



«Ανοίξε» η θερινή σεζόν της υποστελέχωσης

Για ακόμη ένα καλοκαίρι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό εκπέμπει σήμα κινδύνου για τα προβλήματα στις μονάδες υγείας

Της **ΧΑΙΑΝΑΣ ΜΑΓΡΑ**

Συνέβη ένα βράδυ του Φεβρουαρίου. Την αγροτική γιατρό στο Γενικό Νοσοκομείο των Κυθήρων την ξύπνησαν οι νοσηλεύτριες της νυχτερινής βάρδιας. «Έχει έρθει μια έγκυος γυναίκα», είπαν στην Πινελόπη Κόλλια, «της έχουν σπάσει τα νερά». Προσπάθησε να δει αν προλάβαιναν να γίνει διακομιδή του περιστατικού. Δεν υπήρχε χρόνος. Μετέφεραν τη γυναίκα στην αίθουσα τοκετών, και στο μεταξύ η κυρία Κόλλια ειδοποίησε τον χειρουργό και την παιδίατρο του νοσοκομείου να μεταβούν εκεί. Αλλά το μεγαλύτερο μέρος της γέννας έγινε μέσω τηλεφώνου.

«Με κατηύθυνε για τη διαδικασία τηλεφωνικά η γυναικολόγος του ζευγαριού στην Αθήνα», λέει στην «Κ» η κ. Κόλλια, «ενώ οι νοσηλεύτριες με την εμπειρία τους ήταν κομβικές καθ' όλη τη διάρκεια». Γεννήθηκε ένα υγιές αγοράκι, τονίζει η αγροτική γιατρός. «Ο τοκετός», δηλώνει, «ήταν φυσιολογικός».

Αλλά δύσκολα θα χαρακτηριζε κανείς φυσιολογικές τις συνθήκες υπό τις οποίες πραγματοποιήθηκε. Στα Κύθηρα, εξηγεί η κ. Κόλλια, η θέση γυναικολόγου είναι καλυμμένη, αλλά η γιατρός λείπει με άδεια μητρότητας. «Και η πολιτεία δεν έχει φροντίσει για την αναπλήρωσή της», συμπληρώνει. Δεν είναι η μόνη έλλειψη που αντιμετωπίζει το νοσοκομείο του νησιού, όπου ζουν μόλις περισσότεροι από 3.600 κάτοικοι, σύμφωνα με την απογραφή του 2021.

«Στη νοσηλευτική έχουμε μείνει 10 άτομα», αναφέρει στην «Κ» η Μαρίλენα Πελέκη, πρόεδρος του Συλλόγου Εργαζομένων του νοσοκομείου. Ο χειρουργός, σημειώνει, είναι λίγο πριν από τη σύνταξη. «Μένει για να μην αφήσει ακάλυπτο το νοσοκομείο, το ίδιο και ο καρδιολόγος. Ούτε γιατροί ούτε νοσηλεύτες έρχονται εύκολα εδώ», τονίζει, «μέχρι και πριν από δύο χρόνια ήμασταν 16 νοσηλεύτες – τα τελευταία χρόνια είναι τόσο χάλια η κατάσταση».

Κάθε καλοκαίρι, όταν ο πληθυσμός των ελληνικών νησιών αυξάνεται δραματικά χάρη στους δεκάδες χιλιάδες τουρίστες και παραθεριστές που τα επισκέπτονται, τα κενά της δημόσιας υγείας στους ειδικολογικούς προορισμούς έρχονται και πάλι στην επιφάνεια.

«Θυμίζω που το θέμα της υποστελέχωσης των νοσοκομείων στα νησιά το άνοιγουμε μόνο το καλοκαίρι, γιατί τον χειμώνα



Το καλοκαίρι τα κενά στις μονάδες υγείας των νησιών καλύπτονται με συνεχείς μετακινήσεις προσωπικού από άλλες περιοχές. Η ρίζα του προβλήματος είναι η έλλειψη κινήτρων προς γιατρούς και νοσηλεύτες για μόνιμο διορισμό (φωτογραφία αρχείου).

«Την τελευταία τετραετία δεν έχουμε νευρολόγο. Εδώ και μερικότες μίνες ούτε δερματολόγο. Στα επείγοντα όλες οι θέσεις είναι ακάλυπτες», τονίζει η Κατερίνα Καλογεράκη, πρόεδρος του Σωματίου Εργαζομένων στο νοσοκομείο Σύρου.

είμαστε αποκλεισμένοι και δεν νιώθουμε ασφαλείς στον τόπο μας», δηλώνει η Κατερίνα Καλογεράκη, πρόεδρος του Σωματίου Εργαζομένων στο Γενικό Νοσοκομείο Σύρου. Η κατάσταση, σημειώνει, παραμένει η ίδια εδώ και χρόνια. «Εδώ και πάνω από μία πενταετία δεν έχουμε ψυχίατρο ανηλικών. Την τελευταία τετραετία δεν έχουμε νευρολόγο. Εδώ και μερικότες μίνες δεν έχουμε ούτε δερματολόγο. Στα επείγοντα όλες οι θέσεις είναι ακάλυπτες, δεν έχουμε κανέναν ειδικό γιατρό», λέει αναφορικά

με ορισμένες από τις ελλείψεις του νοσοκομείου. Η ίδια είναι βοηθός νοσηλεύτρια στο συγκεκριμένο νοσοκομείο από το 1992. «Οι βοηθοί εκτελούμε όλες τις απογευματινές και τις νυχτερινές βάρδιες – αυτό συμβαίνει εδώ και δεκαετίες», τονίζει στην «Κ». Η παιδιατρική κλινική –«του νοσοκομείου αναφοράς των Κυκλάδων», σημειώνει– εξυπηρετείται από νοσηλεύτες της παθολογικής κλινικής.

