

1. ΟΙ ΜΙΣΟΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΔΕΝ ΠΑΙΡΝΟΥΝ ΣΩΣΤΑ ΤΗΝ ΑΓΩΓΗ ΤΟΥΣ

Μέσο:ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΗ

Ημ. Έκδοσης: ...13/10/2025 Ημ. Αποδελτίωσης: ...13/10/2025

Σελίδα:14



Το 50% των ηλικιωμένων δεν λαμβάνει σωστά τα φάρμακα

Το στρατηγικό σχέδιο του ΕΟΦ για να περιοριστεί η υπερκατανάλωση, η οποία έχει επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών και στην οικονομία



1. ΟΙ ΜΙΣΟΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΔΕΝ ΠΑΙΡΝΟΥΝ ΣΩΣΤΑ ΤΗΝ ΑΓΩΓΗ ΤΟΥΣ

Μέσο:ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΗ

Ημ. Έκδοσης: ...13/10/2025 Ημ. Αποδελτίωσης: ...13/10/2025

Σελίδα: 19



Ενας στους δύο ηλικιωμένους δεν παίρνει σωστά τη φαρμακευτική του αγωγή εξαιτίας της πολυφαρμακίας. Έτσι, με κεντρικό σύνθημα «Τα φάρμακα δεν είναι καραμέλες», συνεχίζεται στην Ελλάδα η ευρωπαϊκή εκστρατεία ενημέρωσης που πραγματοποιήθηκε το διάστημα 25-29 Σεπτεμβρίου, με την υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων (EMA), στην οποία συμμετέχει ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ). Σύμφωνα με τα όσα δήλωσε ο πρόεδρος του ΕΟΦ, Σπύρος Σαπουνάς, σε συνέντευξή του στο Αθηναϊκό/Μακεδονικό Πρακτορείο Ειδήσεων, με αφορμή τις κινήσεις εξωστρέφειας του οργανισμού, «είναι μια εκστρατεία που στόχο έχει να δώσει στους καταναλωτές και στους πολίτες, στους ασθενείς γενικότερα, τη γνώση ότι πριν πάρουν ένα φάρμακο θα πρέπει να μελετήσουν αφενός ενδείξεις-αντενδείξεις, το φύλλο οδηγιών χρήσης, και να συμβουλευτούν ή τον φαρμακοποιό ή τον γιατρό τους. Αυτό που θέλουμε είναι να περιορίσουμε τους πλεονασμούς και αυτή την παγίδα στην οποία πολλές φορές πέφτουν οι άνθρωποι, ειδικότερα μεγαλύτερης ηλικίας, ή άτομα με χρόνια νοσήματα, και να κάνουμε έναν εξορθολογισμό».

Όπως ανέφερε χαρακτηριστικά ο κ. Σαπουνάς, «σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), το 50% των ανθρώπων της τρίτης ηλικίας δεν παίρνει σωστά την αγωγή του για χρόνιες παθήσεις και σε αυτό φταίει και η πολυφαρμακία. Μάλιστα υπάρχει και ένα φαινόμενο, το prescribing cascade (καταρράκτης συνταγογράφησης), σύμφωνα με το οποίο δημιουργούνται ανεπιθύμητες ενέργειες από τα πολλά φάρμακα και πολλές φορές οδηγούνται οι ασθενείς να παίρνουν και άλλο επιπλέον φάρμακο, για να αντιμετωπίσουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες που

έχουν δημιουργηθεί ήδη από το προηγούμενο. Άρα, μπαίνουν σε έναν φαύλο κύκλο που δεν μπορούν να λύσουν το πρόβλημά τους και σε αυτό φταίει η πολυφαρμακία».

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Σε ερώτηση για το πώς θα μπορούσαν να μειώσουν οι ηλικιωμένοι τα φάρμακα, όταν 7 στους 10 παίρνουν πάνω από 5 την ημέρα, ο πρόεδρος του ΕΟΦ απάντησε: «Έχουμε στη διάθεσή μας έναν θησαυρό πληροφορίας από το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης της ΗΔΙΚΑ και έχει ξεκινήσει η επεξεργασία αυτών των δεδομένων, προκειμένου να διαπιστώσουμε πόσοι άνθρωποι παίρνουν πόσα φάρμακα για ποια προβλήματα και να μπορέσουμε να μελετήσουμε αν υπάρχουν υπερβολές, έτσι ώστε στη συνέχεια να δούμε πώς θα τις "θεραπεύσουμε"».

Όσον αφορά τις συνέπειες της πολυφαρμακίας, ο κ. Σαπουνάς ανέφερε: «Μια κλασική συνέπεια της πολυφαρμακίας, στην οποία δυστυχώς η Ελλάδα είναι πρωταθλήτρια, είναι η μικροβιακή αντοχή. Η αντίσταση στα αντιβιοτικά, που κάποιοι τα παίρνουν όντως σαν καραμέλες και ζητούν επιμόνως από τον γιατρό τους να τα συνταγογραφήσει, χωρίς να υπάρχει λόγος. Άλλες συνέπειες είναι η θνητότητα σε σπάνιες περιπτώσεις, η αύξηση νοσηλείων, καθώς και οικονομική επιβάρυνση των ασθενών, αλλά και του κράτους».

Επεξεργασία δεδομένων, προκειμένου να διαπιστώσουμε πόσοι άνθρωποι παίρνουν πόσα σκευάσματα και για ποια προβλήματα

Σπύρος Σαπουνάς, πρόεδρος ΕΟΦ





ΣΑΒΒΑΤΟ 11 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2025

Ελεύθερος Τύπος

ΕΛΛΑΔΑ | 09

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΠΟΥ 2025

1 ΣΤΟΥΣ 3
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥΣ
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
ΕΧΕΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

1 ΣΤΟΥΣ 4
ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΑΓΧΩΔΗ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

30%
ΤΩΝ
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
ΕΧΕΙ ΕΞΑΡΤΗΣΗ
ΑΠΟ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ

1 ΣΤΟΥΣ 10
ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ
1 ΣΤΟΥΣ 14
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΣΚΕΦΤΟΝΤΑΙ
ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

9 ΣΤΟΥΣ 10
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΕΧΟΥΝ
ΠΕΣΕΙ ΘΥΜΑ ΒΙΑΣ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
Ή ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ

60%
ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ
ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΒΙΩΝΕΙ
ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ
«ΣΙΩΠΗΡΗΣ ΑΠΟΧΩΡΗΣΗΣ»

ΕΥΡΩΠΗ

1 ΣΤΟΥΣ 4
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥΣ
ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ
ΕΧΕΙ
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

1 ΣΤΟΥΣ 5
ΠΑΣΧΕΙ
ΑΠΟ ΑΓΧΩΔΗ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

10%
ΕΧΕΙ ΣΚΕΦΤΕΙ
ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

3 ΣΤΟΥΣ 10
ΕΙΝΑΙ
ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΟΙ
ΑΠΟ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ

ΕΠΙΘΕΣΕΙΣ

ΤΟ 90% ΔΗΛΩΝΕΙ ΟΤΙ ΕΧΕΙ
ΥΠΟΣΤΕΙ ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΕΝΑ
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΒΙΑΣ - ΑΠΟ ΛΕΚΤΙΚΗ
ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΩΣ ΣΕΞΟΥΑ-
ΛΙΚΗ ΠΑΡΕΝΟΧΛΗΣΗ. ΟΙ ΥΓΕΙ-
ΟΝΟΜΙΚΟΙ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΕ ΕΝΑ
«ΤΟΞΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ», ΠΟΥ ΔΙ-
ΑΒΡΩΝΕΙ ΣΤΑΘΕΡΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ
ΑΝΤΟΧΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ,
ΤΕΛΙΚΑ, ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΣΦΑ-
ΛΕΙΑ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ.

Η ΑΠΕΙΛΗ

ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ:
► 28% ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΧΟΥΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ
► 22% ΕΧΟΥΝ ΑΓΧΩΔΗ ΔΙΑΤΑ-
ΡΑΧΗ,
► 3% ΕΙΝΑΙ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΟΙ ΑΠΟ
ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ
► 10% ΕΧΕΙ ΣΚΕΦΤΕΙ ΤΗΝ ΑΥ-
ΤΟΚΤΟΝΙΑ
ΟΠΩΣ ΔΗΛΩΣΕ Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
ΤΟΥ WHO EUROPE, DR. HANS
HENRI P. KLUGE, «ΑΠΕΙΛΕΙΤΑΙ Η
ΑΚΕΡΑΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ».

ΕΡΕΥΝΑ ΠΟΥ ΓΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥΣ

Βία, κατάθλιψη, εξουθένωση

Στοιχεία-σοκ για
γιατρούς και νοσηλευτές
και πώς συνδέονται με
τα λάθη σε νοσοκομεία

ΓΙΑΝΝΑ ΣΟΥΛΑΚΗ
gsoulaki@e-typos.com

► Τα πρόσφατα περιστατικά με τα λάθη των υγειονομικών στα ελληνικά νοσοκομεία -από χορήγηση λανθασμένων φαρμάκων και δοσολογιών μέχρι μεταγίσεις αίματος σε λάθος ασθενείς- δεν φαίνεται να είναι μεμονωμένα ανθρώπινα λάθη. Αλλά μάλλον, η αντανάκλαση μιας βαθιάς κρίσης ψυχικής υγείας μέσα στο ίδιο το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Σύμφωνα με τη νέα μεγάλη έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), η οποία δημοσιοποιήθηκε με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα Ψυχικής Υγείας (10 Οκτωβρίου), οι Ευρωπαίοι γιατροί

και νοσηλευτές βιώνουν πρωτοφανή επίπεδα ψυχικής πίεσης, βίας και εξουθένωσης, αλλά οι Έλληνες υγειονομικοί ακόμη μεγαλύτερη, σε σύγκριση με τους συναδέλφους τους. Τα στοιχεία για την Ελλάδα προκαλούν σοκ:
► 90% των υγειονομικών έχει πέσει θύμα βίας στον χώρο εργασίας.
► 33% ζει με κατάθλιψη, ενώ 25% πάσχει από αγχώδη διαταραχή.
► 10% των γιατρών και 7% των νοσηλευτών δηλώνουν ότι έχουν σκεφτεί την αυτοκτονία.
► 3% παρουσιάζει εξάρτηση από το αλκοόλ.

Η χώρα μας βρίσκεται στην 9η χειρότερη θέση στην Ευρώπη ως προς την κατάθλιψη των υγειονομικών. Προηγούνται με 50% η Λετονία και η Πολωνία. Περίπου 8,7% των γιατρών και 21,2% των νοσηλευτών δηλώνουν ότι σκέφτονται να εγκαταλείψουν το επάγγελμά τους.

Αλλά ακόμα πιο ανησυχητικό είναι το φαινόμενο της «σιωπηρής αποχώρησης» - η ψυχική αποσύνδεση από την εργασία. Οι εργαζόμενοι συνεχίζουν να εκτελούν τα βασικά καθήκοντα, αλλά χωρίς το «πάθος» και την

Πιθανότητες
σφάλματος

ΜΠΟΡΕΙ η ψυχική κατάρρευση των υγειονομικών να συνδέεται με τα αυξανόμενα ιατρικά σφάλματα; Η μελέτη του ΕΚΠΑ δίνει τις απαντήσεις, με τον καθηγητή Γαλάνη να τονίζει: «Όταν ένας άνθρωπος είναι κουρασμένος, εξουθενωμένος και συναισθηματικά αποκομμένος από τη δουλειά του, αυξάνεται η πιθανότητα να γίνουν λάθη. Το βλέπουμε ήδη στην πράξη».

εσωτερική συμμετοχή που κάποτε χαρακτήριζε τους εργαζόμενους στα νοσοκομεία. Όπως εξηγεί στον «Ε.Τ.» ο επίκουρος καθηγητής του ΕΚΠΑ Γέτρος Γαλάνης, που ηγήθηκε της πρώτης ελληνικής έρευνας για τη σιωπηρή αποχώρηση στο υγειονομικό προσωπικό της χώρας, το φαινόμενο έχει λάβει διαστάσεις συναγερμού:

► Ένας στους 2 επαγγελματίες υγείας δηλώνει πρόθεση αποχώρησης από το ΕΣΥ
► Σχεδόν 6 στους 10 παρουσιάζουν υψηλό επίπεδο σιωπηρής αποχώρησης
► Πάνω από 3 στους 10 νοσηλευτές και γιατροί βιώνουν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης

«Η σιωπηρή αποχώρηση δεν είναι αδιαφορία ή τεμπελιά. Είναι εξάντληση», τονίζει ο κ. Γαλάνης και προσθέτει:

«Οι εργαζόμενοι δουλεύουν χωρίς πάθος, μηχανικά. Όταν κάποιος είναι κουρασμένος, καταπονημένος και αποσυνδεδεμένος από την εργασία του, είναι πολύ πιθανό να κάνει λάθος. Όχι από αμέλεια, αλλά από εξουθένωση».

