις που θα ωφελήσουν και άλλες ασθένειες. Ταυτόχρονα η δημιουργία των εξειδικευμένων κέντρων αναφοράς και αριστείας σπάνιων παθήσεων αλλά και οι ειδικές διαπιστευμένες ομάδες που τα λειτουργούν, είναι συνδεδεμένες και συνεργάζονται με αντίστοιχες ομάδες του εξωτερικού μεταφέροντας σημαντική τεχνολογία και αυξάνοντας το συνολικό επίπεδο επιστημονικής γνώσης και φροντίδας για όλους τους ασθενείς, σπάνιους ή μη, στα νοσοκομεία μας.

Τέλος, υπάρχουν και σημαντικά οφέλη για την οικονομία αφού μέσω της συμμετοχής σε ευρωπαϊκά ερευνητικά προγράμματα και τις κλινικές δοκιμές, πέραν της ταχύτερης πρόσβασης στην καινοτομία για τους έλληνες ασθενείς, εξασφαλίζεται οικονομικά οφέλη για το κράτος, τα νοσοκομεία, την ελληνική ερευνητική κοινότητα και τη φαρμακευτική βιομηχανία που δραστηριοποιείται στην Ελλάδα στο σύνολό της».



ΥΓΕΙΑ



Η Ελλάδα επενδυτικός προορισμός στον τομέα της Υγείας



ΓΝΩΜΗ

Του Βασίλη Κοντοζαμάνη

Ο μετασχηματισμός της Υγείας αποτελεί τη μεγαλύτερη πρόκληση και ταυτόχρονα βρίσκεται στην κορυφή των προτεραιοτήτων της δεύτερης θητείας της κυβέρνησης της Νέας Δημοκρατίας. Η πανδημία ανέδειξε εμφατικά την ανάγκη να στοχευμένες παρεμβάσεις και δομικές αλλαγές. Αλλαγές που θα συμβάλουν καθοριστικά στην οικοδόμηση ενός νέου ΕΣΥ.

Ο εκουγχρονισμός του ΕΣΥ αποτελεί το κοινό μεγάλο στοίχημα. Γιατί; Γιατί, παρότι το ΕΣΥ αποτελεί τον εύκολο στόχο στον δημόσιο διάλογο – συχνά, δε, ασκείται χρησιμοθηρικά και μικροπολιτικά κριτική –, είναι ο μεγαλύτερος μηχανισμός κοινωνικής συνοχής τα τελευταία 40 χρόνια, παρέχοντας

Το ΕΣΥ, παρά τις αδυναμίες του, είναι σαφές εκ της ουσίας της ελληνικής κοινωνίας, είναι αυτό που κάνει τις πρωτοπόρες επεμβάσεις, όπως πρόσφατα η πρώτη μεταμόσχευση από ζώα δότη στην Ελλάδα, που παρέχει δίκαια και ισόρροπα χωρίς αστεριόσκους τις υπηρεσίες του.

προσβασιμότητα σε υπηρεσίες Υγείας σε όλη τη χώρα, σε όλους τους πολίτες. Η ίδρυση του ΕΣΥ αποτέλεσε αναμφισβήτητη τομή στο πεδίο της παροχής υπηρεσιών Υγείας για την Ελλάδα, τόσο την εποχή εκείνη όσο και διαχρονικά. Χαρακτηριστικό είναι ότι έρχονται σε επαφή με το ΕΣΥ. Το ΕΣΥ, λοιπόν, παρά τις αδυναμίες του είναι σαφές εκ της ουσίας της ελληνικής κοινωνίας, είναι αυτό που κάνει τις πρωτοπόρες επεμβάσεις, όπως πρόσφατα η πρώτη μεταμόσχευση από ζώα δότη στην Ελλάδα, που παρέχει δίκαια και ισόρροπα χωρίς αστεριόσκους τις υπηρεσίες του. Εχοντας, επομένως, ως θεμελιακή δύναμη την προσφορά του, χρειάζεται να γίνει το επόμενο βήμα με στόχο τον ουσιαστικό μετασχηματισμό.