«Προεκprύξεις γίνονται»

Δεν είναι πως δεν γίνονται προεκprύξεις για θέσεις ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, δηλώνει η κ. Καλογεράκη. «Προεκprύξεις γίνονται συνεχώς, υπογραμμίζει και ο Μιχάλης Γιαννάκος, πρόεδρος της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Εργαζομένων Δημοσίων Νοσοκομείων. Απλώς οι εργαζόμενοι δεν θέλουν να πάνε στα νησιά, να εργαστούν υπό αυτές τις συνθήκες.

«Πρέπει να δούμε το κακό στη ρίζα – είναι η έλλειψη κινήτρων για να πάνε γιατροί και νοσηλεύτες με μόνιμο διορισμό στα νησιά», συμπληρώνει

ο ίδιος. Πρόβλημα υποστελέχωσης υπάρχει σε όλα τα νησιά, τονίζει. «Γιατί οι μισοί είναι χαμηλοί και δεν καλύπτονται το κόστος διαβίωσης, τα ενοίκια». Το καλοκαίρι τα κενά καλύπτονται, λέει στην «Κ», με συνεχείς μετακινήσεις προσωπικού από άλλες περιοχές. «Όμως αυτά είναι προσωρινά λύση – σε πολλές περιπτώσεις υπάρχει ένα ασθενόφορο στη βάρδια. Στη Σαντορίνη, παραδείγματος χάριν, δεν υπηρετεί κανένας παθολόγος. Έρχονται γιατροί με μπλοκάκι, πρόσκαιρα με μετακινήσεις, αυτοί όμως δεν καλύπτει τα νησιά», δηλώνει ο κ. Γιαννάκος.

Τους καλοκαιρινούς μήνες ο φόρτος εργασίας του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στη Ρόδο τετραπλασιάζεται, αναφέρει ο ορθοπαιδικός και αντιπρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου του νησιού, Μάριος Κλωνάρης. Παρ' όλα αυτά δεν συμφωνεί με πρόσφατα δημοσιεύματα που υποστήριζαν ότι το Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου είναι «υπό κατάρρευση». «Χρειάζεται μια ενίσχυση, είναι ένα παραμεθόριο νοσοκομείο που εξυπηρετεί και τα γύρω νησιά και χρειάζεται

«Προσπαθώ με νύχια και με δόντια να κρατήσω μόνος μου την Εντατική ανοιχτή, με τη βοήθεια προσωπικού που μετακινείται από άλλα νοσοκομεία», λέει ο Φάμπιο Τζαρντίνια, διευθυντής της ΜΕΘ στο νοσοκομείο Σάμου.

οποιαδήποτε περισσότερο νοσηλευτικό και παραιτατικό προσωπικό –έγινε τώρα προκήρυξη και θα προσληφθούν πέντε άτομα στο νοσηλευτικό–, αλλά το νοσοκομείο δεν είναι υπό κατάρρευση», τονίζει στην «Κ». Πιο δραματικά παρουσιάζουν την κατάσταση σε άλλα νησιά των Δωδεκανήσων γιατροί που υπηρετούν εκεί. Ο διευθυντής της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας στο Γενικό Νοσοκομείο Σάμου, Φάμπιο Τζαρντίνια, δηλώνει πως το νοσοκομείο αντι-μετωπίζει σοβαρά προβλήματα.

«Το προσωπικό έχει αποδεκτεί σε πολύ βασικές ειδικότητες – στο δικό μου τμήμα, από τις τέσσερις οργανικές θέσεις μόνο μία είναι ενεργή, η δική μου», αναφέρει στην «Κ». «Προσπαθώ», συμπληρώνει, «με νύχια και με δόντια να κρατήσω μόνος μου τη ΜΕΘ ανοιχτή, με τη βοήθεια προσωπικού που μετακινείται για μικρό διάστημα από άλλα νοσοκομεία». Αντίστοιχη είναι η εικόνα και σε άλλες κλινικές, όπως της Παθολογικής, παραδείγματος χάριν, όπου από τις πέντε οργανικές θέσεις σημειώνει ότι καλύπτονται οι δύο. «Αναισθησιολόγος πλέον είναι μόνο ένας – οι χειρουργοί είναι τρεις, αλλά αν δεν υπάρχει αναισθησιολόγος, δεν μπορούν να βάλουν χειρουργείο», εξηγεί. Τονίζει κι εκείνος πως γίνονται προσπάθειες να καλυφθούν οι θέσεις. Αλλά δεν υπάρχουν κίνητρα, ενώ πολλοί γιατροί δεν τους ενδιαφέρει να εργάζονται μόνιμα σε νησί. «Είμαι 22 χρόνια στη Σάμο», λέει ο ίδιος, «νομίζω ότι τώρα η κατάσταση είναι χειρότερη από ποτέ».