3. 7.000 ΝΕΟΙ ΔΩΡΗΤΕΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΣΕ ΜΙΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ

Μέσο:ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ

Ημ. Έκδοσης: ...11/10/2025 Ημ. Αποδελτίωσης: ...11/10/2025

Σελίδα:1



7.000 νέοι δωρητές οργάνων σε μία εβδομάδα

Η ανταπόκριση στην καμπάνια του υπουργείου Υγείας μέσω email

Η αποστολή των emails που καλούν τους πολίτες να γίνουν δωρητές οργάνων ξεκίνησε την περασμένη Παρασκευή από το υπουργείο Υγείας και μέσα σε λίγες ημέρες αποδίδει καρπούς. Εως χθες είχαν εγγραφεί 7.000 νέοι δωρητές στο Μητρώο του

Ελληνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων. Υπάρχουν ωστόσο και κάποιοι που είναι διστακτικοί. Τι λένε στην «Κ» άνθρωποι που απάντησαν θετικά, αλλά και ορισμένοι που διστάζουν, και ποιοι είναι οι πιο διαδεδομένοι μύθοι για τη δωρεά οργάνων. **Σελ. 3**

3. 7.000 ΝΕΟΙ ΔΩΡΗΤΕΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΣΕ ΜΙΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ

Μέσο: ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ

Ημ. Έκδοσης: . . . 11/10/2025 Ημ. Αποδελτίωσης: . . . 11/10/2025

Σελίδα: 3



Εσείς, είστε στο Μητρώο Δωρεάς Οργάνων;

Αποδίδει καρπούς η καμπάνια του υπουργείου Υγείας μέσω email για να ενισχυθεί η προσφορά ζωής στην Ελλάδα

Της ΠΙΝΝΥΣ ΜΠΟΥΛΟΥΤΖΑ

Ο Δημήτρης, 56 ετών, την περασμένη Κυριακή έλαβε email του υπουργείου Υγείας το οποίο τον καλούσε να γίνει δωρητής οργάνων. Όπως είπε στην «Κ», «όταν το έλαβα δεν χρειάστηκε καν να σκεφτώ. Ήδη ξέρουν όλοι στο σπίτι ότι είμαι θετικός στη δωρεά οργάνων. Απλά έως τώρα δεν είχα γραφτεί στο Μητρώο Δωρητών Οργάνων του Ελληνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων (ΕΟΜ). Όμως, απαντώντας στο email, είδα ότι ήταν μια πολύ απλή διαδικασία η εγγραφή και την έκανα».

Η Γιώτα, 43 ετών, είναι εγγεγραμμένη στο Μητρώο Δωρητών Οργάνων του ΕΟΜ από το 2010. Ωστόσο την περασμένη Τρίτη έλαβε κι αυτή το email από τον ΕΟΜ για να γίνει δωρήτρια. Όπως αναφέρει στην «Κ», «επικοινωνήσα με τον ΕΟΜ και μου εξήγησαν ότι για λόγους εμπιστευτικότητας δεν έδωσαν στην ΗΔΙΚΑ το μητρώό τους, με αποτέλεσμα το email να σταλεί σε όλους. Πάντως, όταν κάποιος που είναι ήδη εγγεγραμμένος επικυρώσει να εγγραφεί, το σύστημα του ΕΟΜ θα τον ενημερώσει ότι το ΑΜΚΑ του υπάρχει ήδη».

Μαζικές εγγραφές

Ο Δημήτρης και η Γιώτα είναι δύο από τα εκατομμύρια πολίτες στη χώρα μας που έλαβαν τις προηγούμενες ημέρες email με αποστολή το υπουργείο Υγείας και τίτλο «Δωρεά οργάνων - περισσότερη ζωή». Πολλοί αντέδρασαν θετικά. Όπως ανέφερε στην «Κ» στέλεχος του ΕΟΜ, έως χθες είχαν εγγραφεί 7.000 νέοι δωρητές στο μητρώο -σχεδόν 1.000 την ημέρα- που έως την περασμένη εβδομάδα μετρούσε 35.000 εγγεγραμμένους με περίπου 150 εγγραφές καθημερινά.

Όμως, υπάρχουν και συνάνθρωποι μας που είναι διστακτι-



Σε ένα «κουτί» κρύβεται το δώρο της ζωής. «Σε μια κοινωνία υπέρ της δωρεάς οργάνων, οι λίστες αναμονής θα εξαλείφονταν και κάθε ασθενής θα έβρισκε μόδαγμα όταν το χρειαζόταν», αναφέρεται στο κείμενο του email που λαμβάνουν οι πολίτες.

«Δεν χρειάστηκε καν να σκεφτώ. Απλά έως τώρα δεν είχα γραφτεί στο μητρώο. Όμως, απαντώντας στο email, είδα ότι ήταν μια πολύ απλή διαδικασία και την έκανα», περηγάρει ο 56χρονος Δημήτρης,

εάν ποτέ συμβεί κάτι, να πει και στη δωρεά. Αλλά δεν θέλω κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο να γνωρίζουν ότι μπαίνει δωρητής. Επίσης δεν έχω εμπιστοσύνη στην οργάνωση των νοσοκομείων στη χώρα μας. Όταν δίνουν λάθος αντιβιώσεις, πώς να έχω εμπιστοσύνη;», τόνισε.

«Ίσως σε κάποια χρόνια»

Η Ελένη ήταν μεταξύ των πρώτων στους οποίους εστάλη το email, όμως το είδε μόλις προχθές, αφού ήταν στα

τι τέτοιο. Δεν θέλεις να το σκεφτείς το ενδεχόμενο να γίνεις δότης ούτε για σένα ούτε για κανέναν».

Η αποστολή των emails ξεκίνησε την περασμένη Παρασκευή. Όπως ανέφερε στην «Κ» η διευθύνουσα σύμβουλος της ΗΔΙΚΑ Νίκη Τσούμα, «τα emails στέλνονται σε όσους έχουμε την ηλεκτρονική διεύθυνση, δηλαδή σε όσους είναι εγγεγραμμένοι στην άυλη συνταγογράφηση». Σύμφωνα με την ίδια, πρόκειται για περίπου 5,5 εκατ. άτομα. Τις

«Έχω συνεννοηθεί με την κόρη μου, εάν ποτέ συμβεί κάτι, να πει και στη δωρεά. Αλλά δεν θέλω κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο να γνωρίζουν ότι μπαίνει δωρητής», λέει η Ανθή, 61 ετών.

Στην Ελλάδα τα τελευταία τέσσερα έτη οι μεταμοσχεύσεις έχουν συνεκόμενη αυξητική πορεία. Την προηγούμενη Τρίτη, με αφορμή τη σημερινή Ευρωπαϊκή Ημέρα Δωρεάς Οργάνων, που φέτος θα εορταστεί με επίκεντρο την Ελλάδα, ο πρόεδρος του ΕΟΜ καθηγητής Γεώργιος Παπαθεοδωρίδης ανακοίνωσε ένα νέο ρεκόρ στον τομέα των μεταμοσχεύσεων, κάνοντας λόγο για μια νέα ελπιδοφόρα καθημερινότητα, καθώς στις 6 Οκτωβρίου ολοκληρώθηκε η λήψη οργάνων από τον εκατοστό ενδέκατο (111ο) δότη οργάνων, φτάνοντας το αντίστοιχο περυσινό ρεκόρ των 111 δοτών, που είχε όμως σημειωθεί στο τέλος του 2024. Οι 111 δότες του 2025 χάρισαν ζωή ήδη σε 240 ασθενείς, σε σχέση με τους 238 που μεταμοσχεύθηκαν από αποβιώσαντες δότες οργάνων το 2024.

«Βαθιά ανθρώπινη πράξη»

Όπως υπογραμμίζεται και στο κείμενο του email με τίτλο «Δωρεά οργάνων - περισσότερη ζωή», που λαμβάνουν οι πολίτες και το οποίο συντάχθηκε με προσοχή από γιατρούς και ειδικούς των μεταμοσχεύσεων, «κάθε μέρα όλο και περισσότεροι ασθενείς στην Ελλάδα σώζονται χάριν στο ανεκτίμητο δώρο της μεταμόσχευσης. Μια πράξη ιατρική, αλλά πάνω από όλα βαθιά ανθρώπινη, καθώς απαραίτητη προϋπόθεσή της είναι η δωρεά οργάνων. Πίσω από κάθε μεταμόσχευση υπάρχει κάποιος που έδωσε ζωή μέσα από το δικό του τέλος. Υπάρχει ένας άνθρωπος -ένας ήρωας- που πήρε μια απόφαση εν ζωή: να δωρίσει τα όργανά του μετά θάνατον και να προσφέρει ελπίδα σε ασθενείς συνανθρώπους μας. Για πολλούς ασθενείς η μεταμόσχευση δεν είναι επιλογή, είναι η μόνη τους ευκαιρία να συνεχίζουν να ζουν. Αν κάποτε εμείς ή κάποιος δικός

3. 7.000 ΝΕΟΙ ΔΩΡΗΤΕΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΣΕ ΜΙΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ

Μέσο:ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ

Ημ. Έκδοσης: ...11/10/2025 Ημ. Αποδελτίωσης: ...11/10/2025

Σελίδα:3



κοί ή και απόλυτα αρνητικοί, λόγω απουσίας εμπιστοσύνης ή ακόμη και για τον φόβο του θανάτου. Όπως η Ανθή, 61 ετών. Έλαβε το email του ΕΟΜ το βράδυ της Πέμπτης και χθες στην ερώτηση της «Κ» εάν σκέφτεται να εγγραφεί στο μητρώο δωρητών, απάντησε: «Με τίποτα». Και εξήγησε: «Φοβάμαι πολύ. Έχω δει βίντεο από την Αμερική

για κάποιον που χαρακτηρίστηκε από τους γιατρούς εγκεφαλικά νεκρός και μέσα στο χειρουργείο που τον πήγαν για να αφαιρεθούν τα όργανα ξύπνησε». Η Ανθή δεν αρνείται τη δωρεά οργάνων, απλώς δεν έχει εμπιστοσύνη στις διαδικασίες και στο σύστημα Υγείας. «Έχω συνεννοηθεί με την κόρη μου,

ανεπιθύμητα. Μάλιστα αρχικά δεν το θεώρησε αξιόπιστο και δεν έδωσε σημασία. Όπως είπε στην «Κ», «δεν σκέφτομαι αυτή τη στιγμή να εγγραφώ. Δεν είμαι αρνητική στη δωρεά, όμως δεν το έχω διαχειριστεί ακόμη ως σκέψη. Ίσως σε κάποια χρόνια. Όταν είσαι φορτωμένος με πάρα πολλά πράγματα δεν θέλεις να προβληματιστείς για κά-

δύο πρώτες ημέρες είχαν σταλεί ένα εκατ. emails. Το ίδιο διάστημα η ιστοσελίδα του ΕΟΜ είχε 5.000 επισκέψεις από άτομα που ήθελαν να μάθουν περισσότερα.

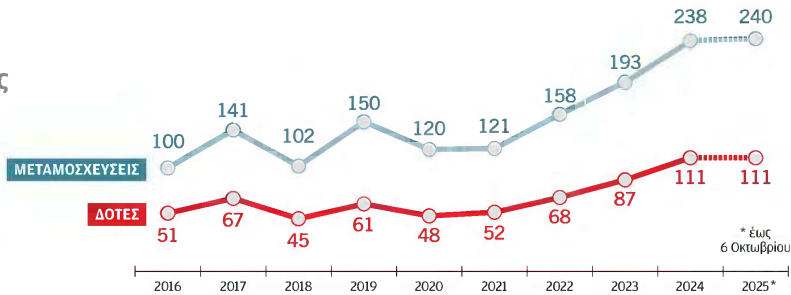
Αλλάστε, όπως επισημαίνει στην «Κ» η προϊσταμένη του τμήματος Συντονισμού Μεταμοσχεύσεων του ΕΟΜ, Γούλη Μενοπούλου, «ο σκοπός της απο-

στολής του email, εκτός από την αύξηση των εγγεγραμμένων στο Μητρώο Δωρητών Οργάνων, είναι και η ανακίνηση του θέματος. Να θελήσουν οι πολίτες να μάθουν για τη δωρεά οργάνων και τις μεταμοσχεύσεις. Να συζητήσουν με την οικογένειά τους αυτό το θέμα και οποιαδήποτε απόφαση έχουν λάβει».

μας χρειαζόταν ένα μόσχευμα για να συνεχίσει να ζει, δεν θα ευχόμασταν να υπάρξει κάποιος που θα έκανε αυτή τη γενναία πράξη; Η συνέχιση της ζωής βρίσκεται στα χέρια μας. Σε μια κοινωνία υπέρ της δωρεάς οργάνων, οι λίστες αναμονής θα εξαλείφονταν και κάθε ασθενής θα έβρισκε μόσχευμα όταν το χρειαζόταν».

Προς νέο ρεκόρ στις μεταμοσχεύσεις

200
δότες ετησίως, που είναι ο ευρωπαϊκός μέσος όρος, είναι ο στόχος της Ελλάδας.



5.000
επισκέψεις στην ιστοσελίδα του Ελληνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων μετά την αποστολή ενός εκατ. emails.



7.000
νέοι δωρητές οργάνων ενεγράφησαν στο μητρώο πριν από την αποστολή των emails.



35.000
δωρητές ήταν εγγεγραμμένοι στο μητρώο πριν από την αποστολή των emails.

Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ

Το «εγχειρίδιο» με τους πέντε πιο διαδεδομένους μύθους

«Οι γιατροί θα με αφήσουν να πεθάνω επειδή είμαι δωρητής για να μου πάρουν τα όργανα». «Ο άνθρωπός μας είναι σε κώμα και μπορεί να ξυπνήσει». Αυτοί είναι ορισμένοι από τους πιο διαδεδομένους μύθους που στέκουν εμπόδια στην ανώτερη πράξη της δωρεάς οργάνων. Ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων έχει συντάξει έναν οδηγό με μύθους και αλήθειες, δίνοντας τις πραγματικές διαστάσεις της δωρεάς οργάνων και των μεταμοσχεύσεων.

1 «Σε περίπτωση σοβαρού προβλήματος υγείας οι γιατροί που θα με φροντίζουν στο νοσοκομείο, αν γνωρίζουν πως είμαι δωρητής οργάνων, θα με αφήσουν να πεθάνω».
Αλήθεια: Οι γιατροί των ΜΕΘ δεν γνωρίζουν ποιος ασθενής είναι δωρητής οργάνων και ποιος όχι. Κανείς δεν έχει πρόσβαση σε αυτή την πληροφορία, παρά μόνον ο ΕΟΜ. Ακόμη κι αν γνώριζαν, προτεραιότητα των γιατρών των ΜΕΘ είναι η σωτηρία του ασθενούς. Μόνο σε περίπτωση που διαπιστωθεί ο θάνατός του, με εγκεφαλικά κριτήρια, τίθεται το ενδεχόμενο της δωρεάς οργάνων και αφού ενημερωθεί ο ΕΟΜ. Οι γιατροί που πιστοποιούν τον εγκεφαλικό θάνατο δεν έχουν καμία σχέση με τον ΕΟΜ ή με τις μονάδες μεταμόσχευσης.

