

ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΝ ΟΙ ΜΙΣΕΣ ΤΟΜΥ

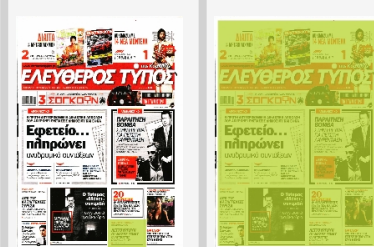
Πηγή: ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΤΥΠΟΣ ΤΗΣ ΚΥΡΙΑΚΗΣ Σελ.: 1,20,29

Ημερομηνία έκδοσης: 31-03-2019

Επιφάνεια: 2031.06 cm² **Αρθρογράφος:**

Κυκλοφορία: 12000

Θέματα: ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ



ΠΙΝΑΚΑΣ ΜΕ ΤΙΣ 120 ΜΟΝΑΔΕΣ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΝ **ΟΙ ΜΙΣΕΣ ΤΟΜΥ**

ΚΑΙ ΜΕ ΤΕΡΑΣΤΙΕΣ
ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ ΓΙΑΤΡΩΝ

■ ΣΕΛΙΔΕΣ 20, 29

Ο «Ε.Τ.» ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΕΙ ΤΟ... ΝΑΥΑΓΙΟ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

«ΓΥΜΝΕΣ» ΑΠΟ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΟΙ ΠΕΡΙΒΟΗΤΕΣ ΤΟΜΥ

ΜΑΡΙΑ - ΝΙΚΗ ΓΕΩΡΓΑΝΤΑ
mgeorganta@e-typos.com

Με μια τρίτη προκήρυξη αναζητώντας εναγωνίως γιατρούς, αλλά και μέσω... πλούσιων παροχών, όπως τον καθορισμό μόνων για τους ειδικούς γιατρούς του ΕΟΠΥΥ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας) στις νέες τους συμβάσεις που έρχονται, προσπαθεί το υπουργείο Υγείας να σώσει από το... ναυάγιο το σχέδιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ).

Οι περιβόητες ΤΟΜΥ (Τοπικές Μονάδες Υγείας) και ο οικογενειακός γιατρός εξακολουθούν να μένουν, κυρίως, σχέδια επί χάρτου της Αριστοτέλους, καθώς δεν καλύπτεται επ' ουδενί ο πληθυσμός. Σήμερα, έχουν ανοίξει 120 ΤΟΜΥ -εκ των οποίων μόλις 27 σε όλη την Αττική- σε σχέση με τις 239 που σχεδιαζόταν να ανοίξουν τέλος του 2017, ωστόσο μεγάλο πρόβλημα παραμένει η έλλειψη γιατρών. Σύμφωνα με τα στοιχεία των γιατρών, οι οικογενειακοί γιατροί (γενικοί γιατροί, παθολόγοι και παιδίατροι) που στελεχώνουν τις ΤΟΜΥ δεν ξεπερνούν τους 400 τη στιγμή που υπάρχουν και περίπου 750 ιδιώτες οικογενειακοί γιατροί με συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ. Ο ελάχιστος αυτός αριθμός γιατρών καλείται να εξυπηρετήσει τα... δέκα εκατομμύρια ασφαλισμένων.

Τα στοιχεία, μάλιστα, του υπουργείου Υγείας δείχνουν ακόμη λιγότερους γιατρούς στις ΤΟΜΥ, καθώς, σύμφωνα με αυτά, από τη 2η προκήρυξη που έγινε τοποθετήθηκαν 74 γενικοί γιατροί και παθολόγοι και 21 παιδίατροι. Εάν αναλογιστεί κανείς ότι από την 1η προκήρυξη οι γιατροί που πήγαν στις ΤΟΜΥ ανέρχονται σε περίπου 250, συμπεραίνει ότι ο συνολικός αριθμός των οικογενειακών γιατρών στις Τοπικές Μονάδες Υγείας ανέρχεται σε 345.

Νέο, τρίτο, κάλεσμα σε γιατρούς και επισκέπτες Υγείας αναμένεται να κάνει το υπουργείο Υγείας στις αρχές Απριλίου. Σύμφωνα με όσα ανέφερε στον Ελεύθερο Τύπο της Κυριακής ο αναπληρωτής γενικός γραμματέας, Σταμάτης Βαρδαρός, ο οποίος

είναι και ο άνθρωπος που «τρέχει» την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, απαιτούνται ακόμη τουλάχιστον 600 γιατροί για τις ΤΟΜΥ.

Αξίζει να σημειωθεί ότι το αρχικό σχέδιο του υπουργείου Υγείας όριζε 1.195 γιατρούς στις ΤΟΜΥ και 2.800 ιδιώτες οικογενειακούς γιατρούς μέσω ΕΟΠΥΥ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας).

Για να αντιμετωπιστεί η σοβαρή έλλειψη σε γιατρούς, η Αριστοτέλους «βάφτισε» οικογενειακούς γιατρούς και όσους παθολόγους, γενικούς γιατρούς και παιδίατρους υπηρετούν στα Κέντρα Υγείας. Ο αριθμός τους ανέρχεται σε περίπου 2.300 γιατρούς. Ωστόσο, οι γιατροί των Κέντρων Υγείας αντιδρούν έντονα, με ότι αυτό συνεπάγεται για την εξυπηρέτηση των πολιτών.

Σύμφωνα με τον κ. Βαρδαρό, μέχρι το καλοκαίρι αναμένεται να ανοίξουν άλλες 30 ΤΟΜΥ και ο συνολικός τους αριθμός θα ανέλθει στους 150.

Παραδοχή

Οι ίδιοι οι ιθύνοντες του σχεδίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, βέβαια, παραδέχονται ότι οι πολίτες δεν καλύπτονται από τους οικογενειακούς γιατρούς. Παρότι οι ασφαλισμένοι υποχρεούνται -έστω και με πολύ χαλαρό χρονοδιάγραμμα, δεδομένης της ανεπάρκειας σε γιατρούς- να εγγραφούν σε οικογενειακό γιατρό, είναι πολλοί εκείνοι που επιχειρούν να πραγματοποιήσουν εγγραφή, ωστόσο, δεν βρίσκουν κοντά στην κατοικία τους οικογενειακό γιατρό. Σε πολλές περιπτώσεις, εάν δεν υπάρχει ΤΟΜΥ ή ιδιώτης συμβεβλημένος οικογενειακός γιατρός μέσω ΕΟΠΥΥ, οι κάτοικοι μπορούν να εγγραφούν σε κάποιο Κέντρο Υγείας ή Περιφερειακό Ιατρείο. Ωστόσο, είναι και περιοχές που είναι πραγματικά ακάλυπτες από όλα τα παραπάνω. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο Διόνυσος στην Αττική. Εάν αναζητήσει κανείς οικογενειακό γιατρό στη συγκεκριμένη περιοχή, του εμφανίζει πολλές ΤΟΜΥ και οικογενειακούς γιατρούς αλλά σε τεράστια χιλιόμετρική απόσταση. Δηλαδή τις ΤΟΜΥ των... νότιων προαστίων, του κέντρου της Αθήνας κ.λπ.

Η λεπτομερής αναζήτηση δεν εμφανίζει κανέναν οικογενειακό γιατρό στον Διόνυσο, ενώ δεν υπάρχει ούτε κάποιο κοντινό Κέντρο Υγείας, όπως φαίνεται στο πληροφοριακό σύστημα στο οποίο πραγματοποιούνται οι εγγραφές. Οι πιο κοντινός οικογενειακός γιατρός για τους κατοίκους του Διόνυσου είναι στην... Κηφισιά και το Μαρούσι.

Σύμφωνα με την Αριστοτέλους, εάν κάποιος πολίτης δεν έχει στην περιοχή του οικογενειακό γιατρό σε όποια από τις πιθανές εκδοχές (ΤΟΜΥ, ιδιώτη ή Κέντρο Υγείας - Περιφερειακό Ιατρείο), δίνεται η δυνατότητα να εγγραφεί σε όμορο δήμο. Δηλαδή στην περίπτωση των κατοίκων του Διόνυσου, για παράδειγμα, μπορούν να γραφτούν στην Κηφισιά. Σε αυτή την περίπτωση χάνουν το νόημά τους ο οικογενειακός γιατρός και το ιατρείο της γειτονιάς όπου θα έχει άμεση πρόσβαση ο πολίτης και θα έχει μια πρώτη ιατρική εκτίμηση κυριολεκτικά δίπλα του, όπως επέβαλε η ιδέα του αρχικού σχεδιασμού.

Στο πλαίσιο αυτό, βρίσκεται σε πλήρη εξέλιξη το plan B του υπουργείου Υγείας για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η ηγεσία της Αριστοτέλους επιχειρεί να σώσει την αποτυχημένη ΠΦΥ υπογράφοντας νέες συμβάσεις με τους ειδικευμένους γιατρούς, πλην των παθολόγων, των γενικών γιατρών και των παιδίατρων.

Το υπουργείο Υγείας στοχεύει, πρώτον, στην κάλυψη των αναγκών των Ελλήνων, οι οποίοι εξακολουθούν να πηγαίνουν σε γιατρούς ειδικότητας χωρίς παραπομπές, εφόσον και το σύστημα παραπομπών έχει τεθεί εντελώς εκτός χρονοδιαγραμμάτων. Στοχεύει όμως και στην ικανοποίηση των γιατρών, γεγονός όχι τυχαίο εν όψει των εκλογών. Στις συζητήσεις που γίνονται μεταξύ ιδιωτών γιατρών και πολιτικής ηγεσίας του υπουργείου Υγείας έχει πέσει στο «τραπέζι» ο καθορισμός μόνων για την παρακολούθηση και τη φροντίδα χρόνιων ασθενών. Το ποσό θα ανέρχεται ετησίως σε 80 ευρώ για κάθε χρόνο ασθενή και θα δίνεται σε κάθε εμπλεκόμενο με τη φροντίδα του γιατρού. Η Αριστοτέλους έκανε πίσω και σε άλλα ζητήματα που διαφωνούσε με τους γιατρούς και πλέον οι συμβάσεις που επίκεινται θα είναι αορίστου χρόνου και η αποζημίωση των λειτουργιών του Ιπποκράτη θα γίνεται κατά πράξη και περίπτωση και όχι με πάγια αντιμίσθια, όπως ήταν η αρχική πρόταση του υπουργείου Υγείας. ■

Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕ ΑΡΙΘΜΟΥΣ

239

ΤΟΜΥ ΣΕ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΜΕΧΡΙ ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΟΥ 2017 ΠΡΟΕΒΛΕΠΕ ΤΟ ΑΡΧΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

120

ΤΟΜΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΝ ΣΗΜΕΡΑ, ΕΚ ΤΩΝ ΟΠΟΙΩΝ ΟΙ 27 ΤΟΜΥ ΕΙΝΑΙ ΣΤΗΝ ΑΤΤΙΚΗ

150

ΣΧΕΔΙΑΖΕΤΑΙ ΝΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΝ ΜΕΧΡΙ ΚΑΙ ΤΟ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ

400

ΓΙΑΤΡΟΙ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΑΥΤΗ ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ ΣΤΙΣ ΤΟΜΥ, ΕΝΩ ΤΟ ΣΧΕΔΙΟ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΠΡΟΕΒΛΕΠΕ 1.195

750

ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΙ ΜΕ ΤΟΝ ΕΟΠΥΥ ΙΔΙΩΤΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΓΙΑΤΡΟΙ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΣΗΜΕΡΑ

2.800

ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΥΣ ΜΕ ΤΟΝ ΕΟΠΥΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΗΘΕΛΕ ΤΟ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

2

ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ ΠΟΛΙΤΕΣ ΕΧΟΥΝ ΓΡΑΦΤΕΙ ΣΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΓΙΑΤΡΟ, ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Το αρχικό σχέδιο του υπουργείου Υγείας όριζε 1.195 γιατρούς στις Τοπικές Μονάδες Υγείας και 2.800 ιδιώτες οικογενειακούς γιατρούς μέσω ΕΟΠΥΥ



Δωρεάν οδοντιατρικές υπηρεσίες σε παιδιά

Δωρεάν οδοντιατρικές πράξεις θα έχουν 800.000 παιδιά του δημοτικού σε λίγο καιρό, μετά την πρόβλεψη του υπουργείου Υγείας να προωθήσει για πρώτη φορά –καθώς οι οδοντιατρικές υπηρεσίες δεν καλύπτονταν μέχρι σήμερα από τον ΕΟΠΥΥ– συμβάσεις με ελευθεροεπαγγελματίες παιδίατρος. Πιο συγκεκριμένα, μετά την εξασφάλιση κονδυλίου ύψους 40 εκατομμυρίων ευρώ, παιδιά ηλικιών μέχρι 13 ετών θα έχουν τη δυνατότητα να έχουν δωρεάν οδοντιατρικές πράξεις όπως φθοριώσεις ή εμφράξεις. Σύμφωνα με τον αναπληρωτή γενικό γραμματέα, Σταμάτη Βαρδαρό, θα δίνεται ένα voucher το οποίο θα ανέρχεται σε 60 ευρώ ετησίως για τα μικρότερα και μεγαλύτερα παιδιά και 40 ευρώ για τις μεσαίες ηλικίες. Ο στόχος του υπουργείου Υγείας είναι σταδιακά να εξασφαλίσει την παροχή αυτή και για τον ενήλικο πληθυσμό.