Ομολογούμενως, η πανδημική κρίση λειτούργησε σαν το κομψό επανεκκίνησης που χρειαζόταν το ΕΣΥ. Εκτός της υγειονομικής κοινότητας και η επενδυτική κοινότητα αναγνώρισε πως όχι μόνο το ΕΣΥ άντεξε, αλλά έκανε σπουδαία εξελικτικά βήματα. Ποτέ άλλοτε το σύστημα Υγείας δεν εφοδίστηκε σε τόσο σύντομο χρονικό διάστημα με τόσους πόρους. Δημιουργήθηκε μια σημαντική παρακαταθήκη, όπως ο υπερπληθυσμός των κλινών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, ενώ ταυτόχρονα εισήχθησαν στο σύστημα ψηφιακές υπηρεσίες, οι οποίες βρίσκονται στον πυρήνα της δράσης για το νέο, σύγχρονο σύστημα Υγείας.

Η ελληνική κυβέρνηση έχει δεσμευτεί για ένα ισχυρό, αποτελεσματικό και ανθεκτικό σύστημα Υγείας, που θα καλύπτει όλες τις ανάγκες των πολιτών και η αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα του θα μετρηθεί σε όρους αξίας της υγειονομικής παρέμβασης. Οι διαρθρωτικές αλλαγές και μεταρρυθμίσεις, που βρίσκονται ήδη σε εξέλιξη, δημιουργούν ένα ευνοϊκό επενδυτικό περιβάλλον, με σημαντικό αριθμό διεθνών επενδυτών να έχουν ήδη ένα ισχυρό αποτύπωμα στη χώρα. Προφανώς, η κατάσταση δεν είναι η ιδανική. Έχουν γίνει, ωστόσο, σπουδαία βήματα και η εικόνα αλλάζει. Το σύγχρονο ΕΣΥ που έχει σχεδιάσει και

υλοποιεί η κυβέρνηση του Κυριάκου Μητσοτάκη έχει αποτυπωθεί στον προγραμματικό της λόγο ήδη από το 2019, χαρακτηρίζεται από εξωστρέφεια, καινοτομία, καλύτερο συντονισμό, διαλειτουργικότητα και διασύνδεση και περιλαμβάνει αναβάθμιση των υποδομών, ενίσχυση και εξειδίκευση του ανθρώπινου δυναμικού, στοχευμένα, σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού.

Και βέβαια, παρά τα όσα ακούγονται από την αντιπολίτευση, το νέο ΕΣΥ παραμένει ακλόνητο στις βασικές καταστατικές αρχές του, που είναι ο δημόσιος χαρακτήρας του και η ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών στις απαραίτητες υπηρεσίες Υγείας. Είναι αδιαμφισβήτητη αλήθεια ότι για να συνεχιστεί να αποδίδει και να καλύπτει τις ολοένα αυξανόμενες ανάγκες του συνόλου των πολιτών δεν πρέπει να αποστεί από αυτές. Αυτό είναι και το μεγάλο πολιτικό διακύβευμα.

Ωστόσο, η συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα με σκοπό την αναβάθμιση των υφιστάμενων προσφερόμενων υπηρεσιών Υγείας, την ανάπτυξη νέων και τον εκουγχρονισμό των υποδομών δεν μπορεί πλέον να αποτελεί ταμπού. Κεντρικοί αναπτυξιακοί άξονες της νέας κατεύθυνσης θα μπορούσαν να είναι μεταξύ άλλων ο ιατρικός τουρισμός, οι υπηρεσίες αποκατάστασης και ευεξίας, η βιοτεχνολογία, η παραγωγή φαρμακευτικών προϊόντων κατ'ανάθεση, η έρευνα και ανάπτυξη νέων τεχνολογιών και η ψηφιακή υγεία.

