

## Σχέδιο Νόμου για την οργάνωση και λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

**Σ**ε ανοικτή διαβούλευση μέσω του site <http://www.mohaw.gr> του υπουργείου Υγείας έθεσε ο υπουργός Υγείας Δημήτρης Αβραμόπουλος το νέο Σχέδιο Νόμου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, «αναμένοντας -όπως επισημαίνει σε μήνυμά του- τις εποικοδομητικές παρατηρήσεις και τη δημιουργική συνδρομή των φορέων της Υγείας, προσβλέποντας στην ταχύτερη δυνατή, ώστε να κατατεθεί στη βουλή και να αποτελέσει νόμο του κράτους».

«Το νέο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας -αναφέρει χαρακτηριστικά ο κ. Αβραμόπουλος- είναι η πρώτη στην ιστορία του ΕΣΥ ολοκληρωμένη πρόταση, σχεδιάστηκε με τη σκέψη στραμμένη αποκλειστικά στις ανάγκες του πολίτη και χωρίς τις αγκυλώσεις που προξένησαν διάφορα συντεχνιακά ή ιδιωτικά συμφέροντα, αλλά και παρωχημένες και συγκεντρωτικές αντιλήψεις. Βασίζεται στις δυνατότητες που παρέχει η σύγχρονη τεχνολογία, η εφαρμογή της οποίας εξασφαλίζει την απαλλαγή από τη γραφειοκρατία, την ταλαιπωρία και την αναποτελεσματικότητα του υπάρχοντος συστήματος, αλλά επίσης εξασφαλίζει τη διαφάνεια, τον αυστηρό οικονομικό έλεγχο και την άμεση ασφαλή ενημέρωση για τις δαπάνες, τις παρεχόμενες υπηρεσίες και τη στατιστική ανάλυση σε πραγματικό χρόνο, ώστε να παρέχεται άμεση ευχέρεια για την εξέλιξη του συστήματος και την αύξηση της αποτελεσματικότητάς του και της ανταπόκρισης στις διαπιστωμένες ανάγκες των πολιτών».

Ειδικότερα τα βασικά εργαλεία που θεσμοθετούνται, σύμφωνα με το Σχέδιο Νόμου είναι:

1. Τα Δίκτυα Π.Φ.Υ.
2. Τα πρωτόκολλα ιατρικών πράξεων και φαρμάκων, που θα καταρτίζονται από το ΚΕΣΥ και με τα οποία οριοθετείται ο έλεγχος τόσο των πα-

ρεχομένων ιατρικών υπηρεσιών και των φαρμάκων της Π.Φ.Υ., όσο και το κόστος τους. Τα πρωτόκολλα αυτά είναι δεσμευτικά τόσο για τους δημόσιους παρόχους, όσο και τους ιδιώτες παρόχους Π.Φ.Υ.

3. Δημιουργείται ένα αντικειμενικό, διαφανές και ισότιμο σύστημα συνεργασίας του ιδιωτικού φορέα με το Δημόσιο, χωρίς ιδιωτικές συμβάσεις, αδιαφανείς όρους και μεγάλες διαφορές στις παρεχόμενες υπηρεσίες.
4. Η απόλυτη ελεύθερη επιλογή οικογενειακού γιατρού, χωρίς χωροταξικούς ή άλλους περιορισμούς από τους ασφαλισμένους, σκοπεύει να επιτρέψει την άμεση προσφυγή του πολίτη στον ιατρό που είναι κατάλληλος για την ιατρική πράξη, αλλά ταυτόχρονα απολαμβάνει της εμπιστοσύνης του.
5. Η ηλεκτρονική κάρτα πληρωμών αποτελεί μια απλή ηλεκτρονική εφαρμογή που θα επιτρέπει στους ασφαλισμένους να έχουν άμεση πρόσβαση στους παρόχους Π.Φ.Υ., χωρίς τις απαιτούμενες σήμερα πολύωρες καθυστερήσεις.
6. Το χρονοδιάγραμμα πλήρους εφαρμογής του νέου συστήματος έχει ορίζοντα μεταβατικής περιόδου 5 ετών:
  - Προβλέπεται η άμεση εφαρμογή του στον ΟΠΑΔ που αφορά περίπου σε 1.700.000 ασφαλισμένους του δημοσίου.
  - Με κοινές υπουργικές αποφάσεις των συναρμόδιων εκάστοτε υπουργών, προβλέπεται η συνεργασία με το ΙΚΑ, με διαχωρισμό του ασφαλιστικού και υγειονομικού κλάδου, καθώς επίσης και του ΟΓΑ και άλλων ασφαλιστικών οργανισμών.
  - Επιδίωξη της Κυβέρνησης είναι η ένταξη στο σύστημα αυτό του μεγαλύτερου αριθμού των Ασφαλιστικών Ταμείων, ώστε το σύνολο των

Ελλήνων Ασφαλισμένων να απολαμβάνει τα σημαντικά πλεονεκτήματα του συστήματος.

Ολόκληρο το Σ/Ν δημοσιεύεται στο site [www.iatrikionline.gr](http://www.iatrikionline.gr), ενώ τα βασικά σημεία του που αφορούν στους ελευθεροεπαγγελματίες ιατρούς έχουν ως εξής:

### Άρθρο 3

#### Δημόσιοι φορείς παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ

1. Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παρέχονται από τους ακόλουθους Δημόσιους φορείς:
  - (α) Τα κέντρα υγείας αστικού τύπου, τα οποία μετονομάζονται σε κέντρα υγείας πόλης.
  - (β) Τα κέντρα υγείας αγροτικών και ημιαστικών περιοχών, τα οποία μετονομάζονται σε κέντρα υγείας περιφέρειας.
  - (γ) Τα πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία, τα οποία μετονομάζονται σε περιφερειακά πολυϊατρεία, καθώς και τα περιφερειακά ιατρεία, στα οποία συμπεριλαμβάνονται οι υπηρεσίες υπαίθρου.
  - (δ) Τις μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας καθώς και τις υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, οι οποίες εντάσσονται στο Εθνικό Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
  - (στ) Τα εξωτερικά ιατρεία και οδοντιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ.
  - (ζ) Τα κέντρα ψυχικής υγείας, καθώς και τα κέντρα ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων.
  - (η) Τις κινητές μονάδες: αα) πρόληψης, ββ) ψυχικής υγείας, γγ) πρωτοβάθμιας υγείας.
  - (θ) Το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.).
  - (ι) Το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας.

- ▶ (ια) Τις υπηρεσίες επείγουσας ιατρικής.
  - (ιβ) Τις μονάδες ημερήσιας και βραχείας νοσηλείας.
  - (ιγ) Τα κέντρα πρόληψης και απεξάρτησης κατά των ναρκωτικών και των εξαρτησιογόνων ουσιών.
  - (ιδ) Τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού.
  - (ιε) Τα αντικαπνιστικά κέντρα.
  - (ιστ) Την ανοικτή γραμμή επικοινωνίας, η οποία συνιστάται με απόφαση του υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ως αυτοτελής υπηρεσία της Γενικής Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, στο Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (Ε.Κ.Ε.Π.Υ.) για την παροχή ιατρικών συμβουλών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μέσω του τηλεφώνου και του διαδικτύου.
2. Από την ένταξη των δημοσίων φορέων της παραγράφου 1 του παρόντος στο Εθνικό Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας δεν επέρχεται οποιαδήποτε μεταβολή στο εργασιακό καθεστώς των υπηρετούντων ιατρών και λοιπών κατηγοριών εργαζομένων.

