

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΓΙΑ ΑΝΕΡΓΟΥΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΥΣ**

**Αποκτήστε πλήρη νοσοκομειακή  
κάλυψη με χαμηλά ασφάλιστρα  
από 30 ευρώ το μήνα**

**ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΒΕΛΕΣΙΩΤΗ**  
avelesioti@e-typos.com

**Τ**ην επανέσοδο των ανασφάλιστων στο δημόσιο σύστημα Υγείας υπόσχονται οι ασφαλιστικές εταιρίες, λανσάροντας προγράμματα με μηνιαία ασφάλιστρα, που δεν ξεπερνούν τα 30 ευρώ το μήνα. «Με δεδομένη την κατάσταση στην οικονομία τα τελευταία χρόνια, πολλοί είναι οι πολίτες οι οποίοι έχουν μείνει εκτός δημόσιου συστήματος Υγείας και θεωρούνται ανασφάλιστοι. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν ενδεικτικά μακροχρόνια άνεργοι, όπου η ασφάλιση από τον ΟΑΕΔ έχει λήξει, άτομα που δουλεύουν χωρίς ασφάλιση, ελεύθεροι επαγγελματίες, που δεν πληρώνουν τον ΟΑΕΕ, τελειόφοιτοι φοιτητές άνω των 25, οι οποίοι βγαίνουν από το οικογενειακό βιβλιάριο, ή νέοι ελεύθεροι επαγγελματίες που δεν έκαναν ακόμα έναρξη στον ΟΑΕΕ και δουλεύουν με "μαύρα", όπως, για παράδειγμα, όσοι παραδίδουν ιδιαίτερα μαθήματα», τονίζει στο «Ασφάλιση & Συντάξεις» ο οικονομολόγος, ασφαλιστικός σύμβουλος και manager της ιστοσελίδας asfalisi-ygeias.gr, κ. **Χαράλαμπος Ματωνάκης**.

Σύμφωνα με τον ίδιο, μπορεί να υπάρχουν κάποιες διατάξεις οι οποίες αφορούν στην κάλυψη ατόμων χωρίς Ταμείο, κανείς, ωστόσο, δεν μπορεί να είναι σίγουρος τι και εάν ισχύει τη στιγμή που θα προκύψει ένα πρόβλημα υγείας.



**Οι ασφαλιστικές εταιρίες έχουν δημιουργήσει συγκεκριμένα προγράμματα, με στόχευση στις ομάδες που είναι χωρίς ασφάλιση**

«Ετσι, πολλά άτομα με τις παραπάνω ιδιότητες απευθύνονται στην ιδιωτική ασφάλιση, προκειμένου να καλύψουν το κενό, όσον αφορά σε θέματα υγειονομικής περίθαλψης», προσθέτει ο κ. Ματωνάκης. Αξίζει να σημειωθεί ότι μέχρι πρόσφατα μόνο εξειδικευμένοι ασφαλιστικοί σύμβουλοι μπορούσαν να προτείνουν κάποιο πρόγραμμα Υγείας που θα έδινε στον ενδιαφερόμενο μια βασική κάλυψη με χαμηλά ασφάλιστρα, ώστε να μην είναι εντελώς ακάλυπτος σε θέματα υγείας. Τα τελευταία χρόνια, όμως, την τάση αυτή ακολουθούν και πολλές ασφαλιστικές εταιρίες, οι οποίες έχουν δημιουργήσει συγκεκριμένα προγράμματα, με στόχευση στις επίμαχες ομάδες. Αυτά παρέχουν πλήρη κάλυψη σε δημόσια νοσοκομεία, με χαμηλά ασφάλιστρα, ώστε να είναι προσιτά και σε άτομα με χαμηλά εισοδήματα.

**Ερωτήσεις - απαντήσεις**  
Το «Ασφάλιση & Συντάξεις», σε μια προσπάθεια να ρίξει περισσότερο... φως γύρω από τα επίμαχα προγράμματα, αναδεικνύει μέσα από συγκεκριμένες ερωτήσεις, τα σημεία-κλειδιά, που πρέπει να γνωρίζουν όσοι ενδιαφέρονται να τα αποκτήσουν.