ΟΙ ΥΠΑΡΧΟΥΣΕΣ 120 ΤΟΠΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

TOMY	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
1η ΥΠΕ Αττικής	
1. 1η Αγίου Δημητρίου	Θεσσαλίας 10, Άγιος Δημήτριος
2. 1η Νέας Ιωνίας	Μαγνησίας 33, Τ.Ι. Περισσού, Νέα Ιωνία
3. 1η Αθηναίων	Κερασιών 4 & Ευρωσθένος 1, Κ.Υ. Κεραμεικού, Αθήνα
4. 1η Νέας Φιλαδέλφειας - Νέας Χαλκηδόνος	Μαραθώνος 29, Ν. Φιλαδέλφεια - Ν. Χαλκηδόνα
5. 1η Ζωγράφου	Κρίνων 24, Δήμος Ζωγράφου
6. 2η Νέας Φιλαδέλφειας - Νέας Χαλκηδόνος	Νέα Φιλαδέλφεια, Σαρανταπόρου 21, πλατεία Κέρκυρας
7. 2η Ζωγράφου	Ζωγράφου, Χαρ. Μούσκου 18, πλατεία Κύπρου
8. 2η Αθίνας	Αθήνα, πλατεία Αττικής, Τσουδερού 61
9. 2η Αγίου Δημητρίου	Ανδρέα Παπανδρέου 2 και Αγίου Δημητρίου 50, Άγιος Δημήτριος
10. 2η Νέας Ιωνίας	Χρυσοστόμου Σμύρνης 3, Νέα Ιωνία
11. 1η Βύρωνα	Λεωφόρος Καρέα 116 & 2ης Οκτωβρη 1, Καρέας
12. 3η Αθίνας	Μόχης Αναλάτου και Λαγουμιτζή, Νέος Κόσμος
2η ΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου	
13. 1η Κερασιών - Δραπετσώνας	Τραπεζούντας 37, Κερασίον - Δραπετσώνα
14. 1η Νίκαιας	Καίσαρεια 30, Νίκαια - Άγιος Ιωάννης Ρέντης
15. 1η Πειραιά	Λεωφ. Θηβών 49, Πειραιάς (Κομινία)
16. 1η Περιστερίου	Χρήστου Λοιά 43, Περιστερί
17. 1η Αγάλεω	Μυριοφίτου 53, Αγάλεω
18. 1η Πετρούπολης	Κονίτης 47, Πετρούπολη
19. 2η Αγάλεω	Μυριοφίτου 53, Αγάλεω
20. 2η Νίκαιας - Αγ. Ιωάννης Ρέντης	Νάξου 30 & Θεμιστοκλέους, Αγ. Ι. Ρέντης
21. 2η Περιστερίου	Ανείου 12 & Ατρείδων, Περιστερί
22. 2η Πετρούπολης	Κονίτης 47, Πετρούπολη
23. 2η Κερασιών - Δραπετσώνας	Περραιβού 2 & Τερμικθόρης, Κερασίον
24. 1η Ελευσίνας	Ελ. Βενιζέλου 83 & Σειρών
25. 1η Μοσχάτου - Ταύρου	Στρατηγού Μακρυγιάννη 6
26. 3η Αγάλεω	Μυριοφίτου 53, Αγάλεω
27. 1η ΤΟΜΥ Κω	Ασκληπιού 43, Πλατάνι Κως
28. 3η Κερασιών - Δραπετσώνας	Πολυτεχνίου & Γ. Καραϊσκάκη
3η ΥΠΕ Μακεδονίας	
29. 2η Αμπελοκήπων	Ελευθερίας 48, Δήμος Αμπελοκήπων -Μενεμένης, Θεσσαλονίκη
30. 3η Κορδελιού - Ευόσμου	Συμβολή οδών Καραολή & Δημητρίου 12 και Κοσμά Αιτωλού 1, Δήμος Κορδελιού - Ευόσμου
31. 1η Παύλου Μελά (Νικόπολη)	Γενναδίου και Κωλέτη (περιοχή Νικόπολη), Δήμος Παύλου Μελά, Θεσσαλονίκη
32. 4η Κατερίνης	Παναγιώτη Κανελοπούλου 1, Δήμος Κατερίνης
33. 7η Ευκαρπίας	Εθνικής Αντιστάσεως 24, Δήμος Παύλου Μελά - Ευκαρπία, Θεσσαλονίκη
34. 6η Πολίχνης	Άγιας Μαρίας 4, Δήμος Παύλου Μελά - Πολίχνη, Θεσσαλονίκη
35. 5η Σταυρούπολης	Λαγκαδά 196, Δήμος Παύλου Μελά - Σταυρούπολη, Θεσσαλονίκη
36. 8η Βέροιας	Μορβάς 2, Βέροια
37. 1η Δ.Μ. Κοζάνης	Αριστοφάνους 5Α, Κοζάνη
38. 2η Εορδαίας	Γονατά 1 & 25ης Μαρτίου, Εορδαία, Προλεμαϊδα
39. 11η Βέροιας	Μορβάς 2, Βέροια
40. 3η Δ.Μ Κοζάνης	Αριστοφάνους 5Α, Κοζάνη
41. 12η Κατερίνης	Π. Κανελοπούλου 1, Κ.Υ. Κατερίνης
42. 14η Δενδροποτάμου	Ελευθερίας 48, Δήμος Αμπελοκήπων - Μενεμένης, Θεσσαλονίκη
43. 13η Πέλλας	Τέρμα Τσακμάκη, Δήμος Πέλλας
44. 9η Κορδελιού - Ευόσμου	Σμύρνης 35, Δήμος Κορδελιού - Ευόσμου
45. 10η Κορδελιού - Ευόσμου	Ιλιάδος 3, Δήμος Κορδελιού - Ευόσμου
46. 16η Κορδελιού - Ευόσμου	Συμβολή οδών Καραολή & Δημητρίου 12 και Κοσμά Αιτωλού 1, Δήμος Κορδελιού - Ευόσμου
47. 15η Κορδελιού - Ευόσμου	Συμβολή οδών Καραολή & Δημητρίου 12 και Κοσμά Αιτωλού 1, Δήμος Κορδελιού - Ευόσμου
48. 17η Πέλλας	Τέρμα Τσακμάκη, Δήμος Γιαννιτσών
4η ΥΠΕ Μακεδονίας και Θράκης	
49. 1η Καβάλας	25ης Μαρτίου 10 (συνοικία Αγίας Λουκάς), Καβάλα
50. 1η Αλεξανδρούπολης	Γ. Καρτάλη 2 & Ανδρόνικου, Αλεξανδρούπολη
51. 1η Κομοτηνής	Πάροδος Π. Ελλη, Κομοτηνή
52. 2η Κομοτηνής	Φιλίππου 2 - 4, Κομοτηνή
53. 1η Ξάνθης	Δούκα Θεοδώρου, Ξάνθη
54. 1η Κιλκίς	Γιαλαμιθή 1, Κιλκίς
55. 2η Θεσσαλονίκης	Εθν. Αντιστάσεως 62 - Βότση, Θεσσαλονίκη
56. 1η Θεσσαλονίκης	Ανω Τζουμαγιάς 64, Τούμπα, Θεσσαλονίκη
57. 3η Θεσσαλονίκης	Δελφών 124, Θεσσαλονίκη
58. 4η Θεσσαλονίκης	Πλαταιών 26 Χαριλάου, Θεσσαλονίκη
59. 5η Θεσσαλονίκης	Πλαταιών 26 Χαριλάου, Θεσσαλονίκη
60. 1η Σερρών	Πρ. Χριστοφόρου 25, Σέρρες
61. 2η Ξάνθης	Αϊδίνιου 73, Ξάνθη
5η ΥΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας	
62. 1η Αγίου Γεωργίου Λάρισας	Κάρλας 47 & Λαζαρίδη, Λάρισσα
63. 3η Ν. Ιωνίας Βόλου	Λ. Ειρήνης 129 - 133, Ν. Ιωνία Βόλου
64. 2η Αγρίας Βόλου	
Αγίου Γεωργίου 4, Αγρία, Βόλος	
65. 1η Αμφισσας	
Επισκόπου Φιλοθέου 12 -16, Αμφισσα	
66. 3η Θήβας	
Θ. Βρυζάκη 11, Θήβα	
67. 2η Εκθεσης Λαμίας	
Παπαβασιλείου Δήμου 6 & Χαλμοκού, Λαμία	
68. 4η Βασιλικού Χαλκίδας	
Αγ. Γεωργίου & Μισούλη 1, Βασιλικό Χαλκίδας	
69. 5η Δροσιάς Χαλκίδας	
28ης Οκτωβρίου 33, Ανθηρώνος (Δροσιά), Χαλκίδα	
70. 5η Θεσσαλίας - 1η Καρδίτσας	
Υψηλάντου 7, Καρδίτσα	
71. 4η Θεσσαλίας Αμπελοκήπων Λάρισας	
Μοιρών 2, περιοχή Αμπελοκήπων Λάρισσα	
72. 6η Ν. Αγχιάλου Βόλου	
30 ^{ος} Ιουλίου, Ν. Αγχιάλος Μαγνησίας	
73. 7η Ιωλκού Βόλου	
Ιωλκού 408, Ιωλκός Βόλου	
74. 8η Θεσσαλίας - 1^η Τρικάλων	
Ομήρου 13, Τρίκαλα	
75. 2η Καρδίτσας	
Υψηλάντου 7, Καρδίτσα	
6η ΥΠΕ Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας	
76. 1η Κέντρου Ναυπλίου	
Μεγάλου Αλεξάνδρου 14, Ναύπλιο	
77. 1η Κέντρου Ιωαννίνων	
Φιλικής Εταιρείας 15, Ιωάννινα	
78. ΤΟΜΥ Ζακύνθου	
Φωσκόλου 83 & Γλάδοτνωος	
79. 1η Πάτρας (Τριών Ναυάρχων)	
Τριών Ναυάρχων, Αγ. Ανδρέα και Κοραή	
80. 2η Πάτρας (Εγλυκάδας)	
Εγλυκάδας 142, Πάτρα	
81. 3η Πάτρας (Αγίου Αλεξίου)	
Γαννιτσών 3, Άγιος Αλέξιος, Πάτρα	
82. 4η Πάτρας (Ζαρούχλεικα)	
Πηγάσου 22, Πάτρα	
83. 2η Κέντρου Ιωαννίνων	
Ναπολέοντος Ζέρβα 57, Ιωάννινα	
84. 1^η Κορίνθου	
Λ. Αθηνών & Αριστοτέλους 1	
85. 1^η Σπάρτης	
Οθωνος Αμαλίας 93	
86. 1^η Άρτας	
Ζάρρα 2 (παλιό νοσοκομείο), Άρτα	
87. 1^η Ηγουμενίτσας	
Δημοκρατίας 1, Λαδοχώρι, Ηγουμενίτσα	
88. 5^η Πάτρας (Ανω Πόλη)	
Π.Π. Γερμανού 176, Πάτρα	
89. 1η Αργινίου	
Σούλου Παναγιώτη 7, Αργίον	
90. 1η Καλαμάτας	
Πλάτωνος και Κανάρη	
91. Μεσολογγίου	
Κύπρου & Λεβίδου, Ιερά Πόλη Μεσολογγίου	
92. 2η Κορίνθου	
Λ. Αθηνών & Αριστοτέλους 1	
93. 6η Πάτρας (Παραλίας)	
Εργατικές κατοικίες, Παραλία Πατρών	
94. 3η Ιωαννίνων (Ανατολής)	
Ιωαννίνων 28 Ανατολή, Ιωάννινα	
95. 4η Ιωαννίνων (Κουραμπά)	
Ιωαννίνων 28 Ανατολή, Ιωάννινα	
96. 2η Αργινίου	
Γαβαλού, Αργίον	
97. 3η Αργινίου	
Πατεία Λουριότου 1, Αργίον	
98. 1η Πρέβεζας	
Σελευκείας 9, Πρέβεζα	
99. 1η Τρίπολης	
2ο χλμ. Τρίπολης - Σπάρτης	
100. 1η Άργους	
Δανασού 43, Άργος	
101. 7η Πάτρας (Μεσσαπίδος)	
Λεωφόρος Δημοκρατίας 176, Βοβρά, Πάτρα	
102. 8η Πατρών - ΤΟΜΥ Αγίας	
Κωστή Παλαμά 72, Πάτρα	
103. 1η Πύργου - Κ.Υ. Πύργου	
Κοκκίνου & Τ. Πετροπούλου 8, Πύργος	
104. 1η Κέρκυρας	
9η Παρ. Ι. Θεοτόκη, Κέρκυρα	
105. 9η Πατρών - ΤΟΜΥ Ρίου	
Κωστή Παλαμά 72, Πάτρα	
106. 2η Καλαμάτας	
Πλάτωνος & Κανάρη	
107. 5η Αμπελοκήπων Ιωαννίνων	
Παύλου Μελά 34, Ιωάννινα	
108. 6η Ιωαννίνων	
Παύλου Μελά 34, Ιωάννινα	
7η ΥΠΕ Κρήτης	
109. 1η Ηρακλείου	
Σπινναλόγκας & Αποστόλου Παύλου 22, Ηράκλειο	
110. 2η Ηρακλείου	
Μιχαήλ Βελισσαρίου & Αρκανίου, Νέα Αλικαρνασός	
111. Μαλεβιζίου	
Ρόδων & Κοιμήσεως Θεοτόκου, Γάζι Ηρακλείου	
112. Χερσονήσου	
Φιλικής Εταιρείας 11, Χερσονήσος Ηρακλείου	
113. 1η Ρεθύμνου	
Ζαμπέλιου 32, Ρέθυμνο	
114. 1η Χανίων	
Ι. Καποδίστρια & Σ. Δραγούμη, Χανιά	
115. 2η Χανίων	
Ι. Καποδίστρια & Σ. Δραγούμη, Χανιά	
116. 3η Ηρακλείου	
Ούλωφ Πάλμε 34, Ηράκλειο	
117. 4η Ηρακλείου	
Υακίνθου 9, Ηράκλειο	
118. ΤΟΜΥ Σπτείας	
Καπετάν Γιάννη Παπαδάκη 3, Ξηροκαμάρες	
119. 5η Ηρακλείου	
3ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου -Μοιρών, περιοχή Εσταυρωμένος	
120. ΤΟΜΥ Αγίου Νικολάου	
Ακτή Νεάρχου 5, Άγιος Νικόλαος Λασιθίου (1ος όροφος κτηρίου ΚΨΥ Αγίου Νικολάου)	





Θεόδουλος Παπαβασιλείου

Δημοσιογράφος, εκδότης του περιοδικού «Plan Be»



ΤΟ ΜΙΣΟΓΕΜΑΤΟ ΚΑΙ ΤΟ ΜΙΣΟΑΔΕΙΟ ΠΟΤΗΡΙ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΙΝΑΙ ΚΛΑΣΙΚΟ φαινόμενο, και δη σε προεκλογική περίοδο, τα ίδια θέματα να τα βλέπουν εντελώς διαφορετικά η κυβέρνηση και η αντιπολίτευση. Η πρώτη θέλει να παρουσιάσει την τέλεια ή, έστω, τη σχεδόν τέλεια εικόνα των πραγμάτων, υπερτονίζοντας τα σημαντικά επιτεύγματα της θητείας της. Η δεύτερη, από τη μεριά της, θα παρουσιάσει την τραγική, έστω σχεδόν τραγική, εικόνα, η οποία σταδιακά θα αγγίζει το τέλειο κατά τη διάρκεια της δικής της θητείας. Και υπάρχει πάντα, βέβαια, και η άποψη των πολιτών, που ζουν την εκάστοτε εικόνα... στο πετσί τους. Ο τομέας της Υγείας δεν θα μπορούσε να αποτελεί εξαίρεση. Και σε αυτήν την περίπτωση οι μεν τα βλέπουν όλα δρομολογημένα, οι δε όλα... παραστρατημένα και στη μέση οι ασθενείς, οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία και οι φορείς που σχετίζονται με τον εν λόγω τομέα, που ζουν τα προβλήματα και τις συνέπειες των δυσλειτουργιών του καθημερινά.

Ο **υπουργός Υγείας**, Ανδρέας Ξανθός, σε πρόσφατη ομιλία του υποστήριξε ότι η Ελλάδα κατάφερε, παρά τα «τραύματά» της, να διασφαλίσει ένα δημόσιο Σύστημα Υγείας λειτουργικό και προσβάσιμο σε όλους, βάσει του οποίου εφαρμόζεται μια πολιτική ισότιμης κάλυψης των ιατροφαρμακευτικών αναγκών

των ασθενών. «Η μάχη για την πρόσβαση των πολιτών στην Υγεία έχει κερδηθεί», τόνισε χαρακτηριστικά. Δεν αντιλέγει κανείς ότι το **Εθνικό Σύστημα Υγείας** είναι εκεί και είναι για όλους. Ούτε πως είναι στελεχωμένο με άξιο προσωπικό, που μπορεί να αντεπεξέλθει στα δύσκολα. Αυτή, όμως, είναι η μία όψη του νομίσματος. Το μισογεμάτο ποτήρι. Τα **νοσοκομεία** «υποφέρουν» από ελλείψεις και στενάζουν καθημερινά και, κυρίως, σε ημέρες εφημερίας. Ράντσα, αναμονή, κακές υποδομές, πεπαλαιωμένα μηχανήματα, εξαντλημένο προσωπικό... Αυτά ζουν στην καθημερινότητά τους εργαζόμενοι και ασθενείς. Το θέμα, λοιπόν, δεν είναι μόνο το να έχουν όλοι πρόσβαση στο ΕΣΥ, αλλά να μπορεί και το σύστημα να αντέξει την αυξημένη εισροή ασθενών και να τους παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες Υγείας. Το ίδιο ισχύει και για το νέο μοντέλο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, το οποίο έχει μεν αρκετά θετικά στοιχεία που μισογεμίζουν το ποτήρι, αλλά έχει και άλλα τόσα προβλήματα (ελλείψεις, στελέχωση κ.λπ.), που το... μισοαδειάζουν. Υπάρχουν οι δύο όψεις του ίδιου νομίσματος, το μισογεμάτο και το μισοάδειο ποτήρι, αλλά υπάρχει και η καθημερινότητα που έχει ένα μόνο πρόσωπο. Κι αυτό πρέπει να κοιτάξουμε κατάματα... ■

Οι κίνδυνοι για την υγεία από τους ρύπους των κινητήρων εσωτερικής καύσης

Πηγή:	ΤΥΠΟΣ ΤΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	Σελ.:	8-9	Ημερομηνία έκδοσης:	31-03-2019
Επιφάνεια:	187.87 cm ²	Αρθρογράφος:		Κυκλοφορία:	0
Θέματα:	ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ				



Οι κίνδυνοι για την υγεία από τους ρύπους

Έχουν ανακοινωθεί μέτρα στα μεγάλα αστικά κέντρα της

Ο περιορισμός των αρνητικών συνεπειών που δημιουργούν στον ανθρώπινο οργανισμό οι επικίνδυνοι ρύποι που εκπέμπουν οι κινητήρες εσωτερικής καύσης απασχολεί όλες τις χώρες.

Ειδικότερα στην Ευρώπη έχουν ανακοινωθεί μέτρα για τη μείωση της ποσότητας των ρύπων που συγκεντρώνονται στα μεγάλα αστικά κέντρα. Στη Γερμανία, κυρίως μετά την αποκάλυψη του σκανδάλου για τις μετρήσεις των εκπομπών των ρύπων των κινητήρων ντίζελ, ενισχύθηκε η τάση που θέλει την απαγόρευση των οχημάτων με κινητήρα ντίζελ παλαιάς τεχνολογίας στο κέντρο των μεγάλων πόλεων. Οι κινητήρες ντίζελ εκπέμπουν μεγάλες ποσότητες οξειδίων του αζώτου που ενοχοποιούνται για πι-

θανές καρκινογενέσεις στον ανθρώπινο οργανισμό.

Τα οξείδια του αζώτου συμβάλλουν στη δημιουργία ασθματικών καταστάσεων και αναπνευστικών προβλημάτων, καθώς σε συνθήκες βροχής σχηματίζουν, αντιδρώντας με το νερό, νιτρικό οξύ (όξινη βροχή), ενώ σε συνθήκες υψηλής υγρασίας σχηματίζουν ατμούς νιτρικού οξέος, οι οποίοι είναι δυνατόν να εισχωρήσουν στο αναπνευστικό σύστημα προκαλώντας του σοβαρές βλάβες. Τα μικροσωματίδια που σχηματίζονται, επίσης, μπορούν να εισχωρήσουν στα πλέον ευαίσθητα σημεία των πνευμόνων και να προκαλέσουν εμφύσημα και βρογχίτιδα και να επιδεινώσουν καρδιακές παθήσεις. Σε πειράματα που έγι-

Οι κίνδυνοι των κινητήρων εσωτερικής καύσης

Ευρώπης

ναν σε ζώα που εκτέθηκαν σε ατμόσφαιρα με υψηλές συγκεντρώσεις οξειδίων του αζώτου παρατηρήθηκαν αντιστρεπτές και μη αντιστρεπτές βλάβες στους πνεύμονες καθώς και βιοχημικές μεταβολές. Σε μικρότερες συγκεντρώσεις αλλά για μεγάλο χρονικό διάστημα εμφανίστηκαν αλλοιώσεις σε ιστούς, εμφράξεις των βρογχιολίων και μεγαλύτερη ευπάθεια σε μικροβιακές λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος. Το τελικό συμπέρασμα είναι ότι οι υψηλές συγκεντρώσεις των οξειδίων του αζώτου είναι βλαπτικότερες για την υγεία ανθρώπων και ζώων σε σχέση με τις επί μακρότερο χρόνο εκθέσεις χαμηλών συγκεντρώσεων. Με βάση αυτές τις διαπιστώσεις η πόλη της Στουτγάρδης προσέθετε στη



λίιστα με τις γερμανικές πόλεις που παίρνουν αυστηρά μέτρα για τα ντίζελ. Στη γερμανική πόλη, όπου έχουν την έδρα τους οι αυτοκινητοβιομηχανίες Mercedes-Benz και Porsche, από την Δευτέρα 1 Απριλίου απαγορεύεται η κίνηση και η στάθμευση οχημάτων με κινητήρα ντίζελ παλαιάς τεχνολογίας Euro 4.



ΤΕΣΣΕΡΑ ΚΡΟΥΣΜΑΤΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΝ ΔΕΚΕΜΒΡΙΟ – ΤΙ ΛΕΝΕ ΟΙ ΕΙΔΙΚΟΙ

Μηνιγγίτιδα Β: πιο συχνή η εμφάνισή της χειμώνα και άνοιξη

Η γρίπη δεν είναι η μοναδική ασθένεια που απειλεί τον πληθυσμό κατά τους χειμερινούς μήνες. Ο αριθμός των θυμάτων και των ασθενών που νοσούν σοβαρά από επιπλοκές είναι η αιτία που αυξάνεται χρόνο με τον χρόνο ο αριθμός των πολιτών οι οποίοι αναζητούν εμβολιαστική κάλυψη.