2 «Ξύπνησε από το κώμα πριν του πάρουν τα όργανα».
Αλήθεια: Την «είδηση» αυτή και κατ'αυτών τον τρόπο διατυπωμένη την έχουμε δει σε κινηματογραφικά ή τηλεοπτικά έργα. Πρόκειται για ψευδή είδηση ή απολύτως εσφαλμένη διατύπωση. Μεταμόσχευση οργάνων δεν πραγματοποιείται από ασθενείς σε φυτική κατάσταση, αλλά από ασθενείς που έχουν καταλήξει και είναι επιστημονικά διαπιστωμένοι ως εγκεφαλικά νεκροί. Ουδέποτε στα ιατρικά χρονικά έχει επανέλθει ασθενής στον οποίο έχει πιστοποιηθεί ο εγκεφαλικός του θάνατος.

3 «Κάποιος οικονομικά ισχυρός ή με κοινωνική επιρροή θα παρακάμψει τη λίστα κατανομής οργάνων».
Αλήθεια: Όχι. Κάθε φορά που υπάρχει ένας δότης οργάνων, η προτεραιοποίηση των υποψηφίων γίνεται από ειδικό λογισμικό, βάσει ιατρικών κριτηρίων. Το λογισμικό είναι δωρεασμένο και αδιάβλητο και οι κατανομές ελέγχονται τόσο από τον ΕΟΜ όσο και από τις μονάδες μεταμόσχευσης, καθώς και από ειδικές επισημονικές επιτροπές ανά όργανο.

4 «Αν γίνω δωρητής θα μαθευτεί και θα μου πάρουν τα όργανα».
Αλήθεια: Κανείς δεν μπορεί να έχει πρόσβαση στο Μητρώο Δωρητών Οργάνων, παρά μόνο ο ΕΟΜ, ενώ στην Ελλάδα, όπως και στην Ευρωπαϊκή Ένωση, απαγορεύεται το εμπόριο οργάνων και δεν έχει πραγματοποιηθεί ποτέ στη χώρα μας μεταμόσχευση οργάνου προερχόμενου από εμπόριο. Οι μεταμοσχεύσεις, είτε από ζώντα είτε από αποβιώσαντα δότη, πραγματοποιούνται μόνο σε μονάδες μεταμόσχευσης δημόσιων νοσοκομείων, υπό τον αυστηρό έλεγχο και την εποπτεία του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων και του υπουργείου Υγείας.

5 «Η δωρεά οργάνων είναι ενάντια στη θρησκεία μου».
Αλήθεια: Οι μεγαλύτερες θρησκείες στον κόσμο, όπως ο Χριστιανισμός (Ορθόδοξη, Καθολική και Προτεσταντικές Εκκλησίες), ο Βουδισμός, το Ισλάμ, ο Ιουδαϊσμός, ο Ινδουισμός είναι υπέρ της δωρεάς οργάνων και μέσω της διδασχάς τους και μέσω των πνευματικών ηγετών τους.

4. GRANT THORNTON

Μέσο: ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΚΥΡ_ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ

Ημ. Έκδοσης: . . . 12/10/2025 Ημ. Αποδελτίωσης: . . . 12/10/2025

Σελίδα: 4



ΦΟΡΟΔΟΞΙΕΣ



Grant Thornton

Γνωρίζετε ότι...

• Το Δικαστήριο της Ευρωπαϊκής Ένωσης διευκρίνισε πότε μια ρύθμιση θεωρείται μη γνήσια και ανταβαίνει στον αντικαταχρηστικό κανόνα της Ευρωπαϊκής Οδηγίας Μπριτών - θυγατρικών. Ειδικότερα, το ΔΕΕ διαφώνησε με την αρμόδια φορολογική αρχή της Λιθουανίας αναφορικά με την ερμηνεία του αντικαταχρηστικού κανόνα σε περίπτωση εταιρείας που διατηρούσε επί σειρά ετών στο Ηνωμένο Βασίλειο θυγατρική, η οποία εξυπηρετούσε θεμιτό εμπορικό λόγο. Κατόπιν μεταβολής των συνθηκών της αγοράς προέκυψε σε μεταγενέστερο στάδιο μη γνησιότητα ύπαρξης της θυγατρικής εταιρείας, λόγω της οποίας τέθηκε υπό αμφισβήτηση η υπόσταση της θυγατρικής και συνακόλουθα η φορολογική απαλλαγή των διανεμόμενων μερισμάτων από φόρο εισοδήματος. Το ΔΕΕ έκρινε ότι η επιγενόμενη εξέλιξη στην υφιστάμενη δομή του ομίλου θα πρέπει να εξεταστεί σε συνάρτηση με το γενικότερο οικονομικό περιβάλλον και τις εμπορικές συνθήκες που

προκάλεσαν τις μεταβολές σε επίπεδο ομίλου. Το Δικαστήριο διαφοροποιήθηκε από την αρμόδια φορολογική αρχή, η οποία είχε λάβει υπόψη στοιχεία που σχετίζονταν μόνο με την επίμαχη τελευταία διετία και κατέληξε ότι η μεταβολή των συνθηκών της αγοράς ήταν παράγοντας κρίσιμος και ικανός να καταστήσει θεμιτή τη φύση και τη λειτουργία της θυγατρικής εταιρείας κατά την εξεταζόμενη περίοδο. Ως εκ τούτου, αποφάνθηκε ότι η θυγατρική εταιρεία που επωφελήθηκε της απαλλαγής διέθετε επαρκές εμπορικό έρεισμα ώστε να μην ανακύπτει ζήτημα αντικαταχρηστικότητας (ΔΕΕ υπόθ. C-228/24).

• Οι φορολογικές αρχές δεν μπορούν να απορρίπτουν αιτήματα επιστροφής ΦΠΑ για δαπάνες διοργάνωσης συνεδρίων χωρίς πρώτα να εξετάσουν αν αυτές σχετίζονται με την επαγγελματική δραστηριότητα της επιχείρησης. Στην υπόθεση φαρμακευτικής εταιρείας, η φορολογική διοίκηση αρνήθηκε την επιστροφή ΦΠΑ για έξοδα όπως ενοίκια χώρων, διεκπεραίωση και οπτικοακουστική κάλυψη, χωρίς να αξιολογήσει αν

οι υπηρεσίες αυτές εξυπηρετούσαν επαγγελματικούς σκοπούς. Η απαγόρευση έκπτωσης των δαπανών πολυτελείας, ψυχαγωγίας και κοινωνικής παράστασης ενεργοποιείται όταν αυτές δεν συνδέονται αντικειμενικώς με την επαγγελματική και, άρα, φορολογητέα δραστηριότητα του υποκειμένου στον φόρο και, επομένως, δεν έχουν χαρακτήρα αυστηρά επαγγελματικό. Η ύπαρξη δικαιώματος έκπτωσης καθορίζεται σε συνάρτηση με τις πράξεις εκροών, με τις οποίες συνδέονται οι πράξεις εισροών και δεν νοείται απόλυτη εφαρμογή της απαγόρευσης έκπτωσης (ΣτΕ 2229/2024).

• Η μεταφορά φορολογικής κατοικίας προϋποθέτει πλήρη τεκμηρίωση της πραγματικής μεταφοράς των ζωτικών συμφερόντων. Ο αναρροισίων προέβλεπε ότι το δικαστικό Εφετείο εσφαλμένα απέρριψε αίτημα μεταβολής φορολογικής κατοικίας από την Ελλάδα στη Σαουδική Αραβία, το οποίο είχε βασίσει την κρίση του, μεταξύ άλλων, στη φορολογική κατοικία της συζύγου του αναρροισίου, στην κατοχή ακινήτων και κινη-

τής περιουσίας στην ημεδαπή, καθώς και στη συμμετοχή του σε εταιρικές θέσεις. Ο ίδιος προσκόμισε σχετικά αποδεικτικά στοιχεία, όπως βεβαίωση του γενικού προξενείου της Ελλάδας στην Τζέννα και πιστοποιητικά από την αλλοδαπή εταιρεία στην οποία εργαζόταν, επισημαίνοντας ότι η ύπαρξη φορολογικής κατοικίας στην αλλοδαπή δεν αποκλείεται ακόμα και αν υφίστανται δεσμοί με την Ελλάδα. Εντέλει, το Συμβούλιο της Επικρατείας έκρινε ότι το Διοικητικό Εφετείο νομίμως απέρριψε τη μεταβολή φορολογικής κατοικίας, καθώς τα προσκομισθέντα έγγραφα δεν τεκμηριώναν επαρκώς τη μόνιμη και διαρκή μεταφορά του κέντρου των ζωτικών συμφερόντων του αναρροισίου στη Σαουδική Αραβία (ΣτΕ 133/2025).

• Ως κέρδος από επιχειρηματική δραστηριότητα θα πρέπει να θεωρηθούν μεμονωμένες πράξεις που συνιστούν συστηματική κερδοσκοπική δραστηριότητα. Ως «επιχειρηματική συναλλαγή» χαρακτηρίζεται κάθε μεμονωμένη ενέργεια ή επαναλαμβανόμενη διενέργεια ομοει-

δών πράξεων στην οικονομική αγορά με στόχο το κέρδος, όπου η πραγματοποίηση τριών ομοειδών συναλλαγών μέσα σε διάστημα έξι μηνών θεωρείται ένδειξη συστηματικής δραστηριότητας. Ωστόσο εξαιρούνται οι αγοραπωλησίες τίτλων, όπως ομόλογα και μετοχές, που διαπραγματεύονται σε οργανωμένες ή μη αγορές, συμπεριλαμβανομένης της Εναλλακτικής Αγοράς του Χρηματιστηρίου Αθηνών, καθώς και τα κρατικά και εισηγμένα ομόλογα, ανεξάρτητα από τη συχνότητα των πράξεων. Στην περίπτωση των ακινήτων, η συστηματική δραστηριότητα προκύπτει μόνο έπειτα από τρεις πωλήσεις εντός δύο ετών, και τότε μόνο τα σχετικά έσοδα φορολογούνται ως επιχειρηματικά κέρδη. Δεν συνιστά επιχειρηματική πράξη η πώληση περιουσίας που αποκτήθηκε μέσω κληρονομιάς ή χαριστικής παροχής από συγγενείς μέχρι δεύτερου βαθμού. Επιπλέον, εξαιρείται ρητά από την έννοια της επιχειρηματικής συναλλαγής και η εισφορά από εταιρεία από φυσικό πρόσωπο που είναι ο μοναδικός μέτοχος ή εταίρος της.



ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

ΤΙ ΣΗΜΑΙΝΕΙ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ; Είναι ένα νέο φάρμακο, ένα ψηφιακό εργαλείο ή ένας διαφορετικός τρόπος χρηματοδότησης και οργάνωσης υπηρεσιών; Το «Πρώτο Θέμα» και το ygeiamou.gr ανοίγουν τον διάλογο για τις πρωτοποριακές παρεμβάσεις που χρειάζεται το οικοσύστημα υγείας φιλοξενώντας άρθρα θεσμικών εκπροσώπων και επιστημόνων.

ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΥΓΕΙΑΣ, ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ

Πριν από λίγα χρόνια, 21 νοσοκομεία του Kaiser Permanente στη Βόρεια Καλιφόρνια ξεκίνησαν κάτι φαινομενικά απλό: ένα σύστημα που διαβάζει τα ηλεκτρονικά αρχεία ασθενών κάθε ώρα και ειδοποιεί μια ειδική ομάδα νοσηλευτών όταν η κατάσταση κάποιου ασθενούς κινδυνεύει να επιδεινωθεί μέσα στις επόμενες δώδεκα ώρες. Το πρόγραμμα -*Advance Alert Monitor*- συνδυάζει την ψηφιακή τεχνολογία υγείας με την κλινική κρίση και προβλέπει την πιθανότητα ένας νοσηλευόμενος να επιδεινωθεί, να χρειαστεί μεταφορά σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) ή επείγουσα ανάνηψη και να ωφεληθεί από έγκαιρες παρεμβάσεις. Όταν εμφανιστεί προειδοποίηση, αυτή φτάνει σε ειδικά εκπαιδευμένους νοσηλευτές, που ειδοποιούν αμέσως την ομάδα ταχείας επέμβασης προτού η κατάσταση γίνει κρίσιμη.

Μέλετή που δημοσιεύτηκε στο «New England Journal of Medicine» έδειξε ότι το πρόγραμμα μείωσε τη θνησιμότητα των νοσηλευόμενων κατά 16%, περιόρισε τις εισαγωγές σε ΜΕΘ και συντόμισε τη νοσηλεία. Η επιτυχία του δεν οφείλεται μόνο στην τεχνολογία, αλλά στον τρόπο με τον οποίο τα δεδομένα υγείας, η κλινική κρίση και η συνεργασία του προσωπικού συνδυάστηκαν για να προλάβουν την κρίση προτού αυτή συμβεί.

Εκπαιδευοντας το σύστημα υγείας

Το παράδειγμα αυτό -ενδεικτικό ανάμεσα σε πολλά- δείχνει τη σημασία ενός συστήματος υγείας που αναλύει και μαθαίνει. Σε ένα τέτοιο πλαίσιο, τα δεδομένα υγείας δεν είναι απλώς αριθμοί σε πίνακες. Αποτελούν το αποτύπωμα της σχέσης μας με το σύστημα υγείας: από τα νοσοκομεία και τα εργαστήρια μέχρι τις επισκέψεις στον προσωπικό ιατρό, τα μητρώα ασθενειών και τις εφαρμογές στα κινητά. Και όταν αυτά τα δεδομένα συνδέονται, αναλύονται και επιστρέφουν ως γνώση στους επαγγελματίες υγείας, δημιουργούν έναν κύκλο συνεχούς βελτίωσης: λιγότερα λάθη, ταχύτερες διαγνώσεις, στοχευμένες θεραπείες. Η πληροφορία παύει να είναι παθητική και μετατρέπεται σε ενεργό εργαλείο φροντίδας.