**Ποιο το κόστος των συγκεκριμένων προγραμμάτων; Πόσα χρήματα, δηλαδή, θα πρέπει να πληρώνει κάποιος το μήνα και τι καλύψεις θα έχει;**  
Η βασική -και ουσιαστικότερη- κάλυψη που μπορεί κάποιος να αποκτήσει μέσω ενός

προγράμματος Υγείας είναι η κάλυψη εξόδων νοσηλείας σε ένα νοσοκομείο. «Εφόσον μιλάμε για προγράμματα που αφορούν σε ανέργους - ανασφάλιστους, η έμφαση δίδεται στην 100% κάλυψη εξόδων στα δημόσια νοσοκομεία», επισημαίνει ο κ. Ματωνάκης και προσθέτει: «Είναι πιθανό, ωστόσο, να υπάρχει κάλυψη και σε ιδιωτικά, με κάποια συμμετοχή». Πέραν τούτου, ο ενδιαφερόμενος μπορεί να προσθέσει επιπλέον παροχές, όπως οι διαγνωστικές εξετάσεις και οι ιατρικές επισκέψεις. «Ειδικά στην Αθήνα, πολλές πρωτοβάθμιες παροχές ισχύουν και χωρίς επιπλέον κόστος, στο πλαίσιο συνεργασιών με ιδιωτικά νοσοκομεία. Τα ασφάλιστρα, λοιπόν, είναι ανάλογα με το ανώτατο όριο κάλυψης εξόδων και τις τυχόν επιπλέον υπηρεσίες. Σε γενικές γραμμές, με 200 ευρώ - 300 ευρώ ετησίως (20 ευρώ - 30 ευρώ το μήνα) μπορεί κάποιος να εξασφαλίσει ένα πολύ ικανοποιητικό επίπεδο παροχών», αναφέρει χαρακτηριστικά.

**Εστω ότι ο ενδιαφερόμενος είναι πατέρας με δύο παιδιά. Μπορεί να εντάξει στο συμβόλαιο και τα εξαρτώμενα μέλη; Στην περίπτωση αυτή υπάρχει επιπλέον κόστος και πόσο;**

Σύμφωνα με τον κ. Ματωνάκη, είναι πολλές οι περιπτώσεις όπου ολόκληρη η οικογένεια βρίσκεται εκτός δημόσιου ασφαλιστικού συστήματος. Στο ιδιωτικό σύστημα ασφάλισης κάθε άτομο πληρώνει ασφάλιστρα ατομικά και ανάλογα με την ηλικία του. Κάποιες εταιρίες, ωστόσο, παρέχουν έκπτωση στα καλυπτόμενα μέλη μιας οικογένειας, που μπορεί να ξεκινά από 20% και να φτάνει έως και 50%, ανάλογα με τον αριθμό των ασφαλιζόμενων μελών.