Η βακτηριακή μηνιγγίτιδα, η οποία καταγράφει υψηλά ποσοστά κρουσμάτων τους κρύους μήνες του χρόνου, είναι μια επίσης ιδιαίτερα επικίνδυνη και σοβαρή νόσος που μπορεί να αποβεί μοιραία για τη ζωή ενός παιδιού που θα νοσήσει καθώς, αν δεν αντιμετωπιστεί εγκαίρως, μπορεί να οδηγήσει μέχρι και στον θάνατο.

Οι ερευνητές επισημαίνουν τον κίνδυνο, δεδομένου ότι έχουν διαπιστώσει σημαντική αύξηση των περιστατικών βακτηριακής μηνιγγίτιδας τον χειμώνα ενώ αίσθησι έχει προκαλέσει και η αυξημένη κινητικότητα της νόσου και στη χώρα μας. Είναι ενδεικτικό ότι τέσσερα κρούσματα μηνιγγίτιδας σε μικρά παιδιά καταγράφηκαν μέσα στον περασμένο Δεκέμβριο.

Ειδικότερα κατά την περίοδο των γιορτών σε Αθήνα, βόρεια και νησιωτική Ελλάδα τέσσερις οικογένειες έψαξαν τον εριόλιτη της μηνιγγίτιδας όταν νόσησαν τα παιδιά τους, ενώ χρειάστη-

κε η άμεση και συντονισμένη επέμβαση των γιατρών για να αποφευχθεί ο άμεσος κίνδυνος για τη ζωή τους. Τα παιδιά, στις περισσότερες περιπτώσεις βρέφη και νήπια, χρειάστηκε να νοσηλευτούν αρκετές ημέρες σε νοσοκομεία της χώρας, διαφεύγοντας ευτυχώς τον κίνδυνο.

Ασθένεια χωρίς διακρίσεις

Οι επιστήμονες πάντως υπογραμμίζουν ότι η μηνιγγίτιδα δεν κάνει διακρίσεις. Ο επικρατέστερος τύπος της νόσου που προσβάλλει βρέφη, νήπια και εφήβους και ευθύνεται για τα περισσότερα κρούσματα στη χώρα μας είναι η μηνιγγίτιδα τύπου Β.

Στα αρχικά στάδια της νόσου τα συμπτώματα μοιάζουν με αυτά της απλής γρίπης δημιουργώντας την εσφαλμένη εντύπωση ότι πρόκειται για ένα απλό κρυολόγημα που «θα περάσει γρήγορα», ενώ μπορεί μέσα σε μόλις 24 ώρες να εξελιχθεί ραγδαία με μοιραία αποτελέσματα.

Ειδικότερα, ένα από τα πρώτα σημάδια της νόσου είναι ο υψηλός πυρετός που κατά κανόνα συνοδεύεται με κακουχία, όμως ακόμη και μέσα σε ελάχιστες ώρες η συμπτωματολογία του ασθενούς επιδεινώνεται.

Ο πονοκέφαλος, που συχνά εντοπίζεται στον αυχένα, η



Στα αρχικά στάδια της νόσου τα συμπτώματα μοιάζουν με αυτά της απλής γρίπης δημιουργώντας την εσφαλμένη εντύπωση ότι πρόκειται για ένα απλό κρυολόγημα που «θα περάσει γρήγορα», ενώ μπορεί μέσα σε μόλις 24 ώρες να εξελιχθεί ραγδαία με μοιραία αποτελέσματα.

αυχενική δυσκαμψία, η ναυτία και οι εμετοί, η φωτοφοβία και συμπτώματα νευρολογικά, όπως είναι για παράδειγμα η ευερεθιστότητα, η σύγχυση, οι σπασμοί και διαταραχές της όρασης, είναι εκδηλώσεις που πρέπει να θέσουν σε υποψία τους γονείς ώστε να επικοινωνήσουν άμεσα με τον παιδίατρο.

Και αυτό διότι ο χρόνος που θα μεσολαβήσει έως τη διάγνωση είναι καθοριστικός για την έκβαση της νόσου και την επιβίωση του ασθενούς.

Ενα ακόμη ύποπτο σημάδι που πρέπει να κινητοποιήσει τους γονείς είναι το πετχειώδες εξάνθημα – δηλαδή, μια δερματική αντίδραση που χαρακτηρίζεται από μικρές κηλίδες, οι οποίες επιμένουν ακόμη και όταν πιέζουμε με το δάχτυλο.

Εν τω μεταξύ, οι γονείς οφείλουν να είναι πιο υποψιασμένοι στην περίπτωση που τα βρέφη εκδηλώνουν ανυπαχσία που συνοδεύεται από κλάμα, υπνηλία και άρνηση τροφής, καθώς αποτελούν τα πρώτα συμπτώματα που παρουσιάζουν τα μωρά. Και ακριβώς επειδή δεν μπορούν να επικοινωνήσουν τη δυσφορία που νιώθουν, συχνά δημιουργείται μια στρεβλή εικόνα, με τους γονείς συχνά να αποδίδουν τον εκνευρισμό των μικρών τους σε άλλες αιτίες.

Δυστυχώς όμως ο χρόνος είναι ακόμη πιο κρίσιμος σε αυτή την περίπτωση καθώς, όπως προειδοποιούν οι επιστήμονες, είναι 20 φορές πιο πιθανό να νοσήσουν σε σχέση με τη μέση επίπτωση της νόσου για όλες τις ηλικίες.

Κάποιες από τις σοβαρότερες επιπλοκές είναι η διάχυτη ενδαγγειακή πήξη (η οποία μπορεί να οδηγήσει σε γενικευμένη αιμορραγία), το σπικτικό σοκ, η νέκρωση των άκρων και η κεραυνοβόλος πορφύρα. Η οξεία λοιμωξη μπορεί επίσης να προκαλέσει αιμορραγία των επινεφριδίων, επιπεφυκίτιδα, αρθρίτιδα, περικαρδίτιδα, μυοκαρδίτιδα, πνευμονία, περιτονίτιδα και νεφρικά έμφρακτα. Στα παιδιά, το πιο συχνό νευρολογικό συνεπακόλουθο είναι η κώφωση, η οποία εμφανίζεται σε ποσοστό 5%-10%.

Η συνολική θνητότητα της νόσου κυμαίνεται μεταξύ 5%-15% ακόμη και σε αναπτυγμένες χώρες, ενώ η κεραυνοβόλος σφαιραμία μπορεί να προκαλέσει θανάτους στο 15%-20% των περιπτώσεων.

Εύκολη μετάδοση

Η μηνιγγίτιδα Β μεταδίδεται με τις πιο απλές καθημερινές συνήθειες, όπως το φιλί, ο βήχας και το φτάρνισμα. Συνεπώς, τους χειμερινούς μήνες που η παραμονή σε κλειστούς

χώρους είναι πολύωρη, οι πιθανότητες μετάδοσης είναι ιδιαίτερα αυξημένες.

Αξίζει δε να σημειωθεί ότι ένας στους δέκα ενήλικους φέρει το βακτήριο της νόσου μηνιγγίτιδας Β ασυμπτωματικά – δηλαδή, φέρει τα βακτήρια στη μύτη και στον φάρυγγα χωρίς ο ίδιος να νοσήσει, αλλά μεταδίδοντας το βακτήριο στα παιδιά ακόμη και με μια αγκαλιά που συνοδεύεται από ένα φιλί.

Αυτός είναι άλλωστε και ο λόγος που οι ειδικοί επιμένουν ότι η πρόληψη μέσω του εμβολιασμού αποτελεί αναμφισβήτητη τη μόνη αποτελεσματική λύση.

Αξίζει να αναφερθεί ότι ο εμβολιασμός κατά των υπόλοιπων τύπων μηνιγγίτιδας είναι εξίσου σημαντικός, ωστόσο δεν προστατεύει τα παιδιά από τη νόσο της μηνιγγίτιδας Β, που αποτελεί το μεγαλύτερο ποσοστό των περιστατικών στη χώρα μας. Και δεδομένης της σοβαρότητας της νόσου, η πρόληψη μοιάζει να είναι επιτακτική ανάγκη.

Πιο αναλυτικά, το κυριότερο μικρόβιο που ανευρίσκεται στη μικροβιακή μηνιγγίτιδα είναι ο μηνιγγιτιδόκοκκος. Οι ορότυποι που προκαλούν τη νόσο είναι οι Α, Β, C, W135 και Y, εκ των οποίων συχνότερος είναι ο Β (εμφανίζεται σε ποσοστό 85%-90%).





«Κλειστές οι πόρτες» του ΕΟΠΥΥ για τον γονιδιακό έλεγχο



Οι βλάβες του DNA ευθύνονται για το 5% - 10% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού και για το 10% - 20% των κρουσμάτων καρκίνου των ωοθηκών. Υπό τα δεδομένα αυτά, ο έλεγχος για μεταλλάξεις στα έντοχα γονίδια BRCA1 και BRCA2 αποτελεί μία από τις σημαντικότερες εξελίξεις στον τομέα της προληπτικής ιατρικής. Εν τούτοις, οι έλληνες ασθενείς βρίσκονται εγκλωβισμένοι σε υποσχέσεις χωρίς αντικρισμό.

Η κοστολόγηση των συγκεκριμένων βιοδεικτών που έγινε τον περασμένο Σεπτέμβριο αποτέλεσε ένα σημαντικό βήμα, με την ιατρική κοινότητα και τους συλλόγους ασθενών να επικροτούν την εξέλιξη αυτή, εκτιμώντας τα σημαντικά οφέλη.

Ωστόσο, έπειτα από επτά μήνες η διαδικασία αποζημίωσης και ένταξης στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση δεν έχει ολοκληρωθεί, με ό,τι αυτό συνεπάγεται για τους ασθενείς.

Η επιστολή «κραυγή» του Πανελληνίου Συλλόγου Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού «Άλμα Ζωής» με αποδέκτη την ηγεσία του υπουργείου Υγείας καταγράφει την αγωνία και τον αγώνα δρόμου που δίνουν οι ασθενείς για την ίδια τους τη ζωή.

«Το γεγονός ότι ακόμη καθυστερεί η υλοποίηση μιας θεσμοθετημένης διαδικασίας για την αποζημίωση των διαγνωστικών εξετάσεων βιοδεικτών δημιουργεί ένα σχήμα αζήμιμο για εκατοντάδες γυναίκες που αδυνατούν να καλύψουν το κόστος της απαραίτητης εξέτασης βιοδείκτη. Ακόμη και για τις γυναίκες οι οποίες κατορθώνουν να αναλάβουν το κόστος της εξέτασης, αυτό αποτελεί μια σημαντική επιβάρυνση στον ήδη αυξημένο προϋπολογισμό τους για την αντιμετώπιση της ασθένειας» επισημάνεται σε αυτή.



Ο έλεγχος για τις μεταλλάξεις στα έντοχα γονίδια για τον καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών είναι από τις σημαντικότερες εξελίξεις προληπτικής ιατρικής - Η ένταξη της εξέτασης στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση δεν έχει ολοκληρωθεί, με ό,τι αυτό συνεπάγεται για τους ασθενείς.

Επιπλέον και όπως υπογραμμίζεται στην ίδια επιστολή, «ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη συχνότερη μορφή καρκίνου στις γυναίκες και την πιο συχνή αιτία θανάτου στις ηλικίες 40-79 ετών και στη χώρα μας. Οι γυναίκες που φέρουν μεταλλάξεις BRCA 1/2 έχουν έως 45% πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο των ωοθηκών και έως 70% πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού στη διάρκεια της ζωής τους, ενώ έχουν αυξημένο κίνδυνο και για άλλες μορφές καρκίνου. Η χρησιμότητα της συγκεκριμένης εξέτασης είναι μεγάλη για την ασθενή αλλά συγχρόνως θα συντελέσει σε συνολικά αποδοτικότερη χρήση των διαθέσιμων πόρων του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης ο έλεγχος για μεταλλάξεις BRCA 1/2 αποζημιώνεται από την Κοινωνική Ασφάλιση».

Οι βιοδείκτες

Στο πλαίσιο αυτό, το διοικητικό συμβούλιο του Συλλόγου έχοντας ως πυξίδα τα ευρωπαϊκά παραδείγματα και τις ανάγκες των γυναικών που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο ή αντιμετωπίζουν σοβαρό κίνδυνο να νοσήσουν καλούν την ηγεσία του υπουργείου Υγείας να επιταχύνει τη διαδικασία ένταξης των βιοδεικτών στη συνταγογράφηση, «στελνοντας ένα μήνυμα ελπίδας στις γυναίκες που δίνουν καθημερινά έναν καθοριστικό για τη ζωή τους αγώνα».

Παρ' όλα αυτά, στην πράξη ουδείς είναι σε θέση να δώσει σαφές χρονοδιάγραμμα για την ένταξη των βιοδεικτών στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Προϋπόθεση αποτελεί η καταγραφή των δημόσιων και ιδιωτικών μονάδων που έχουν την υλικοτεχνική υποδομή και τεχνογνωσία για τη διεξαγωγή της

συγκεκριμένης εξέτασης - διαδικασία που σημειώτουν δεν έχει ολοκληρωθεί - αλλά και η οριστικοποίηση και συνεπακόλουθα ένταξη των προδιαγραφών στο ηλεκτρονικό σύστημα.

Πάντως και σύμφωνα με στελέχη του ΕΟΠΥΥ υπάρχει τρόπος αποζημίωσης των ασθενών που πρέπει να υποβληθούν σε αυτή, δεδομένου ότι η εξέταση έχει κοστολογηθεί. Ειδικότερα, το κόστος αρχικά επιβαρύνει τον εξεταζόμενο, έπειτα όμως έχει το δικαίωμα να διεκδικήσει τα χρήματα που έχει καταβάλει ιδιωτικά από τον Οργανισμό - εφόσον υποβάλει τα απαραίτητα δικαιολογητικά και λάβει σχετική έγκριση.

Οι ίδιες πηγές εν τούτοις παραδέχονται ότι ο τρόπος αυτός αφενός δεν είναι ο ενδεδειγμένος (εξαιτίας της γραφειοκρατίας) και αφετέρου δεν είναι γνωστός στο ευρύ κοινό, γεγονός που αποτυπώνεται από τον μικρό αριθμό σχετικών αιτημάτων.

Γενετικός έλεγχος

Εν τω μεταξύ, όπως σημειώνει στο «Βήμα» η πρόεδρος του Συλλόγου, Κλεοπάτρα Γαβριλίδου, το κενό αυτό συνεχίζει να καλύπτει (έστω εν μέρει) το Πρόγραμμα «Γενετική Συμβουλευτική και Ανάλυση», που υλοποιείται εδώ και 10 χρόνια από το «Άλμα Ζωής» σε συνεργασία με το ΕΚΕΦΕ ΔΗΜΟΚΡΙΤΟΣ μέσα από τα καθαρά έσοδα του Συμβολικού Αγώνα δρόμου και Περιπάτου Greece Race for the Cure®.

«Και εφέτος περίπου 45 γυναίκες που έχουν ήδη βιώσει την εμπειρία καρκίνου του μαστού και πληρούν συγκεκριμένα ιατρικά κριτήρια με βάση διεθνείς ιατρικές οδηγίες, είχαν τη δυνατότητα να κάνουν δωρεάν γενετικό έλεγχο».

Σημειώνεται ότι στο πρόγραμμα δι-

νετα προτεραιότητα σε γυναίκες άνεργες και σε γυναίκες που έχουν επίσης εισόδημα μέχρι 12.000 ευρώ, παρ' όλα αυτά οι πόροι του Συλλόγου είναι συγκεκριμένοι, συνεπώς ο έλεγχος γίνεται σε περιορισμένο αριθμό γυναικών συγκριτικά με τις πραγματικές ανάγκες πανελλαδικά. «Ευχή μας είναι σύντομα όλες οι γυναίκες - οι οποίες πληρούν τα κριτήρια επιλογής - να μπορούν να υποβληθούν στην εξέταση αυτή χωρίς επιβάρυνση» επισημάνει η κυρία Γαβριλίδου.

Σε κάθε περίπτωση, ο γονιδιακός έλεγχος - το κόστος του οποίου ανέρχεται στα 500 έως και 700 ευρώ - δεν είναι μια γενική εξέταση που γίνεται στο πλαίσιο των προληπτικών εξετάσεων, ούτε είναι απαραίτητη σε όλες τις γυναίκες που έχουν διαγνωσθεί με καρκίνο του μαστού.

Για την επιλογή των ατόμων που χρήζουν γονιδιακού ελέγχου υπάρχουν διάφορα κριτήρια, τα οποία δημιουργούνται και επικαιροποιούνται με βάση επιστημονικές μελέτες. Τα κριτήρια επιλογής περιλαμβάνουν τη νεαρή ηλικία διάγνωσης (<45 έτη), τη διάγνωση κακοήθειας και στους δύο μαστούς, το οικογενειακό ιστορικό καθώς και το είδος του όγκου (ιστοπαθολογία) που αναπτύσσεται. Συνεπώς, η αξιολόγηση για το ποιος ασθενής έχει ένδειξη για γονιδιακό έλεγχο πραγματοποιείται από τους ειδικούς.

Ειδικότερα εάν ανησυχτεί σε άτομο που ήδη νοσεί, τότε μπορεί να επωφεληθεί από την κατάλληλη εξατομικευμένη θεραπεία. Επιπροσθέτως, η πληροφορία της γενετικής προδιάθεσης έχει σημαντικές προεκτάσεις και στους έμμεσους εξ αίματος συγγενείς τους, καθώς μπορούν και εκείνοι με τη σειρά τους να ελεγχθούν για πιθανή γενετική βλάβη και αντιστοίχως να ακολουθήσουν την κατάλληλη παρακολούθηση.



Η έγκαιρη διάγνωση και η λήψη μέτρων για την πρόληψη της εκδήλωσης ή την αποτροπή της εμφάνισης νοσηρών καταστάσεων αποτελούν ένα από τα μεγαλύτερα στοίχημα της επιστημονικής κοινότητας.

Υπό το πρίσμα αυτό είναι σημαντικό – πέραν των εμβολιασμών των παιδιών και των ενηλίκων όπως ορίζει το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού που διενεργούνται δωρεάν – να γνωρίζουν οι ασφαλισμένοι του ΕΟΠΥΥ σε ποιες εξετάσεις οφείλουν να υποβάλλονται χωρίς να καταβάλλουν συμμετοχή, εφόσον κλείσουν ραντεβού στον δημόσιο τομέα.

Στην περίπτωση όμως που απευθυνθούν στον ιδιωτικό τομέα, τότε καταβάλλουν συμμετοχή ύψους 15%.