Η ενίσχυση της επιχειρηματικότητας στον τομέα της Υγείας υπό το αναπτυξιακό πρίσμα της καινοτομίας και της έρευνας βρίσκεται στο επίκεντρο των πρωτοβουλιών. Έχει εκπονηθεί σχέδιο προκειμένου η Ελλάδα να διαδραματίσει ουσιαστικό ρόλο στην καινοτόμο βιοφαρμακευτική βιομηχανία και να καταστεί ανταγωνιστική διεθνώς σε αυτόν τον τομέα και τα αποτελέσματα της πολιτικής μας είναι ήδη ορατά. Η ελληνική φαρμακοβιομηχανία έχει ήδη ανακοινώσει επενδυτικά σχέδια που ξεπερνούν τα 300 εκατ. ευρώ. Εμπλέκουν, Pfizer, κορυφαία

φαρμακευτική εταιρεία παγκοσμίως, έχει καταστήσει έδρα ενός διεθνούς κέντρου ψηφιακής τεχνολογίας τη Θεσσαλονίκη, ενώ η πολυεθνική φαρμακευτική βιομηχανία Boehringer Ingelheim επενδύει πάνω από 100 εκατ. ευρώ, την περίοδο 2019-2025, για να επεκτείνει τις παραγωγικές δραστηριότητες του εργοστασίου της στο Κορωπί.

Παράλληλα, η Ελλάδα μπορεί να γίνει κέντρο αριστείας στον τομέα των κλινικών δοκιμών. Στόχος, πέρα από τον ιατρικά προφανή, είναι η ενίσχυση της οικονομίας που βασίζεται στη γνώση και η προσέλκυση εξειδικευμένου εργατικού δυναμικού. Μέρος του στρατηγικού σχεδιασμού, επίσης, είναι και η προσάθεια ανάδειξης της χώρας σε κόμβο παροχής υπηρεσιών που αφορούν τη χρήση εργαλείων όπως η Τεχνητή Νοημοσύνη, η Ανάλυση Μεγαδεδομένων, τα δεδομένα Real World Evidence, τα Μητρώα Ασθενών και άλλων ψηφιακών εργαλείων.

Μαγικές λύσεις και θαύματα δεν γίνονται. Πάγια δέσμευση της κυβέρνησης είναι η αύξηση του βαθμού ικανοποίησης και της πρόσβασης των πολιτών στις δομές δημόσιας Υγείας και παράλληλα η ενίσχυση της επενδυτικής σκοπιμότητας του ΕΣΥ. Η πρόκληση είναι ιστορική. Στην Ελλάδα πλέον υπάρχουν ευνοϊκές προϋποθέσεις για την προσέλκυση επενδύσεων σε παραδοσιακούς και νέους τομείς. Στο πλαίσιο αυτό, με στοχευμένο να υλοποιήσουμε σχέδιο, η πατρίδα μας αναμφισβήτητα μπορεί να αποτελέσει έναν ελκυστικό επενδυτικό προορισμό στον τομέα της Υγείας. Η επαναθεμελίωση του ΕΣΥ θα εξασφαλίσει ένα σύστημα Υγείας για το οποίο οι Έλληνες και οι Ελληνίδες θα είναι περήφανοι.

Ο κ. Βασίλης Κοντοζαμάνης είναι σύμβουλος του Πρωθυπουργού για θέματα Υγείας και π. απαντηρωτής υπουργός Υγείας.

Η συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα με σκοπό την αναβάθμιση των υφιστάμενων προσφερόμενων υπηρεσιών Υγείας, την ανάπτυξη νέων και τον εκουγχρονισμό των υποδομών δεν μπορεί πλέον να αποτελεί ταμπού



ΥΓΕΙΑ



Το ΕΣΥ σε κρίσιμο σταυροδρόμι

Οι μεταρρυθμίσεις και οι αλλαγές, τα απογευματινά χειρουργεία στα νοσοκομεία και η δημιουργία παράλληλων υπηρεσιών επ' αμοιβή - Οι αντιρρήσεις και η προσπάθεια να αποσυμπίεστούν οι λίστες