Διάγνωση εξ αποστάσεως

«Είμαστε σε μια σταθερή κατάσταση, με μικρά βήματα μπρος και μικρά βήματα πίσω», αναφέρει ο πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Χίου, Ιωάννης Γεωργιάδης, ο οποίος είναι ιδιώτης ενδοκρινολόγος και μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου του Γενικού Νοσοκομείου Χίου. «Σε σχέση με τις οργανικές προβλεπόμενες θέσεις του νοσοκομείου, αυτή τη στιγμή γύρω στις 20-25 είναι κενές», τονίζει. Έχουν σημαντικές ελλείψεις στα Επείγοντα και στο Ακτινολογικό. «Έχει έχουμε μείνει με έναν ενεργό γιατρό – στέλνουμε τις αξονικές και γίνεται διάγνωση στην Αθήνα, ουσιαστικά με τηλεϊατρική», εξηγεί.

Κατά τα άλλα, πολλές ειδικότητες –όπως η νευροχειρουργική, η ογκολογική, η νευρολογική, η αιματολογική– είναι μονήρες. Αναγκαστικά σε ένα νησί που, σύμφωνα με την απογραφή του 2021, έχει μόνιμο πληθυσμό ο οποίος ξεπερνάει τους 50.300 κατοίκους, και ταυτόχρονα εξυπηρετεί τις Οινούσσες, τα Ψαρά, τους καλοκαιρινούς τουρίστες, τους μετανάστες και πρόσφυγες που εξακολουθούν να βρίσκονται εκεί, δημιουργούνται κενά στην εξυπηρέτηση, τονίζει ο κ. Γεωργιάδης. «Καλύπτονται με τον υπερβάλλοντα ζήλο των γιατρών», λέει στην «Κ». «Η πίεση που ασκείται στο προσωπικό», τονίζει, «είναι πολύ μεγάλη».

2. ΠΩΣ ΘΑ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΔΙΑΝΟΜΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Μέσο:ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ

Ημ. Έκδοσης: ...14/06/2025 Ημ. Αποδελτίωσης: ...14/06/2025

Σελίδα:1



ΑΠΟ ΤΗ ΔΕΥΤΕΡΑ

Πώς θα γίνεται η κατ' οίκον διανομή φαρμάκων

Τη Δευτέρα ξεκινάει η κατ' οίκον διανομή των φαρμάκων υψηλού κόστους, που θα διευκολύνει την πρόσβαση στη θεραπεία για περίπου 139.000 ασθενείς με σοβαρές παθήσεις. **Σελ. 9**

Μέσο: ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ

Ημ. Έκδοσης: . . . 14/06/2025 Ημ. Αποδελτίωσης: . . . 14/06/2025

Σελίδα: 9



ΕΟΠΥΥ

Πώς θα γίνεται η κατ' οίκον διανομή φαρμάκων

Της **ΠΕΝΝΥΣ ΜΠΟΥΛΟΥΤΖΑ**

Ξεκινάει την Δευτέρα η υπηρεσία κατ' οίκον διανομής των φαρμάκων υψηλού κόστους, που έρχεται να διευκολύνει την πρόσβαση στη θεραπεία για περίπου 139.000 ασθενείς με σοβαρές παθήσεις, οι οποίοι έως και σήμερα για να λάβουν την αγωγή τους επισκέπονται τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ και συχνά αναγκάζονται να περιμένουν σε μεγάλες ουρές. Για να επωφεληθούν αυτής της νέας υπηρεσίας, η οποία σύμφωνα με τον ΕΟΠΥΥ παρέχεται δωρεάν για πρώτη φορά από ασφαλιστικό οργανισμό στην Ευρώπη, οι ασθενείς θα πρέπει να κάνουν αίτηση ηλεκτρονικά μέσω της πλατφόρμας του ΕΟΠΥΥ ή μέσω του νέου τηλεφωνικού κέντρου 18181 ή μέσω των γραφείων εξυπηρέτησης (helpdesk) στα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ και στα σημεία εξυπηρέτησης του οργανισμού. Το μόνο που χρειάζεται να διαθέτει ο ασθενής είναι ηλεκτρονική συνταγή και άυλη γνωμάτευση, όπου απαιτείται, και 24 με 48 ώρες μετά το αίτημα τα φάρμακα –είτε είναι ψυχρής αλυσίδας (ψυγείου) είτε όχι– παραδίδονται με ασφάλεια στο σπίτι του, στο γραφείο ή ακόμη και το εξοχικό του τους καλοκαιρινούς μήνες. Οι συνταγές ελέγχονται

και εκτελούνται από φαρμακοποιούς, ενώ η διανομή πραγματοποιείται από πιστοποιημένη εταιρεία logistics, με αυστηρές προδιαγραφές για τη διασφάλιση των προσωπικών δεδομένων, την ικνηλασιμότητα και εξειδικευμένες διαδικασίες για τα ευαίσθητα σκευάσματα ψυχρής αλυσίδας.