Πέρα, όμως, από την καθημερινή κλινική πρακτική, τα δεδομένα υγείας πρέπει να αποτελούν θεμέλιο για τις αποφάσεις πολιτικές σε συστημικό επίπεδο. Μπορούν να δείξουν γιατί καθυστερούν οι ασθενείς, πού εντοπίζονται ελλείψεις προσωπικού, γιατί διαφέρει η ποιότητα της φροντίδας ή σε ποιες περιοχές οι ανισότητες μεγαλώνουν. Όταν η διαδικασία λήψης αποφάσεων βασίζεται στα στοιχεία και την τεκμηρίωση -και όχι στη διαίσθηση ή στην πίεση από τις εκάστοτε ομάδες συμφερόντων-, τα συστήματα υγείας γίνονται ολόένα πιο δίκαια, αποδοτικά, βιώσιμα και ανθεκτικά. Αλλιώς, η εμπειρική ανάλυση των δεδομένων επιτρέπει την ουσιαστική αξιολόγηση των προγραμμάτων υγείας - τόσο πριν όσο και μετά την εφαρμογή τους. Από τις δράσεις πρόληψης μέχρι τις παρεμβάσεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα και τις αλλαγές στα νοσοκομεία, τα δεδομένα δείχνουν τι πραγματικά λειτουργεί. Έτσι, οι πόροι μπορούν να κατευθύνονται εκεί όπου η επίδραση είναι αποδεδειγμένα σημαντική, ενώ οι δράσεις τροποποιούνται με βάση αποτελέσματα και όχι υποθέσεις.

Παράλληλα, τα δεδομένα υγείας είναι επίσης κρίσιμο για την έγκαιρη ανίχνευση και απόκριση απέναντι σε απειλές δημόσιας υγείας. Η εμπειρία της πανδημίας σε πολλές χώρες το απέδειξε με τον πιο εμφαντικό τρόπο: τα δεδομένα για τα εμβόλια, τις θεραπείες, τις νοσηλείες και τη συμπεριφορά των πολιτών βοήθησαν να οργανωθούν εκστρατείες εμβολιασμού, να εντοπιστούν ευάλωτες ομάδες και να ληφθούν αποφάσεις που έσωσαν ζωές. Επιπλέον, ορισμένα είδη δεδομένων, όπως οι βιοτράπεζες, ανοίγουν νέους ορίζοντες για την έρευνα και την καινοτομία. Η δυνατότητα σύνδεσης βιολογικών δειγμάτων με ηλεκτρονικά αρχεία υγείας και δημογραφικά στοιχεία επιτρέπει την ανάπτυξη νέων θεραπειών, διαγνωστικών εργαλείων και φαρμάκων.

Ανάγκη για προτυποποίηση των δεδομένων

Σήμερα, τα συστήματα υγείας επιχειρούν τη μετάβαση από την απλή ψηφιοποίηση προς τον ουσιαστικό ψηφιακό μετασχηματισμό. Ωστόσο, πολλά από αυτά δεν υποφέρουν από έλλειψη δεδομένων, αλλά από αδυναμία να τα αξιοποιήσουν. Συχνά, τα δεδομένα υπάρχουν -διασκορπισμένα σε νησίδες, εγκλωβισμένα σε ασύμβατα συστήματα, χαμένα στην καθημερινή ρουτίνα.

Για να επιτευχθεί ο πραγματικός μετασχηματισμός, απαιτείται η καθιέρωση ενιαίων, υποχρεωτικών εθνικών προτύπων για τη συλλογή, ανταλλαγή και χρήση των δεδομένων τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Παράλληλα, χρειάζεται η ανάπτυξη διαλειτουργικών υποδομών με σταθερούς οικονομικούς και ανθρώπινους πόρους, που θα διασφαλίζουν τη συνέχεια, την ποιότητα και την αξιοπιστία της διαθέσιμης πληροφορίας.

Μια τέτοια προσέγγιση προϋποθέτει τη δυνατότητα ανάλυσης ανωνυμοποιημένων δεδομένων από εθνικούς και επιστημονικούς φορείς, τα οποία θα αντλούνται από ποικίλες πηγές (νοσοκομεία, φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας, εργαστήρια, ασφαλιστικούς οργανισμούς), αλλά και άλλους δημόσιους τομείς, όπως η στέγαση ή η εκπαίδευση, προκειμένου να μελετώνται σε βάθος οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας. Ταυτόχρονα,

είναι αναγκαία η θεσμοθέτηση ενός σύγχρονου πλαισίου διακυβέρνησης των δεδομένων υγείας, το οποίο θα ρυθμίζει την πρόσβαση, θα διασφαλίζει την εμπιστευτικότητα και θα ενισχύει την εμπιστοσύνη των πολιτών. Μόνο μέσα από ένα σύστημα που συνδυάζει προστασία και αξιοποίηση, τα δεδομένα υγείας μπορούν να μετατραπούν από διάσπαρτες πληροφορίες σε στρατηγικό κεφάλαιο για τη δημόσια υγεία και την κοινωνία.

Το πιο δύσκολο, ωστόσο, είναι η εύρεση της σωστής ισορροπίας ανάμεσα στον ενθουσιασμό για τον «ανεξερεύνητο κόσμο» των δεδομένων και τη μεθοδικότητα που απαιτεί η συλλογή και ανάλυσή τους. Τα δεδομένα υγείας αποτυπώνουν καθημερινές ιστορίες των πολιτών. Αν αναγνωστούν σωστά, μπορούν να ενδυναμώσουν το σύστημα υγείας, να ενισχύσουν την καινοτομία και να βοηθήσουν στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Η πρόκληση δεν είναι μόνο να συλλέξουμε καλύτερα και περισσότερα. Αλλά και να τα χρησιμοποιήσουμε με σοφία.

Η MSD Ελλάδος υποστηρίζει την πρωτοβουλία του «Πρώτου Θέματος» και του ygeiamou.gr να αναδείξουν την αξία της καινοτομίας στο σύγχρονο οικοσύστημα υγείας. Η φαρμακευτική εταιρεία δεν έχει καμία ανάμειξη στην επιλογή των αρθρογράφων και το περιεχόμενο των κειμένων.



Του Ηλία Κυριόπουλου

Επικουρου Καθηγητή,
Τμήμα Πολιτικής
Υγείας, London School
of Economics and
Political Science (LSE)



ΥΓΕΙΑ

Ενας στους 11 Έλληνες δεν έχει πρόσβαση σε γιατρό, εξετάσεις, φάρμακα

Μετά τα αρνητικά στοιχεία της Eurostat, έκθεση της Κομισιόν για το 2022 δείχνει ότι η Ελλάδα φέρεται να μην εκπληρώνει τις ιατρικές ανάγκες του πληθυσμού της σε ένα ποσοστό που πλησιάζει το 9%



Μερικές εβδομάδες νωρίτερα, η χώρα μας βρέθηκε για μία ακόμη φορά στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος όσον αφορά την ποιότητα της περίθαλψης που παρέχει στους πολίτες της σε σύγκριση με εκείνη που απολαμβάνουν οι πολίτες στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Μάλιστα τα στοιχεία που παρουσίασε η Eurostat και τα οποία δείχνουν την απόσταση της περίθαλψης που έχουν οι Έλληνες στη σύγκρισή τους με τις άλλες χώρες της ΕΕ προκάλεσαν τη δυσαρέσκεια του αρμόδιου υπουργού Υγείας, που έφθασε να αμφισβητήσει τη μεθοδολογία καταγραφής που χρησιμοποιήθηκε.

Ελάσσονες ημέρες μετά τη δημοσίευση των συμπερασμάτων της Eurostat, μια άλλη έκθεση (αυτή τη φορά αποτέλεσμα έρευνας της Ευρωπαϊκής Επιτροπής) επιβεβαίωσε τη χαμηλή θέση της χώρας μας σε σχέση με τις αντίστοιχες κατατάξεις, αυτή τη φορά στο πεδίο των ανεκπλήρωτων ιατρικών αναγκών των πολιτών της. Στην έκθεση αυτή η Ελλάδα φέρεται να μην εκπληρώνει τις ιατρικές ανάγκες του πληθυσμού της σε ένα ποσοστό που πλησιάζει το 9%. Δηλαδή ένας στους έντεκα συμπολίτες μας δεν μπορεί να έχει πρόσβαση σε γιατρό, εξετάσεις, φάρμακα κ.ο.κ. Το δε ποσοστό αυτό είναι «υπερπολλαπλάσιο» από όλες τις υπόλοιπες χώρες που καταγράφονται στην έκθεση, καθώς ο μέσος όρος στην ΕΕ είναι χαμηλότερος του 0,5%, ενώ η δεύτερη χειρότερη χώρα με αυτό το κριτήριο είναι η Ρουμανία με κάτω από 4% του πληθυσμού. Να επισημάνουμε βέβαια ότι τα στοιχεία που περιγράφει η έκθεση αφορούν το 2022, ωστόσο θεωρείται βέβαιο ότι η Ελλάδα δεν έχει καλύ-

ψει ως σήμερα τη δραματική αυτή απόσταση που τη χωρίζει από την υπόλοιπη Ευρώπη.

Την έκθεση αυτή δημοσίευσε η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, στο πλαίσιο του προγράμματος EU4Health με τίτλο «Ο ρόλος της υγειονομικής περίθαλψης στη μείωση των ανισοτήτων και της φτώχειας στην ΕΕ». Τα συμπεράσματά της ανέδειξαν κρίσιμα στοιχεία για την κατάσταση της υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα, εστιάζοντας στις οικονομικές ανισότητες, τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας και τις καταστροφικές ιδιωτικές δαπάνες.

Η έκθεση διαπιστώνει ότι η κάλυψη των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης έχει αντίκτυπο στη μείωση της φτώχειας, συγκρίσιμο με εκείνο των οικονομικών βοηθημάτων, όπως τα επιδόματα ανεργίας. Ωστόσο, από το 2019 έχει αυξηθεί το ποσοστό των πολιτών της ΕΕ με ανεκπλήρωτες ιατρικές ανάγκες, με τους πολίτες των χαμηλότερων εισοδηματικών κλιμακίων να επηρεάζονται δυσανάλογα. Οι τάσεις αυτές υπογραμμίζουν την επείγουσα ανάγκη αντιμετώπισης των ανισοτήτων στην

πρόσβαση στην υγεία. Η Ελλάδα καταγράφει από τα υψηλότερα ποσοστά στην ΕΕ σε επίπεδο ανεκπλήρωτων ιατρικών και οδοντιατρικών αναγκών και συγκεκριμένα περίπου 9% των πολιτών δηλώνουν ότι δεν μπορούν να καλύψουν ιατρικές ανάγκες λόγω υψηλού κόστους, ενώ πάνω από 11% αναφέρουν ανεκπλήρωτες οδοντιατρικές ανάγκες, κυρίως για τον ίδιο λόγο. Οι λόγοι αυτοί συνδέονται άμεσα με τη γενικευμένη ιδιωτικοποίηση της οδοντιατρικής περίθαλψης και τη συνεχιζόμενη οικονομική πίεση στα ελληνικά νοικοκυριά.

Καταστροφικές ιδιωτικές δαπάνες

Η Ελλάδα ανήκει επίσης στην ομάδα χωρών με υψηλά ποσοστά καταστροφικών δαπανών για την υγεία. Ως καταστροφικές δαπάνες εννοούνται τα ποσά που δαπανά ένα νοικοκυριό για κρίσιμα αγαθά - όπως φάρμακα και υπηρεσίες υγείας - υπερβάζοντας άλλες σημαντικές δαπάνες, ακόμη και προϊόντα διατροφής.

Φαίνεται στην έκθεση λοιπόν ότι πάνω από το 5% των ελληνικών νοικοκυριών δαπανούν περισσότερο από το 40% της οικονομικής τους δυνατότητας για ιατρικά έξοδα. Οι δε ηλικιωμένοι και οι ευάλωτες ομάδες, όπως άτομα με αναπηρίες, πλήττονται δυσανάλογα, με τα νοικοκυριά που αποτελούνται αποκλειστικά ηλικιωμένα μέλη να είναι τα πιο εκτεθειμένα, επιβεβαιώνοντας το μεγαλύτερο οικονομικό βάρος σε προχωρημένη ηλικία.

Ελλείψη πρόσβασης στην Ελλάδα, τι γίνεται στις άλλες χώρες

Μια άλλη ενότητα της έκθεσης δείχνει ότι παρ' όλο που οι δημόσιες πολιτικές υγείας

στηρίζονται στη καθολική κάλυψη, τα στοιχεία μαρτυρούν ότι η κάλυψη είναι ανεπαρκής, ειδικά για τα χαμηλότερα εισοδηματικά κλιμακία, και ότι η πρόσβαση σε φροντίδα είναι άνιση, με έντονη γεωγραφική και κοινωνική διαφοροποίηση, με την οικονομική δυνατότητα να καθορίζει τελικά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Σύμφωνα με τη Eurostat, η Γερμανία, η Ολλανδία και η Μάλτα καταγράφουν σχεδόν μηδενικά ποσοστά ανεκπλήρωτων αναγκών, ενώ η Λετονία, η Βουλγαρία και η Ρουμανία εμφανίζουν ακόμα μεγαλύτερη επιβάρυνση από καταστροφικές δαπάνες, με την Ελλάδα να βρίσκεται στη δεύτερη υψηλότερη ομάδα κινδύνου.

Ανάγκη για πολιτική παρέμβαση

Η έκθεση θέτει ως προτεραιότητα την ενίσχυση της πρόσβασης σε προσιτές και ισότιμες υπηρεσίες υγείας. Για την Ελλάδα, αυτό μεταφράζεται σε άμεση αναμόρφωση της χρηματοδότησης του συστήματος Υγείας ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι άμεσες ιδιωτικές δαπάνες με στόχευση στις ευάλωτες ομάδες, ιδιαίτερα ηλικιωμένων και φτωχών νοικοκυριών.