Προγεννητικός έλεγχος

- Εξετάσεις σε γυναίκες και άνδρες με σκοπό τη γέννηση υγιών παιδιών, και συγκεκριμένα αιματολογικές εξετάσεις (γενική αίματος, ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης, φερριτίνης, δοκιμασίες εγκλείστων και δρεπάνωσης) για τη διαπίστωση ετεροζυγωτών μεσογενιακής αναμίας και δρεπανοκυτταρικής νόσου.
- Προσδιορισμός αντισωμάτων ερυθράς, τοξοπλάσματος και κυτταρομεγαλιού, για αποκλεισμό συγγενών λοιμώξεων. Υπερηχογράφημα β-επιπέδου και αιχενικής διαφάνειας, μία φορά στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.
- Λήψη τροφοβλάστης ή αμινοπαρακέντηση επί ιατρικών ενδείξεων. Εξέταση DNA του εμβρύου, εφόσον έχει διαπιστωθεί ότι και οι δύο γονείς έχουν γενετική επιβάρυνση για μεσογενιακή αναμία και δρεπανοκυτταρική νόσο ή άλλη γνωστή γενετική διαταραχή. Κάλυψη της μεθόδου λήψης του υλικού για έλεγχο καριότυπου του εμβρύου σε γυναίκες άνω των 35 ετών.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Καρκίνος μαστού

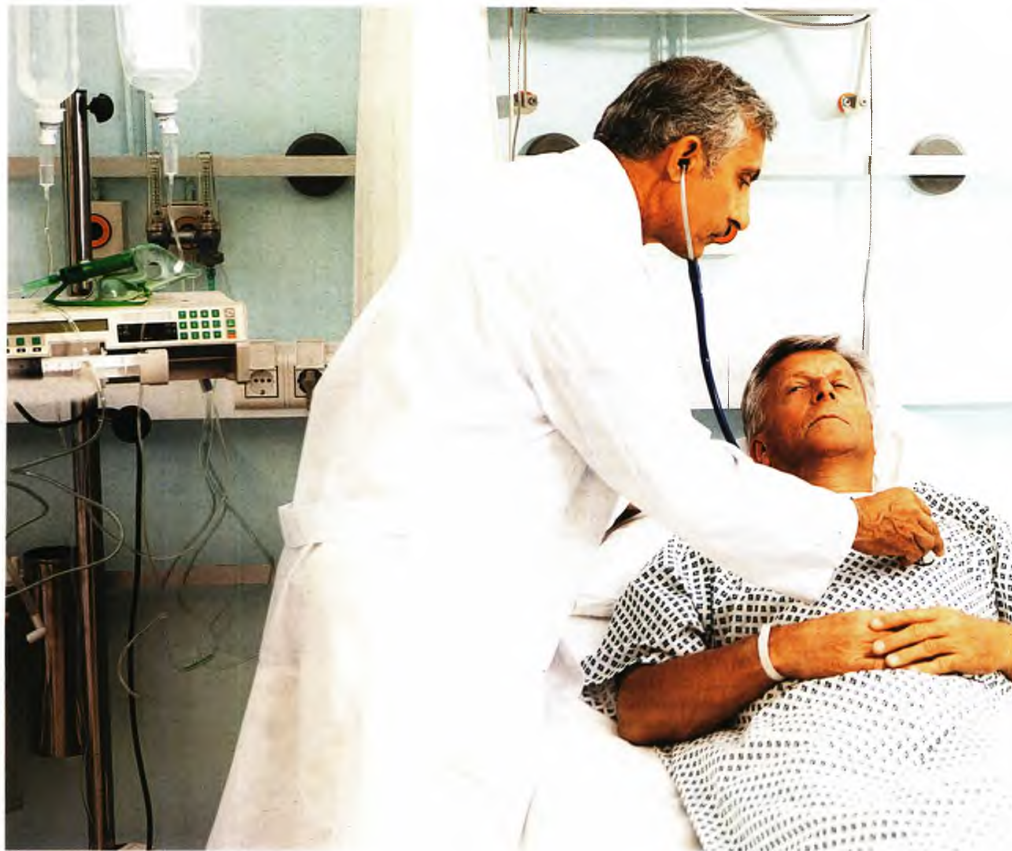
- Μαστογραφία κάθε δύο χρόνια σε γυναίκες ηλικίας 40-50 ετών και κάθε χρόνο σε γυναίκες ηλικίας άνω των 50 ετών ή σε γυναίκες άνω των 35 ετών, εφόσον οι τελευταίες ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου. Για την τελευταία περίπτωση απαιτείται παραπομπή ειδικού γιατρού.

Καρκίνος τραχήλου

- Τεστ PAP κάθε χρόνο σε όλες τις γυναίκες από την έναρξη της σεξουαλικά ενεργού ζωής ή ανίχνευση υψηλού κινδύνου τύπου HPV-DNA test, κάθε πέντε χρόνια από την ηλικία των 21 ετών μέχρι την ηλικία των 60 ετών.

Καρκίνος του προστάτη

- Έλεγχος προστατικού αντιγόνου (PSA) κάθε δύο χρόνια σε άνδρες άνω των 50 ετών και κάθε χρόνο σε άνδρες ηλικίας άνω των 60 και ως 80 ετών.



Το στοίχημα της πρόληψης ασθενειών

Είναι σημαντικό να γνωρίζουν οι ασφαλισμένοι του ΕΟΠΥΥ σε ποιες εξετάσεις οφείλουν να υποβάλλονται χωρίς να καταβάλλουν συμμετοχή, εφόσον κλείσουν ραντεβού στον δημόσιο τομέα

Καρκίνος του παχέος εντέρου

- Μικροσκοπική εξέταση ανίχνευσης αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα κάθε δύο χρόνια σε άνδρες και γυναίκες ηλικίας 50-70 ετών και κολonosκόπηση κάθε πέντε έτη σε άνδρες και γυναίκες ηλικίας 50 ετών και άνω ή κάθε έτος σε άνδρες και γυναίκες ηλικίας 40 ετών και άνω, εφόσον ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου. Στην τελευταία περίπτωση απαιτείται παραπομπή ειδικού γιατρού.

Καρδιοπάθειες και διαβήτης

- Εξετάσεις χοληστερόλης, ολικής και κλασμάτων υψηλής και χαμηλής πυκνότητας, καθώς και τριγλυκεριδίων, με σκοπό τη

διάγνωση δυσλιπιδαιμιών, κάθε πέντε χρόνια σε άνδρες και γυναίκες 15-30 ετών και κάθε τρία χρόνια σε άνδρες και γυναίκες άνω των 30 ετών.

- Εξετάσεις γλυκόζης αίματος, γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) και δοκιμασία ανοχής γλυκόζης κάθε πέντε χρόνια σε άνδρες και γυναίκες 15-50 ετών και κάθε τρία χρόνια σε άνδρες και γυναίκες άνω των 50 ετών. Επίσης, κάθε δύο χρόνια σε άτομα με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη, όπως α) συγγενείς πρώτου βαθμού με διαβήτη (κληρονομικότητα), β) άτομα με BMI>30, γ) γυναίκες με πολυκυστικές ωοθήκες, δ) γυναίκες με ιστορικό διαβήτη κύησης και ε) ασθενείς που πάσχουν από αρτηριακή υπέρταση και δυσλιπιδαιμία.

Επίσκεψη στον γιατρό

Η ιατρική περιβαλμένη περιλαμβάνει την κλινική εξέταση στο ιατρείο ή στο σπίτι του δικαιούχου από συμβεβλημένο γιατρό με τον ΕΟΠΥΥ, εφόσον αυτό είναι απαραίτητο, χωρίς επιπλέον οικονομική επιβάρυνση. Επίσης, περιλαμβάνει τις ιατρικές πράξεις που είναι αναγκαίες για τη διάγνωση και τη θεραπεία του ασθενούς. Έτσι, στην ιατρική κλινική εξέταση που διενεργείται κατά την επίσκεψη του ασθενούς περιλαμβάνεται η δακτυλική εξέταση ορθού επί ενδείξεων, ο σταπκοκινητικός έλεγχος επί μέρους περιοχών του μυοσκελετικού συστήματος, οι δοκιμασίες μιλικής ισχύος, οι δοκιμασίες αισθητικότητας, η εκτίμηση τελώντων αντανάκλαστικών και ειδικοί διαγνωστικοί χειρισμοί διαφόρων αρθρώσεων (Lachman, McMurray, Arley κ.ά.) κατά περίπτωση. Επιπλέον, οι γιατροί υποχρεούνται να εκτελούν, εφόσον κρίνεται αναγκαίο, τις παρακάτω κατά ειδικότητα ιατρικές πράξεις, χωρίς επιβάρυνση του δικαιούχου ή του Οργανισμού:

- Αγγειοχειρουργική εξέταση: αδρός έλεγχος αμιατικής ροής σε αρτηρίες και φλέβες άνω και κάτω άκρων με απλή συσκευή Doppler.
- Γυναικολογική εξέταση: κολποσκόπηση.
- Δερματολογική εξέταση: επισκόπηση με δερματοσκόπιο και εξέταση με λυχνία WOOD.
- Καρδιολογική εξέταση: ηλεκτροκαρδιογράφημα.
- Οφθαλμολογική εξέταση:

τονομέτρηση, μέτρηση οπτικού πεδίου, μέτρηση οπτικής οξύτητας, εξέταση με σχισμοειδή λυχνία και απλή βυθοσκόπηση, χωρίς τη χρήση ειδικού οργάνου.

- Πνευμονολογική εξέταση: οξυμετρία και ρομετρίση.
- Παιδιατρική και παθολογική εξέταση: εμβολιασμοί πάσης φύσεως, σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών.
- Ωτορινολαρυγγολογική εξέταση: εξέταση στοματικής κοιλότητας και φάρυγγα, ωτοσκόπηση, αφαίρεση βυσμάτων ώτων, εκτίμηση ακοής διά τονοδοτών και ομίλιας, πρόσθια και οπίσθια ρινοσκόπηση, έμμεση λαρυγγοσκόπηση.

Ο ΕΟΠΥΥ αποζημιώνει τους γιατρούς που παρέχουν υπηρεσίες στους ασθενείς, στο πλαίσιο της κάθε φορά συμβαστικής τους με τον Οργανισμό. Σε αυτή την περίπτωση οι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ γιατροί δεν δικαιούνται να ζητήσουν επιπλέον αμοιβή από τον ασθενή, εκτός από την κατά περίπτωση νομοθετημένη συμμετοχή του ασθενούς.

Γιατροί πιστοποιημένοι στο σύστημα ΕΟΠΥΥ αλλά μη συμβεβλημένοι με τον Οργανισμό δύναται να συνταγογραφούν φάρμακα ή παραπαιμικά διαγνωστικών ή και θεραπευτικών εξετάσεων έπειτα από κλινική εξέταση του ασθενούς, χωρίς αποζημίωση από τον ΕΟΠΥΥ και με ιδιωτική χρέωση του ασφαλισμένου.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις και η αποστολή στο εξωτερικό

Πηγή: ΒΗΜΑ ΤΗΣ ΚΥΡΙΑΚΗΣ Σελ.: 127

Ημερομηνία έκδοσης: 31-03-2019

Επιφάνεια: 709.66 cm² Αρθρογράφος:

Κυκλοφορία: 55380

Θέματα: ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ



Οι εργαστηριακές εξετάσεις και η αποστολή στο εξωτερικό

Παρακλινικές εξετάσεις

Οι εργαστηριακές εξετάσεις διενεργούνται σε δημόσιες δομές και σε συμβεβλημένους ιδιώτες παρόχους διαγνωστικών εξετάσεων και πράξεων. Συγκεκριμένα, οι διαγνωστικές εξετάσεις και πράξεις διενεργούνται: α) στις δημόσιες εργαστηριακές δομές παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, β) στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ, του υπουργείου Εθνικής Αμυνας και του υπουργείου Παιδείας, σε εργαστήρια συμβεβλημένων φορέων ΝΠΔΔ και ΝΠΙΔ, σε συμβεβλημένους εργαστηριακούς ιατρούς όλων των ειδικοτήτων, ε) σε συμβεβλημένα διαγνωστικά εργαστήρια, στ) σε συμβεβλημένα πολυϊατρεία, ζ) στα εξωτερικά εργαστήρια των συμβεβλημένων ιδιωτικών κλινικών και η) όπου αλλού ορίζεται από την κείμενη νομοθεσία.

Η παραπομπή για διαγνωστικές εξετάσεις γίνεται από τους ιατρούς μόνο ηλεκτρονικά, μέσω πιστοποιημένου συστήματος ηλεκτρονικής συναγοράφησης. Τα παραπεμπτικά εκτελούνται υποχρεωτικά μέσα σε τρεις εβδομάδες από την ημερομηνία έκδοσής τους και καθίστανται άκυρα μετά την παρέλευση του ανωτέρω αναφερόμενου χρονικού διαστήματος. Δύναται όμως να παραταθούν έως οκτώ εβδομάδες εφόσον αυτά εκτελεστούν σε δημόσιες δομές.

Σε ό,τι αφορά τον ιδιωτικό κλάδο, η συμμετοχή των ασφαλισμένων ορίζεται στο 15% επί της εκάστοτε τιμής αποζημίωσης, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία. Τα συμβεβλημένα διαγνωστικά κέντρα δεν απαιτούν επιπλέον δαπάνη από τους δικαιούχους του Οργανισμού για τις εξετάσεις αυτές, ούτε για πρόσθετες υπηρεσίες, εφόσον αυτές δεν προβλέπονται στη σύμβαση ή σε άλλη νομοθετική διάταξη.

Η συμμετοχή των ασφαλισμένων που λαμβάνουν το επίδομα ΕΚΑΣ είναι 5%. Οι πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία, δρεπανοκυτταρική νόσο, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου που είναι σε θεραπεία υποκατά-

στασης νεφρικής λειτουργίας ή περιτοναϊκής κάθαρσης ή έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση, οι πάσχοντες από κυστική ίνωση, οι πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, οι ακρωτριοσπασμένοι που λαμβάνουν το εξωδραμιακό επίδομα με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω δεν καταβάλλουν συμμετοχή, όπως και όσοι έχουν πιστοποιημένη αναπηρία από ΚΕΠΑ 80% και άνω, για οποιαδήποτε πάθηση.

Όσοι δικαιούγοι πραγματοποιούν εξετάσεις εντός των δημόσιων δομών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ του ΕΣΥ, των πανεπιστημιακών και στρατιωτικών νοσοκομείων επίσης δεν καταβάλλουν συμμετοχή.

Εξετάσεις εκτός... συνόρων

Όταν η εξέταση δεν δύναται να πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα, αποδίδονται δαπάνες αποστολής δειγμάτων προς εξέταση στο εξωτερικό με την υποβολή ιατρικής γνωμάτευσης διευθυντή κλινικής (κρατικού νοσοκομείου ή ιδιωτικού θεραπευτηρίου) σχετικής με την πάθηση ειδικότητας, στην οποία αναφέρονται η πάθηση, η αναγκαιότητα αποστολής των δειγμάτων στο εξωτερικό, καθώς και το γεγονός ότι η εξέταση, αποδεδειγμένα, δεν δύναται να πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα. Στην περίπτωση αυτή τα δικαιολογητικά εξετάζονται από το Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο (ΑΥΣ) ή άλλο αρμόδιο ελεγκτικό όργανο και δίνεται προέγκριση για την αποστολή του. Δεν αποδίδεται δαπάνη που αφορά εξέταση δειγμάτων για ερευνητικούς σκοπούς.

Σε περίπτωση που σε μια περιοχή, παραμεθόρια ή νησιωτική, μια εργαστηριακή εξέταση δεν δύναται να διενεργηθεί ούτε σε δημόσια, ούτε σε ιδιωτική δομή συμβεβλημένη με τον ΕΟΠΥΥ, τότε ο Οργανισμός θα αποζημιώνει την εξέταση απευθείας στον δικαιούχο με τιμή που θα αποζημιώνει τον συμβεβλημένο πάροχο.



Δείκτης ανισότητας η οδοντιατρική περίθαλψη

Πτωχή παραμένει η οδοντιατρική πρόληψη και περίθαλψη που παρέχεται στους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ. Υπό το πρίσμα αυτό, το πρόσφατο μέτρο που αφορά την προληπτική και θεραπευτική οδοντιατρική φροντίδα σε παιδιά 6-12 ετών, πλέον της περιθαλψής που παρέχεται στις δημόσιες δομές και ανεξάρτητα από την ασφαλιστική ικανότητα των παιδιών, αποτελεί ένα θετικό βήμα. Το ζητούμενο είναι η κάλυψη των αναγκών περίπου 800.000 παιδιών στην Ελλάδα, ενώ η ηγεσία του υπουργείου Υγείας θέτει ως επόμενο στόχο την επέκταση του μέτρου και στους ενήλικους. Σε κάθε περίπτωση, το συνολικό κοινόβιό του ΕΟΠΥΥ ανέρχεται σε 40 εκατ. ευρώ ετησίως, ποσό που εν τούτοις – και σύμφωνα με τους οδοντιάτρους – δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών του παιδικού πληθυσμού.

Εν τω μεταξύ, αναμένεται η έκδοση σχετικής υπουργικής απόφασης ώστε να καθοριστούν οι διαδικασίες παροχής των υπηρεσιών, καθώς και οι αμοιβές των οδοντιάτρων για κάθε πράξη, όπως και ο χρόνος εξόφλησης. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να υπογραφεί και η σχετική συμφωνία με την Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία.

Το νέο μέτρο προβλέπεται – εφόσον και όταν τεθεί σε εφαρμογή – ότι οι υπηρεσίες που θα προσφέρει ο ΕΟΠΥΥ στα παιδιά θα είναι οι εξής: προληπτική εξέταση και οδηγίες στοματικής υγιεινής, αποτρίγωση και φθορίαση, προληπτικές εμφράξεις (sealants), εξαγωγή νεογλών δοντιών και σφραγίσματα.

Προς το παρόν τόσο για τον ανήλικο όσο και για τον ενήλικο πληθυσμό παρέχεται οδοντιατρική περίθαλψη μόνο από οδοντιάτρους στα δημόσια νοσοκομεία, στα Κέντρα Υγείας, στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία, στα στρατιωτικά νοσοκομεία και στις λοιπές μονάδες παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, καθώς και εντός του δικτύου οδοντιατρικών ή πολυοδοντιατρικών συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ.