#### Άρθρο 4

##### Ιδιωτικοί φορείς παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ

1. Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μπορούν να παρέχονται και από τους ακόλουθους ιδιωτικούς φορείς υπό τους όρους και τις προϋποθέσεις που ορίζονται στο παρόν:
- (α) ιδιωτικά ιατρεία και πολυιατρεία ιδίως στις ειδικότητες παθολογίας, φυσιατρικής, παιδιατρικής, οδοντιατρικής, καρδιολογίας, ορθοπαιδικής, δερματολογίας, οφθαλμιατρικής, γυναικολογίας, ουρολογίας, ψυχιατρικής, νευρολογίας, γενικής ιατρικής και κάθε άλλης ειδικότητας που ορίζεται με απόφαση του υπουργού Υγείας, μετά από εισήγηση του ΚΕΣΥ,
  - (β) ιδιωτικά πολυοδοντιατρεία και οδοντιατρεία,

- (γ) διαγνωστικά και μικροβιολογικά εργαστήρια,
  - (δ) εργαστήρια φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης,
  - (ε) εργαστήρια φυσικοθεραπείας,
  - (στ) φαρμακεία και καταστήματα ιατρικών μηχανημάτων και υλικών,
  - (ζ) ιδιωτικές μονάδες ημερήσιας και βραχείας νοσηλείας.
2. Η ένταξη των ιδιωτικών φορέων στο Εθνικό Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας γίνεται με την υποβολή δήλωσης συμμετοχής του ενδιαφερόμενου φορέα στη Γενική Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, την ανάρτηση της σχετικής ένδειξης στην είσοδο της επαγγελματικής εγκατάστασης του φορέα και την εγκατάσταση, με δαπάνη του φορέα, του απαιτούμενου ηλεκτρονικού και λογισμικού εξοπλισμού για τη λειτουργία του συστήματος ηλεκτρονικής κάρτας πληρωμών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

3. Οι εντασσόμενοι στο Εθνικό Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ιδιωτικοί φορείς υποχρεούνται:
- (α) εντός έξι (6) μηνών από της ένταξής τους να πιστοποιηθούν ως προς την επάρκεια και ποιότητα της επαγγελματικής τους εγκατάστασης, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία,
  - (β) να εφαρμόζουν τα εκάστοτε ισχύοντα πρωτόκολλα διάγνωσης, πρόληψης και θεραπείας για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

#### Άρθρο 5

##### Δικαίωμα ελεύθερης επιλογής φορέα παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και Οικογενειακός Ιατρός

1. Ως οικογενειακός ιατρός, για την εφαρμογή του παρόντος, ορίζεται ο ιατρός που επιλέγει εκάστοτε ο ασφαλισμένος.
2. Για την παροχή ιατρικών υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας κάθε ασφαλισμένος και προστατευόμενο μέλος των ασφαλιστικών οργανισμών δικαιούται να επιλέξει

εκάστοτε ελεύθερα, χωρίς οποιονδήποτε περιορισμό, τον ιατρό του (οικογενειακό ιατρό) από τους ιατρούς όλων των ειδικοτήτων που υπηρετούν στους δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς που έχουν ενταχθεί στο Εθνικό Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

3. Η διεξαγωγή ιατρικών εξετάσεων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σύμφωνα με τα πρωτόκολλα διάγνωσης, πρόληψης και θεραπείας, γίνεται κατόπιν γνωμάτευσης και παραπομπής από τον οικογενειακό ιατρό.
4. Η συνταγογράφηση φαρμάκων, σύμφωνα με τα πρωτόκολλα πρόληψης και θεραπείας, επιτρέπεται σε όλους τους φορείς, δημόσιους και ιδιωτικούς, που έχουν ενταχθεί στο Εθνικό Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

#### Άρθρο 7

##### Σύστημα Ηλεκτρονικής Κάρτας Πληρωμών ΠΦΥ

1. Εντός δώδεκα (12) μηνών από τη δημοσίευση του παρόντος, η Γενική Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας υποχρεούται να θέσει σε λειτουργία το σύστημα Ηλεκτρονικής Κάρτας Πληρωμών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, στο οποίο καταχωρούνται με ορισμένο κωδικό:
  - (α) οι ασφαλισμένοι και τα προστατευόμενα μέλη των ασφαλιστικών οργανισμών,
  - (β) οι δημόσιοι και ιδιωτικοί φορείς που εντάσσονται στο Εθνικό Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας,
  - (γ) οι ιατρικές υπηρεσίες, εξετάσεις και φάρμακα των πρωτοκόλλων διάγνωσης, πρόληψης και θεραπείας με τους αντίστοιχους καταλόγους αμοιβών και τιμών.
2. Σε κάθε ασφαλισμένο και προστατευόμενο μέλος των ασφαλιστικών οργανισμών του άρθρου 10 του παρόντος, χορηγείται Ηλεκτρονική Κάρτα Πληρωμών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επίσης δαπάνης, η οποία προεγκρίνεται και πιστώνεται, στην αρχή κάθε ημερολογιακού έτους, από τον αντίστοιχο

ασφαλιστικό οργανισμό.

### Άρθρο 8

#### Σχέσεις φορέων παροχής ΠΦΥ με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς

1. Οι αμοιβές των φορέων, δημόσιων και ιδιωτικών, που εντάσσονται στο Εθνικό Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και το τμήμα των φαρμάκων που χορηγούνται από αυτούς, εισπράττονται, με ευθύνη του δικαιούχου, από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς.
2. Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί δύναται να συνάψουν συμβάσεις με τις εμπορικές τράπεζες, προκειμένου οι τελευταίες να προεξοφλούν τις αμοιβές για τις παρασχεθείσες υπηρεσίες και τα χορηγηθέντα φάρμακα.
3. Για την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών, τη διενέργεια των ιατρικών εξετάσεων, την καταβολή των αμοιβών των φορέων, την αγορά φαρ-

μάκων και την εν γένει παροχή των υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς του παρόντος, δεν απαιτείται οποιαδήποτε προηγούμενη έγκριση ή θεώρηση οποιασδήποτε υπηρεσίας, ασφαλιστικού οργανισμού ή οργάνου προληπτικού ελέγχου. Οι ελεγκτές των ασφαλιστικών οργανισμών και του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ασκούν συνεχώς έλεγχο στην εφαρμογή του συστήματος και επιβάλλουν στους παραβάτες τις προβλεπόμενες κυρώσεις σύμφωνα με τους όρους του παρόντος.

### Άρθρο 10

#### Πειθαρχικές και Ποινικές Διατάξεις

1. Η παράβαση οποιουδήποτε όρου των Πρωτοκόλλων κατά την παροχή ιατρικών υπηρεσιών, η είσπραξη χρημάτων από τον ασθενή και

η χρέωση υπηρεσιών, πέραν των προβλεπομένων και πράγματι παρασχεθεισών, δίνονται ποινικά και πειθαρχικά.