Σημειώνει δε ότι απαιτείται βελτίωση της κάλυψης της οδοντιατρικής περίθαλψης, που σήμερα επιβαρύνει σχεδόν αποκλειστικά τον πολίτη, και μείωση του κόστους πρόσβασης σε εξετάσεις και φάρμακα μέσω ενίσχυσης των δημόσιων δομών και της αποδοτικότερης διαχείρισης πόρων.

«Η ενίσχυση της ανθεκτικότητας των συστημάτων Υγείας αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στην πορεία προς την ολοκλήρωση της Ευρωπαϊκής Ένωσης Υγείας. Η πανδημία της COVID-19 υπογράμμισε την κρίσιμη ανάγκη για καλύτερα προετοιμασμένα συστήματα Υγείας, ικανά να αντέξουν μελλοντικές κρίσεις» τονίζει.

Αυτό περιλαμβάνει όχι μόνο τη μακροπρόθεσμη ικανότητα των συστημάτων Υγείας να ανταποκριθούν σε παρόμοιες κρίσεις υγείας στο μέλλον, αλλά και την ικανότητα να ανταποκριθούν σε ευρύτερες προκλήσεις, όπως οικονομικές υφέσεις, δημογραφικές αλλαγές ή το κόστος των νέων τεχνολογιών. Τα κενά στην πρόβλεψη στην υγειονομική περίθαλψη αποδυναμώνουν την ανθεκτικότητα των συστημάτων Υγείας και ενδύναν τον κίνδυνο να εδραιωθούν οι υφιστάμενες ανισότητες στον τομέα της υγείας.

Η εξασφάλιση αποτελεσματικής ανταπόκρισης στις μελλοντικές προκλήσεις θα απαιτήσει, συνεπώς, την αποτελεσματική διαχείριση των συστημάτων Υγείας, ακόμη και με περιορισμένους πόρους, χωρίς να θιγεται το θεμελιώδες δικαίωμα στην υγειονομική περίθαλψη για όλους. Επιπλέον, όπως υποστηρίζεται στην έκθεση του καθηγητή Ντράγκα για το μέλλον της ευρωπαϊκής ανταγωνιστικότητας, «οι πολιτικές που προωθούν την οικονομική ανάπτυξη πρέπει να συνοδεύονται από κοινωνική ένταξη. Η δημιουργία ανθεκτικού και χωρίς αποκλεισμούς συστήματος Υγείας είναι απαραίτητη για την επίτευξη αυτών των στόχων» αναφέρεται χαρακτηριστικά στο εισαγωγικό σημείωμα της έκθεσης.

Πάνω από το 5% των ελληνικών νοικοκυριών δαπανούν περισσότερο από το 40% της οικονομικής τους δυνατότητας για ιατρικά έξοδα. Οι δε ηλικιωμένοι και οι ευάλωτες ομάδες πλήττονται δυσανάλογα



ΥΓΕΙΑ

Ο χώρος της υγείας βρίσκεται σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον με σημαντικές προκλήσεις. Γήρανση του πληθυσμού, κλιματική αλλαγή, έλλειψη ιατρών και νοσηλευτών και υψηλά κόστη νέων τεχνολογιών υγείας είναι μερικά μόνο από τα αυξανόμενα προβλήματα που καλείται να αντιμετωπίσει το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Πώς όμως χαράσσεται η βέλτιστη πολιτική υγείας και πώς τίθενται οι στόχοι σε ένα τέτοιο περιβάλλον; Πώς μπορούμε να γνωρίζουμε τις σημερινές και να προβλέψουμε τις μελλοντικές ανάγκες; Πώς αποφασίζουμε πού θα κατανείμουμε πόρους και ποιες παρεμβάσεις πρέπει να κάνουμε ώστε να πετύχουμε τους στόχους του Εθνικού Συστήματος Υγείας; Πώς θα καταλάβουμε ποιες δράσεις πρόληψης φέρνουν το μεγαλύτερο όφελος, ως προς την υγεία και την εξοικονόμηση πόρων, σε σχέση με το κόστος τους; Αυτά τα κρίσιμα ερωτήματα απαιτούν καλά υπολογισμένες απαντήσεις.

Επιπλέον, καθημερινά λαμβάνονται αποφάσεις για πληθώρα ζητημάτων που αφορούν προμήθειες, τιμολογήσεις, πληρότητα και αντοχή του συστήματος κ.λπ., με γνώμονα τις βέλτιστες υπηρεσίες στον ασθενή και την αποφυγή σπατάλης πόρων. Ταυτόχρονα, ενώ η μάχη της καθημερινότητας είναι πολύ σημαντική, εστιάζοντας αποκλειστικά σε αυτήν υπονομεύουμε τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας και φυσικά τις επόμενες γενιές. Συνεπώς χρειάζεται μακροχρόνιο πλάνο, με εκτίμηση των μελλοντικών αναγκών, και να εκτιμήσουμε πώς διάφορες παρεμβάσεις μπορούν να επηρεάσουν τη μελλοντική ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Για παράδειγμα, πολιτικές που ενθαρρύνουν πιο υγιεινό τρόπο ζωής σήμερα, μπορεί να μειώσουν την εκδήλωση σοβαρών παθήσεων μετά από δεκαετίες.

Οι προκλήσεις στον χώρο της υγείας λοιπόν απαιτούν προσεκτικό σχεδιασμό και υλοποίηση παρεμβάσεων, οι οποίες επιβάλλεται να είναι προϊόν προσεκτικής στατιστικής ανάλυσης. Προϋπόθεση όμως για σωστή ανάλυση και σχεδιασμό παρεμβάσεων αποτελεί η διάθεση στατιστικών δεδομένων και η χρήση τους από όσους χαράσσουν πολιτική, την επιστημονική κοινότητα και κάθε ενδιαφερόμενο.

Επιπλέον, η αξιοποίηση των στοιχείων μπορεί να δώσει ώθηση στην καινοτομία και σε νέες λύσεις στον χώρο της υγείας – ένας τομέας στον οποίο παγκοσμίως συντελείται επανάσταση και όπου κινδυνεύουμε να μείνουμε πίσω πάλι.

Το πρόβλημα σήμερα εντοπίζεται στην έλλειψη, τη μη διαθεσιμότητα ή τον κατακερματισμό των βάσεων δεδομένων, και τον μη συστηματικό τρόπο παροχής στατιστικών στοιχείων. Συναφώς δεν είναι ξεκάθαρο ποια δεδομένα διατίθενται και ποια όχι, ή με ποιον τρόπο μπορούν να αναζητηθούν, με αποτέλεσμα η παροχή τους να είναι στη διακριτική ευχέρεια και προθυμία του κάθε οργανισμού, χωρίς σαφείς κανόνες. Η κατάσταση αυτή αποτελεί τροχοπέδη στη χάραξη πολιτικής, εμπόδιο για επιστημονικές στην κατάρτιση επιστημονικών μελετών που θα ήταν χρήσιμες στους αρμόδιους φορείς, αλλά και αναστατακτικό παράγοντα για την καινοτομία.

Στη Βρετανία, για παράδειγμα, η Στατιστική Υπηρεσία (ONS) και το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) παρέχουν τεράστιο όγκο δεδομένων ελεύθερα στο Διαδίκτυο. Εκτός από γενικούς δείκτες, παρέχεται και πληθώρα λεπτομερών στοιχείων, όπως για παράδειγμα η ποσότητα συνταγογράφησης κάθε φαρμάκου από κάθε γενικό γιατρό στη χώρα. Επιπλέον δεδομένα παρέχονται κατόπιν αίτησης, ενώ νόμος που αφορά την ελευθερία της πληροφορίας (Freedom of Information Act) επιτρέπει σε πολίτες και φορείς να ζητούν (υπό προϋποθέσεις και με ορισμένους περιορισμούς) πληροφορίες και στοιχεία από δημόσιους οργανισμούς, οι οποίοι υποχρεούνται να απαντήσουν εντός ορισμένου χρονικού διαστήματος.

Είναι απαραίτητο λοιπόν να υπάρχουν σαφείς κανόνες και διαδικασίες σχετικά με τη διάθεση στοιχείων στους ενδιαφερόμενους.



Η σημασία της διαθεσιμότητας και αξιοποίησης των δεδομένων Υγείας

ΓΝΩΜΗ

Του
**Σωτήρη
Βανδώρου**



Πρέπει να αποσαφηνιστεί ποια δεδομένα θα είναι άμεσα διαθέσιμα στο Διαδίκτυο για όλους και ποια θα παρέχονται κατόπιν αίτησης, υπό όρους και συνοδευόμενα από περιορισμούς στη χρήση. Θα πρέπει να είναι σαφές και το χρονικό διάστημα εντός του οποίου πρέπει να πραγματοποιηθεί η παροχή των στοιχείων. Είναι σημαντικό οι βάσεις δεδομένων να είναι οργανωμένες, εύκολα προσβάσιμες και φιλικές στον χρήστη, καθώς ο κατακερματισμός και η δυσκολία ανεύρεσης ή χρήσης αποτελεί μεγάλο εμπόδιο στην αξιοποίηση των στοι-

χείων. Σε περιπτώσεις στοιχείων σε ατομικό επίπεδο, προτεραιότητα πρέπει να αποτελεί η προστασία ευαίσθητων δεδομένων που σχετίζονται με ασθενείς, με ανωνυμοποίηση και αποφυγή ταυτοποίησης οποιουδήποτε ατόμου λόγω πολύ μικρού αριθμού ασθενών σε κάποια κατηγορία, ή μέσω συνδυασμών διαφορετικών βάσεων δεδομένων. Σημαντικό είναι επίσης η παροχή δεδομένων να μην περιοριστεί σε μικρούς συνολικούς αριθμούς σε επίπεδο χώρας ή περιφέρειας, αλλά να παρέχονται και λεπτομερή στοιχεία με παρατηρήσεις σε επίπεδο μονάδας.

Ορελίζουμε να τονίσουμε ότι οι στατιστικές αναλύσεις πρέπει να γίνονται με άρτιο επιστημονικό τρόπο. Οι κακές ποιότητες μελέτες όχι μόνο δεν προσφέρουν κάτι, αλλά αντίθετως παραπλανούν και οδηγούν σε μη βέλτιστες παρεμβάσεις και σπατάλη πόρων, με συνέπειες για τη δημόσια υγεία και τους δημοσίους πόρους.

Φυσικά, το θέμα αυτό δεν αφορά μόνο το υπουργείο Υγείας, καθώς πτυχές της δημόσιας υγείας εμπíπτουν στην αρμοδιότητα άλλων υπουργείων. Για παράδειγμα, το υπουργείο Παιδείας μπορεί να βοηθήσει στην υιοθέτηση υγιεινού τρόπου ζωής από τους μαθητές, το υπουργείο Υποδομών και Μεταφορών και το υπουργείο Προστασίας Πολίτη μπορούν να συμβάλλουν στην οδική ασφάλεια, ενώ το υπουργείο Περιβάλλοντος στις προκλήσεις της κλιματικής αλλαγής. Οι δράσεις αυτές μπορούν να έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού και το ΕΕΥ. Συνεπώς απαιτείται συνεργασία μεταξύ υπουργείων και οργανισμών, με όπλο την εντοπισμό και κοινή αξιοποίηση των δεδομένων των διάφορων φορέων για εκπόνηση κοινών δράσεων.

Η προσπάθεια προς αυτή την κατεύθυνση θα πρέπει να συνδυαστεί με άλλα σύγχρονα όπλα στην υπηρεσία της δημόσιας υγείας: Τεχνητή νοημοσύνη, ψηφιοποίηση, συμπεριφορική επιστήμη και πρόληψη θα πρέπει να παίξουν κεντρικό ρόλο στον δρόμο για ένα σύγχρονο ΕΕΥ.

Στον 21ο αιώνα απαιτείται να χαράσσουμε πολιτική βασισμένοι σε σωστή ποσοτική ανάλυση και με μακροχρόνιο ορίζοντα. Ορελίζουμε να αξιοποιούμε τα σύγχρονα εργαλεία βασισμένοι σε επιστημονικές προσεγγίσεις αντί να κάνουμε πρόχειρες αναλύσεις. Οι τρέχουσες συνθήκες και οι μελλοντικές προκλήσεις δεν επιτρέπουν την πολυτέλεια να μην αξιοποιούμε σημαντικό εργαλείο στη μάχη για ένα ποιοτικό, δημόσιο και προβάσιμο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Ο κ. **Σωτήρης Βανδώρος** είναι καθηγητής Οικονομικών Υγείας, University College London (UCL), Adjunct καθηγητής στο Χάρβαρντ των ΗΠΑ.

Οι προκλήσεις στον χώρο της υγείας απαιτούν προσεκτικό σχεδιασμό και υλοποίηση παρεμβάσεων, οι οποίες επιβάλλεται να είναι προϊόν προσεκτικής στατιστικής ανάλυσης

Το πρόβλημα σήμερα εντοπίζεται στην έλλειψη, τη μη διαθεσιμότητα ή τον κατακερματισμό των βάσεων δεδομένων, και τον μη συστηματικό τρόπο παροχής στατιστικών στοιχείων



ΥΓΕΙΑ

Ρεκόρ στις δαπάνες για φάρμακα

Οι έλληνες πολίτες πλήρωσαν 1,95 δισ. ευρώ το 2024 από την τσέπη τους - Η εισαγωγή νέων θεραπειών με υψηλότερες τιμές αλλά και οι αυξημένες ανάγκες περίθαλψης οδήγησαν σε μια μεγαλύτερη επιβάρυνση για τα νοικοκυριά

Σε επίπεδο-ρεκόρ διαμορφώθηκε η αξία της αγοράς φαρμάκων το 2024 στην Ελλάδα, εκτιμώμενη στα 8,5 δισ. ευρώ έναντι 7,5 δισ. ευρώ το 2023. Η αύξηση αυτή ανάγκασε, όπως ήταν λογικό, τους έλληνες πολίτες να βάλουν βαθιά το χέρι στην τσέπη προκειμένου να προμηθευτούν φαρμακευτικά σκευάσματα από τα ελληνικά φαρμακεία κατά την προηγούμενη χρονιά.