Αποτελεί εν τούτοις κοινό μυστικό ότι οι δημόσιες δομές δεν επαρκούν, με αποτέλεσμα η οδοντιατρική περίθαλψη να αποτελεί δείκτη ανισότητας, δεδομένου ότι ο ιδιωτικός τομέας αποτελεί αναγκαστικά μονόδρομο, με αποτέλεσμα οι ομάδες που δοκιμάζονται να είναι οι

πιο φτωχές. Σε κάθε περίπτωση και σύμφωνα με τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του Οργανισμού στους δικαιούχους περιθαλψής παρέχονται και αποζημιώνονται υπηρεσίες που περιλαμβάνουν προληπτικές ή θεραπευτικές δράσεις και προσθετικές αποκαταστάσεις ως ακολούθως:

• **Προληπτικές οδοντιατρικές πράξεις σε παιδιά μέχρι 14 ετών:** Εξέταση και χορήγηση οδοντιατρικής βεβαίωσης. Τοπική εφαρμογή φθορίου (δύο φορές τον χρόνο). Προληπτική έμφραξη οπών και σχισμών μόνιμων γομφίων (sealants). Αποτρίγωση - Αφαίρεση οδοντικής πλάκας - Οδηγίες στοματικής υγιεινής. Ενδοστοματική ακτινογραφία.

• **Θεραπευτικές οδοντιατρικές πράξεις σε παιδιά μέχρι 14 ετών:** Αντιμετώπιση επείγοντος οξέος περιστατικού για πολφίτιδα, οδοντικό απόστημα, οδοντικό τραύμα. Απλή έμφραξη οδόντος. Συνθετη έμφραξη οδόντος. Εξαγωγή νεογλού οδόντος. Μηχάνημα διατήρησης χώρου σε πρόωξη απόληξη νεογλού. Πολφροτομή νεογλού. Μεταλλική ανοξείδωτη στεφάνη (σιδεράκια). Εξαγωγή μόνιμου οδόντος.

• **Προσθετικές οδοντιατρικές πράξεις (κινητή προσθετική) σε άτομα ολικώς ή μερικώς ναυδά:** Ολική οδοντοστοιχία άνω ή κάτω γνάθου. Μερική οδοντοστοιχία άνω ή κάτω γνάθου με μεταλλικό σκελετό. Αναπροσαρμογή (αναγόμευση) οδοντοστοιχίας ή επιδιόρθωση. Επιδιόρθωση μεταλλικού σκελετού. Προσθήκη οδόντων σε ολικές ή μερικές οδοντοστοιχίες.

• **Προληπτικές οδοντιατρικές πράξεις σε εφήβους μέχρι 18 ετών και ενήλικους:** Απλή επίσκεψη - εξέταση - διάγνωση. Αντιμετώπιση επείγοντος οξέος περιστατικού, όπως πολφίτιδα, οδοντικό απόστημα, οδοντικό τραύμα. Αποτρίγωση - Αφαίρεση οδοντικής πλάκας. Οδηγίες στοματικής υγιεινής (μία φορά τον χρόνο). Ενδοστοματική ακτινογραφία.

• **Θεραπευτικές οδοντιατρικές πράξεις σε εφήβους μέχρι 18 ετών και ενήλικους:** Θεραπεία ουλίτιδας. Απλή έμφραξη οδόντος. Εξαγωγή οδόντος. Ενδοοδοντική θεραπεία μονόριζου, διρίζου και πολύριζου οδόντος.

Πρόληψη και θεραπεία περιοδοντικής νόσου στους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη.





Ο εμβολιασμός ασπίδα προστασίας από σοβαρές λοιμώξεις

Στον αγώνα κατά των **λοιμοδονοσοπιμάτων** τα εμβόλια είναι μεγάλος σύμμαχος για την ανθρώπινη ανθρωπότητα. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ο **εμβολιασμός** αποτελεί μία από τις πιο επιτυχημένες αλλά και οικονομικά επωφελείς παρεμβάσεις δημόσιας υγείας, καθώς προλαμβάνει έως και 3 εκατομμύρια θανάτους ετησίως σε ανθρώπους όλων των ηλικιών και προφυλάσσει ακόμα περισσότερους ανθρώπους από **νοσήματα** ή αναπηρία. Δίχως εμβόλια, η παγκόσμια εκτίμηση της ευλογιάς, η εξάλειψη της πολιομυελίτιδας από πολλές περιοχές του κόσμου, η σημαντική μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας από διφθερίδα, τέτανο και κοκίτη θα ήταν αδύνατες. Είναι οι στρατηγικές συστηματικού **εμβολιασμού**, ιδίως σε χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου, που έχουν καταφέρει να θέσουν υπό **έλεγχο** αρκετά **λοιμώδη νοσήματα**.

Παρ' όλα αυτά, στον αναπτυσσόμενο κόσμο τα εμβόλια υποχρησιμοποιούνται, εν μέρει λόγω υποτίμησης της σοβαρότητας των προλαμβανόμενων με **εμβολιασμό νοσημάτων**, υποτίμησης του οφέλους που προσφέρουν τα εμβόλια και επιφυλάξεων σχετικά με τις παρενέργειες των εμβολίων. Όσοι έχουν βιώσει τις τρομακτικές αναπηρίες και τους θανάτους από την ευλογιά και την πολιομυελίτιδα συχνά αντιμετώπιζαν τα εμβόλια έναντι αυτών των **νοσημάτων** ως θάψα. Ωστόσο, χάρη στα προγράμματα **εμβολιασμού** ένα μεγάλο μέρος του σημερινού πληθυσμού δεν έχει

βιώσει ποτέ τις καταστροφικές συνέπειες αυτών και άλλων προλαμβανόμενων με **εμβολιασμό νοσημάτων**. Όταν δεν υφίσταται πλέον ο επικείμενος φόβος μετάδοσης μιας νόσου, το κοινό ίσως ξεχνά τους περιορισμούς της θεραπείας και αντιμετωπίζει με απάθεια την πρόληψη.

Επανεμφάνιση επιδημιών

Δεν πρέπει επίσης να ξεχνούμε ότι παρ' όλο που προλαμβανόμενες με **εμβολιασμό** ασθένειες είναι πλέον σπάνιες σε πολλές χώρες, οι μολυσματικοί παράγοντες που τις προκαλούν συνεχίζουν να κυκλοφορούν σε κάποια μέρη του κόσμου. Σε έναν ιδιαίτερα παγκοσμιοποιημένο κόσμο, αυτοί οι παράγοντες μπορούν να διασχίσουν τα γεωγραφικά σύνορα και να προβάλλουν μη ανοσοποιημένους/ευπαθείς πληθυσμούς. Επίσης, ενώ η καλύτερη υγιεινή και το καθαρό νερό βοηθούν στην προστασία των ανθρώπων από τα **λοιμώδη νοσήματα**, πολλές λοιμώξεις μπορούν να εξαπλωθούν ανεξαρτήτως των μέτρων υγιεινής που τηρούμε. Αν δεν διατηρήσουμε βέλτιστα επίπεδα ανοσοποίησης ή τη λεγόμενη «ανοσία κοινότητας» ή «ανοσία κοινότητας» (αναφέρεται στο φαινόμενο κατά το οποίο όταν ένα κρίσιμο ποσοστό μιας κοινότητας είναι εμβολιασμένο έναντι μιας μεταδοτικής νόσου, τα περισσότερα μέλη της κοινότητας προστατεύονται έναντι της συγκεκριμένης νόσου γιατί μειώνεται πολύ ο κίνδυνος επιδημίας), οι προλαμβανόμε-



Αποτελεί μία από τις πιο επιτυχημένες, αλλά και οικονομικά επωφελείς, παρεμβάσεις δημόσιας υγείας, καθώς προλαμβάνει έως και 3 εκατομμύρια θανάτους ετησίως σε ανθρώπους όλων των ηλικιών.

νες με **εμβολιασμό** ασθένειες θα κάνουν την επανεμφάνισή τους. Στη Διττική Ευρώπη, για παράδειγμα, έχουν σημειωθεί επιδημίες ιλαράς σε μη εμβολιασμένους πληθυσμούς στην Αυστρία, στο Βέλγιο, στη Δανία, στη Γαλλία, στη Γερμανία, στην Ιταλία, στην Ισπανία, στην Ελβετία και στο Ηνωμένο Βασίλειο, το ίδιο και στις ΗΠΑ. Την ερευνητική χρονιά επίσης σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες (μεταξύ αυτών και η Ελλάδα) έχει εκδηλωθεί επιδημία ιλαράς που βρίσκεται σε εξέλιξη. Κατά την περίοδο 2016-2018 έχουν καταγραφεί σε όλη την Ευρώπη περισσότερα από 20.000 περιστατικά και 79 θάνατοι από ιλαρά. Σύμφωνα με στοιχεία του Κέντρου **Ελέγχου** και Πρόληψης **Νοσημάτων** (ΚΕΑΠΝΟ) για τη χώρα μας, μέχρι τις 13.12.2018 στην Ελλάδα έχουν καταγραφεί 3.258 κρούσματα ιλαράς.

Η επανεμφάνιση λοιπόν των επιδημιών στην ευρωπαϊκή ήπειρο υπογραμμίζει την ευθύνη που φέρουν τα κράτη-μέλη να ελέγξουν τα **νοσήματα** που προλαμβάνονται με **εμβολιασμό**. Η ενίσχυση των προγραμμάτων **εμβολιασμού** αποτελεί μέτρο ζωτικής σημασίας προς αυτή την κατεύθυνση, ενώ η συνεργασία και οι συντονισμένες προσπάθειες όλων των φορέων για την ορθή ενημέρωση και για τη διαμόρφωση των σωστών αντιλήψεων των πολιτών σχετικά με την αναγκαιότητα των εμβολίων θα ισχυροποιήσουν την Ευρώπη στον αγώνα κατά των μεταδιδόμενων **νοσημάτων**. Ο **εμβολιασμός** δεν αφορά μόνο τα βρέφη και τα παιδιά, όμως αυτή την αλήθεια μεγάλο μέ-

ρος του κοινού δυστυχώς δεν τη γνωρίζει. Ο **εμβολιασμός** των ενηλίκων είναι επίσης σημαντικός, καθώς το ανοσοποιητικό σύστημα πρόντιος του χρόνου εξασθενεί και ο οργανισμός καθίσταται περισσότερο ευάλωτος στις λοιμώξεις. Ωστόσο, παρά τη συμβολή που ο **εμβολιασμός** ενηλίκων θα μπορούσε να έχει στην προαγωγή της υγείας γήρανσης, δεν έχει επαρκώς αξιοποιηθεί ως στρατηγική δημόσιας υγείας.

Η πνευμονοκοκκική νόσος

Πιο συγκεκριμένα, η πνευμονοκοκκική νόσος αποτελεί μια σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας, με ένα φορτίο περίπου 1,5 εκατομμυρίων θανάτων από πνευμονοκοκκική πνευμονία σε όλες τις ηλικίες ετησίως σε παγκόσμιο επίπεδο (στοιχεία 2015). Οι σοβαρότερες μορφές της πνευμονοκοκκικής νόσου περιλαμβάνουν τη μηνιγγίτιδα, τη βακτηριαιμία και την πνευμονία. Ειδικότερα, η πνευμονοκοκκική πνευμονία αποτελεί τον πλέον συνθιμισμένο τύπο βακτηριακής πνευμονίας της κοινότητας, ενώ το ποσοστό θνησιμότητας της στους ενήλικους κυμαίνεται από 6,4% έως άνω του 40% (ανάλογος του αν πρόκειται για εξωτερικούς ασθενείς, ασθενείς που χρήζουν νοσηλείας ή ασθενείς που χρήζουν υποστήριξης σε **Μονάδα Εντατικής Θεραπείας**). Αξίζει δε να σημειωθεί ότι οι ασθενείς με πνευμονοκοκκική πνευμονία διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για παράλληλη εμφάνιση οξέως

καρδιακού συμβάματος, όπως το έμφραγμα μυοκαρδίου, η σοβαρή αρρυθμία και η εμφάνιση ή η επιδείνωση συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας.

Η πνευμονοκοκκική πνευμονία έχει συσχετιστεί με σοβαρότερη κλινική εικόνα, συχνότερη ανάγκη για νοσηλεία και μεγαλύτερη κατανόηση ιατρικών πόρων σε σχέση με τη μη πνευμονοκοκκική πνευμονία. Κι ως μην υποτιμούμε το γεγονός ότι η διαχείριση της νόσου δυσχεραίνεται εξαιτίας της βακτηριακής ανταχής στα συνήθως χρησιμοποιούμενα αντιβιοτικά, λόγω «ανωρολογικών» πρακτικών χορήγησης.

Πέραν του παράγοντα ηλικία, επιπρόσθετοι συντελεστές που επαυξάνουν τον κίνδυνο νόσησης από πνευμονοκοκκική είναι ο διαβήτης, το άσθμα, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), τα χρόνια καρδιακά νοσήματα, η ανοσοκαταστολή λόγω **νοσημάτων** ή θεραπείας, ενώ το κάπνισμα και ο αλκοολισμός επίσης επιτείνουν τον κίνδυνο.

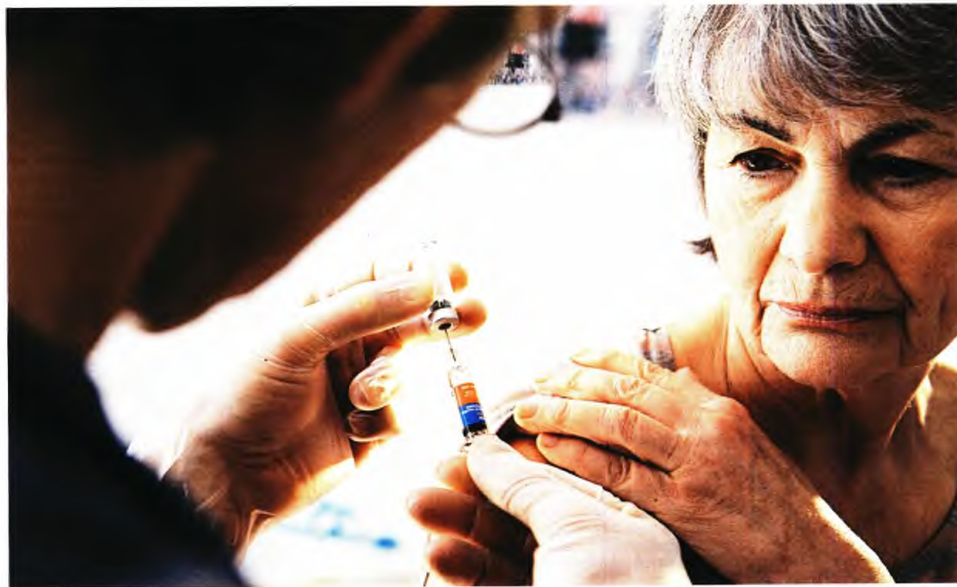
Κάλλιον το προλαμβάνει

Κι όμως, παρά το γεγονός ότι συνιστά μία από τις σημαντικότερες επιβαρύνσεις για την υγεία παγκοσμίως, η πνευμονοκοκκική νόσος δύναται να προληφθεί. Στην Ελλάδα ο **εμβολιασμός** για πνευμονοκοκκική είναι ενταγμένος στο Εθνικό Πρόγραμμα **Εμβολιασμών** (ΕΠΕ) για όλους τους ηλικίας ως αυτοτελής παράγον κινδύνου), καθώς και για ηλικίας 18-64 ετών που ανήκουν στις ομάδες κινδύνου για σοβαρές πνευμονοκοκκικές λοιμώξεις (όπως ασθενείς με χρόνια καρδιακή, μεταβολικά και αναπνευστικά **νοσήματα**, ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς, αλλά και συστηματικό καρκίνο).

Γρίπη και πνευμονία

Η γρίπη αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας λόγω της γρήγορης μετάδοσής της και της υψηλής νοσηρότητας και θνησιμότητας που τη συνοδεύουν. Είναι γνωστό ότι η **λοιμώξη** από γρίπη αυξάνει τον κίνδυνο νόσησης από πνευμονοκοκκική. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό οι ενήλικοι να εμβολιάζονται τόσο κατά της γρίπης όσο και κατά της πνευμονοκοκκικής νόσου.

Συνεπώς, δύο είναι οι βασικοί λόγοι για να εμβολιαστούμε, αφενός για να προστατεύσουμε τους εαυτούς μας και αφετέρου για να προστατεύσουμε και τους γύρω μας. Για να ανακοιηθεί η εξάλειψη μιας νόσου δεν αρκεί να προσβλέπουμε στο ότι οι συνάνθρωποί μας θα κάνουν το σωστό, πρέπει και εμείς να κάνουμε το ίδιο.





Η κρίση φραγμός στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η φτώχεια είναι η πρώτη αιτία θανάτου και αρρώστιας στον κόσμο. Το αν είμαστε υγιείς ή άρρωστοι εξαρτάται περισσότερο από το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον, από τις συνθήκες και τον τρόπο ζωής και λιγότερο από βιολογικούς παράγοντες. Γι' αυτό εξάλλου, κάθε οικονομική κρίση απειλεί την υγεία είτε άμεσα, αυξάνοντας τη συχνότητα ορισμένων νοσημάτων, κυρίως λοιμωδών, ψυχικών και καρδιαγγειακών, είτε έμμεσα εξαιτίας της υποβάθμισης της ιατροφαρμακευτικής περιθαλψής.

Η ανεπάρκεια του συστήματος Υγείας σε περιόδους οικονομικής κρίσης οφείλεται συνήθως στην υποχρηματοδότηση, λόγω της μείωσης των δημοσίων δαπανών, στην υποστελέχωση, λόγω των περιορισμών στις προσλήψεις και στη δυσκολία πρόσβασης στον ιδιωτικό τομέα υγείας, λόγω της οικονομικής δυσχέρειας.