Για την ηλεκτρονική αίτηση, ο κάθε ενδιαφερόμενος μπορεί να εισέλθει στην κεντρική σελίδα του ΕΟΠΥΥ (www.eopyy.gov.gr), να επιλέξει τον υπερσύνδεσμο «παραλαβή ΦΥΚ» και μόλις εμφανιστεί η σελίδα, να επιλέξει «σύνδεση μέσω Taxinet». Αφού συνδεθεί, θα χρειαστεί να συμπληρώσει τον ΑΜΚΑ και τον ΑΦΜ και εν συνέχεια τα στοιχεία διεύθυνσης της κατοικίας ή όπου αποσταλούν τα φάρμακα. Την πρώτη φορά που θα υποβάλει αίτηση ο ασθενής, θα του ζητηθεί να επιβεβαιώσει το email και τον αριθμό του κινητού του τηλεφώνου.

Αφού ολοκληρώσει τη διαδικασία επιβεβαίωσης κινητού τηλεφώνου και ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και συμπληρώσει και τα στοιχεία διεύθυνσης κατοικίας, η εγγραφή έχει ολοκληρωθεί.

«Το πρόγραμμα έρχεται να δώσει λύση σε μία πραγματική ανάγκη. Ο τρόπος που θα γίνεται είναι πάρα πολύ απλός, ο ασθενής κάνει την αίτηση ηλεκτρονικά μέσω της πλατφόρμας του ΕΟΠΥΥ και για όσους δεν είναι εξοικειωμένοι με τη χρήση υπολογιστών υπάρχει help desk γραφείο εξυπηρέτησης των πολιτών στα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ και σε όλα τα σημεία διανομής, καθώς και τηλεφωνική υποστήριξη, το 18181, που αναλαμβάνει να υλοποιήσει το αίτημα για λογαριασμό του ασθενούς», ανέφερε (ΕΡΤ) η κ. Καρποδίνη. Όπως εξήγησε, η υπηρεσία αφορά όλους τους ασθενείς, ανεξαρτήτως πάθησης και φαρμακευτικής αγωγής.

Από τη στιγμή της αίτησης, χρειάζονται 24 με 48 ώρες για την παράδοση.

3. ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ DAIICHI SANKYO

Μέσο:ΝΑΥΤΕΜΠΟΡΙΚΗ

Ημ. Έκδοσης: ...16/06/2025 Ημ. Αποδελτίωσης: ...16/06/2025

Σελίδα:27



ΠΙΟ ΠΟΛΛΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΕΣ

Επέκταση στη χώρα μας του Ομίλου Daiichi Sankyo

Της **Ανθής Αγγελοπούλου**
aangelopoulou@naftemporiki.gr

ΕΠΕΚΤΑΣΗ της παρουσίας της στην Ελλάδα ανακοίνωσε η φαρμακευτική εταιρεία Daiichi Sankyo, στην οικία του πρόσβη της Ιαπωνίας Ito Koichi, με αφορμή τον εορτασμό του 1 έτους λειτουργίας στη χώρα μας.

Η Daiichi Sankyo, μία από τις μεγαλύτερες εταιρείες σε κεφαλαιοποίηση στη φαρμακευτική αγορά της Ιαπωνίας εδώ και έναν χρόνο παρουσίας της στην Ελλάδα ήδη συμβάλλει ουσιαστικά στην ενίσχυση της κλινικής έρευνας με 9 διεθνείς ογκολογικές κλινικές δοκιμές, σε 23 ερευνητικά κέντρα σε όλη τη χώρα, με 56 ασθενείς να έχουν ήδη ολοκληρώσει τη διαδικασία ένταξης και να επωφελούνται του κλινικού προγράμματος Έρευνας και Ανάπτυξης της Daiichi Sankyo.

Σύμφωνα με τη γενική διευθύντρια της Daiichi Sankyo στην Ελλάδα, Θωμαΐδα Κων-

σταντοπούλου, στόχος της εταιρείας είναι να ενισχυθεί η υγειονομική περίθαλψη του καρκίνου μέσω βαθύτερης ενσωμάτωσης, στρατηγικής συνεργασίας και διαρκούς επένδυσης στην έρευνα.

Επιπλέον, έφερε στην Ελλάδα το πρόγραμμα ερευνητικής αριστείας για τον Καρκίνο του Πνεύμονα, ENDEAVOUR, της Daiichi Sankyo Europe, όπου επιλέχθηκε ένας νέος ογκολόγος από την Ελλάδα για να καλύψει 1 από τις 21 θέσεις πανευρωπαϊκά, ώστε να υπάρξει διασύνδεση της χώρας μας με διεθνή κέντρα αριστείας.

Ο καθηγητής Markus Kosch, επικεφαλής Ογκολογίας της Daiichi Sankyo Ευρώπης, ανακοίνωσε ότι στο άμεσο μέλλον θα είναι περισσότερες θεραπείες τους διαθέσιμες στην Ελλάδα, ενισχύοντας τη δέσμευση της εταιρείας για πρόσβαση σε καινοτόμες θεραπείες, αλλά και για τον ρόλο τους ως αξιόπιστου εταίρου στο ελληνικό σύστημα υγείας.