2. Κατά των παραβατών, μετά την έκδοση τελεσίδικης καταδικαστικής, ποινικής ή και πειθαρχικής απόφασης, απαγορεύεται να παρέχουν, καθ' οιοδήποτε τρόπο, υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας οποτεδήποτε και μετά την έκταση της ποινής και την άρση οποιωνδήποτε άλλων διοικητικών μέτρων.
3. Σε περιπτώσεις μικρότερων παραβάσεων, προβλεπομένων από Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, πέραν των προβλεπομένων πειθαρχικών κυρώσεων, επιβάλλονται και πρόστιμα μέχρι €5.000 για κάθε παράβαση, με απόφαση του Γενικού Διευθυντή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. ■

## Ο πρωθυπουργός στο Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας

**Σ**τις 7 υγειονομικές περιφέρειες της χώρας πρόκειται να επεκταθεί το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας. Την εξαγγελία αυτή έκανε πρωθυπουργός Κώστας Καραμανλής κατά τη διάρκεια της επίσκεψής του στο Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας στο Μαρούσι.

Όπως δήλωσε ο πρωθυπουργός, ο στόχος είναι να λειτουργήσουν μέχρι το τέλος του χρόνου νέα κέντρα σε Θεσσαλονίκη και Πάτρα και μέχρι το τέλος του 2009 και στις υπόλοιπες 5 υγειονομικές περιφέρειες της χώρας. Το δίκτυο άμεσης επικοινωνίας που θα έχουν μεταξύ τους τα κέντρα θα συντελέσει στον καλύτερο συντονισμό των υπηρεσιών Υγείας μετά από μεγάλες καταστροφές και έκτακτες κρίσεις. Κατά την επίσκεψή του ο κ. Καραμανλής είχε την ευκαιρία να παρακολουθήσει σε ζωντανή σύνδεση την ενημέρωση που έκανε το ΕΚΑΒ προς το Κέντρο, ενώ την ίδια ακριβώς στιγμή ήταν σε εξέλιξη αεροδιακομιδή ασθενούς, για τον οποίο αναζητείτο κρεβάτι σε ΜΕΘ και παράλληλα στους δρόμους βρισκόνταν 75 ασθενοφόρα, 10 κινητές μονάδες και τρεις μοτοσικλετιστές.

Κατά τη σύσκεψη που ακολούθησε στο ΕΚΕΠΥ παρουσία του πρωθυπουργού και του υπουργού Υγείας Δημήτρη Αβραμόπουλου, ο πρόεδρος του Κέντρου καθηγητής Πάνος Ευσταθίου ανακοίνωσε ότι το νούμερο 1535 που χρησιμοποιείται για να κλείνονται τα προγραμματισμένα ραντεβού των ασθενών

με τους γιατρούς των νοσοκομείων, θα επεκταθεί μέχρι το Πάσχα από τα 40 νοσοκομεία που λειτουργεί σήμερα και στα 132 νοσοκομεία της χώρας. Ταυτόχρονα, σύντομα οι τρεις μήνες αναμονής που υπάρχουν σήμερα για ένα ραντεβού θα μειωθούν στον ενάμιση μήνα.

Παράλληλα, από την πλευρά του, ο υπουργός Υγείας Δημήτρης Αβραμόπουλος δήλωσε ότι το Κέντρο αυτό, ιδίως μετά τη δικτύωσή του και την επέκτασή του σε όλη την Ελλάδα, θα αποτελεί ένα από τα καλύτερα και πιο αξιόπιστα συστήματα διαχείρισης προβλημάτων όχι μόνο στην Ευρώπη, αλλά και σε ολόκληρο τον κόσμο.

Ολοκληρώνοντας την επίσκεψή του, ο κ. Καραμανλής δήλωσε χαρακτηριστικά τα εξής: «ήδη έχουν επιτευχθεί πολλά και σημαντικά στο χώρο της Υγείας, αλλά μένουν πολλά να γίνουν για να ανταποκριθούμε στις προσδοκίες και στις δίκαιες αξιώσεις των πολιτών.

Μέρα με τη μέρα καλύπτονται κενά δεκαετιών και με την ανασυγκρότηση του ΕΣΥ, τη νέα πολιτική για το φάρμακο, το νέο σύστημα εφημεριών στα νοσοκομεία, την προώθηση ενός αποτελεσματικού μηχανισμού πρωτοβάθμιας φροντίδας, τη δημιουργία κέντρων αστικού τύπου, την κατασκευή νέων νοσοκομείων και τον έλεγχο του συστήματος προμηθειών διαμορφώνεται μια νέα κατάσταση στο χώρο της Υγείας». ■

# Ο ιζήρος της αγοράς -300 εκατ. ευρώ ετησίως- θα αυξηθεί ραγδαία

## Πόλεμος κλινικών για τα διαγνωστικά κέντρα

ΜΑΡΙΑ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ  
Δημοσιογράφος

**Σ**το στόχαστρο των ιδιωτικών ομίλων της υγείας βρίσκεται η γοργά αναπτυσσόμενη αγορά των διαγνωστικών κέντρων, καθώς θεωρούν ότι αποτελεί φιλέτο. Οι μεγαλύτεροι παίκτες λαμβάνουν θέσεις και ετοιμάζονται για τις επόμενες κινήσεις με στόχο την είσοδό τους στην πολλά υποσχόμενη αγορά παροχής υπηρεσιών πρόληψης και διάγνωσης. Στο ίδιο μήκος κύματος κινούνται και οι εταιρείες που δραστηριοποιούνται ήδη στο χώρο, καθώς σχεδιάζουν τη δημιουργία νέων διαγνωστικών κέντρων.

Στο επίκεντρο όλων βρίσκεται η πίτα των 300 εκατ. ευρώ ετησίως-τόσος είναι ο συνολικός τζίρος των διαγνωστικών κέντρων- που προβλέπεται ότι θα αυξηθεί ραγδαία τα επόμενα χρόνια. Εξ ου και οι πιέσεις που ασκούν, ώστε να αλλάξει από την πλευρά του Δημοσίου το υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο που καθορίζει το ιδιοκτησιακό καθεστώς των διαγνωστικών κέντρων.

### Ένα προσωρινό εμπόδιο

Οι ιδιώτες της υγείας χαρακτηρίζουν μάλιστα το υπάρχον καθεστώς, το οποίο ορίζει ότι τα διαγνωστικά κέντρα θα πρέπει να ανήκουν τουλάχιστον κατά 51% σε γιατρούς, ως «ανάχωμα» για τα επιχειρηματικά σχέδια που ετοιμάζουν στο χώρο της επονομαζόμενης πρωτοβάθμιας υγείας.

Θεωρούν όμως ότι είναι θέμα χρόνου η τροποποίηση σχετικού προεδρικού διατάγματος στο οποίο περιλαμβάνε-

ται μεταξύ άλλων και η συγκεκριμένη διάταξη από το υπουργείο Υγείας, ώστε να επιτραπεί σε εταιρείες ή φυσικά πρόσωπα να ελέγχουν την πλειοψηφία ενός διαγνωστικού κέντρου.

### Μεγαλώνει η αγορά

Όλοι όσοι δραστηριοποιούνται στο

**Η Ελλάδα έχει τις χαμηλότερες δημόσιες δαπάνες για την υγεία ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ ενώ παρουσιάζει το δεύτερο, μετά τις ΗΠΑ, υψηλότερο ποσοστό ιδιωτικών δαπανών για την υγεία.**

χώρο της ιδιωτικής υγείας γνωρίζουν ότι η αγορά των διαγνωστικών κέντρων, όπως άλλωστε και της ιδιωτικής υγείας γενικότερα, αναμένεται να αυξηθεί σημαντικά.