Της Μάρθας Καϊτανίδη

Το δειλό ξεκίνημα των απογευματινών χειρουργείων στα νοσοκομεία μαρτυρεί πως το ΕΣΥ βρίσκεται σε ένα κρίσιμο σταυροδρόμι μεταρρυθμίσεων και αλλαγών, με γενικό πρόσημο να μην αλλοιωθεί ο δημόσιος χαρακτήρας του. Παρ' όλα αυτά, οι δρομολογούμενες αλλαγές - που αφορούν τόσο στην απογευματινή λειτουργία των χειρουργείων όσο και στις εργασιακές σχέσεις αλλά και στο «άνοιγμα» στους ιδιώτες Προσωπικούς Γιατρούς - προδοτούν ενστικτώδεις και αντίδοτες, δεδομένου πως μέσω αυτών αυξάνεται η ιδιωτική συμμετοχή των πολιτών για υπηρεσίες υγείας.

Το επιχείρημα της ηγεσίας στην οδό Αριστοτέλους είναι πως η δημιουργία παράλληλων υπηρεσιών εντός του ΕΣΥ επ' αμοιβή, αποτελεί μια διέξοδο για εκείνους τους πολίτες που το επιθυμούν σε ένα περιβάλλον ελεγχόμενο και οικονομικά ανταγωνιστικό, εν συγκρίσει με τον ιδιωτικό τομέα. Όσοι εκφράζουν αντιρρήσεις, επιμένουν πως βήμα-βήμα δημιουργούνται οι συνθήκες για ιδιωτικοποίηση του ΕΣΥ, μετακυλώντας τη ρημία της δημόσιας χρηματοδότησης της Υγείας στους πολίτες.

Αναλογιζόμενος κανείς ότι έως και τον περασμένο Φεβρουάριο περισσότεροι από 102.000 ασθενείς περίμεναν για επέμβαση ακόμη και πλέον των 12 μηνών, διαπιστώνει πως το σύστημα είναι δυσλειτουργικό. Υπό το πρίσμα αυτό η έναρξη των απογευματινών χειρουργείων σε συνδυασμό με την εξασφάλιση κονδυλίου ύψους 60 εκατομμυρίων ευρώ για τη δωρεάν διεξαγωγή 50.000 επεμβάσεων στην απογευματινή ζώνη ώστε να ρυθμιστούν οι εκκρεμότητες και να... αφίσουν οι ανασφάλτες, δημιουργούν ένα βελούδινο πέρασμα στην επόμενη εποχή.

Στόχος είναι τους επόμενους μήνες να αποσυμπίεστούν οι λίστες, ώστε ο θεσμός των απογευματινών χειρουργείων να συνεχιστεί με διαφάνεια όρους, υπό συνθήκες εύρυθμης

λειτουργίας και κεντρικού αυστηρού ελέγχου χάρη στην ενιαία ψηφιακή λίστα χειρουργείων. Είναι σημαντικό να υπογραμμιστεί πως σύμφωνα με σχετική έρευνα η δυνατότητα στο ΕΣΥ μπορεί να αυξηθεί κατά 20%, αρθρώνοντας έτσι σταδιακά τις αναμονές.

Εν τούτοις για πρώτη φορά ο νομοθέτης προβλέπει ιδιωτική αμοιβή των ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία για επέμβαση, ακολουθώντας το πετυχημένο (ομολογούμενος) πρότυπο των απογευματινών ιατρείων. Πιο συγκεκριμένα, οι αμοιβές που προβλέπονται κυμαίνονται από 300 έως 2.000 ευρώ, με το κόστος να είναι ανάλογο της βαρύτητας της επέμβασης.

Οι τιμές στα απογευματινά χειρουργεία

Ενδεικτικά αναφέρεται πως για μια επέμβαση βουβωνοκήλης το κόστος των απογευματινών χειρουργείων δεν θα ξεπερνά τα 500 ευρώ ενώ για αρθροπλαστική γονάτου τα 1.600 ευρώ. Στον ιδιωτικό τομέα πάλι, η ιδιωτική δαπάνη για τις συγκεκριμένες επεμβάσεις εκτιμάται σε 1.800 και 3.500 ευρώ αντίστοιχα, γεγονός που καθιστά το ΕΣΥ ιδιαίτερα ανταγωνιστικό.