**Εάν ο ασφαλισμένος βρει δουλειά, μπορεί να «σπά-**

**σει» το συμβόλαιο ή να το μετατρέψει; Τι προβλέπεται από τις ασφαλιστικές εταιρίες;**

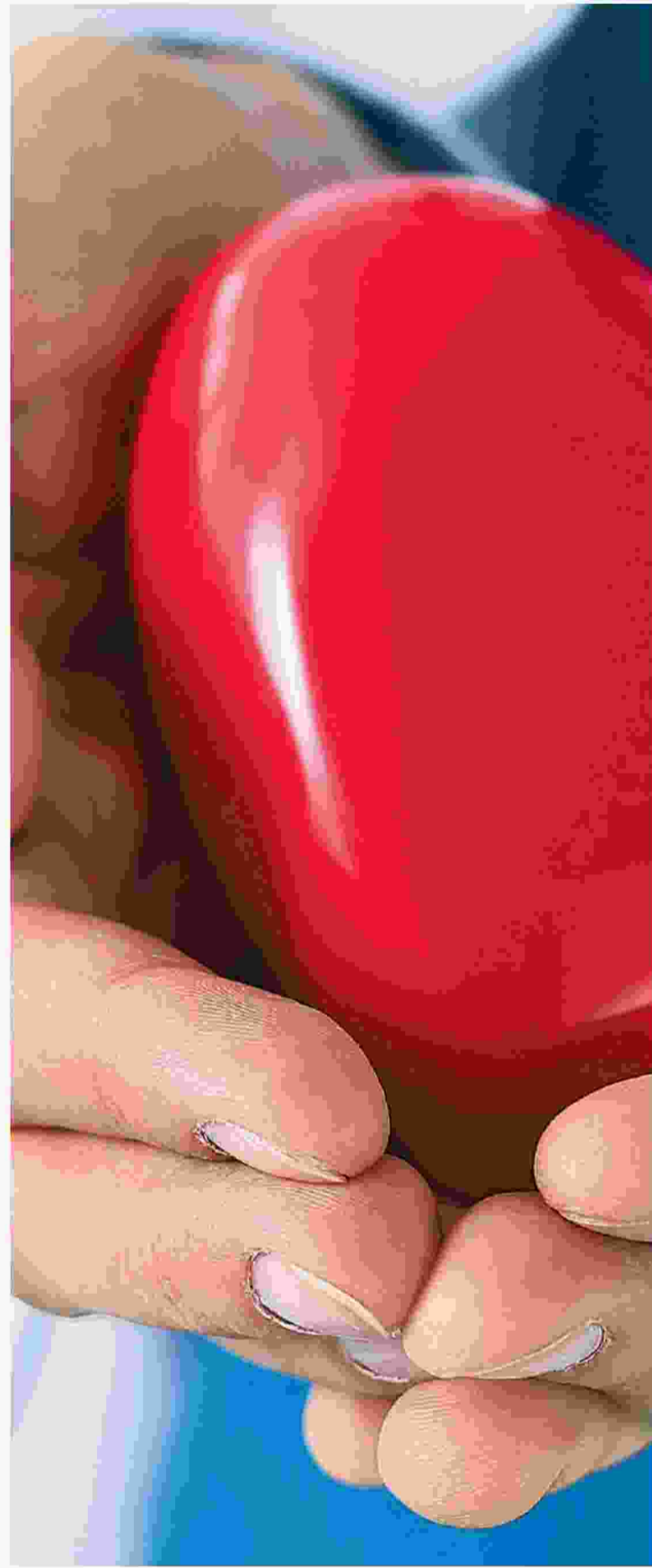
«Η ιδιωτική ασφάλιση Υγείας δεν δεσμεύει με κανέναν τρόπο τον ασφαλισμένο στη διατήρηση της ασφάλισής του», ξεκαθαρίζει ο ίδιος. Πιο αναλυτικά, πρόκειται για μια κάλυψη η οποία ισχύει για όσο διάστημα πληρώνονται τα απαραίτητα ασφάλιστρα και ο καθένας μπορεί να διακόψει ή να προβεί σε τροποποιήσεις όποτε το επιθυμεί. Ο μόνος περιορισμός είναι η κατάσταση της υγείας του ασφαλισμένου. «Εφόσον, δηλαδή, παρουσιαστεί κάποιο πρόβλημα υγείας, θα είναι δύσκολο να μεταβεί, εκ των υστέρων, σε ένα καλύτερο πρόγραμμα, με υψηλότερες παροχές. Ακόμα και εάν συμβεί αυτό, θα υπάρξουν περιορισμοί (οι λεγόμενοι "ειδικοί όροι - εξαιρέσεις", που θα σχετίζονται με το πρόβλημα, το οποίο παρουσιάστηκε), εξηγεί.

**Ποια είναι τα σημεία-κλειδιά, που πρέπει να έχουν υπόψη οι ενδιαφερόμενοι; Κοινώς, τι θα πρέπει να προσέξουν;**

Όπως τονίζει ο επικεφαλής της asfalisi-ygeias.gr, θα πρέπει να γίνει σαφές ότι η ιδιωτική ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα δεν μπορεί να υποκαταστήσει πλήρως τη δημόσια. Αυτό οφείλεται σε μια σειρά από λόγους, που πολλές φορές αποτρέπουν τους ενδιαφερόμενους, γιατί απλά είχαν κάτι άλλο στο μυαλό τους αρχικά.

Ενδεικτικά:

▶ Δεν ασφαλιζονται όλοι ανεξαιρέτως. Αντίθετα, υπάρχει σε όλες τις εταιρίες ένα ανώτατο όριο ηλικίας εισόδου, που πλέον είναι τα 65 με 70 έτη. Επιπλέον, δεν μπορούν να ασφαλιστούν άτομα με προϋπάρχοντα προβλήματα υγείας, ιδιαίτερα εάν αυτά είναι σοβαρά.