### Πιέσεις για να αλλάξει το νομοθετικό πλαίσιο που καθορίζει το ιδιοκτησιακό

Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και η σταδιακή επιδείνωση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας αναφέρονται ανάμεσα στους κυριότερους λόγους που θα οδηγήσουν σε άνοδο των δαπανών υγείας, όπως άλλωστε και

η κατακόρυφη αύξηση της ζήτησης για εξετάσεις. Μάλιστα, παράγοντες του κλάδου επισημαίνουν ότι παρατηρείται ήδη ένα είδος «υπερκατανάλωσης διαγνωστικών υπηρεσιών», καθώς η χώρα στερείται διαγνωστικών πρωτοκόλλων, τα οποία περιορίζουν σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες την ανεξέλεγκτη συνταγογράφηση εξετάσεων. Ας μην ξεχνάμε, άλλωστε, ότι οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα παρουσιάζουν εκρηκτική αύξηση την τελευταία δεκαετία, γεγονός που αναδεικνύει το χρόνιο πρόβλημα της υποχρηματοδότησης της δημόσιας υγείας. Η Ελλάδα έχει τις χαμηλότερες δημόσιες δαπάνες για την υγεία ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ ενώ παρουσιάζει το δεύτερο, μετά τις ΗΠΑ, υψηλότερο ποσοστό ιδιωτικών δαπανών για την υγεία. Το ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα ανέρχεται στο 5,8% του ΑΕΠ, με τις δημόσιες να κυμαίνονται στο 4,3% του ΑΕΠ, έναντι 6,4% στο σύνολο του ΟΟΣΑ.

### Δίκτυα σε όλη την Ελλάδα

Τα δεδομένα αυτά σε συνδυασμό με το ενδεχόμενο, όπως επισημαίνουν παράγοντες της αγοράς, διεύρυνσης της γκάμας των εξετάσεων που μπορούν να κάνουν οι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, διαμορφώνουν ένα σκηνικό με έντονη την προοπτική αύξησης του πελατολογίου και του συνολικού τζίρου.

Από την εφημερίδα «ΤΑ ΝΕΑ»

## Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το HIV/AIDS 2008-2013

**Τ**ο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την αντιμετώπιση και την καταπολέμηση του HIV/AIDS παρουσίασε ο υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Δημήτρης Αβραμόπουλος.

Όπως δήλωσε ο κ. Αβραμόπουλος, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης 2008-2013 αποτελεί την πρώτη ολοκληρωμένη παρέμβαση εκ μέρους της οργανωμένης ελληνικής πολιτείας για την καταπολέμηση του HIV/AIDS. Αποτελεί καθοριστικό σταθμό στην υγειονομική ιστορία της πατρίδας μας, γιατί για πρώτη φορά μπαίνουν στέρεες βάσεις για το σχεδιασμό και την υλοποίηση εθνικής και βιώσιμης λύσης για ένα θέμα που αφορά στη δημόσια υγεία, αλλά και στο δημοκρατικό πολιτισμό της χώρας μας. Το Σχέδιο Δράσης αυτό αποτελεί μέρος του ευρύτερου στρατηγικού σχεδιασμού του υπουργείου για τη δημόσια υγεία.

«Δέσμευσή μας -τόνισε ο υπουργός- είναι να προχωρήσουμε σε μία οριζόντια πολιτική για την πρόαση και την προστασία της δημόσιας υγείας, η οποία θα έχει βάθος χρόνου και θα αποτελείται από κοστολογημένες δράσεις και βέβαια τις αναγκαίες νομοθετικές ρυθμίσεις. Είναι πολύ σημαντικό να κατανοήσουμε όλοι ότι η πρόαση και η προαγωγή της δημόσιας υγείας δε σηκώνει, δε δέχεται πολιτικές εντυπωσιασμού. Ο αγώνας που καταβάλουμε για να αποκτήσουμε σύγχρονη πολιτική δημόσιας υγείας έρχεται αντιμέτωπος με χρόνιες δομικές ανεπάρκειες και με την παντελή απουσία στρατηγικού σχεδιασμού όλα αυτά τα χρόνια. Απέναντι σε αυτές τις βασικές ελλείψεις, εμείς αλλάζουμε σελίδα. Μέσα στο 2008 η χώρα μας θα αποκτήσει επιτέλους τον υγειονομικό χάρτη για την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού και στοχευμένες πολιτικές για το σύνολο των θεμάτων που αγγίζουν την πρόληψη και την προαγωγή της δημόσιας υγείας. Και το κυριότερο, πολιτικές που με διάφανη δημόσια διαβούλευση θα είναι κτήμα της κοινωνίας των πολιτών».

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης κατά του HIV/AIDS ανταποκρίνεται στις δεσμεύσεις που έχει αναλάβει η χώρα μας έναντι του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της UNAID και εκφράζει με δημιουργικό τρόπο τη συνεργασία της πολιτείας με την επιστημονική κοινότητα και βέβαια την κοινωνία των πολιτών. Ευρύτερη πολιτική του Σχεδίου Δράσης είναι η θεμελίωση σύγχρονων πολιτικών για την καταπολέμηση του HIV/AIDS, η δυναμική έμφαση στην πρόληψη, η καταπολέμηση του κοινωνικού στιγματισμού, η ανάπτυξη σύγχρονων εκπαιδευτικών πολιτικών και η ενίσχυση των θεραπευτικών δομών της χώρας μας.

Τα επιδημιολογικά στοιχεία που ανακοίνωσε ο υπουργός έχουν ως εξής: οι νέες μολύνσεις μέσα στο 2007 ήταν 420 συνολικά για άνδρες και γυναίκες. Χαρακτηριστικό είναι ότι το 2006 είχαμε 571 περιπτώσεις δηλωθέντων οροθετικών στην Ελλάδα. Το 19% των μολύνσεων αφορά σε ετεροφυλόφιλους άνδρες και γυναίκες, ενώ το 36% αφορά σε ομοφυλόφιλους άνδρες και γυναίκες. Το 43% των δειγμάτων που έχουμε είναι ακαθόριστο εξ αιτίας της μη ύπαρξης αρκετού χρόνου για την

ολοκλήρωση-συμπλήρωση του αναγκαίου ιστορικού. Μέσα στην πορεία του χρόνου τα στοιχεία συμπληρώνονται, όπως είναι φυσικό, με τη σταδιακή συμμετοχή των φορέων.

Η γενική πορεία της εξάπλωσης του ιού στη χώρα μας παρουσιάζει, όπως παρατηρείται, μια σχετική σταθερότητα. Μια σταθερότητα που σε καμία όμως περίπτωση δεν πρέπει να μας εφησυχάζει. Παράλληλα, παρατηρείται ότι η σεξουαλική επαφή μεταξύ των ανδρών παρουσιάζει σχετική άνοδο ως παράγοντας εμφάνισης νέων μολύνσεων, ενώ στους ετεροφυλόφιλους και στους χρήστες ναρκωτικών ουσιών, παρατηρούνται σχετικά μικρά ποσοστά.