Τα προβλήματα αυτά ήταν απειλητικές διαστάσεις στη χώρα μας, όχι μόνο επειδή η ελληνική οικονομική κρίση έχει καταγραφεί ως μία από τις πιο έντονες και μακροχρόνιες παγκοσμίως, αλλά και γιατί στο σύστημα Υγείας επικρατούν σημαντικές στρεβλώσεις και αδυναμίες προτού ξεσπάσει η κρίση: Σύσσωμα μέλη χρέη, κακοδιοίκηση, ανορθολογική κατανομή υλικών και ανθρώπινων πόρων, απουσία σχεδιασμού και αξιολόγησης, εκτεταμένες ιδιωτικές δαπάνες και παραοικονομία, καθώς και ανυπαρξία οργανωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ).

Παρά το γεγονός ότι όλοι οι αρμόδιοι διεθνείς οργανισμοί συστήνουν στις χώρες που βρίσκονται σε οικονομική κρίση να επενδύσουν κατά προτεραιότητα στην ΠΦΥ και στην Πρόληψη, στη χώρα μας στα χρόνια της κρίσης, η πρόσβαση στις κατακερματισμένες και ανεπαρκείς πρωτοβάθμιες υπηρεσίες Υγείας και στην πρόληψη έγινε ακόμα πιο δυσχερής.

Σύμφωνα με τα ευρήματα των επτά πανελλαδικών ερευνών που έχουμε



Σύμφωνα με τα ευρήματα των επτά πανελλαδικών ερευνών που έχουμε πραγματοποιήσει από το 2006 στο Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ) σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του ενήλικου ελληνικού πληθυσμού, παρατηρείται την τελευταία δεκαετία αύξηση του ποσοστού όσων πολιτών δηλώνουν ότι δεν έλαβαν κατά τους τελευταίους 12 μήνες θεραπεία ή ιατρική εξέταση για κάποιο πρόβλημα υγείας.

πραγματοποιήσι από το 2006 στο Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ) σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του ενήλικου ελληνικού πληθυσμού, παρατηρείται την τελευταία δεκαετία αύξηση του ποσοστού όσων πολιτών δηλώνουν ότι δεν έλαβαν κατά τους τελευταίους 12 μήνες θεραπεία ή ιατρική εξέταση για κάποιο πρόβλημα υγείας. Από 5,5% κατά την περίοδο 2007-2010, το ποσοστό αυξάνεται σε 10% την περίοδο 2013-2014, για να διπλασιαστεί στη συνέχεια (21%) την περίοδο 2015-2017. Ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό βρέθηκε για τους φοιτητές (32,6%) και τους ανέργους (26,9%). Η ανικανοποίητη ζήτηση υπηρεσιών Υγείας οφείλεται κατά κύριο λόγο (56,7%) στην αδυναμία κάλυψης του σχετικού κόστους και δευτερευόντως (30,7%) στην έλλειψη χρόνου. Αξίζει να σημειωθεί ότι το πρόβλημα εμφανίζεται πιο έντονο στις αστικές περιοχές, στις οποίες οι δημόσιες πρωτοβάθμιες δομές Υγείας χαρακτηρίζονται από υποστελέχωση και ελλείψεις σε εξοπλισμό.

Όπως ήταν αναμενόμενο, οι άνεργοι δηλώνουν το κόστος ως τον βασικό παράγοντα αποκλεισμού από τις υπηρεσίες Υγείας (84,2%) και ακολουθούν οι ελεύθεροι επαγγελματίες (62,3%), ενώ το μικρότερο ποσοστό (44,6%) το παρουσιάζουν οι συνταξιούχοι. Σε ό,τι αφορά το οικονομικό επίπεδο, το κόστος αποτελεί, για ευνοϊκούς λόγους, μεγαλύτερο εμπόδιο για το κατώτερο εισοδηματικό επίπεδο (62,6%) και λιγότερο για το ανώτερο (47,1%). Οι δυσκολίες στην πρόσβαση στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες στις αστικές περιοχές χειρότερες αναμένεται μετά την ένταξη των πολιτών του ΙΚΑ στο ΠΕΔΥ λόγω της παράτυπης σημαντικού αριθμού γατών στο ΙΚΑ.

Στην πιο πρόσφατη έρευνά μας, το 2017, το 62% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι χρειάστηκε να πληρώσει για την παροχή ιατρικής φροντίδας, το 49% αντιμετωπίζει δυσκολία στην πληρωμή των φαρμάκων, ενώ το 45% δηλώνει ιδιαίτερα ανησυχία για την κάλυψη εξόδων για συνταγογραφούμενα φάρμακα.

Επιπρόσθετα, ένας στους δέκα Έλληνες αναφέρει δυσκολίες στην προσπάθεια για εμβολιασμό, κυρίως λόγω έλλειψης εμβολίων.

Σημαντικό πρόβλημα αποτελεί και η περιορισμένη διενέργεια των αναγκαίων προληπτικών εξετάσεων. Οι μισές περίπου γυναίκες άνω των 50 ετών δεν έχουν πραγματοποιήσει μαστογραφία στη διάρκεια της τελευταίας τριετίας, το 40% των γυναικών 21-69 ετών δεν έχει πραγματοποιήσει τεστ ΠΑΠ, ενώ στους άντρες και στις γυναίκες ηλικίας 50-69 ετών, λιγότερο από το 10% έχει πραγματοποιήσει εξέταση για αιμορραγία από το παχύ έντερο. Τα ποσοστά αυτά διαφέρουν σημαντικά ανάμεσα στα ανώτερα και κατώτερα εισοδήματα. Η μέτρηση του PSA για την πρόληψη του καρκίνου του προστάτη διενεργείται από το 41,4% των αντρών στα ανώτερα εισοδήματα και μόνο από το 19,7% στα κατώτερα. Ψηλάφηση μαστού από γιατρό αναφέρει το 81,5% των γυναικών στα ανώτερα και μόνο το 52,5% στα κατώτερα εισοδήματα.

Σχετικά ευρήματα αναφέρουν και οι εκθέσεις των εθνικών και διεθνών οργανισμών, καθώς και άλλες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί. Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, το 2017 το 24,5% του ενήλικου ελληνικού πληθυσμού δεν έλαβε όταν χρειάστηκε την αναγκαία περίθαλψη, κυρίως λόγω οικονομικής αδυναμίας (74,6%) και δευτερευόντως λόγω μακράς αναμονής (13,6%). Ανάλογα ποσοστά καταγράφει για τις εξετάσεις το 2016 η Eurostat, κατατάσσοντας την Ελλάδα στη δεύτερη χειρότερη θέση μετά την Εσθονία στο σύνολο των 28 χωρών της ΕΕ. Ανάμεσα δε στα υψηλότερα εισοδήματα και στα χαμηλότερα παρουσιάζεται σχεδόν πενταπλάσια διαφορά. Σε έκθεση του ΟΟΣΑ το 2016 για το προφίλ υγείας στην Ελλάδα, περισσότερο από 60% των Ελλήνων αναφέρουν δυσκολία πρόσβασης σε γιατρούς λόγω κόστους (μ.ο. στην ΕΕ 18%), 42% λόγω

απόστασης (μ.ο. στην ΕΕ 19%), 58% λόγω αναμονής (μ.ο. στην ΕΕ 36%).

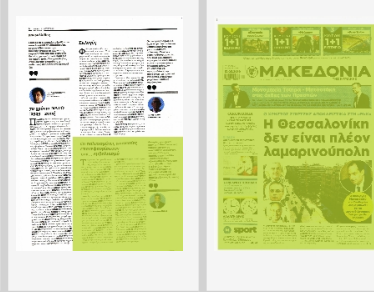
Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα ευρήματα σχετικής πανελλαδικής έρευνας το 2015 της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, όπου το 29,9% των ερωτηθέντων δηλώνει αδυναμία πρόσβασης σε γιατρό λόγω κόστους και το 24,5% αδυναμία πρόσβασης στις αναγκαίες υπηρεσίες Υγείας. Τα εμπόδια στην πρόσβαση είναι ιδιαίτερα απειλητικά για τους χρόνιους πάσχοντες. Σε μέλητες του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου διαπιστώθηκε ότι το 26% των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα αντιμετώπισαν εμπόδια στην πρόσβαση στην πρόσβαση σε ρευματολόγο, ενώ το 49% αντιμετώπισε δυσκολία στο να λάβει τη φαρμακευτική αγωγή. Το 2014, το 31% των ασθενών με καρκίνο αντιμετώπισαν εμπόδια στην πρόσβαση στη θεραπεία τους, ενώ το 44% δεν μπορούσε να καλύψει το κόστος της επίσκεψης σε ιδιώτη γιατρό.

Όλα τα παραπάνω προβλήματα θα μπορούσαν να έχουν αντιμετωπιστεί πιο αποτελεσματικά εάν όλες οι κυβερνήσεις στη διάρκεια της κρίσης δανειστής για να μη μειωθούν τόσο πολύ οι δημόσιες δαπάνες υγείας και για να προκριθούν διαρθρωτικές αλλαγές έναντι των οριζόντιων παρεμβάσεων. Σε κάθε δε περίπτωση, θα έπρεπε να εφαρμοστούν εισοδηματικά κριτήρια για την άρση κάθε οικονομικού εμποδίου. Πάνω απ' όλα όμως, θα έπρεπε να δοθεί προτεραιότητα στην οργάνωση και στη λειτουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με έμφαση στην Πρόληψη και στην Πρόσβαση Υγείας.

Ο κ. Γιάννης Τούντας είναι καθηγητής κοινωνικής και προληπτικής ιατρικής, διευθυντής του Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας και του Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής.

Οι πολιτισμένες κοινωνίες επανεφευρίσκουν τον... εμβολιασμό

Πηγή:	ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ ΤΗΣ ΚΥΡΙΑΚΗΣ	Σελ.:	86	Ημερομηνία έκδοσης:	31-03-2019
Επιφάνεια:	406.88 cm ²	Αρθρογράφος:		Κυκλοφορία:	1200
Θέματα:	ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ				



Οι πολιτισμένες κοινωνίες επανεφευρίσκουν τον... εμβολιασμό

Τρέχουν και δεν προλαβαίνουν πλέον κυβερνήσεις και φορείς, ακόμη και σε αναπτυσσόμενες χώρες, να αντιμετωπίσουν ασθένειες όπως η ιλαρά, που επανεμφανίζονται με δυναμική εξάπλωσης, ειδικά όπου έχει επικρατήσει το «αντιεμβολιαστικό κίνημα». Η ακραία απόφαση κομητείας της Νέας Υόρκης να απαγορεύσει την παρουσία σε δημόσιους χώρους παιδιών που δεν έχουν εμβολιαστεί δείχνει τον πανικό απέναντι σε ένα σύγχρονο φαινόμενο, που μοιάζει να γιγαντώνεται.

Θεωρίες που μέχρι πριν από δύο δεκαετίες περιορίζονταν σε κοινότητες μορμών, υπερροθόδοξων εβραίων και οπαδών «φυσικής ζωής» εξαπλώθηκαν γρήγορα με τη βοήθεια του διαδικτύου. Αρκεί ένας «δόκτωρ» με χάρισμα λόγου και μερικές αναφορές σε αμφιλεγόμενες έρευνες που, τότε συνδέουν τον εμβολιασμό με τον αυτισμό και τότε προειδοποιούν για την καταστροφή του ανοσοποιητικού συστήματος από την υπερέκθεση σε εμβόλια. Μετά αφήνεις τις ιστοσελίδες να αναπαράγουν τη νέα «επιστημονική αλήθεια». Κι όταν έχεις να διαλέξεις ανάμεσα σ' ένα άρθρο με τίτλο «τα οφέλη του εμβολιασμού» κι ένα άλλο που υποστηρίζει «γιατί ο εμβολιασμός μπορεί να σκοτώσει», αποφασίζεις να αναρτήσεις

το δεύτερο που φέρνει πολύ περισσότερα κλικ.

Αυτό που δεν γνωρίζουν πολλοί είναι ότι αντιεμβολιαστικές θεωρίες αναπτύσσονται και στη χώρα μας. Δεν μιλάμε προς το παρόν για κίνημα, καθώς κυκλοφορούν κυρίως μεταξύ θρησκευτικών ή άλλων μειονοτήτων και ομάδων γύρω από ομοιοπαθητικούς γιατρούς. Μια ματιά όμως στο τι έχει συμβεί τα τελευταία χρόνια στις Ηνωμένες Πολιτείες, αλλά και στο σύνολο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που γνώρισε την έξαρση της ιλαράς του 2017, οφείλει να μας προβληματίσει.

Οι σύγχρονες κοινωνίες πρέπει να ξαναμιλήσουν μεθοδικά για αυτόνοτες ανάγκες όπως ο εμβολιασμός. Ο πολίτης να είναι ενημερωμένος με ευθύνη της πολιτείας και όχι έρμαιο τσαρλατάνων, που αναπολούν τις... παλιές καλές εποχές χωρίς φάρμακα. Το νομικό σύστημα στην ενωμένη Ευρώπη πρέπει να θωρακίσει την κοινωνία απέναντι σε ομάδες που θέλουν με το στανιό να επαναφέρουν ξεχασμένες για δεκαετίες ασθένειες. Ειδικά στη χώρα μας απαιτείται ένα εθνικό σύστημα καταγραφής εμβολιασμού, ώστε το ιστορικό εμβολιασμών ενός παιδιού να μην είναι απλώς μερικές γραμμές, γραμμένες σε ένα βιβλιάριο, ξεχασμένο σε ένα συρτάρι του σπιτιού, χωρίς το κράτος να γνωρίζει το παραμικρό.

Θεωρίες που μέχρι πριν από δύο δεκαετίες περιορίζονταν σε κοινότητες μορμών, υπερροθόδοξων εβραίων και οπαδών «φυσικής ζωής» εξαπλώθηκαν γρήγορα με τη βοήθεια του διαδικτύου. Αρκεί ένας «δόκτωρ» με χάρισμα λόγου και μερικές αναφορές σε αμφιλεγόμενες έρευνες του...



Του **Δημήτρη Ντόζη**

Πηγή: ΜΠΑΜ Σελ.: 19 Ημερομηνία έκδοσης: 31-03-2019
Επιφάνεια: 1062.19 cm² Αρθρογράφος: Κυκλοφορία: 0
Θέματα: ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ



ΕΚΑΤ. ΕΥΡΩ ΓΙΑ ΚΟΝΔΥΛΙΑ ΕΡΕΥΝΩΝ ΔΙΧΩΣ ΤΗΝ ΕΓΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ

Ο ΕΟΠΥΥ χαρίζει χρήμα στους καθηγητές του ΕΚΠΑ



Σε αυτό το έγγραφο αποτυπώνεται η λίστα των 14 μονάδων του ΕΚΠΑ που εμπιρεύονται στη ρυθμιστική σύμβαση

Τη γνωστή... ελληνική μεθοδολογία της αρπαχτής και των διαδικασιών στα όρια της παρανομίας, φαίνεται να εφαρμόζουν από κοινού το υπουργείο Υγείας, μέσω του ΕΟΠΥΥ, και το υπουργείο Παιδείας, μέσω των καθηγητών του ΕΚΠΑ, με φόντο τη χρηματοδότηση ερευνητικών διαδικασιών που να μην είναι ηθική και καθ' όλα θεμιτή, αλλά δεν εμπόδιζε σε καμία υπογεγραμμένη σύμβαση. Ως εκ τούτου - και με τη δικαιολογία της παράκαμψης των γραφειοκρατικών εμποδίων - οι προσωπικοί λογαριασμοί συγκεκριμένων καθηγητών έχουν «φρουσώσει» και από εκεί κι έπειτα οι ίδιοι οι καθηγητές, με δική τους αξιολόγηση και με την τυπική απόφαση της «Επιτροπής Ερευνών» χρηματοδοτούν τις έρευνες, έχοντας την ηθική υποχρέωση να καταβάλουν ολόκληρο το ποσό του κονδυλίου. Το καταβάλουν, όμως;

Με λίγα λόγια εν όψει των εθνικών, αλλά και των πρωτανικών εκλογών, το υπουργείο παρέχει σε 14 διαφορετικά τμήματα του ΕΚΠΑ, άρα σε 15 προσωπικούς κωδικούς καθηγητών (καθώς στη Μονάδα Κλινικής και Μεταφαστικής Έρευνας στην Ενδοκρινολογία της Α' Παιδιατρικής Κλινικής είναι δύο οι υπεύθυνοι καθηγητές), το ποσό των 4,5 εκατ. ευρώ και με μία απλή... διάθεση, μπορεί κανείς να υπολογίσει πόσα χρήματα έχουν εισπράξει οι συγκεκριμένοι ακαδημαϊκοί. Η «ΜΠΑΜ στο Ρεπορτάζ» αποκαλύπτει ποιες είναι αυτές οι Μονάδες-Τμήματα και ποια είναι τα ονόματα των 15 καθηγητών που έχουν μοιραστεί το ποσό, δίχως φυσικά καμία έγκριση ή ρυθμιστική σύμβαση.

σε, με αφορμή φυσικά την πρωτανική εκλογή που θα πραγματοποιηθεί το Μάη, ο ΕΟΠΥΥ όχι μόνο προέβη στην καταβολή αποζημιώσεων για τις εξετάσεις και τις έρευνες, αλλά αναμένεται να εγκρίνει κι άλλα εκατομμύρια για το επόμενο ακαδημαϊκό έτος.

Εισαγγελική έρευνα για τα 4.500.000 ευρώ που δόθηκαν χωρίς να υφίσταται ρυθμιστική σύμβαση

Η «ΜΠΑΜ στο Ρεπορτάζ» δεν έχει φυσικά καμία διάθεση να προσβάλει τη λογική της κρατικής χρηματοδότησης επιστημονικών ερευνών. Ωστόσο, αυτή τη στιγμή δεν έχει εκδοθεί καμία απόφαση του υπουργείου Παιδείας, άρα μιλάμε για μία αυθαίρετη έγκριση ενός κονδυλίου ύψους 4.500.000 ευρώ. Σύμφωνα, μάλιστα, με την καταγγελία που βρίσκεται στο συρτάρι του προϊστάμενου του Εφετερίου Αθηνών δεν υπάρχει καν η δυνατότητα σύννομης κατάρτισης μίας σύμβασης τέτοιου τύπου, κάτι που αν ισχύει θα έχουμε να κάνουμε με σκάνδαλο μεγάλων τόπων. Το δικαστήριο των ερετών αναμένεται να συνεδριάσει ως συμβούλιο σε ολομέλεια με την παρουσία και του αρμοδίου εισαγγελέα και έχει το δικαίωμα να ακούσει τις ανακοινώσεις μέλους του κατά το άρθρο 37 και να παραγγείλει στον εισαγγελέα να κινήσει ποινική δίωξη!