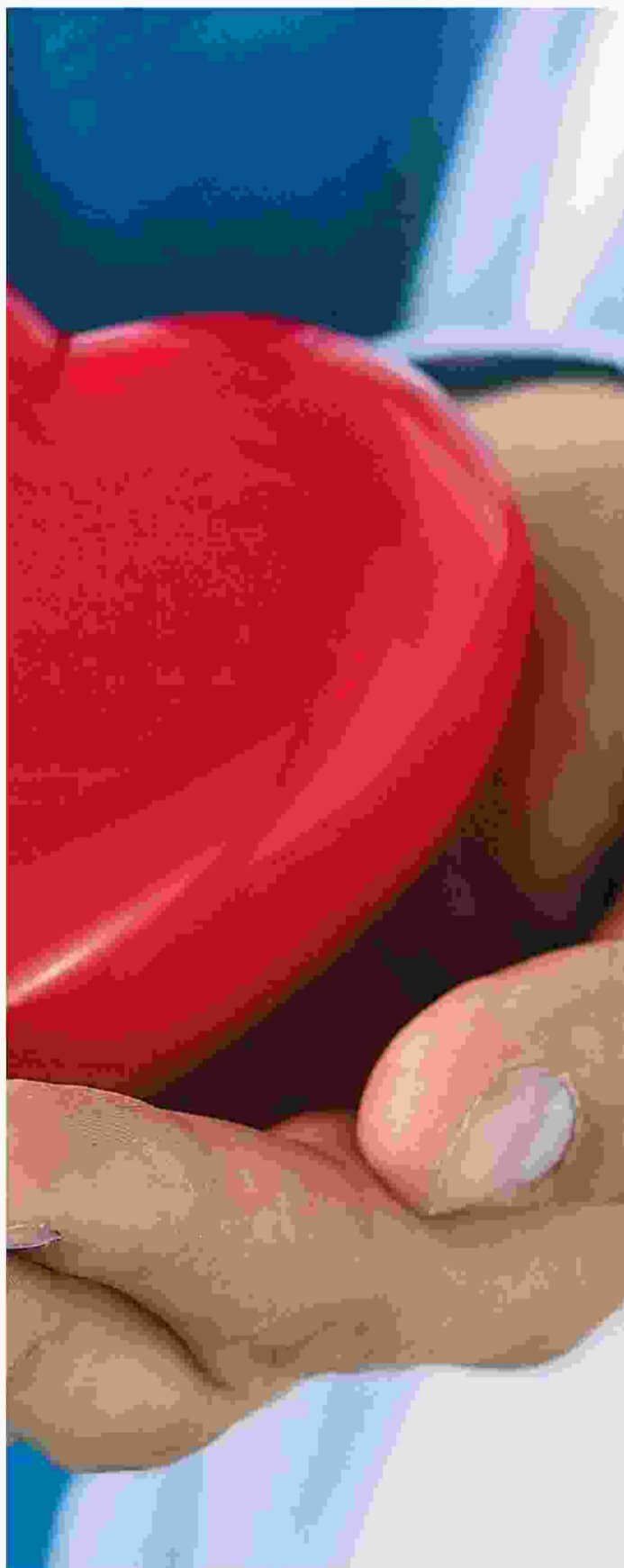
▶ Δεν καλύπτονται όλες οι παθήσεις. Κάθε εταιρία έχει μία σειρά από γενικές εξαιρέσεις σχετικά με παθήσεις και περιστατικά, τα οποία δεν καλύπτονται (π.χ. AIDS, ραδιενεργές ακτινοβολίες,

τραυματικά ατυχήματα υπό επίρροια μέθης κ.λπ.). Πρέπει, λοιπόν, κάποιος να έχει πλήρη γνώση των σχετικών όρων πριν από τη σύναψη μιας ασφάλισης.

▶ Δεν καλύπτονται παιδικά εμβόλια και τοκετός. Αυτά τα δύο είναι και ιδιαίτερα συνήθη αιτήματα υποψήφιων ασφαλι-

σμένων, οι οποίοι στο άκουσμα της αρνητικής απάντησης τις περισσότερες φορές εγκαταλείπουν την έρευνα αγοράς.

▶ Δεν καλύπτονται φάρμακα εκτός νοσοκομείου. Δεν πρόκειται κάποιος με ιδιωτική ασφάλιση να αγοράσει συνταγογραφημένα φάρμακα, όπως με το βιβλιάριό του. Υπάρχουν οι εξαιρέσεις, αλλά ο γενικός κανόνας είναι αυτός. Τα προγράμματα Υγείας καλύπτουν μόνο τα φάρμακα εντός νοσοκομείου, στο πλαίσιο



μιας νοσηλείας - θεραπείας.