[SID: 24704786]

Μέσο:ΤΑ ΝΕΑ

Ημ. Έκδοσης: ...14/06/2025 Ημ. Αποδελτίωσης: ...14/06/2025

Σελίδα:58



«ΝΟΜΟΙ ΥΠΑΡΧΟΥΝ.

Το ζητούμενο είναι να τηρούνται και να τιμωρούνται οι παραβάτες» δηλώνει με νόημα στα «ΝΕΑ» ο χειρουργός μαστού και πρόεδρος της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, Ευάγγελος Φιλόπουλος.

Εν τω μεταξύ, τα αντίστοιχα στοιχεία για την επόμενη χρονιά είναι αποσπασματικά, καθώς αφορούν μεμονωμένους ελέγχους. Για παράδειγμα, στις αρχές Οκτωβρίου σε ένα μόλις διήμερο, όπως αναφέρει η Αρχή σε δελτίο Τύπου, ελέγχθηκαν 52 επιχειρήσεις και εντοπίστηκαν 15 παραβάσεις. Ο Δήμος Αθηναίων, πάλι, ενημερώνει πως επίσης το 2024 διεξήγαγε 803 ελέγχους και επέβαλε 203 πρόστιμα.

Κατά τους πρώτους τέσσερις μήνες του τρέχοντος έτους έγιναν 839 έλεγχοι και επιβλήθηκαν 56 πρόστιμα.

Απουσιάζει εντούτοις η συγκεντρωτική εικόνα για το σύνολο της χώρας, ενώ ακόμα πιο παράδοξο είναι το γεγονός πως ο νομοθέτης (εν προκειμένω το υπουργείο Υγείας) έως και σήμερα περιορίζεται στη σύνταξη νόμων, χωρίς να έχει εποπτικό ρόλο για το εάν και κατά πόσο αυτοί τηρούνται.

Αυτός άλλωστε είναι και ο λόγος που εκτός από τις τσουχτερές κυρώσεις που επιβάλλει το νέο νομοσχέδιο (δύνανται να υπερβαίνει ακόμα και τα 10.000 ευρώ, ενώ σε περίπτωση υποτροπής προβλέπεται ακόμα και η οριστική ανάκληση της άδειας λειτουργίας), επενδύει πλέον σε σύγχρονα ψηφιακά εργαλεία για την ενίσχυση του μηχανισμού ελέγχου της αγοράς των προϊόντων καπνού, αλκοόλ και λοιπών μη καπνικών προϊόντων, σε μια (ύστατη) προσπάθεια να θωρακίσει τη δημόσια Υγεία.

«Νόμοι υπάρχουν. Το ζητούμενο είναι να τηρούνται και να τιμωρούνται οι παραβάτες» δηλώνει με νόημα στα «ΝΕΑ» ο χειρουργός μαστού και πρόεδρος της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, Ευάγγελος Φιλόπουλος. Ο ίδιος, δε, επιμένει ότι «πρέπει να απαγορευτεί το κάπνισμα, άτιμια κ.ο.κ. σε όλους τους δημόσιους χώρους, συμπεριλαμβανομένων των στάσεων λεωφορείων αλλά και των περιοχών γύρω από τα σχολεία, όπως έκανε πρόσφατα η Γαλλία.

Επιπλέον, απαιτούμε από την ελληνική πολιτεία να θεσπίσει αντίστοιχη απαγόρευση και στις παραλίες, δεδομένου πως, μεταξύ άλλων, τα τσιγάρα είναι τοξικά απόβλητα που μολύνουν τις θάλασσές μας».

Παράλληλα όμως ο Ευ. Φιλόπουλος θέτει ένα ακόμα σοβαρό ζήτημα που παραλείψε να συμπεριλάβει ο νομοθέτης στο νέο νομοσχέδιο. Ποιο είναι αυτό;

Να... σβήσει από τα νέα καπνικά προϊόντα τα αρώματα και τις γεύσεις «που αγκιστρώνουν τους νέους στον εθισμό της νικοτίνης». Όπως μάλιστα ο ίδιος επισημαίνει, «έχει παρέλθει η εποχή όπου υπήρχαν υποστρηκτικές περί ακίνδυνου εναλλακτικού καπνίσματος ή περί νέων προϊόντων που βοηθούν στη διακοπή της βλαβερής αυτής συνήθειας.

Πλέον, αυτοί που περνούν στο άτιμια δεν δηλώνουν πως θέλουν να διακόψουν το τσιγάρο μέσα στο επόμενο έτος» καταλήγει.

Αντικαπνιστικός νόμος

Κυρώσεις για καπνιστές, και υπευθύνους χώρων

Γράφουν και ξαναγράφουν οι νομοθέτες στη χώρα μας αντικαπνιστικούς νόμους, όμως η νομοθετική σπουδή μονιμώς απαξιώνεται από την απουσία ενός συνεκτικού ελεγκτικού μηχανισμού. Αποτελεί άλλωστε κοινό μυστικό πως στα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος (με έμφαση στα μπαρ και τα κλαμπ) το κάπνισμα... επιτρέπεται κανονικά αργά τη νύχτα, ενώ στην Περιφέρεια συχνά οι ιδιοκτήτες δεν κρατούν ούτε τα προσχήματα.