Η ρύθμιση Γαβρόγλου που αλλάζει το στάτους των θητειών των πρωτάνων

Οι πρωτάνες των Πανεπιστημίων δεν μπορούν να θητεύσουν για δεύτερη συνεχόμενη τετραετία, είχαν μόνο τη δυνατότητα να επανέλθουν μετά από τέσσερα χρόνια. Μόνο που ο Κώστας Γαβρόγλου στο νέο νομοσχέδιο που κατέβαλε το Γενάρη καθήρνεσε αυτή τη ρύθμιση και έδωσε τη δυνατότητα στους πρωτάνες να διεκδικούν και δεύτερη συνεχόμενη θητεία (τριετία και όχι τετραετία). Πρόκειται για μία πονηρή παρέμβαση στις εκλογικές διαδικασίες των πανεπιστημίων, καθώς επιτρέπει ακόμη και σε πρωτάνες που αναμένεται να συνταξιοδοτηθούν σε δύο χρόνια να διεκδικήσουν ξανά την έδρα και να παρατείνουν τη θητεία τους, ακόμη και μετά τη συνταξιοδοτική τους ηλικία. Αυτό το ωραίο κολπάκι του Γαβρόγλου ενθουσίασε τους εν ενεργεία πρωτάνες που σε κάθε περίπτωση πρέπει να έχουν αναπείσει τον ΣΥΡΙΖΑ...



Πηγή:	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ	Σελ.:	1,29	Ημερομηνία έκδοσης:	31-03-2019
Επιφάνεια:	1648.28 cm ²	Αρθρογράφος:		Κυκλοφορία:	14860
Θέματα:	ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ				



Διαβήτης, η ύπουλη νόσος που εξαπλώνεται

Πάσχουν περίπου 425 εκατ. άνθρωποι σε όλο τον κόσμο

Σχεδόν 425 εκατ. άνθρωποι σε όλο τον κόσμο πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη, τα 66 εκατ. στην Ευρώπη με 700.000 θύματα ετησίως, ενώ μέχρι το 2030 οι πάσχοντες θα έχουν ξεπεράσει τα 640 εκατ. παγκοσμίως. Η συγκεκριμένη νόσος είναι ύπουλη, συχνά δεν εμφανίζει συμπτώματα, ενώ πλήττει και παιδιά. Οι επιστήμονες μιλούν για πανδημία, η οποία όμως μπορεί να αναχαιτιστεί με απώλεια βάρους, ισορροπημένη διατροφή και άσκηση. **Σελ. 29**

Διαβήτης, μια παγκόσμια μάστιγα

Σε 425 εκατ. υπολογίζονται οι ασθενείς σε όλο τον κόσμο – Ισορροπημένη διατροφή και άσκηση συνιστούν οι ειδικοί

Της ΤΑΣΟΥΛΑΣ ΕΠΑΚΟΛΙΟΥ

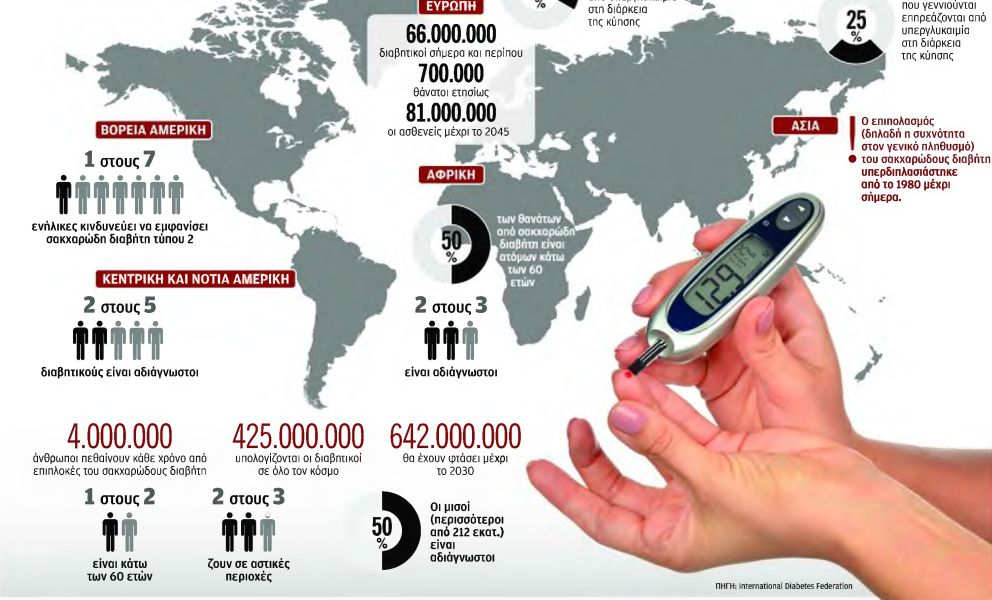
Οι γιατροί μιλούν για πανδημία, για μια πάθηση που απειλεί ολόένα και μεγαλύτερο μέρος του παγκόσμιου πληθυσμού. Η έξαρση της αποδίδεται σε γενετικούς και προδιαθεσικούς παράγοντες, αλλά κυρίως σε περιβαλλοντικούς: στην κακή διατροφή, στην παχυσαρκία, στην έλλειψη άσκησης. Ο ασθενής που γνωρίζει ότι πάσχει και πράττει τα δέοντα κερδίζει πολλά και ποιοτικά χρόνια ζωής. Αλλά ο εκθρόνος είναι ύπουλος: συχνά δεν εμφανίζει κανένα σύμπτωμα και ο ασθενής δεν γνωρίζει ότι ασθενεί. Κι όταν οι επιπλοκές εμφανιστούν – από αμφιβλαστροειδοπάθεια, νεφροπάθεια και στυτική δυσλειτουργία μέχρι καρδιαγγειακή νόσο και εγκεφαλικό –, συνήθως είναι πά διακόλο να αντιμετωπιστούν. Ποια είναι αυτή η απειλή; Ο σακχαρώδης διαβήτης, τύπου 1 και 2.

Σε 425 εκατ. υπολογίζονται σήμερα οι διαβητικοί σε όλο τον κόσμο. Μέχρι το 2030 θα έχουν φτάσει τα 642. Οι μισοί (περισσότεροι από 212 εκατ.) είναι αδιγνώστοι και 2 στους 3 ζουν σε αστικές περιοχές. Τέσσερα εκατ. άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο από επιπλοκές: ένας στους δύο είναι κάτω των 60 ετών. Μόνο στην Ευρώπη, οι διαβητικοί είναι 66 εκατ., τα θύματα 700.000 και ένα στα έξι παιδιά που γεννιούνται επιπράζεται από την υπεργλυκαιμία της μητέρας του στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, ένας στους δέκα πολίτες ζει με τον διαβήτη και ένας στους τρεις έχει προδιαβήτη, δηλαδή πρόδρομο ασθενεία για τον τύπο 2. Το δε κόστος της νόσου, έμμεσο και άμεσο (ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και καμένες ώρες εργασίας), αγγίζει τα 250 δισ. δολάρια ετησίως. Το 10% της παγκόσμιας δαπάνης για την υγεία αφορά τον διαβήτη.

Ζοφερό είναι το σκηνικό και για την Ελλάδα. Σύμφωνα με τα στοιχεία της International Diabetes Federation, ο επιπολασμός (συχνότητα στον γενικό πληθυσμό) στη χώρα μας (σε άτομα 20-79 ετών) ήταν 7,2% το 2017 και αναμένεται να γίνει 9% μέχρι το 2045. Το ποσοστό θανάτων ατόμων κάτω των 60 ετών που αποδίδονται στην πάθηση είναι 28% και οι ακρωτηριασμοί ανέρχονται σε 3.000. Περισσότερα από 2.000 Έλληνόνοια (έως 19 ετών) διαγνώσκονται κάθε χρόνο με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1.

Το περιβάλλον
As πόρουμε όμως τα πράγματα με τη σειρά. Σακχαρώδης διαβήτης είναι ένα σύνδρομο με ετερογενείς και πολυπαραγοντικό υπόστρωμα. Χαρακτηρίζεται από διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων, λίπιδων και πρωτεϊνών, η οποία οφείλεται σε έλλειψη ινσουλίνης. Αυτή η έλλειψη μπορεί να είναι πλήρης ή μερική ή σχετική (όταν, πα-

Ο παγκόσμιος Ατλας της πάθησης



Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ

Στην Ευρώπη, οι διαβητικοί είναι 66 εκατ., τα θύματα 700.000 και ένα στα έξι παιδιά επιπράζεται από υπεργλυκαιμία της μητέρας κατά την εγκυμοσύνη.

ρά τα αυξημένα επίπεδα της στο αίμα, δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών του μεταβολισμού, λόγω παρεμπόδισης της δράσης της στους περιφερικούς ιστούς – λόγω αντίστασης, όπως λέγεται στην ιατρική. Η κύρια έκφραση της διαταραχής του μεταβολισμού στον σακχαρώδη διαβήτη είναι η αύξηση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα. Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 (Τ1ΣΔ) οφείλεται σε καταστροφή των β-κυττάρων στο πάγκρεας, η οποία συνήθως οδηγεί σε σοβαρή έλλειψη ινσουλίνης. Αφορά το 5%-10% των ασθενών. Ο τύπος 2 (Τ2ΣΔ) οφείλεται σε προοδευτική μείωση της έκκρισης της ποσότητας ινσουλίνης που απαιτείται για την αντιμετώπιση των μετα-

βολικών αναγκών, αλλά και της δραστηριότητάς της, και αφορά τουλάχιστον το 90% των ασθενών με διαβήτη.

Γιατί είμαστε τόσο ευάλωτοι απέναντι στον σακχαρώδη διαβήτη; Τι προκαλεί την «εκρηγή» του παγκόσμιου και ποιας επιδημιολογικές διαφορές παρατηρούνται μεταξύ των τύπων του; «Η συνεχής αύξηση της συχνότητας της τροφώσεως από την παχυσαρκία και την υποθεσία ανθυγιεινού μοντέλου ζωής σε όλο τον κόσμο. Ειδικά ο διαβήτης τύπου 2, όπως και ο προδιαβήτης, παρατηρείται όχι μόνο σε ενήλικους αλλά και σε ολόένα και περισσότερα παιδιά και εφήβους. Τα αίτια αυτής της πανδημίας είναι εννοιακά να αναζητηθούν σε ένα περίλοκο πλέγμα γενετικών και επigenετικών συντελεστών που αλληλεπιδρούν μέσα σε ένα εξίσου περίλοκο κοινωνικό πλαίσιο το οποίο καθορίζει τις περιβαλλοντικές επιρροές μας. «Δεν είναι τυχαίο ότι η «δυσκοιλιότητα» του τρόπου ζωής χωρών όπως η Κίνα και η Ινδία έχει αυξήσει δραματικά τον παγκόσμιο πληθυσμό των διαβητικών», λέει ο καθηγητής Ενδοκρινολογίας στο γερμανικό Πανεπιστήμιο της Ουλμ Λεωνίδας Ντούντας, της Μονάδας Ενδοκρινολογίας, Διαβήτη

και Μεταβολισμού του Ευγενείου του Θεραπευτηρίου του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Ποιοι είναι οι προδιαθεσικοί παράγοντες για την εμφάνιση διαβήτη τύπου 1 και 2 και πόσο επιπράζουν την εμφάνιση της νόσου; «Τα γονίδια ευθύνονται κατά 60% για την προδιάθεση στον Τ1ΣΔ, ο οποίος πολλές φορές εκδηλώνεται μαζί με άλλα αυτοάνοσα νοσήματα, είναι συχνός ο συνδυασμός του με τη θυρεοειδίτιδα του Hashimoto, στο πλαίσιο ενός πολλαπλού αυτοάνοσου συνδρόμου, όπως λέγεται. Αντίθετα, ο Τ2ΣΔ συσχετίζεται με ισχυρό οικογενειακό ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη και παχυσαρκίας. Σημαντικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου για τον Τ2ΣΔ είναι, μεταξύ άλλων, οι εντερικοί (δυσβαίωση ή οι CoxSacke B), η έκθεση σε κρύο περιβάλλον (οι βόρειες χώρες, με χαρακτηριστικό παράδειγμα η Φινλανδία, καταγράφουν τα υψηλότερα ποσοστά Τ1ΣΔ) και η μικρή διάρκεια περιόδου γαλουχίας. Όλα αυτά μπορεί να πυροδοτήσουν μια αυτόνοση αντίδραση του οργανισμού μας, δηλαδή την παραγωγή αυτοαντισωματιών εναντίον των β-κυττάρων του παγκρέατος τα οποία εκκρίνουν την ινσουλίνη», εξηγεί ο κ. Ντούντας.

Με μέτρο τα γλυκά και οι ώρες... στον καναπέ

Η δίαιτα παραμένει ο ακρογωνιαίος λίθος στην πρόληψη και αντιμετώπιση του διαβήτη. «Πρέπει να γνωρίζει ο κόσμος ότι μειώνουμε σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης του εάν αλλάζουμε τρόπο ζωής, αν προσέξουμε τις τροφές που φέρνουν στο πιάτο μας, την ποιότητα και την ποσότητα τους, και αν γίνουμε λιγότερο «γλυκατζήδες», λέει στην «Κ» ο καθηγητής Ενδοκρινολογίας Λεωνίδας Ντούντας. Υπάρχει όμως ιδανική διατροφή για τους διαβητικούς και τι περιλαμβάνει; «Κατ' αρχάς, μείωση των θερμίδων με μικρότερες μερίδες και αποφυγή της ζάχαρης, του λευκού ψωμιού, των μεγάλων ποσοτήτων κόκκινου κρέατος και γαλακτοκομικών προϊόντων υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά. Η μεσογειακή διατροφή είναι η καλύτερη λύση: πλούσια σε λαχανικά, σε πρώιμα ολικία άλεστος, σε φρούτα. Σε τροφές, δηλαδή, που προωθούν τον οργανισμό μας από παράγοντες οι οποίοι αυξάνουν το κίνδυνο σπασμού και τη φλεγμονή και ευθύνονται για μια σειρά προβλημάτων

υγείας. Τα μούρα και το ταξινό, για παράδειγμα, εξουδετερώνουν τις ελεύθερες ρίζες οι οποίες συνδέονται με τη γήρανση των κυττάρων. Το ταξινό είναι εξαιρετική επιλογή για έναν αλλεργικό άνθρωπο: μειώνει τα επίπεδα της κολλοστερίνης και έχει χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη. Προσοχή, βέβαια, στην ποσότητα, γιατί έχει αρκετές θερμίδες».

Αερόβια άσκηση

Η άσκηση είναι η δεύτερη συνιστώσα στην πρόληψη του διαβήτη. Συνιστάται μέτριας ή έντονης έντασης αερόβια άσκηση, διάρκειας τουλάχιστον 30 λεπτών την ημέρα, το λιγότερο 5 φορές την εβδομάδα. Λιγότερες ώρες στον καναπέ και περισσότερες στο περπάτημα, στο κολύμπι, στον χορό, στο ποδόσφαιρο και σε άλλες αθλητικές δραστηριότητες. «Αν θέσουμε για ζήσουμε περισσότερο και καλύτερα, δηλαδή, που προωθούν τον οργανισμό μας από παράγοντες οι οποίοι αυξάνουν το κίνδυνο σπασμού και τη φλεγμονή και ευθύνονται για μια σειρά προβλημάτων

Πώς η απώλεια βάρους μπορεί να οδηγήσει σε ύφεση την πάθηση

Ενας στους έντεκα Ευρωπαίους πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη, τονίζει ο Ολλανδός καθηγητής AJan der Lely, επικεφαλής του Τομέα Ενδοκρινολογίας στο Πανεπιστήμιο Erasmus του Ρότερνταμ και πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Ενδοκρινολογίας. Οι συνήθειες είναι δυσβαστατικές σε ανθρώπινες ζωές, αλλά όχι μόνο: ο διαβήτης έχει και οικονομικές διαστάσεις για τη Γηραιά Ηπειρο. «Μόνο στην Ολλανδία, όπου ο αριθμός των διαβητικών είναι περίπου ένα εκατομμύριο, το ετήσιο κόστος της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψής τους ξεπερνάει τα 6,5 δισ. ευρώ (για τη θεραπεία των τύπων 1 και 2 αλλά και για την αντιμετώπιση των επιπλοκών τους). Αυτό το ποσό αντιπροσωπεύει το 1,8% των συνολικών δαπανών υγείας στη χώρα μας. Δεδομένου ότι στην Ευρώπη οι διαβητικοί είναι



«Η ευρεία εφαρμογή συστημάτων τεχνητής νοημοσύνης για τη συνεχή κατηγορή της γλυκόζης και για υποδόρια έγχυση ινσουλίνης και γλυκαγόνης θα βελτιώσει την καθημερινότητα των διαβητικών», λέει ο Ολλανδός καθηγητής AJan der Lely.

τουλάχιστον 66 εκατ., το αντίστοιχο κόστος υπολογίζεται σε 430 δισ. ευρώ ετησίως», λέει στην «Κ» ο κ. Van der Lely, ο οποίος δεν χροιά την αντιστάση του για το μέλλον. «Όταν ο αριθμός των διαβητικών είναι τόσο μεγάλος κι όταν αυξάνεται με τέτοιους ρυθμούς, δεν μπορεί να είναι αισιόδοξος. Το πρόβλημα είναι τεράστιο, είναι μπροστά μας και είμαστε υποχρεωμένοι να ζήσουμε με αυτό. Αλλά οι άνθρωποι είμαστε όλοι ευέλικτοι και επιμονώ. Και δεν εγκαταλείπουμε την προσπάθεια. Δεν έχουμε άλλη επιλογή άλλωστε. Η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Ενδοκρινολογίας θεωρεί τον διαβήτη και την παχυσαρκία – πανδημία. Ο μόνος τρόπος να τον αντιμετωπίσουμε αποτελεσματικά είναι να εστιαστούμε όχι μόνο στην καλύτερη δυνατή θεραπεία αλλά και

στην πρόληψη – ιδιαίτερα στην πρόληψη, με προγράμματα ενημέρωσης του κοινού όλων των ηλικιών, ακόμα και σε σχολεία, με πρωτοβουλίες συνεργασίας με αντιστοίχους φορείς. Γιατί μπορεί ο διαβήτης να είναι πάθηση ενδοκρινολογική, αλλά σχετίζεται εκτενώς με άλλες ασθένειες, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο καρκίνος».