Η εισαγωγή νέων θεραπειών με υψηλότερες τιμές αλλά και οι αυξημένες ανάγκες περίθαλψης οδήγησαν, όπως δείχνει μελέτη του Ινστιτούτου Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (ΙΟΒΕ), σε μια συνολική επιβάρυνση για τα ελληνικά νοικοκυριά για φάρμακα στο επίπεδο των 1,95 δισ. ευρώ το 2024 έναντι 1,81 δισ. ευρώ το 2023. Με βάση δε τα στοιχεία για το 2025, θεωρείται δεδομένη η περαιτέρω άνοδος των επιβαρύνσεων για φάρμακα, σε πάνω από 2 δισ. ευρώ, καθώς συνολικά η αγορά φέτος κινείται με ρυθμό άνοδου 5%.

Η αυξημένη αυτή επιβάρυνση προκύπτει από τις δαπάνες που κάλυψαν οι πολίτες για διάφορες κατηγορίες φαρμάκων. Ειδικότερα, η ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη περιλαμβάνει τα ποσοστά συμμετοχής των ασφαλισμένων για τα αποζημιωμένα φάρμακα (θεωρητική συμμετοχή και επιπρόσθετη επιβάρυνση που προκύπτει όταν ο ασθενής επιλέγει φάρμακο με υψηλότερη λιανική τιμή σε σχέση με την τιμή αποζημίωσης), τις ιδιωτικές δαπάνες των ασθενών για τα μη καλυπτόμενα από τα ασφαλιστικά ταμεία φαρμακευτικά σκευάσματα και συναφή είδη, αλλά και για όσα φάρμακα πληρώνουν ή επιλέγουν να πληρώσουν εξ ολοκλήρου, όταν δηλαδή δεν προσκομίζουν συνταγή γιατρού για να αποζημιωθούν, καθώς και την αποζημίωση μέρους της δαπάνης από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές επιχειρήσεις.

Τι δείχνουν τα στοιχεία

Συγκεκριμένα, όσον αφορά τη θεωρητική συμμετοχή 10% ή 25% επί της τιμής

αποζημίωσης, οι πολίτες το 2024 εκτιμάται ότι κατέβαλαν πάνω 432 εκατ. ευρώ έναντι 434 εκατ. ευρώ το 2023.

Σχετικά με την επιβάρυνση που προκύπτει από τη διαφορά λιανικής τιμής και τιμής αποζημίωσης όταν ο ασθενής επιλέγει φάρμακο με λιανική τιμή υψηλότερη της τιμής αποζημίωσης, το κόστος για τους πολίτες σε αυτή την περίπτωση ανήλθε πέρυσι στα 369 εκατ. ευρώ από 300 εκατ. ευρώ το 2023.

Οι εκτιμήσεις σε αυτές τις δύο κατηγορίες ιδιωτικών δαπανών προκύπτει

από το γεγονός ότι η αγορά αποζημιωμένων φαρμάκων κινήθηκε με άνοδο της τάξης του 3% το 2024 έναντι του 2023. Επίσης έχει αυξηθεί και η συμμετοχή των ασθενών που λαμβάνουν γενόσημα, καθώς καταργήθηκε η εξίσωση λιανικής και ασφαλιστικής τιμής.

Οι λοιπές ιδιωτικές πληρωμές για φάρμακα, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του ΙΟΒΕ, διαμορφώθηκαν ως εξής: για φάρμακα μη συνταγογραφούμενα (ΜΗΣΥΦΑ), το κόστος για τους πολίτες ήταν στα 425 εκατ. ευρώ το 2024 από 391 εκατ. ευρώ το 2023. Να επισημάνουμε εδώ ότι υπήρξε αύξηση στις τιμές των φαρμάκων της συγκεκριμένης κατηγορίας. Επίσης, στα συνταγογραφούμενα φάρμακα τα οποία δεν αποζημιώνονται (αρνητική λίστα) το κόστος για τους πολίτες έφθασε συνολικά στα 138 εκατ. ευρώ από 130 εκατ. ευρώ.

Τέλος, η κατηγορία η οποία αποτελεί και ένα τεράστιο κόστος και κινείται κάθε χρόνο ανοδικά αφορά συνταγογραφούμενα φάρμακα που όμως ο ασθενής επέλεξε να μην κάνει χρήση του ασφαλιστικού του δικαιώματος, δηλαδή δεν προσκόμισε συνταγή για να αποζημιωθεί για αυτά και επέλεξε να τα πληρώσει εξ ολοκλήρου από την τσέπη του. Το κόστος για τους ασφαλισμένους έφθασε πέρυσι στα 585 εκατ. ευρώ από 557 εκατ. ευρώ το 2023.

Αθροίζοντας το ιδιωτικό κόστος από όλες τις παραπάνω κατηγορίες, διαπιστώνεται ότι επιβαρυνθήκαμε πέρυσι για σκευάσματα με 1,95 εκατ. ευρώ.

Αξίζει εδώ να σημειωθεί ότι στην αύξηση αυτών των δαπανών συνέβαλαν και τα σκευάσματα που έχουν συνδυαστεί με την

καταπολέμηση της παχυσαρκίας. Η κατηγορία αυτή αναμένεται να οδηγήσει σε άνοδο της αγοράς και το 2025.

Η πορεία το 2025

Σύμφωνα με στοιχεία τα οποία έχει στη διάθεσή του «Το Βήμα», μέσα στους πρώτους 8 μήνες του 2025 δύο συγκεκριμένα σκευάσματα με βάση τις δραστικές σεμαγλουτίδη και τριζεπατίδη έκαναν πωλήσεις της τάξης των 130 εκατ. ευρώ!

Συγκεκριμένα, τα σκευάσματα της σεμαγλουτίδης, τα οποία χορηγούνται για τον διαβήτη αλλά έχουν ένδειξη και για παχυσαρκία, ξεπέρασαν μέσα στο 2025 σε πωλήσεις τα 90 εκατ. ευρώ, ήτοι αύξηση κατά 22 εκατ. ευρώ σε σχέση με πέρυσι. Την ίδια στιγμή τα σκευάσματα της τριζεπατίδης, τα οποία εμφανίστηκαν το τέλος του 2024 και έχουν ως βασική ένδειξη για παχυσαρκία, φέτος έχουν πραγματοποιήσει πωλήσεις αξίας κοντά στα 40 εκατ. ευρώ.

Συνολικά για το 2025, με βάση τα στοιχεία της εταιρείας μελετών IQVIA για λογαριασμό του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδας (ΣΦΕΕ), η αγορά των φαρμάκων το 12μηνιο 1.7.2024 - 30.6.2025 διαμορφώθηκε στα 4,95 δισ. ευρώ, σημειώνοντας άνοδο 5% σε σχέση με το αντίστοιχο 12μηνιο που είχε προηγηθεί.

Την ίδια στιγμή, με βάση τα συγκεκριμένα στοιχεία από πλευράς όγκου, διακινήθηκαν 1,4% λιγότερες συσκευασίες φαρμάκων.

Επισημαίνεται ότι η συγκεκριμένη αγορά δεν περιλαμβάνει τα φάρμακα που χορηγούνται στα νοσοκομεία, όπως και τα φάρμακα υψηλού κόστους που διακινούνται κυρίως από τα ειδικά φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ. Περιέχει σκευάσματα που δίνονται με συνταγή αλλά και μη συνταγογραφούμενα φάρμακα, όπως παυσίπονα, αντιβιοτικά, συμπληρώματα κ.λπ.

Θα πρέπει να σημειώσουμε ότι από τα 4,95 δισ. ευρώ της συνολικής αγοράς ο ΕΟΠΥΥ θα πρέπει να εισφέρει περί τα 3 δισ. ευρώ, ενώ το υπόλοιπο ποσό καλύπτεται από τις τσέπες των ελλήνων πολιτών επειδή είτε τα σκευάσματα αυτά δεν αποζημιώνονται είτε επιλέγουν οι ίδιοι οι πολίτες να τα πληρώσουν.

Από τα δε 3 δισ. ευρώ που καλείται να καλύψει ο ΕΟΠΥΥ για το 2024, πάνω από τα μισά τα εισφέρουν οι φαρμακευτικές εταιρείες μέσω εκπτώσεων και μέσω του μηχανισμού αυτόματων επιστροφών (clawback).

Όσον αφορά τις κατηγορίες φαρμάκων, το συγκεκριμένο 12μηνιο παρατηρήθηκε σημαντική υποχώρηση 14,5% στα φάρμακα προστατευμένης πατέντας (on patent) από πλευράς όγκου και 5,5% από πλευράς αξίας.

Στα γενόσημα σημειώθηκε οριακή αύξηση κάτω του 1% στον όγκο, η οποία όμως συνοδεύτηκε με σημαντική αύξηση 7,6% σε αξία. Επίσης στα off patent σκευάσματα, δηλαδή «επίωνυμα» φάρμακα τα οποία έχουν χάσει όμως την πατέντα τους, σημειώθηκε αύξηση 9,9% στον όγκο πωλήσεων, αλλά η αξία παρέμεινε στα ίδια επίπεδα του αντίστοιχου προηγούμενου δωδεκαμήνου.





ΥΓΕΙΑ



ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

«Απαραίτητη η αξιολόγηση»

Όπως αναφέρει ο γενικός γραμματέας της Ένωσης Ασθενών Ελλάδας Νίκος Δέδες, απαιτείται και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας. «Η μεταρρύθμιση δεν μπορεί να αφορά μόνο τη χρηματοδότηση ή τα ασφαλιστικά εργαλεία» πρέπει να αφορά και την ποιότητα των ιδίων των υπηρεσιών υγείας. Η συστηματική αξιολόγηση των νοσοκομείων, των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας, αλλά και των παρόχων ιδιωτικής ασφάλισης, με δείκτες ποιότητας, αποδοτικότητας και ικανοποίησης των ασθενών, είναι απαραίτητη. Τέλος, διαφάνεια, λογοδοσία και συμμετοχή των ασθενών. Η συμμετοχή των ασθενών δεν μπορεί να είναι τυπική· πρέπει να είναι ουσιαστική. Χωρίς αξιολόγηση της εμπειρίας των πολιτών, καμία μεταρρύθμιση δεν μπορεί να πετύχει» καταλήγει.

Οι ανισότητες με τα μάτια των ασθενών

Το μορφωτικό επίπεδο, το εισόδημα, το φύλο, η ηλικία, η γεωγραφική περιοχή και μια σειρά άλλων σημαντικών παραγόντων αποτελούν βασικές αιτίες για τη διατήρηση των ανισοτήτων στην υγεία, όπως αυτές καταγράφονται σε έρευνα της Ένωσης Ασθενών Ελλάδας. Σύμφωνα με τα συμπεράσματα της έρευνας, οι ανισότητες στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής και φαρμακευτικής περίθαλψης επηρεάζουν χιλιάδες ασθενείς σε όλη τη χώρα και διαπιστώνεται ότι οξύνθηκαν ιδιαίτερα μετά την οικονομική κρίση.

Όπως επισημαίνεται στην έρευνα, η γεωγραφική απόσταση από τις υγειονομικές δομές, η περιορισμένη διαθεσιμότητα μεταφορικών μέσων – όπως η έλλειψη επαρκούς αριθμού ασθενοφόρων – καθώς και οι ελλείψεις σε υποδομές και ιατρικό προσωπικό, όπως εξειδικευμένοι γιατροί, διαγνωστικά κέντρα και νοσοκομεία, δυσχεραίνουν τη συχνή και έγκαιρη πρόσβαση των κατοίκων σε υπηρεσίες υγείας.

Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε και αφορούσε το 2024, η πλειονότητα των ερωτηθέντων (58%) θεωρεί ότι η απόσταση και ο χρόνος που απαιτείται για την πρόσβαση σε δομές υγείας αποτελούν δύο σημαντικούς παράγοντες, μεταξύ άλλων, που δυσχεραίνουν την πρόσβασή τους σε αυτές. Ειδικότερα, κρίνουν ως πολύ δύσκολο το κλείσιμο ραντεβού με κάποιον ιατρό των μονάδων υγείας, καθώς δεν υπάρχουν συνήθως διαθέσιμοι ιατροί, ενώ ο προγραμματισμός, τόσο για εξετάσεις, ακόμη και τις πιο απλές (π.χ. αιματολογικές), όσο και για νοσηλεία, είναι ιδιαίτερα χρονοβόρος.

Αναφέρεται ακόμη ότι υπάρχει μεγάλη ανάγκη για περισσότερους εξειδικευμένους γιατρούς (π.χ. ρευματολόγους, διαβητολόγους, ογκολόγους) σε δημόσιες δομές σε πολλούς νομούς και περιφέρειες της χώρας. Οι ασθενείς αναγκάζονται να μετακινούνται για την παρακολούθησή τους και τις θεραπείες τους στα μεγάλα αστικά κέντρα (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα κ.λπ.), τα οποία τελικά αδυνατούν να καλύψουν με το υφιστάμενο προσωπικό την αυξανόμενη ανάγκη ιατρικής φροντίδας με αποτέλεσμα πολύ μεγάλους χρόνους αναμονής για ραντεβού για όλους τους ασθενείς εντός και εκτός αστικών κέντρων.

Τι καταγράφει έρευνα της Ένωσης Ασθενών Ελλάδας - Το 58% θεωρεί ότι η απόσταση και ο χρόνος που απαιτείται για την πρόσβαση σε δομές υγείας αποτελούν δύο σημαντικούς παράγοντες που δυσχεραίνουν την πρόσβασή τους σε αυτές

ντεβού για όλους τους ασθενείς εντός και εκτός αστικών κέντρων.

Ειδικά δε για τους παιδιατρικούς ασθενείς, σχεδόν όλα τα εξειδικευμένα παιδιατρικά κέντρα (π.χ. παιδο-ογκολογικά, παιδο-διαβητολογικά, παιδο-ρευματολογικά) βρίσκονται μόνο σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη.