Εξού και το πρόσφατο νομοθετικό έγγραφο που αυτή τη φορά επιχειρεί να ενισχύσει την προστασία των ανηλίκων από τον καπνό και το αλκοόλ (θα βρισκεται σε δημόσια διαβούλευση έως την ερχόμενη Δεύτερια) έχει ήδη ανοίξει έναν νέο κύκλο ερωτημάτων σχετικά με τη μελλοντική αποτελεσματικότητά του. Αρκεί κανείς να αναλογιστεί πως ούτως ή άλλως το κάπνισμα στους ανηλίκους το έχει... κόψει ο νομοθέτης ήδη από το 2008, ενώ επόμενοι νόμοι έχουν αυτοτηρητοποιήσει το ήδη υπάρχον πλαίσιο.

Ενδεικτικά αναφέρεται ότι με βάση τον προηγούμενο αντικαπνιστικό νόμο απαγορεύεται η χρήση καπνού σε ανοιχτούς χώρους όπου βρίσκονται ανήλικοι (όπως τα πάρκα), κατά κοινή ομολογία όμως σπάνια πραγματοποιούνται έλεγχοι εκεί. Δεδομένου, δε, ότι το νέο νομοσχέδιο αυξάνει τα σημεία που πρέπει να επιβλέπονται τακτικά

Αυστηρότερο πλαίσιο προστασίας για τους ανηλίκους και τη δημόσια υγεία και τσουχτερά πρόστιμα φέρνει το νέο νομοσχέδιο του υπουργείου Υγείας



ΤΗΣ ΜΑΡΘΑΣ ΚΑΪΤΑΝΙΔΗ

(όπως είναι, για παράδειγμα, περίπτερα, μίνι μάρκετ... ακόμα και αυτόματοι πωλητές, από όπου κατά κανόνα οι μαθητές Λυκείου ή ακόμα και Γυμνασίου προμηθεύονται τα κλασικά τσιγάρα, νέα προϊόντα καπνού αλλά και αλκοόλ), το στοιχείο μοιάζει να είναι χαμένο εξαρχής.

Σύμφωνα με την τελευταία έκθεση της Εθνικής Αρχής Διαφάνειας (ΕΑΔ) (σημειωτέον ότι τα στοιχεία αφορούν το 2023), σε διάστημα 12 μηνών οι ελεγκτές της ΕΑΔ σε συνεργασία με στελέχη της ΕΛ.Α.Σ. και της Δημοτικής Αστυνομίας διενήργησαν 4.287 ελέγχους σε ιδιωτικές επιχειρήσεις και νομικά πρόσωπα του Δημοσίου (νοσοκομεία, δήμοι, ΔΟΥ) και επιβλήθηκαν 413 πρόστιμα, συνολικού ύψους 383.100 ευρώ.

ΣΤΟΥΣ ΠΑΡΑΒΑΤΕΣ ΚΑΙ ΔΥΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Αλγεινή εντύπωση, δε, προκαλεί το γεγονός πως ανάμεσα στους παραβάτες ήταν και δύο νοσοκομεία στην Περιφέρεια όπου διαπιστώθηκε η μη ύπαρξη σχεδίου αποτροπής καπνίσματος αλλά και πλημμελής εποπτεία, με ό,τι αυτό συνεπάγεται.

Μία ακόμα περίπτωση, που αγγίζει τα όρια του τραγελαφικού, είναι ότι σε έναν δήμο διαπιστώθηκε πως ο υπεύθυνος για εφαρμογή σχεδίου αποτροπής καπνίσματος ήταν καπνιστής.



Το «μαύρο κουτί» των ιατρικών λαθών

Ανησυχούμε για τα ιατρικά λάθη; Η επικαιρότητα έρχεται συχνά για να τροφοδοτήσει το «ναί», με τα στοιχεία ελληνικών αλλά και ευρωπαϊκών ερευνών να φέρνουν 7 στους 10 Έλληνες και Ελληνίδες να δηλώνουν ότι φοβούνται μια ιατρική διάγνωση και τα αποτελέσματα που αυτή θα έχει. Χιλιάδες ιατρικά λάθη καταγγέλλονται στη χώρα μας ετησίως, ενώ πρόσφατα η ελληνική κοινωνία συγκλονίστηκε από το περιστατικό της λυμβαμένης μετάγγισης σε ασθενή στο Τζάνειο, αλλά και τα νεκρά βρέφη αμέσως μετά τον τοκετό στο Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου και τις γυναίκες που παρουσίασαν σοβαρές επιπλοκές στην υγεία τους και αναπηρία.

Οι περιπτώσεις που καταγράφει η έρευνα δεν είναι λίγες. Μεταξύ αυτών, η 58χρονη σήμερα Ε. Σ., πρώην υψηλόβαθμο στέλεχος σε γνωστό επιχειρηματικό όμιλο, διηγείται στο «Βήμα» πώς βίωσε πριν από μερικά χρόνια μια από τις χειρότερες εμπειρίες της ζωής της.

Όπως διηγείται, ένα ύπνοτο εύρημα σε μαστογραφία οδήγησε σε μια γρήγορη επέμβαση, κατά τη διάρκεια της οποίας η ταχεία βίωση από την παρούσα παθολογία.