Οι άξονες δράσης του Εθνικού Σχεδίου είναι η πρόληψη, η θεραπεία, η εκπαίδευση, η άρση του κοινωνικού στιγματισμού και οι ενέργειες που αφορούν στην υλοποίηση των δράσεων. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης έχει ως βάση του την πρόληψη. Από την επιτυχημένη εφαρμογή της πρόληψης κρίνεται η συνολική επιτυχία του εγχειρήματος και συγκεκριμένα της πρόληψης στο γενικό πληθυσμό με την υποχρέωση της οργανωμένης πολιτείας να οργανώνει κάθε χρόνο ενημερωτικές και επικοινωνιακές εκστρατείες για την προφύλαξη, την καταπολέμηση του στίγματος, την ενημέρωση για τη διαχείριση κρίσεων και την αναγκαιότητα της διενέργειας του τεστ για το HIV/AIDS. Η στοχευμένη πρόληψη αφορά σε ειδικές ομάδες όπως οι ομοφυλόφιλοι άντρες, οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών, οι εκδιδόμενες γυναίκες, οι φυλακισμένοι, οι γυναίκες, οι νέοι, οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία της χώρας μας. Σημαντική επίσης είναι η πρόληψη σε σχέση με το κρίσιμο ζήτημα της μεταναστευτικής πολιτικής με τις δράσεις που υπάρχουν στο Σχέδιο, όπως η δημιουργία Παρατηρητηρίου Υγείας των Μεταναστών και η αποστολή οργανωμένων υγειονομικών κλιμακίων στους χώρους υποδοχής των μεταναστών.

Όσον αφορά στην εκπαίδευση, προβλέπεται η ανάπτυξη προγραμμάτων για τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και την καθιέρωση, σε συνεργασία με το υπουργείο Παιδείας, ειδικού μαθήματος για το AIDS και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Για την ενίσχυση και τον εκσυγχρονισμό των θεραπευτικών δομών, το υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ενεργοποιεί το θεσμό της κατ' οίκον νοσηλείας για οροθετικούς και ασθενείς από AIDS και προγραμματίζει τη σύσταση ειδικών Κέντρων Φροντίδας για Οροθετικά Παιδιά και Εφήβους. Στο κρίσιμο ζήτημα της καταπολέμησης του κοινωνικού στίγματος που εμποδίζει καθοριστικά την καταπολέμηση του AIDS, το υπουργείο, στα πλαίσια της δημόσιας διαβούλευσης, ανοίγει το ζήτημα των νομοθετικών αλλαγών.

Τέλος, για την υλοποίηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης, προβλέπεται σύσταση Εθνικής Συντονιστικής Αρχής για την υλοποίηση του έργου σε πενταετές πλάνο και άμεση διενέργεια οικονομοτεχνικής μελέτης για την κοστολόγηση όλων των προτεινόμενων δράσεων. ■

## «Μοχλός ανάπτυξης οι Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα»

Ομιλία υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

κ. Δημήτρη Αβραμόπουλου στο Ετήσιο Συνέδριο του Economist

«**Οι Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα, οι γνωστές στον κόσμο των επιχειρήσεων ως «ΣΔΙΤ», οδηγούν, ειδικά την τελευταία 15ετία σε ευρωπαϊκό επίπεδο, την κούρσα σημαντικών αναπτυξιακών έργων, ανοίγοντας νέους επενδυτικούς ορίζοντες. Οι ΣΔΙΤ μπορούν εύκολα και αποτελεσματικά, με τις κατάλληλες προϋποθέσεις, να παίξουν καταλυτικό ρόλο σε καίριους τομείς της πολιτικής δράσης της Ελλάδας».** Αυτό τόνισε ο υπουργός Υγείας Δημήτρης Αβραμόπουλος μιλώντας στο ετήσιο συνέδριο του περιοδικού Economist στην Αθήνα.

Όπως ανέφερε ο κ. Αβραμόπουλος, πρόκειται για μορφές συνεργασίας με επιχειρήσεις ιδιωτικού τομέα που στοχεύουν στην εξασφάλιση σχεδιασμού, χρηματοδότησης, κατασκευής, διαχείρισης, λειτουργίας, ακόμα και ανακαίνισης ή συντήρησης δημόσιων υποδομών. Με αφετηρία το Νόμο 3389/2005, που άνοιξε το δρόμο της συνεργασίας δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, οι ΣΔΙΤ σήμερα αποτελούν βασικό μοχλό περιφερειακής ανάπτυξης, δημιουργίας νέων θέσεων εργασίας, ταχύτερης και αποτελεσματικής αξιοποίησης υλικών και ανθρώπινων πόρων, αλλά και ποιοτικής, σε βάθος αναβάθμισης των δημόσιων υποδομών και υπηρεσιών. «Η προτεραιότητά μας στο υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης -πρόσθεσε ο υπουργός- είναι η δυναμική και άμεση αποκέντρωση της παροχής ολοκληρωμένης και αναβαθμισμένης περίθαλψης, σε συνδυασμό με την αδιαπραγμάτευτη προϋπόθεση της ποιοτικής παροχής υπηρεσιών υγείας σε κάθε Έλληνα πολίτη».

Για την υλοποίηση των πολιτικών στο χώρο της Υγείας και για την εκπλήρωση όσων ανταποκρίνονται στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, το υπουργείο αξιοποιεί σε μεγάλο βαθμό τις ΣΔΙΤ στην υπηρεσία του εκσυγχρονισμού των δομών υγείας, της λειτουργίας τους, της πληρότητάς τους. Είναι απαραίτητο να τονιστεί ότι όλες οι μονάδες υγείας που κατασκευάζονται ή θα κατασκευαστούν με τη μέθοδο ΣΔΙΤ θα είναι ενταγμένες στο ΕΣΥ και θα αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα αυτού. Η υλοποίηση των σχεδιασμών για την κατασκευή μονάδων υγείας με τη μέθοδο ΣΔΙΤ γίνεται αποκλειστικά με την αξιοποίηση οργανισμών του υπουργείου (ΔΕΠΑΝΟΜ), σε συνεργασία με την αρμόδια Ειδική Γραμματεία για τις ΣΔΙΤ του υπουργείου Οικονομίας με έγκριση από τη Διυπουργική Επιτροπή.

Ήδη το υπουργείο έχει προγραμματίσει και δρομολογήσει την κατασκευή μιας σειράς μονάδων υγείας με τη μέθοδο ΣΔΙΤ, αναβαθμίζοντας το επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών σε καίριας σημασίας περιοχές, σε περιοχές που έχουν ζωτική ανάγκη υγειονομικής υποστήριξης, για την ανάπτυξη και υλοποίηση του υγειονομικού χάρτη της χώρας.

Οι μονάδες αυτές είναι:

- Το Παιδιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, δυναμικότητας 400 κλινών, έκτασης 42.000 τμ.,
- Το Ογκολογικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, δυναμικότητας

400 κλινών με εμβαδόν 42.000 τμ.,

- Το νέο Γενικό Νοσοκομείο Πρέβεζας, δυναμικότητας 164 κλινών, έκτασης 18.000 τμ.,
- Το νέο Γενικό Νοσοκομείο Ανατολικής Αττικής, δυναμικότητας 400 κλινών και
- Το νέο Γενικό Νοσοκομείο στην Κω, δυναμικότητας 200 κλινών.