«Σε κάθε περίπτωση, πάντως, οποιοδήποτε πρόγραμμα ασφάλισης Υγείας είναι σαφώς προτιμότερη εναλλακτική από τη μηδενική κάλυψη. Πολλοί είναι οι ενδιαφερόμενοι οι οποίοι εστιάζουν σε ιατρικές επισκέψεις, εξετάσεις κ.λπ. Κανείς, όμως, δεν πρόκειται να υποστεί σοβαρή οικονομική ζημιά από μία επίσκεψη σε γιατρό και μία εξέταση των 30 ευρώ - 50 ευρώ - 100 ευρώ. Αντίθετα και μία απλή

νοσηλεία μπορεί να στοιχίσει αρκετές χιλιάδες ευρώ, που είναι δύσκολο να βρεθούν στις μέρες μας», αναφέρει ο κ. Ματωνάκης και καταλήγει: «Όπως συνηθίζω να λέω, δεν υπάρχουν καλά και κακά προγράμματα. Υπάρχουν καλά και καλύτερα. Και για το λόγο αυτόν ο κάθε ενδιαφερόμενος πρέπει να κάνει σωστή έρευνα αγοράς, μιλώντας με εξειδικευμένους στην ασφάλιση Υγείας, ώστε να καταλήξει σε αυτό που είναι καλύτερο για εκείνον». ■

# 3.000 γιατροί και νοσηλευτές στις Τοπικές Μονάδες Υγείας

Τον Μάιο αναμένεται η προκήρυξη των θέσεων σε 60 περιοχές της χώρας

**Σ**την πρόσληψη 3.000 γιατρών, υγειονομικού και διοικητικού προσωπικού προχωρά το αμέσως προεχές διάστημα το υπουργείο Υγείας, προκειμένου να στελεχωθούν οι νέες Τοπικές Μονάδες Υγείας.

Σύμφωνα με το νομοσχέδιο του υπουργείου Υγείας για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, συνολικά θα συσταθούν 240 Τοπικές Μονάδες Υγείας σε 60 αστικές περιοχές της χώρας με δυνατότητα κάλυψης περισσότερων από δύο εκατομμύρια πολιτών.

Κάθε Μονάδα θα στελεκώνεται συνολικά από 10μελή διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών Υγείας (οικογενειακός ιατρός, παθολόγος, παιδίατρος, νοσηλευτής, επισκέπτης υγείας, κοινωνικός λειτουργός και διοικητικό προσωπικό). Παράλληλα, οι Μονάδες θα δικτυώνονται με Μονάδες Ψυχικής Υγείας και Μονάδες καταπολέμησης των εξαρτήσεων.

Εκτιμάται ότι έως τα τέλη του έτους θα έχουν τεθεί σε λειτουργία σε ολόκληρη τη χώρα.

Από τις 3.000 θέσεις που θα προκηρυχθούν τον Μάιο, οι 1.300 αφορούν γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων και οι 1.700 λοιπό προσωπικό.

Συγκεκριμένα οι Τοπικές Μονάδες θα στελεχωθούν από ιατρικό προσωπικό ειδικοτήτων όπως γενικής ιατρικής, παθολογίας, παιδιατρικής, οδοντιατρικής, ιατρικής της εργασίας, κοινωνικής ιατρικής και δημόσιας υγείας, ακτινοδιαγνωστικής, βιοπαθολογίας, καρδιολογίας, γυναικολογίας, γενικής χειρουργικής, ορθοπαιδικής, οφθαλμολογίας, πνευμονολογίας, ουρολογίας, ωτορινολαρυγγολογίας, δερματολογίας, νευρολογίας, γαστρεντερολογίας, ενδοκρινολογίας και ρευματολογίας από επιστημονικό και άλλο υγειονομικό προσωπικό Νοσηλευτικής, Μαιευτικής, Δημόσιας



και Κοινωνικής Υγείας (Επισκέπτες Υγείας), Φυσικοθεραπείας, Εργοθεραπείας, Λογοθεραπείας, Ψυχολογίας, Κοινωνικής Εργασίας (Κοινωνικοί Λει-

**Οι γιατροί θα λάβουν μισθό εμπειρητή Α' του ΕΣΥ και μετά το τέλος της τετραετούς θητείας τους θα μπορούν να απορροφηθούν στο ΕΣΥ**

τουργοί), Ραδιολογίας - Ακτινολογίας, Τεχνολόγων Ιατρικών Εργαστηρίων, Χειριστών Ιατρικών Συσκευών, Βοηθών Ιατρικών και Βιολογικών Εργαστηρίων και Βοηθών Νοσηλευτών,

καθώς και διοικητικό προσωπικό.