Καθημερινά εκδικάζεται τουλάχιστον μία νέα υπόθεση στα ελληνικά δικαστήρια - Τι περιλαμβάνουν οι καταγγελίες για ιατρικά σφάλματα, ποιες είναι οι δυσκολίες εκδίκασης και πού οφείλονται οι καθυστερήσεις στις δικαστικές αποφάσεις

Του Γιώργου Σακκά

σημειώω δε ότι το 70% και πλέον των περιπτώσεων αφορά διαχείριση περιστατικών που έφθασαν στα Επείγοντα».

Καθυστερήση στην εκδίκαση

Όπως εξήγησε σε πρόσφατη ημερίδα του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (ΠΙΣ) ο **Χριστόφορος Λινός**, πρόεδρος του Τριμελούς Συμβουλίου Διοίκησης του Πρωτοδικείου Αθηνών, «αν και δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία τα οποία αφορούν περιπτώσεις αγωγών ιατρικής ευθύνης λόγω του μεγέθους του δικαστηρίου και της περιοχής που έχει στην ευθύνη του - Αττική -, παρατηρείται ότι σε κάθε πινάκιο ενοχικού δικαίου που εγγράφονται οι αγωγές από δικαιοπραξία μία

Λινός. Ποιον γιατρό θα ορίσει ο δικαστής ως πραγματογνώμονα; Ποια είναι τα κατάλληλα ερωτήματα τα οποία θα πρέπει να θέσει ο δικαστής στον πραγματογνώμονα για να φωτιστούν οι πιεκές της υπόθεσης; Θα συνεργαστούν οι διάδοχοι με τον πραγματογνώμονα; Θα ανταποκριθεί ο τελευταίος στις απαιτήσεις του δικαστηρίου; Οι διάδοχοι θα μπορέσουν να καλύψουν το κόστος ώστε να γίνει η πραγματογνωμοσύνη; Και τέλος, το αποτέλεσμα της πραγματογνωμοσύνης θα είναι αξιόπιστο;

Απόφαση στην επταετία

Όλη η παραπάνω κατάσταση προκαλεί μια δραματική καθυστέρηση στην ολοκλήρωση των υποθέσεων, η οποία μπορεί να διαρκέσει πολλά χρόνια. Χαρακτηριστικά είναι τα παραδείγματα τα οποία συγκέντρωσε και δημοσιοποίησε από την περιοχή της Βόρειας Ελλάδας η **Σοφία Ματζακίδου**, πρόεδρος του Τριμελούς Συμβουλίου Διοίκησης του Εφετείου Θεσσαλονίκης και διευθύντρια Καρτάρτη και Επιμόρφωσης Δικαστικών Υπαλλήλων Εθνικής Σχολής Δικαστικών Λειτουργών. Με βάση την εμπειρία της αναφέρει: «Στα ποινικά δικα-

λογονατόμο διαπιστώνει κακοήθεια. Γίνεται μερική αφαίρεση μαστού και στη συνέχεια συστήνεται φαρμακευτική αγωγή.

Η ασθενής απευθύνεται σε νοσοκομείο της Βοστώνης, όπου μεταβιβάζεται απαιτώντας από την ιδιωτική κλινική που έκανε την επέμβαση την τελική ιστολογική εξέταση αλλά και το πρωτογενές υλικό που αναλύθηκε. Το αμερικανικό νοσοκομείο της αναφέρει πως το δείγμα που τους έδωσε δεν ήταν δικό της και άρα και η διαγνωστική και θεραπευτική διαδικασία ήταν λάθος!

Η συγκεκριμένη περίπτωση ιατρικού λάθους κάθε άλλο παρά μοναδική είναι. Όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά διεθνώς. Να επισημάνουμε ότι η υπόθεση που προαναφέρθηκε δεν έφθασε καν στα δικαστήρια καθώς υπήρξε συμβιβασμός.

Ωστόσο, τουλάχιστον μία υπόθεση ιατρικού λάθους φθάνει καθημερινά σε μια δικαστική αίθουσα, με τον αριθμό αυτών να αποτελεί τολάχιστον το 1% των συνολικών υποθέσεων που εισάγονται ενώπιον της Δικαιοσύνης. Μάλιστα για την τελική απόφαση των δικαστηρίων σε αντίστοιχες υποθέσεις χρειάζεται κατά μέσο όρο μια επταετία!

Ποια ιατρικά σφάλματα

Κραυγαλές περιπτώσεις ιατρικών λαθών βλέπουν τακτικά το φως της δημοσιότητας. Βρέφους σε επαρχιακή πόλη μεταφέρεται με συμπτώματα ίσως και από λάθος τοποθέτηση ορού βρίσκεται με σοβαρή βλάβη στο χέρι. Γυναίκα στη Θεσσαλονίκη υποβάλλεται σε μαστεκτομή για να αποδειχτεί τελικά ότι δεν έπασκε από καρκίνο (περίπτωση αντίστοιχη με εκείνη που προαναφέρθηκε).

Κάθε χρόνο χιλιάδες περιπτώσεις ιατρικών σφαλμάτων οδηγούν τους παθόντες και τους

συγγενείς τους στα δικαστήρια. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο όρος «ιατρικό λάθος» ή «σφάλμα» έχει συζητηθεί πολλές φορές όσον αφορά τη νομική του διάσταση. Τα ιατρικά σφάλματα μπορούν να χωριστούν σε κατηγορίες όπως σφάλματα στη διάγνωση, τη θεραπεία και την πρόληψη.