Στα καινούργια νοσηλευτικά ιδρύματα εξασφαλίζεται η ισότιμη και ελεύθερη πρόσβαση όλων των Ελλήνων με κάλυψη από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Η συνολική δυναμικότητα των νοσοκομειακών μονάδων που έχουν προγραμματιστεί να κατασκευαστούν με τη μέθοδο ΣΔΙΤ είναι 1.560 κλίνες και θα αναπτυχθούν σε έκταση 162.000 τμ. Ο συνολικός προϋπολογισμός για την κατασκευή τους ανέρχεται στο 1,5 δισεκατομμύριο ευρώ.

Οι τρεις πρώτες μάλιστα νοσηλευτικές μονάδες, δηλαδή το Παιδιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, το Ογκολογικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης και το νέο Γενικό Νοσοκομείο Πρέβεζας, αποτελούν ήδη αντικείμενο ανοικτού διεθνούς διαγωνισμού, ο οποίος βρίσκεται σε εξέλιξη.

Σύμφωνα με τον κ. Αβραμόπουλο, από τη λειτουργία των νέων υπερσύγχρονων νοσοκομειακών μονάδων θα υπάρξουν πολλαπλασιαστικά οφέλη για τις τοπικές κοινωνίες σε επίπεδο ανάπτυξης ενός υποστηρικτικού πλαισίου παροχής υπηρεσιών και δομών υγείας, με τη δημιουργία κέντρων υγείας και βρεφονηπιακών σταθμών. Παράλληλα, δημιουργούνται νέες θέσεις εργασίας που πρωτίστως θα ωφελήσουν τους κατοίκους των εκεί περιοχών με αναπτυξιακές επιδράσεις στις τοπικές κοινωνίες. Εκτιμάται ότι, με την κατασκευή των νέων σύγχρονων δομών υγείας με τη μέθοδο ΣΔΙΤ, θα δημιουργηθούν συνολικά 5.000 νέες θέσεις εργασίας. Επίσης, ο προγραμματισμός του υπουργείου Υγείας για την αξιοποίηση των ΣΔΙΤ περιλαμβάνει και την κατασκευή κέντρων αποκατάστασης και αποθεραπείας. Το πρώτο από τα κέντρα αυτά, που θα καλύψουν μια επιτακτική ανάγκη και θα ανακουφίσουν τον πόνο πασχόντων συνανθρώπων μας και των οικογενειών τους, διευκολύνοντας την κοινωνική τους επανένταξη και εξασφαλίζοντας ένα σπουδαίο έμπυχο δυναμικό για τη χώρα μας, έχει προγραμματιστεί να γίνει στο Αιγίνιο της Πιερίας. Το Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας Βορείου Ελλάδος είναι δυναμικότητας 250 κλινών και συνολικού προϋπολογισμού 120 εκατομμυρίων ευρώ.

Ο ανοικτός διεθνής διαγωνισμός για την ανάδειξη τεχνικού συμβούλου για την κατασκευή του είναι σε εξέλιξη και εκτιμάται ότι θα αποτελέσει ορόσημο για τη δημιουργία ενός σύγχρονου και αποδοτικού συστήματος παροχής ουσιαστικών υπηρεσιών αποκατάστασης, που θα ανταποκρίνεται στους στόχους και τις προδιαγραφές του νέου ΕΣΥ. Αντίστοιχα κέντρα αποκατάστασης και αποθεραπείας έχει προγραμματιστεί να κατασκευαστούν στην Αττική, στην Κεντρική Ελλάδα και στην Κρήτη. ■

## Νέο Δ.Σ. της Επιστημονικής Εταιρείας του Ομίλου του Ιατρικού Αθηνών

**Η** σύνθεση του νέου Δ.Σ. της Επιστημονικής Εταιρείας του Ομίλου του Ιατρικού Αθηνών όπως προέκυψε από τις εκλογές της 17ης Δεκεμβρίου 2007 έχει ως εξής:

**Πρόεδρος:**  
**Αντιπρόεδρος:**  
**Γεν. Γραμματέας:**  
**Ειδ. Γραμματέας:**  
**Ταμίας:**  
**Μέλη:**

Σακίν Γ. Νίμερ – Χειρουργός  
Πηγαδίτου Άννα – Αιματολόγος  
Βίσκος Αλέξανδρος – Πνευμονολόγος  
Μαραβέγιας Νίκος – Παθολόγος  
Καράμπελας Ταξιάρχης – Ακτινολόγος  
Νικολαΐδης Θανάσης – Αναισθησιολόγος  
Στεφόπουλος Ανδρέας – Ορθοπεδικός

## 6 Μαρτίου 2008, Παγκόσμια Ημέρα Γλαυκώματος: Ένα βήμα για τη διεθνή καταπολέμηση της «νόσου που τυφλώνει αθόρυβα»

YVONNE BUYS<sup>1</sup>, IVAN GOLDBERG<sup>2</sup>, GEORGE N. LAMBROU<sup>3</sup>, ROBERT RITCH<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Department of Ophthalmology, University of Toronto, Toronto, Canada,

<sup>2</sup>Department of Ophthalmology, University of Sydney, Sydney, Australia,

<sup>3</sup>Αντιπρόεδρος της Ιατρικής Επιτροπής της Παγκόσμιας Οργάνωσης Γλαυκωματοπαθών και Διεθνής Συντονιστής της Παγκόσμιας Ημέρας Γλαυκώματος, OMMA – Οφθαλμολογικό Ινστιτούτο Αθηνών, <sup>4</sup>Einhorn Clinical Research Center, New York Eye and Ear Infirmary, New York, USA

**Ε**ίναι γνωστό ότι το γλαύκωμα αποτελεί σε κάθε χώρα, είτε ανεπτυγμένη, είτε υπό ανάπτυξη, μian από τις κύριες αιτίες τυφλότητας (στατιστικά τη δεύτερη σε διεθνές επίπεδο) και ότι η έκταση της παγκόσμιας αυτής πανδημίας προβλέπεται να αυξηθεί στα επόμενα χρόνια<sup>1</sup>.

Η πρώτη αιτία τυφλότητας είναι στις υπό ανάπτυξη μεν χώρες ο καταρρά-

κτης, στις δε ανεπτυγμένες η ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς (HEX). Υπάρχει όμως μια ουσιαστική διαφορά ανάμεσα στις δύο αυτές νόσους και το γλαύκωμα: στην περίπτωση τους, οι λόγοι για τους οποίους οδηγούν τόσο συχνά στην τύφλωση είναι δομικοί και δύσκολοι να καταπολεμηθούν (περιορισμένη χειρουργική υποδομή στις υπό ανάπτυξη χώρες για τον καταρράκτη, έλλειψη αποτελεσματικής προληπτικής αγωγής για την HEX).

Για το γλαύκωμα, αντίθετα, ο κύριος λόγος είναι η χαμηλή επίγνωση της κοινωνίας για τη νόσο και τις επιπτώσεις της στην όραση. Εκτιμάται ότι σήμερα στις ανεπτυγμένες μεν χώρες οι μισοί τουλάχιστον από τους ασθενείς με γλαύκωμα είναι αδιάγνωστοι και αγνοούν ότι τα μάτια τους πάσχουν<sup>2</sup>, ενώ στις υπό ανάπτυξη χώρες το ποσοστό αυτό φθάνει το 90%. Το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα, μετά από ενδελεχή επιδημιολογική μελέ-

▶ τη (Thessaloniki Eye Study) εκτιμάται στο 50%<sup>9</sup>, παρόμοιο δηλαδή με εκείνο των άλλων ανεπτυγμένων χωρών, ενώ σύμφωνα με προηγούμενη μελέτη (Crete Glaucoma Study), ο επιπολασμός του γλαυκώματος στη χώρα μας είναι της τάξης του 2,8%<sup>10</sup>. Παρά τις προόδους στην κατανόηση το γλαυκώματος, οι αριθμοί αυτοί δε δείχνουν τάσεις βελτιώσεως.