Σε πρώτη φάση, οι Τοπικές Μονάδες θα χρηματοδοτηθούν για μία 4ετία από το ΕΣΠΑ και στη συνέχεια από εθνικούς πόρους.

Οι γιατροί θα λάβουν μισθό εμπειρητή Α' του ΕΣΥ (περίπου 1.500 ευρώ καθαρά) και μετά το τέλος της τετραετούς θητείας τους θα μπορούν να απορροφηθούν στο ΕΣΥ. Το λοιπό προσωπικό θα αμείβεται με βάση το ενιαίο μισθολόγιο του Δημοσίου.

Οι γιατροί που υπηρετούν με σχέση εργασίας πλήρους και αποκλει-

στικής απασχόλησης στα Κέντρα Υγείας μπορούν, έπειτα από αίτησή τους και απόφαση της Υγειονομικής Περιφέρειας (ΥΠΕ), να συμμετέχουν στην τακτική λειτουργία, πρωινή και απογευματινή, του αντίστοιχου με την ειδικότητά τους τμήματος του νοσοκομείου αναφοράς. Μπορούν να μετέχουν στις εφημερίες του, ακόμη και στα χειρουργεία.

Η πρόβλεψη για το νέο σύστημα είναι ένας παθολόγος ή γενικός γιατρός να καλύπτει 2.000 έως 2.500 ενήλικους, ένας παιδίατρος 1.000 έως 1.500 παιδιά και ένας μικροβιολόγος 25.000 έως 30.000 κατοίκους

---

**15 νοσοκομεία  
πολύ κοντά πλέον  
στο «λουκέτο»**

Λόγω έλλειψης προσωπικού  
και αδιαφορίας της  
κυβέρνησης για τα κενά Σ. 31

# «Ακρωτηριάζουν» 15 νοσοκομεία

Η κυβέρνηση αποψιλώνει κλινικές και τμήματα, οδηγώντας τα ιδρύματα με μαθηματική ακρίβεια στο λουκέτο

Ρεπορτάζ  
ΕΛΕΝΑ ΦΥΝΤΑΝΙΔΟΥ

**Μ**ε λουκέτο κινδυνεύουν περισσότερα από 15 νοσοκομεία σε όλη τη χώρα. Λόγω της έλλειψης προσωπικού και της αδυναμίας της κυβέρνησης να καλύψει τα σοβαρά κενά στα δημόσια νοσοκομεία, η ηγεσία του υπουργείου Υγείας προχωρεί σε μετακινήσεις προσωπικού, αποψιλώντας κλινικές και τμήματα. Έτσι, υλοποιεί το σχέδιο συρρίκνωσης των νοσοκομείων, που οδηγεί με μαθηματική ακρίβεια στο κλείσιμο πολλών εξ αυτών.

Σύμφωνα με πληροφορίες της «ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ του Τύπου», τα πρώτα που απειλούνται να κλείσουν είναι τα συνδεδεμένα με άλλα,

τακινήσεις, όμως, που γίνονται για να επιλύσουν προβλήματα σε κάποιες κλινικές φαίνεται ότι επιδεινώνουν την ήδη επιβαρυνμένη κατάσταση άλλων τμημάτων.

Όπως καταγγέλλουν οι εκπρόσωποι της ΠΟΕΔΗΝ, η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) του Νοσοκομείου Πύργου -δυναμικότητας πέντε κλινών- βρίσκεται, πλέον, ένα βήμα πριν από το κλείσιμο. Από τους τέσσερις γιατρούς που στελέχωναν τη ΜΕΘ, απέμειναν

μόνο δύο αναισθησιολόγοι - εντατικολόγοι. Οι άλλοι δύο συνάδελφοί τους μετακινήθηκαν στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Ρίου, το οποίο διαθέτει 19 αναισθησιολόγους, εκ των οποίων οι επτά είναι ειδικευμένοι στην Εντατικολογία.