«Στόχος μας είναι να αποτελέσουν τα απογευματινά χειρουργεία μια διέξοδο που να είναι ελκυστική για τους πολίτες, συγκριτικά με τον ιδιωτικό τομέα» τονίζει σε κάθε ευκαιρία ο υπουργός Υγείας **Αδωνης Γεωργιάδης**. Και αναγνωρίζοντας πως είναι επιτακτική ανάγκη να αυξηθούν τα έσοδα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που υπηρετεί στα δημόσια νοσοκομεία, επιμένει πως μέσω της συγκεκριμένης μεταρρύθμισης εκπληρώνεται και το πάγιο αίτημα του κλάδου.

Παρ' όλα αυτά, η επιτυχία του σχετήματος θα κριθεί (και) από άλλες κρίσιμες παραμέτρους. Κατ' αρχάς είναι κομβικό να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα των δικλίδων ασφαλείας προκειμένου να μην

υπονομευθεί η πρωινή λειτουργία με την προκλήτη μετάθεση επεμβάσεων στην απογευματινή. Επίσης, κρίνεται απαραίτητη η προσθήκη ανθρώπινου δυναμικού ώστε το σύστημα να ανταποκριθεί στη ζήτηση.

Στη βάση αυτή άλλωστε εστιάζει και ο αντίλογος: Για παράδειγμα, μόλις την περασμένη Τρίτη διενεργήθηκαν πέντε απογευματινά χειρουργεία σε νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης. Σύμφωνα όμως με την Ένωση Νοσοκομειακών Ιατρών Θεσσαλονίκης (ΕΝΙΘ) «οι **τεράστιες λίστες αναμονής για χειρουργική επέμβαση δεν ήρθαν από τον ουρανό. Είναι αποτέλεσμα της διαχρονικής πολιτικής υποχρηματοδότησης και υποστελέχωσης του ΕΣΥ, που διογκώθηκε σε εκθετικό βαθμό κατά τη διάρκεια της πανδημίας και συνεχίζει στον ίδιο ρυθμό. Στα νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης σε καθημερινή πρωινή λειτουργία είναι μόλις το 60% των διαθέσιμων χειρουργικών αιθουσών, λόγω έλλειψης προσωπικού**».

Την τάση ριζικής αλλαγής μαρτυρεί και μια ακόμη δρομολογούμενη ρύθμιση, που συμπεριλαμβάνεται στο ερριτικό νομοσχέδιο που έθεσε πρόσφατα προς δημόσια διαβούλευση το υπουργείο Υγείας. Πιο συγκεκριμένα, το άρθρο 7 προβλέπει πως οι γιατροί του ΕΣΥ, εκτός του τακτικού ωραρίου τους και των εφημεριών, δίδονται «να ασκούν ιδιωτικό έργο, υπό την προϋπόθεση ότι αναλαμβάνουν τις ασφαλιστικές και φορολογικές υποχρεώσεις για το συγκεκριμένο διάστημα απασχόλησης».

Συνεπακόλουθα και εφόσον το νομοσχέδιο λάβει έγκριση από τη Βουλή, θα μπορούν να διατηρούν ιδιωτικό ιατρείο και να παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες με οποιαδήποτε σχέση (π.χ. συμβούλου ή εμπειρογνώμονος/τεχνικού) σε ιδιωτική κλινική, διαγνωστικό ή θεραπευτικό εργαστήριο, φαρμακεία, επιχειρήσεις κ.ο.κ., υπό την προϋπόθεση χορήγησης σε αυτούς σχετικής άδειας από τη Διοίκηση της υγειονομικής μονάδας στην οποία υπηρετούν.