Αντίθετα, λόγω της γήρανσης των πληθυσμών, ο επιπολασμός του γλαυκώματος θα αυξηθεί στις επόμενες δεκαετίες. Εκτιμάται ότι το 2020, 79,6 εκατομμύρια ασθενείς παγκοσμίως θα υποφέρουν από γλαύκωμα. Από αυτούς, τα 11,2 εκατομμύρια θα είναι αμφοτερόπλευρα τυφλοί<sup>1</sup>, ενώ σήμερα ο αριθμός των τυφλών από τη νόσο ανέρχεται παγκοσμίως στα 4,5 εκατομμύρια<sup>3</sup>.

Τα τελευταία χρόνια έχουν συντελεσθεί σημαντικές προόδους, τόσο στη διάγνωση όσο και στη θεραπεία του γλαυκώματος. Οι τεχνολογικές καινοτομίες στους τομείς της απεικόνισης του οπτικού νεύρου και της αμφιβληστροειδικής στοιβάδας των οπτικών ινών κατέστησαν δυνατή τη διάγνωση σε πρωιμότερα στάδια, όπου η πρόγνωση είναι ευνοϊκότερη. Υπάρχει ποικιλία αποτελεσματικών φαρμακευτικών θεραπειών που επιτρέπουν τον έλεγχο της νόσου στους περισσότερους ασθενείς<sup>4</sup>, ενώ στους υπολοίπους οι επεμβάσεις, είτε χειρουργικές, είτε με λέιζερ, είναι συχνά επιτυχείς.

Για να μπορέσει, όμως, ο ασθενής να επωφεληθεί από αυτές τις προόδους, έχει τεράστια σημασία να διαγνωσθεί η νόσος έγκαιρα, στο στάδιο όπου είναι ακόμη ασυμπτωματική, διότι οι βλάβες του οπτικού νεύρου και της όρασης είναι μη αναστρέψιμες.

Εάν μάλιστα, συνυπάρχουν παράγοντες κινδύνου, όπως υψηλή ενδοφθάλμια πίεση (ΕΟΠ), προχωρημένη ηλικία, οικογενειακό ιστορικό γλαυκώματος, αγγειοσυσπαστικά επεισόδια, αρτηριακή υπόταση ή υψηλή μυωπία, η ανάγκη τακτικών οφθαλμολογικών ελέγχων γίνεται ακόμη πιο επιτακτική. Τέλος, παρότι η ευεργετική επίδραση της μείωσης της ΕΟΠ στην επιδείνωση των οπτικών βλαβών είναι πλέον

αποδεδειγμένη<sup>5-7</sup>, τα ποσοστά μισυμμόρφωσης προς την αγωγή κυμαίνονται από 5% έως 80%<sup>8</sup>, (ανάλογα με τον τρόπο καταγραφής της μη-συμμόρφωσης).

## Η Παγκόσμια Ημέρα Γλαυκώματος

Το έτος 2008 προβλέπεται να αποτελέσει ορόσημο για την ενημέρωση του κοινού για το γλαύκωμα. Για να καταπολεμήσουν την άγνοια που οδηγεί τόσους ασθενείς στην τύφλωση, η Παγκόσμια Οργάνωση Γλαυκώματος και η Παγκόσμια Οργάνωση Γλαυκωματοπαθών ένωσαν τις δυνάμεις τους σε μια κοινή πρωτοβουλία, με σκοπό την ενίσχυση της πληροφόρησης του κοινού διεθνώς, μέσω της θεσμοθέτησης ετήσιας Παγκόσμιας Ημέρας Γλαυκώματος. Ο θεσμός θα εγκαινιασθεί στις 6 Μαρτίου 2008, με την υποστήριξη οφθαλμιάτρων, αρχών και ασθενών σε όσο το δυνατόν περισσότερα κράτη στον κόσμο. Προκειμένου να μεγιστοποιηθεί ο αντίκτυπος στην κοινή συνείδηση, προτιμήθηκε -αντί για μία μεγάλη εκδήλωση στο πλαίσιο ενός από τα διεθνή Οφθαλμολογικά Συνέδρια- ένα σχήμα αποκεντρωμένο στο έπακρο: η Ημέρα Γλαυκώματος θα αποτελείται από το σύνολο πολλαπλών τοπικών εκδηλώσεων, που θα διοργανωθούν με ατομικές ή ομαδικές πρωτοβουλίες σε όλο τον κόσμο.

Οι εκδηλώσεις αυτές θα περιλαμβάνουν εκστρατείες ενημέρωσης μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης, κρατική αναγνώριση (τρεις χώρες πρόκειται να εκδώσουν αναμνηστικά γραμματόσημα), εκδηλώσεις για το ευρύ κοινό (π.χ. δημόσιες εκστρατείες ανίχνευσης) και διαλέξεις σε πανεπιστήμια και νοσοκομεία. Οι διάφορες εκδηλώσεις, βοηθητικό υλικό, καθώς και γενικές πληροφορίες για το γλαύκωμα βρίσκονται στην ιστοσελίδα [www.wgday.net](http://www.wgday.net).

Το κοινό πρέπει να πληροφορηθεί ότι υπάρχουν αποτελεσματικές μέθοδοι για τη διάγνωση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση του γλαυκώματος, που μπορούν να προλάβουν την απώλεια της όρασης. Οι άνθρω-

ποι πρέπει να συνειδητοποιήσουν ότι το γλαύκωμα εξελίσσεται ύπουλα και ότι εναπόκειται στον καθένα μας να προστατεύσει το «κεφάλαιο όρασης» που διαθέτει. Η επιτακτική ανάγκη για έγκαιρη διάγνωση, συμμόρφωση με τη θεραπευτική αγωγή και τακτική παρακολούθηση πρέπει να εμπεδωθούν στην κοινή συνείδηση. Οι γλαυκωματοπαθείς πρέπει να ενημερώνουν τους συγγενείς τους, ώστε αυτοί να ελέγχονται τακτικά. Οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας και οι υγειονομικές αρχές κάθε τόπου πρέπει να ενισχύουν την πληροφόρηση του κοινού και να ενθαρρύνουν περιοδικούς οφθαλμολογικούς ελέγχους, κυρίως για τους ασθενείς με παράγοντες κινδύνου. Οι οφθαλμίατροι οφείλουν να βρίσκονται στην πρώτη γραμμή, αρθρογραφώντας στις τοπικές εφημερίδες, ερχόμενοι σε επαφή με ραδιοτηλεοπτικούς σταθμούς, ευαισθητοποιώντας τους διαμορφωτές της κοινής γνώμης και διοργανώνοντας διαλέξεις γύρω από το γλαύκωμα. Όσο η έγκαιρη διάγνωση και αγωγή περιορίζουν τις απώλειες όρασης, τόσο η ποιότητα ζωής των ασθενών βελτιώνεται και το κόστος της νόσου για τον ασθενή και την κοινωνία ελαχιστοποιείται. Η Παγκόσμια Οργάνωση Γλαυκώματος έχει θέσει σαν στόχο να μειώσει το ποσοστό αδιάγνωστου γλαυκώματος στις προηγμένες χώρες από 50% σε «Όχι έβραν των 20(%) το 2020». Ο σκοπός αυτός είναι εφικτός εάν όλες οι πλευρές συνεργασθούν για να διασφαλίσουν την πρόσβαση σε τακτικές και ολοκληρωμένες οφθαλμολογικές εξετάσεις για κάθε άτομο που τις έχει ανάγκη.