Ο πρόεδρος της ΠΟΕΔΗΝ χαρακτηρίζει «ρουσφετολογική» τη μετακίνηση των δύο γιατρών και τονίζει ότι τότε ξεκίνησαν τα προβλήματα της ΜΕΘ του Νοσοκομείου Πύργου. Για την αντιμε-

τώπισή τους, σύμφωνα με τον κ. Γιαννάκο, η διοίκηση της αρμόδιας υγειονομικής περιφέρειας επιχειρήσε να μετακινήσει στη ΜΕΘ, με τη διαδικασία του «εστέλλεσθε», δύο γιατρούς του πολυπαθού Νοσοκομείου Ζακύνθου και σε αυτό να στείλει τους δύο μοναδικούς χειρουργούς του Νοσοκομείου Κυπαρισσίας. Μέχρι στιγμής, οι δύο γιατροί της Ζακύνθου δεν έχουν δεχθεί να μεταβούν στο Νοσοκομείο του Πύργου και η δι-

οίκηση της όης ΥΠΕ έστειλε εκεί για εφημερίες τη μία εκ των δύο αναισθησιολόγων του Νοσοκομείου Αμαλιάδας!

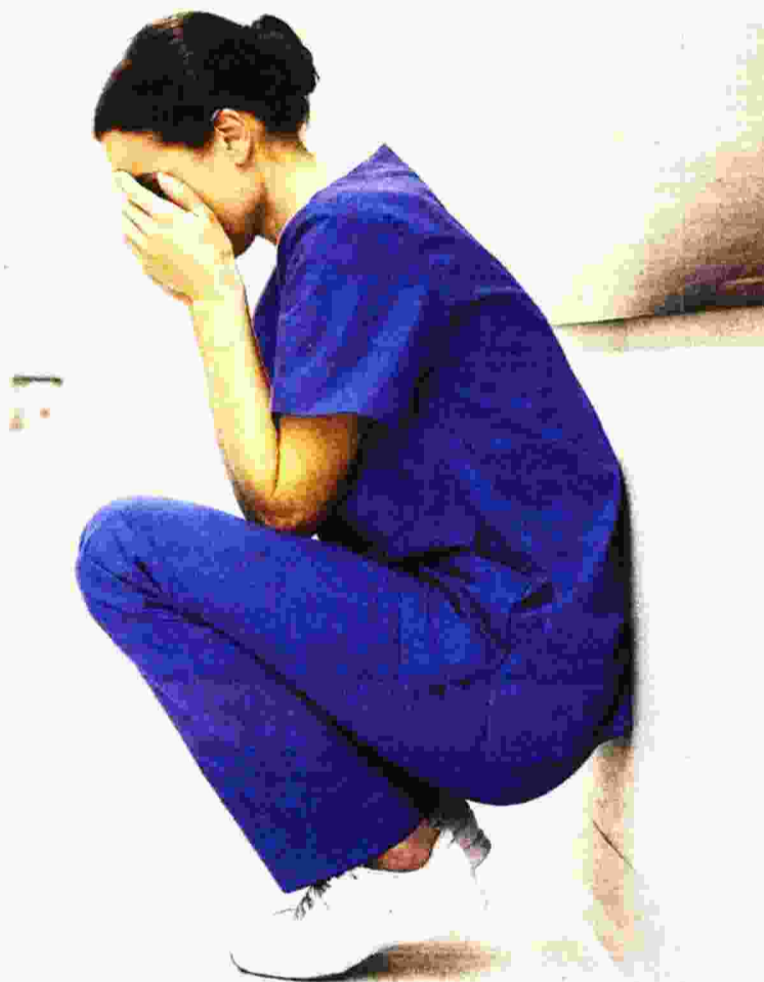
«Δεν είναι η πρώτη μετακίνηση, ούτε η τελευταία», αναφέρει ο κ. Γιαννάκος. Και σημειώνει: «Με τις συνεχείς μετακινήσεις γιατρών από το Νοσοκομείο Αμαλιάδας προς το Νοσοκομείο Πύργου καταργείται σταδιακά το πρώτο, αφού δεν καλύπτονται οι καθημερινές εφημερίες».

## Σχέδιο συρρίκνωσης μέσω μετακινήσεων προσωπικού - Ποιες πόλεις απειλούνται!

μεγαλύτερα νοσοκομεία, όπως της Νάουσας, του Μεσολογγίου, της Αμαλιάδας και των Κρεστένων, της Θήβας, της Πρέβεζας, του Αργούς ή του Ναυπλίου (εκεί δεν έχει ξεκαθαρίσει το τοπίο), της Πτολεμαΐδας, της Σπείας, του Αγίου Νικολάου Κρήτης και της Ιεράπετρας καθώς και της Γουμένισσας. Κατά τις ίδιες πληροφορίες, κινδυνεύουν, επίσης, τα νοσοκομεία της Αμφισσας, του Αιγίου και του Διδυμοτείχου.