Παράλληλα αναφέρεται πως από τα συνολικά 37 κέντρα εμπειρογνομώνων σπανίων παθήσεων, τα 33 βρίσκονται στην Αθήνα, τα 2 στη Θεσσαλονίκη ενώ από ένα έχουν η Πάτρα και η Λάρισα.

Σημαντικά είναι ακόμη τα πρόβληματα που αντιμετωπίζουν οι ανασφάλιστοι χρό-

νι ασθενείς, οι οποίοι δεν έχουν δυνατότητα παρακολούθησης της υγείας τους στον τόπο διαμονής τους λόγω έλλειψης της κατάλληλης ειδικότητας σε δημόσιες δομές και της μη πρόσβασής τους σε ιδιωτικές δομές.

Πρόσβαση στις σύγχρονες τεχνολογίες

Η έρευνα αναφέρει ακόμη ότι υπάρχουν πολλά προβλήματα στην περιφέρεια με την πρόσβαση σε σύγχρονα διαγνωστικά και θεραπευτικά μηχανήματα όπως μαγνητικοί και αξονικοί τομογράφοι, συστήματα ακτινοθεραπείας κ.ά. Ο μικρός αριθμός αυτών των δημόσιων δομών της περιφέρειας, έχει ως αποτέλεσμα τεράστιες αναμονές των ασθενών, καθυστερήσεις στη διάγνωση και θεραπεία τους ή τελικά προσφυγή στον ιδιωτικό τομέα. Σε κάποιες περιπτώσεις, η παντελής έλλειψή τους αναγκάζει τους ασθενείς να μετακινηθούν στην Αθήνα ενώ συνήθως τα πλέον σύγχρονα μηχανήματα είναι προσβάσιμα μόνο στα μεγάλα αστικά κέντρα.

Δαπάνες υγείας

Σύμφωνα με έκθεση του Ιδρύματος Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE) η οποία ολοκληρώθηκε πρόσφατα, η συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας στην Ελλάδα διαμορφώθηκε στα 1.815 ευρώ το 2023, έναντι 2.014 ευρώ το 2009, με την ιπτάση να προέρχεται κυρίως από την υποχώρηση της δημόσιας κατά κεφαλήν δαπάνης τη συγκεκριμένη περίοδο. Η συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη στην ΕΕ διαμορφώθηκε στα 3.844 ευρώ, με αποτέλεσμα η Ελλάδα να βρίσκεται στο 47% του μέσου όρου της ΕΕ και στο 62% των επιπέδων των νοτίων χωρών της Ευρώπης. Η δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας διαμορφώθηκε στα 1.105 ευρώ στην Ελλάδα, έναντι 3.082 ευρώ στην ΕΕ και 2.114 ευρώ στις νότιες χώρες.

Ειδικότερα για τα φάρμακα το IOBE επισημαίνει ότι η δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα στην Ελλάδα ακολουθεί ιτιωτική πορεία από το 2009, ενώ μετά το 2014 έχει σταθεροποιηθεί σε χαμηλότερα επίπεδα από την ΕΕ των 27 και τις από τις χώρες του ευρωπαϊκού Νότου. Η κατά κε-

φαλήν δαπάνη έχει διαμορφωθεί στα 254 ευρώ, σημειωνώντας αύξηση σε σχέση με το 2022, ενώ στην ΕΕ των 27 διαμορφώθηκε σε 371 ευρώ το 2023 και στις νότιες χώρες στα 304 ευρώ, ακολουθώντας αυξητική τάση από το 2012.

Η θέση της Ένωσης Ασθενών Ελλάδας

Σύμφωνα με τον γενικό γραμματέα της Ένωσης Ασθενών Ελλάδας Νίκο Δέδε, «η εμπειρία των ασθενών στην Ελλάδα μας δείχνει δύο πραγματικότητες: Από τη μία πλευρά, το Εθνικό Σύστημα Υγείας παραμένει ο βασικός εγγυητής καθολικής και ισότιμης πρόσβασης και από την άλλη, τα χρόνια προβλήματα υποχρηματοδότησης, οι ελλείψεις σε προσωπικό, η γεωγραφική ανισότητα στην πρόσβαση, αλλά και η μεγάλη ιδιωτική δαπάνη – η δεύτερη υψηλότερη στην Ευρώπη – επιβαρύνουν δυσανάλογα τα νοικοκυριά και τους ασθενείς».

«Σε αυτό το πλαίσιο», συνεχίζει ο κ. Δέδες, «η ασφάλιση – δημόσια και ιδιωτική – μπορεί να έχει ρόλο, αλλά χρειάζεται μια καθαρή στρατηγική και προϋποθέσεις. Πρώτον, καθολική κάλυψη και ισότητα. Οποιαδήποτε μεταρρύθμιση πρέπει να ξεκινά από την αρχή ότι κανείς δεν πρέπει να μένει εκτός συστήματος. Η πρόσβαση σε πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση πρέπει να είναι ισότιμη, ανεξάρτητα από εισόδημα, ηλικία ή κατάσταση υγείας, και οι όποιες παρεμβάσεις να βασίζονται σε τεκμηρίωση και αξιολόγηση με μετρήσιμα αποτελέσματα. Δεύτερον, συμπληρωματικός και όχι υποκατάστατος ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης. Η ιδιωτική ασφάλιση μπορεί να λειτουργήσει επικουρικά, προσφέροντας πρόσθετες επιλογές ή καλύτερες. Όμως, δεν μπορεί να υποκαταστήσει τις βασικές υπηρεσίες υγείας που το κράτος οφείλει να παρέχει. Περαιτέρω απαιτείται ένα σαφές οριοθετημένο και διαφανές ρυθμιστικό πλαίσιο με μηχανισμούς ελέγχου. Τρίτον, βιωσιμότητα και ορθολογική χρήση πόρων. Η ασφάλιση πρέπει να ενδοδατεί σε ένα πλαίσιο που αξιοποιεί με διαφάνεια κάθε διαθέσιμο ευρώ. Χρειάζεται αναπροσαρμογή της δημόσιας δαπάνης ώστε να συγκρίνεται με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, αλλά και εξορθολογισμός των μηχανισμών αποζημίωσης ώστε να μην ενθαρρύνεται η σπατάλη και η προκλητική ζήτηση».

Οι ασθενείς κρίνουν ως πολύ δύσκολο το κλείσιμο ραντεβού με κάποιον ιατρό των μονάδων υγείας, καθώς δεν υπάρχουν συνήθως διαθέσιμοι ιατροί, ενώ ο προγραμματισμός, τόσο για εξετάσεις, ακόμη και τις πιο απλές, όσο και για νοσηλεία, είναι ιδιαίτερα χρονοβόρος



ΥΓΕΙΑ

Οι λοιμώξεις του αναπνευστικού περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα νοσημάτων, από το κοινό κρυολόγημα μέχρι την πνευμονία, και αποτελούν κύρια αίτια νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως. Παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο περιλαμβάνουν την αυξημένη ηλικία, τις καρδιοαναπνευστικές παθήσεις, τον σακχαρώδη διαβήτη, το κάπνισμα, την παχυσαρκία, την ανοσοκαταστολή, κ.ά. Οι αναπνευστικές λοιμώξεις, πέρα από την επιβάρυνση του ασθενούς και του περιβάλλοντός του, αποτελούν επίσης σημαντικό φορτίο για τη δημόσια υγεία.

Η γρίπη έχει υποεκτιμηθεί με 1 δισεκατομμύριο περιστατικά και 290.000-650.000 θανάτους κατ' έτος, η COVID-19 με πάνω από 7 εκατομμύρια θανάτους από τα τέλη του 2019, ο αναπνευστικός συγκυτιακός ιός (RSV) με 64 εκατομμύρια περιστατικά και 160.000 θανάτους κατ' έτος και η πνευμονοκοκκική νόσος με πάνω από 1 εκατομμύριο θανάτους κατ' έτος (περισσότερους από όλες τις άλλες αιτιολογίες μαζί προπανδήμικά). Σε αυτά τα τεράστια νοήματα θα πρέπει να προστεθούν η τάση γήρανσης του πληθυσμού και το γεγονός ότι τα συστήματα υγείας διαχειρίζονται τις αναπνευστικές λοιμώξεις ταυτόχρονα τους χειμερινούς μήνες, με αποτέλεσμα το φορτίο για τη δημόσια υγεία να επιβαρύνεται περαιτέρω.

Ο RSV είναι ένας ιός που γνωρίζουμε καλά ως προς την παθογονικότητά του στα παιδιά, τα τελευταία χρόνια ωστόσο έγινε εμφανές ότι προκαλεί σημαντικό φορτίο και στους ενήλικες. Προκαλεί λοιμώξεις που μοιάζουν με κοινό κρυολόγημα, αλλά μπορούν να εξελιχθούν σε λοιμώξεις κατώτερου αναπνευστικού (βρογχολιτιδα, πνευμονία) που σε περιπτώσεις ομάδων υψηλού κινδύνου επιπρεζούν τους σκληρούς δείκτες όπως νοσηλεία, εισαγωγή σε ΜΕΘ και θνητότητα. Τα βρέφη, οι ηλικιωμένοι και οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις και αυτοί με χαμηλή άμυνα (ανοσοκαταστολή) κινδυνεύουν περισσότερο. Η κλινική του εικόνα είναι δύσκολο να ξεχωρίσει από τις άλλες ιογενείς λοιμώξεις (βήχας, πυρετός, ρινική συμφόρηση), με μόνο ίσως ιδιαίτερο χαρακτηριστικό την ύπαρξη συριγμού στην αναπνοή.

Στην Ελλάδα, η περίοδος έναρξης του RSV είναι τον Οκτώβριο με διάρκεια έως τα

Αναπνευστικές λοιμώξεις και εμβόλια

ΓΝΩΜΗ
Του
Στέλιου Λουκίδη



Ο RSV είναι ένας ιός που γνωρίζουμε καλά ως προς την παθογονικότητά του στα παιδιά, τα τελευταία χρόνια ωστόσο έγινε εμφανές ότι προκαλεί σημαντικό φορτίο και στους ενήλικες. Προκαλεί λοιμώξεις που μοιάζουν με κοινό κρυολόγημα, αλλά μπορούν να εξελιχθούν σε λοιμώξεις κατώτερου αναπνευστικού

τέλη του Μαρτίου. Δεν υπάρχουν πολλά επιδημιολογικά στοιχεία για τη χώρα μας, ωστόσο για το ποσοστό θετικότητας συλλέγονται δεδομένα από το Σύστημα Επιτήρησης του ΕΟΔΥ, ενώ στοιχεία έχουμε και από μελέτη του ΓΝΑ «Ευαγγελισμός», όπου καταδείχθηκε ότι συνολικά 8,4% των ασθενών που νοσηλεύτηκαν με RSV χρειάστηκαν διασωλήνωση και 16,4% αυτών κατέληξαν κατά τη νοσηλεία τους. Πλέον, μετά από δεκαετίες ερευνών, έχουμε διαθέσιμα αποτελεσματικά εμβόλια έναντι του RSV για τους ενήλικες.

Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων έχει εγκρίνει δύο εμβόλια με ένδειξη την ενεργητική ανοσοποίηση για την αποτροπή των σχετιζόμενων με RSV λοιμώξεων κατώτερου αναπνευστικού σε ενήλικες. Οι μελέτες έδειξαν ισχυρή αποτελεσματικότητα με διάρκεια προς το παρόν 3 έτη.

Η αποτελεσματικότητα αυτή φαίνεται να είναι πάρα πολύ υψηλή και να αγγίζει σχεδόν το 100% στην προστασία απέναντι στη σοβαρή νόσο. Η διάρκεια προστασίας του εμβολίου προς το παρόν είναι 3 έτη, με δυναμική εξέλιξης πιθανά σε περισσότερη χρονική διάρκεια μια και η μελέτη παρατήρησης της προστασίας συνεχίζεται.

Ενα από αυτά τα δύο εμβόλια έχει επιπλέον ένδειξη πνευμονοποίηση εγκύων (την 24η-36η εβδομάδα κύησης) για την αποτροπή των σχετιζόμενων με RSV λοιμώξεων κατώτερου αναπνευστικού στα νεογνά από τη γέννηση μέχρι τους 6 μήνες ζωής.

Ο εμβολιασμός κατά του ιού RSV στην εγκυμοσύνη είναι ασφαλής και αποτελεσματικός στην προστασία των βρεφών, όμως υπάρχει ανιούτητα στην πρόσβαση που απαιτεί καλύτερη ενημέρωση και στοχευμένες παρεμβάσεις. Ο εμβολιασμός έναντι του RSV συστήνεται στο εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών και αποζημιώνεται 100% ως μία δόση σε όλους τους ενήλικες άνω των 75

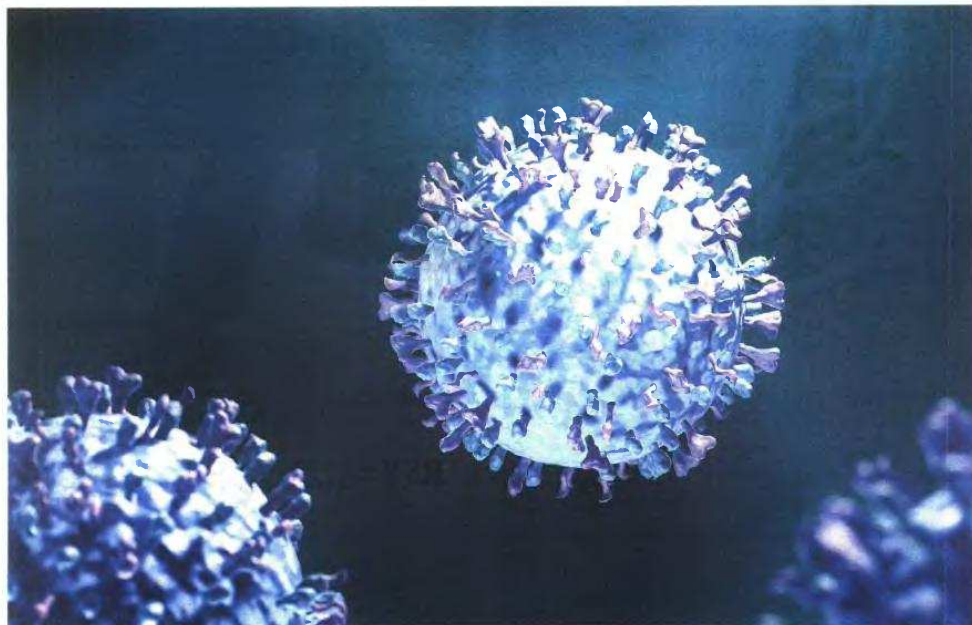
ετών και στην ηλικιακή ομάδα 60-74 ετών με παράγοντες κινδύνου. Οι πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει αποτελεσματικότητα και σε ηλικία 50-59 με παράγοντες κινδύνου. Αυτό αφορά την ένδειξη του εμβολιασμού αλλά όχι ακόμα την αποζημίωση.