## Η συμβολή του καθενός

Ο καθένας από εμάς μπορεί να συμβάλει στην επιτυχία της Παγκόσμιας Ημέρας Γλαυκώματος, με πολλούς και ποικίλους τρόπους. Σε όλο τον κόσμο, εκατοντάδες εθελοντικές πρωτοβουλίες, είτε από μεμονωμένα άτομα είτε ομαδικά, οδήγησαν στην οργάνωση εκδηλώσεων σαν τις προαναφερθείσες. Αλλού υλοποιήθηκαν πιο πρωτότυπες ιδέες: ένα εθνικό



οφθαλμολογικό περιοδικό αφιερώνει το τεύχος του Μαρτίου στο Γλαύκωμα. Άλλα επιστημονικά περιοδικά δημοσιεύουν άρθρα αφιερωμένα στην Παγκόσμια Ημέρα Γλαυκώματος. Μια ομάδα εθελοντών φόρεσε, στο Μαραθώνιο της Γενεύης, μπλουζάκια με αναφορά στο Γλαύκωμα. Στη Νότιο Αμερική, ένα τηλεοπτικό σποτ υπενθυμίζει χιουμοριστικά στους τηλεθεατές ότι η συμμόρφωση με τη θεραπεία μπορεί να απωθήσει τον «ύπουλο κλέφτη της όρασης».

Η επιτυχία του θεσμού της Παγκόσμιας Ημέρας Γλαυκώματος εξαρτάται τελικά από την ενεργό συμμετοχή στην κοινή προσπάθεια του καθενός μας, κυρίως των επαγγελματιών της υγείας. Ακόμη και τα πιο μεγάλα ταξίδια αρχίζουν με ένα μικρό βήμα και το άθροισμα όλων αυτών των βημάτων καθορίζει πόσο μακριά θα φτάσουμε. Καθώς η κάθε ετήσια Ημέρα

Γλαυκώματος θα πλησιάζει, ας κάνει ο καθένας το πρώτο αυτό βήμα και ας αναλογιστεί: «Πώς μπορώ να συμβάλω στην επιτυχία αυτής της εκστρατείας, ώστε ο αριθμός των τυφλών από γλαύκωμα να μειώνεται αντί να αυξάνεται στο μέλλον;».

Όσο περισσότερες εκδηλώσεις οργανωθούν και –κυρίως– όσο πιο γνωστές γίνουν, τόσο ο στόχος αυτός θα γίνεται πιο εφικτός. Γι’ αυτό, ας αφιερώσει ο καθένας λίγο χρόνο να επισκεφθεί την ιστοσελίδα [www.wgday.net](http://www.wgday.net) και ας ανακοινώσει στον κόσμο πως θα συμβάλει στην επιτυχία της Παγκόσμιας Ημέρας Γλαυκώματος.

### Βιβλιογραφία

1. Quigley HA, Broman AT. The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020. *Br J Ophthalmol* 2006; 90:262-7.
2. Sommer A, Tielsch JM, Katz J et al. Relationship between intraocular pressure and primary open angle glaucoma among white and black Americans. *The Baltimore Eye Survey. Arch Ophthalmol* 1991;

109:1090-5.

3. World Health Organization από την ιστοσελίδα: [www.who.int/blindness/causes/priority/en/](http://www.who.int/blindness/causes/priority/en/)
4. Feiner L, Piltz-Seymour J. Collaborative initial glaucoma treatment study: a summary of results to date. *Curr Opin Ophthalmol* 2003; 14:106-11.
5. Heijl A, Leske MC, Bengtsson B, Hyman L, Bengtsson B, Hussein M. Early Manifest Glaucoma Trial Group. Reduction of intraocular pressure and glaucoma progression: results from the Early Manifest Glaucoma Trial. *Arch Ophthalmol* 2002; 120:1268-79.
6. AGIS Investigators. 7. The relationship between control of intraocular pressure and visual field deterioration. *Am J Ophthalmol* 2000; 130:429-40.
7. Kass MA, Heuer DK, Higginbotham EJ et al. The Ocular Hypertension Treatment Study. A randomized trial determines that topical ocular hypotensive medication delays or prevents the onset of primary open-angle glaucoma. *Arch Ophthalmol* 2002; 120:701-13.
8. Olthoff CM, Schouten JS, van de Borne BW, Webers CA. Noncompliance with ocular hypotensive treatment in patients with glaucoma or ocular hypertension: an evidence-based review. *Ophthalmology* 2005; 112:953-61.
9. Topouzis F, Coleman AL, Harris A, Koskossas A, Fourti P, Gong C, Yu F, Anastasopoulos E, Pappas T, Wilson MR. Factors associated with undiagnosed open-angle glaucoma: The Thessaloniki Eye Study. *Am J Ophthalmol* 2008; 145:327-35.
10. Kozobolis VP, Detorakis ET, Tsilimbaris M, Siganos DS, Pallikaris IG. Crete, Greece Glaucoma Study. *J Glaucoma* 2000; 9:143-9. ■

## Συμμετοχή της Ένωσης Ελευθεροεπαγγελματιών Ιατρών Βορείου Έβρου στην πανελλήνια απεργία υγειονομικών

**Η «Ένωση Ελευθεροεπαγγελματιών Ιατρών Βορείου Έβρου» συμμετείχε στην Πανελλήνια απεργία των Υγειονομικών στις 19 Δεκεμβρίου 2007, διαμαρτυρούμενη για το μεγάλο πρόβλημα του ασφαλιστικού και τις νέες ρυθμίσεις που παραβιάζουν τα δικαιώματα και τις παροχές των ασφαλισμένων στο Τ.Σ.Α.Υ. (Ταμείο Σύνταξης Αυτασφάλισης Υγειονομικών).**

Οι αλλαγές που προωθούνται χωρίς τη συναίνεση και συμφωνία των υγειονομικών μας βρίσκουν αντίθετους και αντιδρούμε στην προσπάθεια χειραγώγησης και οικονομικής άλωσης του Ταμείου μας, που παραμένει από τα πλέον υγιή Ταμεία χω-

ρίς να επιβαρύνει το δημόσιο προϋπολογισμό.

Αν περάσουν τα νέα μέτρα, οι συντάξεις των παλαιών ιατρών μειώνονται υπερβολικά, αλλά κυρίως πλήττονται οι νέοι ιατροί, οι ασφαλισμένοι μετά το 1993, που προβλέπεται να πάρουν σύνταξη 480 ευρώ, δικαιώνοντας τη φήμη που θέλει τα τελευταία χρόνια τους νέους ιατρούς να μετατρέπονται σε «προλεταριάτο».

**Σιναπίδης Στέφανος**

Γεν. Γραμματέας Ένωσης Ελευθεροεπαγγελματιών Ιατρών Βορείου Έβρου