Νέες Θεραπείες

Η ανακάλυψη της ινσουλίνας και του ρόλου της στον μεταβολισμό, η απομόνωσή της και στη συνέχεια η θεραπευτική χρήση της συνιστούν μια επιστημονική εποποιία του 20ού αιώνα. Τι πρόδο έχει σημεριότα η επιστήμη του 21ου αιώνα; Υπάρχουν καινούργιες προσεγγίσεις στην αντιμετώπιση του διαβήτη; «Την τελευταία δεκα-

ετία, πράγματι, νέες θεραπευτικές μέθοδοι έχουν αρχίσει να εφαρμόζονται, όπως τα GLP-1, ανάλογα και οι DPP4 και SGLT2 αναστολείς, με «στοχευμένο» τρόπο δράσης. Τα συγκεκριμένα φάρμακα επηράζουν θετικά τις μακροχρόνιες συνέπειες της πάθησης, όσον αφορά τη νοσηρότητα και τη θνητότητα της καρδιαγγειακής νόσου», απαντά ο κ. Van der Lely. «Η ευρεία εφαρμογή συστημάτων τεχνητής νοημοσύνης για τη συνεχή καταγραφή της γλυκόζης και για υποδόρια έγχυση – προηγμένες αντλίες – ινσουλίνης και γλυκαγόνης θα βελτιώσει την καθημερινότητα των διαβητικών, εξασφαλίζοντάς τους μια ποιοτική ζωή. Η κατανόηση της ανοσολογίας του διαβήτη τύπου 1 είναι επίσης μια επιστημονική πρόκληση. Βέβαια, η συντηρητική

πλειονότητα των ασθενών πάσχει από διαβήτη τύπου 2. Γι' αυτούς, μια βαρβαρική χειρουργική επέμβαση, που έχει στόχο τη μείωση του μεγέθους του στομάχου, είναι πάντα αποτελεσματική – αλλά δυστυχώς δεν είναι προσιτή σε όλους. Προσφατά, πολύ επιδεδωμένα μινιμάτια ήρθαν από τις εκθέσεις της ομάδας βάρους στον DIRECT. Ερευνητές από το Ηνωμένο Βασίλειο κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η απώλεια βάρους μπορεί να θέσει τον διαβήτη τύπου 2 σε ύφεση για τουλάχιστον δύο χρόνια. Αυτό συνέβη με όσους διαβητικούς κατέφεραν να χάσουν περισσότερα από 10 κιλά και δείχνει ότι ο συγκεκριμένος τύπος διαβήτη πιθανότατα είναι αναστρέψιμος και μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά χωρίς φάρμακα».

Οι γιατροί υποχρέωσαν το υπουργείο σε υποχώρηση

Πηγή: ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ

Σελ.: 28

Ημερομηνία έκδοσης: 31-03-2019

Επιφάνεια: 1009.63 cm²

Αρθρογράφος:

Κυκλοφορία: 14860

Θέματα: ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ



7.300 ειδικευμένοι γιατροί υπηρετούν σήμερα σε νοσοκομεία του ΕΣΥ

12.000-12.500 μόνιμοι γιατροί υπηρετούν σε δημόσια νοσοκομεία και σε δημόσιες μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

2.800 επικουρικοί γιατροί εργάζονται στο ΕΣΥ

18.000 Έλληνες γιατροί έχουν φύγει στο εξωτερικό από την αρχή της κρίσης έως σήμερα

Οι γιατροί υποχρέωσαν το υπουργείο σε υποχώρηση

«Παγώνει» η διάταξη για την αναγραφή βαθμού στον τίτλο ειδικότητας

Της ΠΕΝΝΥΣ ΜΠΟΥΛΟΥΤΖΑ

«Καλώς», «λίαν καλώς», «άριστα». Αυτοί οι τρεις βαθμοί επιτυχίας στις εξετάσεις για την απόκτηση τίτλου ειδικότητας των ειδικευμένων γιατρών και τους οποίους επικρατεί, με πρόσφατη νομοθετική ρύθμιση, να εισαγάγει η κυβέρνηση, έχουν εξελιχθεί σε μικρό «βασιλιά» για τον ηγεσίο του υπουργείου Υγείας. Είκοσι ημέρες μετά την ψήφιση της σχετικής τροπολογίας, η οποία προστέθηκε σε νομοσχέδιο εκτάκτως, το υπουργείο υπό την πίεση ιατρικών ενώσεων και συλλόγων επιλέγει τακτικά υποχώρησης, ανακηλώνοντας ότι στις προσεχείς πανελλαδικές εξετάσεις του φθινοπώρου δεν θα υπάρχει βαθμός στον τίτλο ειδικότητας, καθώς και ότι θα επανεξεταστεί συνολικά το περιεχόμενο της συγκεκριμένης ρύθμισης. Είχε προηγηθεί θύελλα αντιδράσεων εκπροσώπων γιατρών, οι οποίοι κάνουν λόγο για δημιουργία γιατρών τριών κατηγοριών με δεδομένο ότι ο βαθμός στον τίτλο ειδικότητας θα είναι «κόβητος», δηλαδή θα συνδέεται κάθε γιατρό σε όλη του την επαγγελματική ζωή, ανεξάρτητα από την εξέλιξή του.

Σύμφωνα με τη διάταξη που ψηφίστηκε πρόσφατα από την ελληνική Βουλή, θεσπίζεται νέο σύστημα εξετάσεων για την απόκτηση του τίτλου ειδικότητας από τους ειδικευόμενους γιατρούς και το οποίο αναμένεται να ισχύσει από το φθινόπωρο. Ειδικότερα, καθιερώνονται πανελλαδικές εξετάσεις με δύο εξεταστικά κέντρα σε Αττική και Θεσσαλονίκη, έναντι επτά που υπήρχαν σήμερα στις έδρες κάθε Ιατρικής Σχολής. Η αλλαγή αυτή έγινε με σκοπό να υπάρξει μεγαλύτερη διαφάνεια στις εξετάσεις και να απορριχθούν όσο το δυνατόν φαινόμενα ευνοκοκρατίας ειδικά σε ειδικευμένους που έχουν εκπαιδευθεί από κριτές των εξεταστικών επιτηρών. Οι εξετάσεις θα διενεργούνται από τριμελείς εξεταστικές επιτροπές και οι εξεταστικές περιόδους ορίζονται σε τέσσερις τον χρόνο. Οι υποψήφιοι υποβάλλονται υποχρεωτικά σε γραπτή και προφορική διαδικασία. Στην προφορική διαδικασία υποβάλλονται μόνο όσοι γιατροί έχουν «πάρει» τη βάση (βαθμό) καλύτεροτουν ήγιστε στις Βαθμολογικά κλίμακα 0 έως 10) στη γραπτή δοκιμασία. Όπως αναφέρεται στην υπό επανεξέταση διάταξη, στον υπό εξεταζόμενο θα αναγράφεται ο χαρακτηρισμός επιτυχίας του γιατρού στην προφορική

Συνεχίζεται η φυγή στο εξωτερικό

Με σταθερό υψηλό ρυθμό συνεχίζεται η μετανάστευση ιατρική προσώπων της χώρας μας προς χώρες του εξωτερικού. Εκτιμάται πως από την αρχή της κρίσης έως σήμερα έχουν αναζητήσει την τύχη τους στο εξωτερικό περίπου 18.000 γιατροί. Όσοι από αυτούς κατάφεραν να βρουν μια ικανοποιητική εργασία στο εξωτερικό, προσημιάζονται για το εάν θα επιστρέψουν, προβάλλοντας ως βασικό εμπόδιο ότι τόσο οι οικογένειές, όσο την απουσία ενός οργανωμένου πλαισίου στο ελληνικό σύστημα Υγείας, που θα παρέχει δυνατότητες επιστημονικής εξέλιξης και θα βασιστεί στην οδοκρατία. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, περίπου το 60% των αποφορτισμένων ιατρικών σχολών της Ελλάδας επιθυμεί να φύγει στο εξωτερικό για ειδικότητα, ενώ μόνο από την Αθήνα, από το 2011 έως σήμερα, έχουν φύγει στο εξωτερικό προς αναζήτηση εργασίας 3.394 ανεπίτευκτοι γιατροί. Ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών την τελευταία τριετία εκδίδει περί τα 1.200 πιστοποιητικά σε γιατρούς που θέλουν να φύγουν στο εξωτερικό, εκ των οποίων κατά μέσο όρο 350 αφορούν ανεπίτευκτους γιατρούς.

Είχε προηγηθεί θύελλα αντιδράσεων με βασικό επιχείρημα ότι δημιουργούνται γιατροί τριών διαφορετικών κατηγοριών

διαδικασία: είτε καλώς, είτε λίαν καλώς, είτε άριστα.

Και εδώ είναι που εντάσσονται την κριτική τους οι εκπαιδευτικοί των γιατρών. Σύμφωνα με την Ομοσπονδία Ενώσεων Νοσοκομειακών Ιατρών Ελλάδος (ΟΕΝΓΕ), η συγκεκριμένη ρύθμιση κατηγοριοποιεί τους γιατρούς, «τους χωρίζει σε ικανούς, ικανότερους και λιγότερο ικανούς», όπως αναφέρεται χαρακτηριστικά, για την υπόλοιπη επαγγελματική τους ζωή και ανεξάρτητα από την εξέλιξή τους. Μάλιστα, οι νοσοκομειακοί γιατροί εκφράζουν έντονα τον φόβο ότι ο βαθμός θα είναι κριτήριο για την ανάληψη θέσης στο ΕΣΥ, με τους «άριστους» να προσλαμβάνονται στα μεγάλα νοσοκομεία και τους έχοντες βαθμό «καλώς» να διεκδικούν θέση στην Περιφέρεια.

Η διεθνής εμπειρία

Για μια ρύθμιση η οποία έρχεται σε αντίθεση με το τι ισχύει στις περισσότερες χώρες του κόσμου, κάνει λόγο στην «Κ» ο γενικός γραμματέας της ΟΕΝΓΕ, νευροχειρουργός στο Κρατικό Νικαίας κ. Πανός Παπανικολάου. Όπως τονίζει, «στο Ηνωμένο Βασίλειο οι εξετάσεις δίνονται 1,5 χρόνο πριν από τη λήξη της ειδικότητας, υπό την προϋπόθεση ότι θα έχει συμπληρωθεί η διαδικασία όλη, ενώ στον τίτλο δεν αναγράφεται ο βαθμός. Ούτε στη

Γερμανία, ούτε στις ΗΠΑ δεν δίνεται βαθμός στον τίτλο ειδικότητας. Στη Γαλλία αποκτάς τον τίτλο χωρίς εξετάσεις, αλλά υπάρχουν «φραγμοί» κατά την εκπαίδευση, ενώ στην Ιαπωνία δεν μπαίνει βαθμός ούτε στο πτυχίο της Ιατρικής». Σύμφωνα με τον ίδιο, μετέωρο εμπόδιο που δημιουργεί το νέο σύστημα είναι ότι το υπουργείο δεν έχει απαντήσει στο πώς θα ισοτιμηθούν οι τίτλοι ειδικότητας που αποκτώνται στο εξωτερικό.

«Είμαστε υπέρ των αντικειμενικών, αξιολογητικών, πανελλαδικών εξετάσεων για την ειδικότητα, ωστόσο ζητούμε την απόσυρση της ρύθμισης, καθώς είναι αντιεπιστημονική και στρέφεται ενάντια στις μελλοντικές γενιές των γιατρών, οι οποίοι θα πάρουν τον δρόμο της ζενιτίδας, διεκδικώντας ισότιμη μεταχείριση, με τους συναδέλφους τους, από τα άλλα κράτη», δηλώνει στην «Κ» ο πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών Γιώργος Πατσιώλης και προσθέτει «τα τελευταία χρόνια υπάρχει ένα πρωτόγνωρο μεταναστευτικό ρεύμα, ειδικά στους νέους γιατρούς. Ουσιαστικά, η Ελλάδα χρηματοδοτεί την εκπαίδευση του ιατρικού κόσμου, για να στελεχωθούν τα συστήματα υγείας των άλλων χωρών».

Οι γιατροί επικεντρώνουν την κριτική τους και στο γεγονός ότι δεν έχει ληφθεί προς το παρόν κανένα μέτρο για την ουσιαστική αναβάθμιση της ιατρικής εκπαίδευσης. «Με το σύνολο των γιατρών να είναι άριστο». Αυτό είναι ένα προβληματικό σημείο που παραδειχτικά ακόμα και όσοι υποστηρίζουν τον βαθμό στον τίτλο ειδικότητας. Όπως ανέφερε στην «Κ» ο πρώην πρόεδρος της Επιτροπής Εκπαίδευσης του Ιατρικού Συλλόγου Υγείας (ΚΕ-

ΣΥ), συντονιστής διευθυντής ΕΣΥ στο τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής στον «Ευαγγελισμό», Γιάννης Δαδουλάκης, «η συγκεκριμένη διάταξη είναι προς τη σωστή κατεύθυνση. Είναι ένα μέτρο που ευνοεί την αριστεία, αφού είναι υπέρ της αξιολόγησης και κατά της ισοπέδωσης. Πρόκειται για μια εξέλιξη της πολιτικής του ΣΥΡΙΖΑ». Η συγκεκριμένη διάταξη αποτελεί αντιγραφή άρθρου σχεδίου νόμου που είχε κατατεθεί στη Βουλή το 2012, αλλά δεν ψηφίστηκε λόγω πρόωγων εκλογών. Με τη διαφορά ότι σε εκείνο το σχέδιο νόμου, η αλλαγή στις εξετάσεις για ειδικότητα προέκυπε από μία γενική αναδιάρθρωση των εκπαιδευτικών κέντρων που υπάρχουν στη χώρα μας και επανεξέταση του εκπαιδευτικού προγράμματος.

Πάντως, σύμφωνα με τα όσα ανέφερε στην «Κ» ο κ. Δημήτρης Βαράβας, μέλος του ΚΕΣΥ, σε επόμενο στάδιο αναμένεται να θεομοθετηθούν τα «βιβλία ειδικότητας - logbook» στα οποία θα καταγράφονται οι δεξιότητες που αποκτά ο κάθε γιατρός στη διάρκεια της εκπαίδευσής του, και τα οποία έχουν ήδη ετοιμάσει οι ομάδες εργασίας του ΚΕΣΥ. Επιπλέον, έχει προχωρήσει σε αξιολόγηση των κέντρων εκπαίδευσης της χώρας για το πώς πληρούν τις προϋποθέσεις να εκπαιδεύουν νέους γιατρούς.

7.300 εκπαιδευόμενοι

Αυτή τη στιγμή εκπαιδεύονται για ειδικότητα σε νοσοκομεία της χώρας 7.300 γιατροί, ενώ οι θέσεις ειδικότητας αφήνουν τις 11.000. Την τελευταία δεκαετία έχει μειωθεί δραματικά ο αριθμός των ειδικευόμενων γιατρών στη χώρα μας, γεγονός που ορείεται τόσο στο brain drain, όσο και στο γεγονός ότι Έλληνες απόφοιτοι σχολών Ιατρικής του εξωτερικού που παλαιότερα έρχονταν στην Ελλάδα για να κάνουν την ειδικότητα, τώρα επέλεξαν να παραμείνουν στο εξωτερικό. Έτσι ακόμα και σε μεγάλα νοσοκομεία, στα οποία παλαιότερα υπήρχαν αναμνηστικά πολλών ετών για την κατάλληλη θέση ειδικότητας, τώρα παρατηρούνται κενά. «Σε έρευνα σε τέσσερα νοσοκομεία της Αθήνας και συγκεκριμένα στα νοσοκομεία Νικαίας, «Ευαγγελισμός», Γεννηματίας και ΚΑΤ, παρατηρήσαμε ότι το 60% των θέσεων ειδικότητας ήταν καλυμμένες, ενώ σε ένα επιπλέον 20% των θέσεων υπηρετούσαν ειδικευόμενοι με παράταση που σημαίνει ότι έχουν ήδη συμπληρώσει τον χρόνο εκπαίδευσής τους», σημειώνει ο κ. Παπανικολάου.

ΦΑΡΜΑΚΑ ΧΩΡΙΣ ΣΥΝΤΑΓΗ: Αυστηρά μέτρα ζητούν οι γιατροί

Πηγή:	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ	Σελ.:	28	Ημερομηνία έκδοσης:	31-03-2019
Επιφάνεια:	80.25 cm ²	Αρθρογράφος:		Κυκλοφορία:	14860
Θέματα:	ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ				



ΦΑΡΜΑΚΑ ΧΩΡΙΣ ΣΥΝΤΑΓΗ

Αυστηρά μέτρα ζητούν οι γιατροί

Τη λήψη μέτρων ώστε να εφαρμοστεί αυστηρά ο νόμος που ορίζει ότι δεν πρέπει να χορηγείται φάρμακο χωρίς συνταγή γιατρού ζητεί από το υπουργείο Υγείας ο **Ιατρικός Σύλ-**

- λογος Αθηνών. Αφορμή στάθηκε η επιδημία της εποχικής γρίπης που, σύμφωνα με τον ΙΣΑ, οδήγησε σε άσκοπη κατάχρηση αντιβιοτικών από πολίτες, οι οποίοι τα προμηθεύονταν από τα φαρμακεία χωρίς συνταγή. Σύμφωνα με τα νεότερα δεδομένα του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ - πρώην **ΚΕΕΛΠΝΟ**), η επιδημία της εποχικής γρίπης παρουσιάζει σημάδια ύφεσης, καθώς τόσο ο αριθμός των νέων σοβαρών κρουσμάτων της νόσου όσο και ο αριθμός των επισκέψεων σε γιατρό από ασθενείς με συμπτώματα γρίπης βαίνουν μειούμενοι. Από τον περασμένο Οκτώβριο έως και την περασμένη Κυριακή είχαν καταγραφεί 127 θάνατοι λόγω της ασθένειας -πέντε την τελευταία εβδομάδα της καταγραφής-, ενώ συνολικά έχουν δηλωθεί 373 σοβαρά κρούσματα εργαστηριακά επιβεβαιωμένης γρίπης, εκ των οποίων τα 360 νοσηλεύθηκαν σε **Μονάδα Εντατικής Θεραπείας**.