Στόχευση των ιθυνόντων στην οδό Αριστοτέλους είναι η δημιουργία ενός πιο δελεαστικού πλαισίου εργασίας που θα προσελκύσει νέους γιατρούς. Εν τούτοις, η κυβερνητική αυτή πρόθεση έχει δημιουργήσει έναν «εμφύλιο» εντός και εκτός του ΕΣΥ. Οι υποστηρικτές της συγκεκριμένης μεταρρύθμισης κάνουν λόγο για αποκατάσταση «μιας μεγάλης αδικίας» και για ρυθμίσεις που επαναφέρουν την αξιοπρέπεια στους λειτουργούς του Ιπποκράτη που υπηρετούν στα δημόσια νοσοκομεία, ενώ δεν λείπουν και οι ισχυρές φωνές που επιμένουν πως με τον τρόπο αυτόν διαβρώνεται περαιτέρω ο δημόσιος χαρακτήρας του συστήματος.

Αντίθετη όμως με το ιδιωτικό έργο των γιατρών του ΕΣΥ εμφανίζεται και η Ολομέλεια Προέδρων Ιατρικών Συλλόγων, η οποία αποτελεί θεσμικό όργανο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (ΠΙΣ). Αναλυτικότερα και όπως υπογραμμίζεται σε σχετική ανακοίνωση, ο ΠΙΣ «**τάσσεται υπέρ της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των γιατρών του ΕΣΥ, στους οποίους η πολιτεία οφείλει να αυξήσει σημαντικά τους μισθούς προκειμένου να στελεχωθούν οι δημόσιες δομές υγείας με επαρκή αριθμό προσλήψεων, ώστε να εκλείψουν φαινόμενα υπεργραμίας και να καλυφθούν με ποιοτικές υπηρεσίες υγείας οι πολίτες**».

Οι εκπρόσωποι του κλάδου προβλέπουν επίσης πως τυχόν χορήγηση δυνατότητας σε ιατρούς του ΕΣΥ να ασκούν ιδιωτικό έργο, θα αποδυναμώσει τα νοσηλευτικά ιδρύματα και τα κέντρα υγείας προκαλώντας ταυτόχρονα «**συνθήκες αθέμιτου ανταγωνισμού με τους ιατρούς που δραστηριοποιούνται ως ελεύθεροι επαγγελματίες**».

Ιδιώτες Προσωπικοί Γιατροί

Εν τω μεταξύ, «**άνοιγμα**» και σε ιδιώτες Προσωπικούς Γιατρούς τους οποίους θα αμείβουν οι πολίτες ιδιωτικά δρομολογεί η ηγεσία του υπουργείου Υγείας. Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία στον θεσμό έχουν ενταχθεί 2.215 Προσωπικοί Γιατροί που υπηρετούν στο δημόσιο σύστημα (Κέντρα Υγείας, ΤΟΜΥ κ.α.), καθώς επίσης και 1.272 ιδιώτες που αποζημιώνονται από το κράτος. Αναφορικά πάλι με την ανταπόκριση των πολιτών, έχουν εγγραφεί συνολικά περίπου 5 εκατομμύρια πολίτες (το 56% του πληθυσμού). Από τα ίδια δεδομένα επίσης, προκύπτει πως από τον θεσμό, ώστε να καλυφθεί το σύνολο των πληθυσμιακών αναγκών, λείπουν 1.379 γιατροί. Μάλιστα, στην Αττική εντοπίζεται το μεγαλύτερο κενό, καθώς το 60% των ελλείψεων περιορίζονται στη συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή.

Εν τούτοις, και σύμφωνα με το υπουργείο Υγείας, η δυνατότητα στους πολίτες να επιλέξουν, εφόσον το επιθυμούν, ιδιωτή Παθολόγο ή Γενικό Γιατρό μη εγγεγραμμένο στον θεσμό, «**εξελίσσεται**» για εκείνους οι οποίοι για δικούς τους λόγους δεν θέλουν να εγγραφούν σε γιατρό που θα παρέχει τις υπηρεσίες του δωρεάν.

Στόχος του υπ. Υγείας είναι τους επόμενους μήνες να αποσυμπίεστούν οι λίστες, ώστε ο θεσμός των απογευματινών χειρουργείων να συνεχιστεί με διαφάνεια όρους, υπό συνθήκες εύρυθμης λειτουργίας και κεντρικού αυστηρού ελέγχου χάρη στην ενιαία ψηφιακή λίστα χειρουργείων