Ο σχεδιασμός των εμβολίων θα πρέπει να είναι ένας από τις σημαντικούς στόχους που βάσουμε κάθε χρόνο. As τον απλοποιήσουμε λίγο: Το εμβόλιο κατά του πνευμονοκόκκου θα πρέπει να γίνεται μέσα στη χρονιά για όσους δεν έχουν εμβολιαστεί σε μια εποχή που θα μπορούσε να είναι είτε η άνοιξη είτε το καλοκαίρι. Με την ίδια λογική θα πρέπει να γίνεται και το εμβόλιο κατά του έρπητα ζωστήρα και του κοκκύτη. Αρα το φθινόπωρο έχουμε τους 3 εναπομείναντες εμβολιασμούς.

Τον αναπνευστικό συγκυτιακό ιό θα πρέπει να τον κάνουμε τον Σεπτέμβριο-Οκτώβριο σε μία δόση γνωρίζοντας ότι μας καλύπτει τουλάχιστον 3 χρόνια, ενώ Οκτώβριο και Νοέμβριο και κυρίως Νοέμβριο θα πρέπει να κάνουμε τα 2 εναπομείναντα, που είναι η επικαιροποίηση COVID-19 και το αντιγριπικό εμβόλιο που είναι γνωστό ότι μπορεί να συγχρηνηθούν και την ίδια μέρα.

Με αυτόν τον σχεδιασμό δεν θα έχουμε χρονικά εμβολιαστική πίεση και θα δείχνουμε ότι έχουμε πρακτικό μυαλό και ότι δίνουμε την καλύτερη δυνατή λύση πάντα με τα επιστημονικά μας επιχειρήματα. As απλοποιήσουμε λοιπόν τους εμβολιασμούς, as τους δώσουμε την επιστημονική βάση που έχουν γιατί πραγματικά είναι ένα πολύτιμο όπλο απέναντι στις λοιμώξεις, απέναντι στη νοσηρότητα, απέναντι στη θνητότητα, απέναντι στην πίεση στο σύστημα υγείας.

Ο κ. Στέλιος Λουκίδης είναι καθηγητής Ιατρικής Σχολής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών, πρόεδρος της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας.





ΥΓΕΙΑ

Γιάννης Τούντας «Η Ενιαία Υγεία είναι η νέα αντίληψη για την υγεία και τις μελλοντικές προκλήσεις»

Ο ομότιμος καθηγητής στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών και διευθυντής του Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής εξηγεί τι ακριβώς είναι ο όρος One health που γίνεται ολοένα και πιο επιδραστικός στη διαμόρφωση πολιτικών και πώς μπορεί να συμβάλει στη διατήρηση της υγείας των πληθυσμών

Συνέντευξη στον Γιώργο Σακκά



Στην Ευρώπη η στρατηγική «από τη φάρμα στο πιάτο», που αποτελεί κεντρική επιλογή, έχει υιοθετήσει τις αρχές και τους στόχους της Ενιαίας Υγείας, λέει ο Γιάννης Τούντας

λαξη των ιών -, τη βρώση άγριων ζώων και την αυξανόμενη ζήτηση για κατανάλωση ζωικής πρωτεΐνης, η ανάγκη για την άσκηση πολιτικών και δράσεων Ενιαίας Υγείας έγινε εμφανής».

Σε τι επίπεδο βρίσκεται σήμερα η Ευρώπη σχετικά με τη δημιουργία θεσμικού πλαισίου και κατευθυντήριων γραμμών για τα κράτη-μέλη της όσον αφορά την Ενιαία Υγεία;

«Η Ευρώπη έχει πραγματοποιήσει σημαντικά βήματα. Η στρατηγική "από τη φάρμα στο πιάτο", που αποτελεί κεντρική επιλογή, έχει υιοθετήσει τις αρχές και τους στόχους της Ενιαίας Υγείας. Επίσης, η στρατηγική της ΕΕ για μηδενική ρύπανση συνδέεται στενά με την Ενιαία Υγεία. Το 2023 συγκροτήθηκε η διατομεακή Ομάδα Ενιαίας Υγείας με τη συμμετοχή συναφών ευρωπαϊκών Οργανισμών, ενώ ο ΠΟΥ έχει συμπεριλάβει την Ενιαία Υγεία στις βασικές του πολιτικές».

Γίνονται αντίστοιχες συζητήσεις στην Ελλάδα;

«Στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια αναπτύσσονται ορισμένες σχετικές πρωτοβουλίες, όπως η εκπόνηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη μικροβιακή αντοχή. Έχει δημιουργηθεί Επιστημονική Εταιρεία για την Ενιαία Υγεία και πρόσφατα ιδρύθηκε Μεσογειακό Κέντρο Καινοτομίας για την Ενιαία Υγεία. Επίσης, σε λίγες προς το παρόν περιπτώσεις, η Ενιαία Υγεία διδάσκεται σε προπτυχιακά και μεταπτυχιακά μαθήματα. Οι πρωτοβουλίες αυτές όμως δεν επαρκούν και το αίτημα για την άσκηση ολοκληρωμένων πολιτικών και δράσεων Ενιαίας Υγείας εκκρεμεί».

Τι περιλαμβάνουν οι δικές σας εκθέσεις για τα θέματα αυτά;

«Στη μελέτη που πραγματοποιήσαμε για την Ενιαία Υγεία, σε συνεργασία με τους καθηγητές Θωμά Μπαρτζάνη, Δημοσθένη Σαρηγιάννη, την κτηνίατρο Μαρία Λινού και με την υποστήριξη φαρμακευτικής εταιρείας, καταγράψαμε σημαντικές επιδράσεις που ασκεί το περιβάλλον και η κλιματική αλλαγή, καθώς και οι ζoonώσεις στην υγεία των Ελλήνων. Χαρακτηριστικά αναφέρω 18.000 θανάτους (σε σύνολο 120.100) το 2023 λόγω ατμοσφαιρικής ρύπανσης, την επανεμφάνιση της λύσσας το 2012, την εμφάνιση για πρώτη φορά του ιού του Δυτικού Νείλου το 2010 με 197 σοβαρά νοσήματα και 33 θανάτους και βέβαια τα χιλιάδες θύματα της πανδημίας COVID-19».

Η μελέτη περιλαμβάνει και σειρά προτάσεων για τη χάραξη και άσκηση πολιτικής Ενιαίας Υγείας στη χώρα μας. Μεταξύ άλλων προτείνεται η διαμόρφωση εθνικού στρατηγικού σχεδίου για την Ενιαία Υγεία, η συγκρότηση συντονιστικού φορέα και η ενίσχυση των σχετικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων και της ενημέρωσης του κοινού. Προτείνονται, επίσης, σειρά συγκεκριμένων δράσεων, όπως η αυστηροποίηση της χρήσης αντιβιοτικών, συγκεκριμένες διατροφικές προσαρμογές, βελτισώσεις της περιβαλλοντικής επίδοσης συστημάτων ζωικής παραγωγής, η μείωση εκπομπών ατμοσφαιρικών ρύπων. Ιδιαίτερη βαρύτητα αποδίδεται στην προώθηση "Άλωσης βιωσιμότητας" στην φύση για τις διασυνδεδεμένες κρίσεις", που αποτελεί μια σύγχρονη και πολλά υποσχόμενη πολιτική».

Ο όρος Ενιαία Υγεία (One health) γίνεται ολοένα και πιο επιδραστικός στη διαμόρφωση πολιτικών για την υγεία, ειδικά μετά την πανδημία αλλά και τη συνεκτιμολόγηση ότι η Δημόσια Υγεία έχει να αντιμετωπίσει ακραίες προκλήσεις από επιδημίες που μπορεί να προκύψουν από ασθένειες των ζώων αλλά και την κλιματική αλλαγή. Ο ομότιμος καθηγητής στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών και διευθυντής του Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής **Γιάννης Τούντας** εξηγεί τι ακριβώς είναι η Ενιαία Υγεία και πώς μπορεί να συμβάλει στη διατήρηση της υγείας των πληθυσμών.

Το τελευταίο διάστημα ακούμε συχνά τον όρο Ενιαία Υγεία (One Health). Τι ακριβώς σημαίνει;

«Η Ενιαία Υγεία αποτελεί επιστημονικά θεμελιωμένη και διεθνή αναγνωρισμένη προσέγγιση που επικεντρώνεται στη δομική αλληλεξάρτηση μεταξύ της υγείας των ανθρώπων, της υγείας των ζώων και της υγείας των οικοσυστημάτων».

Αναγνωρίζοντας την αλληλεξάρτηση αυτή, η Ενιαία Υγεία αποτελεί μια συνεργατική, πολυτομεακή και διεπιστημονική προσέγγιση, που λειτουργεί σε τοπικό, περιφερειακό, εθνικό και παγκόσμιο επίπεδο, με σκοπό την επίτευξη βέλτιστων αποτελεσμάτων υγείας και ευημερίας, αναγνωρίζοντας τις διασυνδέσεις μεταξύ ανθρώπων, ζώων, φυτών και του κοινού περιβάλλοντός τους.

Η προσέγγιση αυτή ανταποκρίνεται στη συλλογική ανάγκη για καθαρό νερό, ενέργεια και αέρα, ασφαλή και θρεπτικά τρόφιμα, προωθεί δράσεις για την κλιματική αλλαγή και συμβάλλει στη βιώσιμη ανάπτυξη».

Με βάση την κλιματική αλλαγή αλλά και τις επιδημίες (όχι μόνο στους

ανθρώπους αλλά και στο ζωικό πληθυσμό) δίνουν όλα αυτά νέες προτάσεις ή προοπτικές για την αποτελεσματικότερη προστασία μας;

«Σύμφωνα με έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), τουλάχιστον το 15% της θνησιμότητας στην Ευρώπη οφείλεται στους περιβαλλοντικούς κινδύνους. Οι περισσότερες απειλές σχετίζονται με την κλιματική αλλαγή, η οποία θα προκαλέσει 250.000 επιπλέον θανάτους ετησίως μεταξύ 2030 και 2050».

Στενά συνυφασμένη με την κλιματική αλλαγή είναι η ανάπτυξη 31 νέων επιδημιών τα τελευταία 50 χρόνια, οι περισσότερες εκ των οποίων, όπως AIDS, SARS, MERS κ.ά. και πρόσφατα COVID-19, προέρχονται από ζώα (zoonosis). Υπολογίζεται πως περίπου το 75% των νέων μολυσματικών ασθενειών που προσβάλλουν τους ανθρώπους προέρχεται από τα ζώα, ενώ σχεδόν το 60% όλων των ανθρώπινων παθογόνων είναι zoonosis. Αυτές οι ασθένειες προσβάλλουν περισσότερο από 1 δισ. ανθρώπους ετησίως και ευθύνονται για περισσότερους από 2 εκατ. θανάτους τον χρόνο».

Τα κύρια αίτια για αυτό το φαινόμενο εντοπίζονται στην ανθρώπινη δραστηριότητα: ραγδαία αύξηση του πληθυσμού και της ζήτησης για ζωική πρωτεΐνη, διατάραξη της διατροφικής αλυσίδας, καταστροφή της βιοποικιλότητας, αλλοίωση των οικοσυστημάτων, κλιματική αλλαγή, εντατικοποίηση της γεωργίας, αστικοποίηση, διεθνή ταξίδια και εμπόριο στο πλαίσιο της εντεινόμενης παγκοσμιοποίησης».

Παράλληλα, η κατάχρηση των αντιβιοτικών, τόσο για την καταπολέμηση νοσημάτων όσο και για την ανάπτυξη των ζώων, αλλά και για την προστασία των φυτών και τη συντήρηση των τροφίμων, προκαλεί τη μικροβιακή αντοχή, με αποτέλεσμα να χάνονται πολλές ανθρώπινες ζωές από ανθε-

κτικά μικρόβια, ιδιαίτερα στη χώρα μας».

Στην εξέλιξη ή την επίτευξη του διαλόγου για την Ενιαία Υγεία θα μπορούσαμε να πούμε ότι συνέβαλε και η πρόσφατη πανδημία COVID-19;

«Ασφαλώς. Η εμφάνιση του SARS-CoV-2 και η κήρυξη πανδημίας στις αρχές του 2020, μπορεί να αποτέλεσε αφιρνδιασμό για τις δημόσιες αρχές και για την επιστημονική κοινότητα, αλλά από την άλλη συνέβαλε στη μελέτη του τρόπου μεταβίβασης παθογόνων ιών από τα ζώα στον άνθρωπο και στη συνακόλουθη αναγνώριση των βασικών αιτιών της νόσου. Στον βαθμό που εμπεδώθηκε η συσχέτιση της πανδημίας με τις ανθυγιεινές συνθήκες εκτροφής ζώων προς βρώση στην Κίνα - που ευνοούν τη μετάδοση και τη μετά-

Η Ενιαία Υγεία λειτουργεί σε τοπικό, περιφερειακό, εθνικό και παγκόσμιο επίπεδο, με σκοπό την επίτευξη βέλτιστων αποτελεσμάτων υγείας και ευημερίας, αναγνωρίζοντας τις διασυνδέσεις μεταξύ ανθρώπων, ζώων, φυτών και του κοινού περιβάλλοντός τους