Όπως λέει στο «Βήμα» ο πρώην υπουργός Υγείας **Θάνος Πλεύρης**, ο οποίος ως δικηγόρος ειδικεύεται σε περιπτώσεις αγωγών για ιατρικά λάθη, «πολλά λάθη αφορούν συστηματικά προβλήματα, δηλαδή προβλήματα τα οποία υπάρχουν στο νοσοκομείο, όπως για παράδειγμα όσα συμβαίνουν σε συνθήκες δύσκολης εφημερίας. Υπάρχουν πολλές περιπτώσεις που ο ασθενής δεν αποδίδει ευθύνη στον γιατρό αλλά στον τρόπο λειτουργίας του νοσοκομείου και στις ελλείψεις του. Όταν δηλαδή δεν υπάρχει κάποιο απαραίτητο μηχανήμα ή όταν αυτό δεν λειτουργεί, όταν δεν υπάρχει διαθέσιμη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας» συνεχίζει. «Και όλο αυτό έχει ενταθεί τα τελευταία χρόνια καθώς είναι επακόλουθο της οικονομικής κρίσης. Να

6% των υποθέσεων στα αστικά δικαστήρια αφορούν αγωγές για ιατρική αμέλεια

70% των ιατρικών σφαλμάτων που καταγγέλλουν οι ασθενείς προκαλούνται στα Τμήματα Επειγόντων των νοσοκομείων

7 χρόνια διαρκεί συνήθως η όλη διαδικασία μέχρι να εκδοθεί τελεσίδικη απόφαση για την αγωγή για ιατρικό σφάλμα

εξ αυτών αφορά υπόθεση ιατρικής αμέλειας».

Σχολιάζοντας στο «Βήμα» τις σχετικές εκτιμήσεις, ο νομικός σύμβουλος του ΠΙΣ **Ευάγγελος Κατοίκης** αναφέρει ότι «οι υποθέσεις ιατρικής ευθύνης είναι περίπου το 6% των πινάκων του ενοχικού, δηλαδή ένα πάρα πολύ μεγάλο νούμερο, καθώς μπορεί να μην υπάρχουν συγκεκριμένα νούμερα αλλά αυτές οι (αστικές) υποθέσεις είναι χιλιάδες. Οι υποθέσεις ιατρικής ευθύνης εκτιμώνται λοιπόν στο 6% των αστικών υποθέσεων και κάνουν αναγωγή στο σύνολο των δικαστικών υποθέσεων καταλήγουμε στην εκτίμηση ότι είναι το 1%-1,5% του συνόλου των υποθέσεων, οι οποίες είναι εκατοντάδες χιλιάδες! Στην Αθήνα σχεδόν κάθε μέρα δικάζεται μια τέτοια περίπτωση».

Σύμφωνα επίσης με τον ίδιο, εφόσον κριθεί ότι είναι νόμιμη η αγωγή, αποτελεί σχεδόν μονόδρομο για τον δικαστή να θέσει σε πραγματογνώμονα τη σύσταση πραγματογνωμοσύνης.

Εδώ δημιουργείται μια σειρά δυσκολιών, επισημαίνει ο κ.

στήρια η τελεσίδικη απόφαση βγαίνει στην επταετία. Χρειάζονται 4-5 χρόνια για να ολοκληρωθεί η διαδικασία και από εκεί και μετά θέλει άλλα δύο χρόνια ώπου να βγει η οριστική ποινική απόφαση του ποινικού δικαστηρίου και μετά άλλον ένα χρόνο να τρέχουμε ασθμαίνοντας στο εφετείο για να προληφθούν τα όρια της παραγράφου. Αυτό που καθυστερεί λοιπόν είναι η διαδικασία (προανάκριση, εξέταση μαρτύρων κ.λπ.) και όχι το δικαστήριο. Να σημειώσω δε ότι ενώ σε πρωτοβάθμιο επίπεδο το 60%-70% των υποθέσεων έχει καταδικαστική απόφαση, τελικά στο εφετείο το 50% είναι αθωωτικές».

Προκειμένου να περιοριστούν όλες αυτές οι χρονοβόρες διαδικασίες οι οποίες ταλαιπωρούν τους ασθενείς που προσπαθούν να δικαιωθούν, αλλά και τους γιατρούς που αντιμετωπίζουν τις αγωγές, οι εκπρόσωποι της ιατρικής κοινότητας ζητούν σε πρώτη φάση την καταγραφή των περιστατικών ώστε να υπάρχει ξεκάθαρη εικόνα του αριθμού αλλά και ανάλυση των περιστατικών ώστε να μην επαναλαμβάνονται. Επίσης έχουν προτείνει τη δημιουργία ειδικής επιτροπής που να απαρτίζεται από μέλη υψηλού κύρους και ανεξαρτήτως με σκοπό την έκδοση πορισμάτων γρήγορα και αξιόπιστα και την εξέταση της υπόθεσης από ιατρικούς σκοπούς διεκδικώντας και το έργο δικαστών και πραγματογνωμόνων.