Ο ΣΥΡΙΖΑ που κατήγγελε -όταν βρισκόταν στην αντιπολίτευση- την τότε κυβέρνηση για μεθοδευμένη κατάργηση, μέσω ενοποιήσεων και συγχωνεύσεων, τμημάτων και κλινικών, φέρνει στη Βουλή (πιθανότατα εντός του Μαΐου) νομοσχέδιο, το οποίο προβλέπει την ενοποίηση ή τη διασύνδεση νοσηλευτικών μονάδων στον ίδιο νομό. Μάλιστα, κατ' εξαίρεση, μπορεί να ενοποιηθούν και νοσηλευτικές μονάδες όμορων νομών.

Το τελευταίο διάστημα επικρατεί κομφούζιο στα νοσοκομεία της Πελοποννήσου. Η ηγεσία του υπουργείου Υγείας και η αρμόδια υγειονομική περιφέρεια προσπαθούν να καλύψουν τα κενά σημαντικών κλινικών -καθώς δεν γίνονται προσλήψεις υγειονομικών- με μετακινήσεις προσωπικού. Οι με-



## Οι δεσμεύσεις για μείωση δαπανών

«Η κυβέρνηση, στο πλαίσιο της καθήλωσης των δαπανών, έχει δεσμευτεί στους δανειστές να εφαρμόσει την εργαλειοθήκη του ΟΟΣΑ. Αυτή προβλέπει το κλείσιμο 700 κλινικών και, από 2.100 που λειτουργούν σήμερα, να μείνουν 1.400. Επίσης, από 136 νοσοκομεία θα μείνουν λιγότερα από 100. Στο πλαίσιο αυτό, η κυβέρνηση προχωράει στη σταδιακή συρρίκνωση των Νοσηλευτικών Μονάδων. Δεν κάνει προσλήψεις και προσπαθεί να καλύψει τα κενά με μετακινήσεις προσωπικού. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μετατροπή πολλών νοσοκομείων σε Κέντρα Υγείας», λέει στην «ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ του Τύπου» ο πρόεδρος της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Εργαζομένων Δημοσίων Νοσοκομείων (ΠΟΕΔΗΝ), Μιχάλης Γιαννάκος. Όπως προθέτει ο ίδιος, «αυτές οι ενέργειες μπορεί να προχωρήσουν και στην Αθήνα αλλά και σε άλλες μεγάλες πόλεις όπου υπάρχουν περισσότερα από ένα νοσοκομεία, όπως σε Θεσσαλονίκη, Λάρισα, Ιωάννινα, Κρήτη και Πάτρα».

ΤΡΑΓΙΚΕΣ ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΑ ΚΑΙ ΔΙΑΣΩΣΤΕΣ

# Σε κίνδυνο ντόπιοι και τουρίστες στη Χαλκιδική

Παρέμβαση του Αρείου Πάγου με καθυστέρηση ενός χρόνου



**SOS εκπέμπουν  
οι εργαζόμενοι  
στο ΕΚΑΒ αλλά  
και οι ξενοδόχοι  
του νομού**

■ Κορόνα γράμματα παίζεται η ζωή των ασθενών στη Χαλκιδική, όπως απέδειξαν με το χειρότερο τρόπο οι θάνατοι δύο ανθρώπων το τελευταίο διάστημα. Οι τραγικές ελλείψεις κυρίως σε ασθενοφόρα και διασώστες εγκυμονούν σοβαρούς κινδύνους για τον πληθυσμό αλλά και για τους δεκάδες χιλιάδες τουρίστες που σύντομα θα κατακλύσουν την περιοχή.

■ Τα σοβαρά προβλήματα είχαν καταγγελλεί από πέρυσι, όμως η μηνυτήρια αναφορά των εργαζομένων του ΕΚΑΒ Κεντρικής Μακεδονίας έμεινε στα συρτάρια και μόλις τώρα δόθηκε εντολή διερεύνησης από την εισαγγελία του Αρείου Πάγου.

■ Έντονες ανησυχίες και από τους ξενοδόχους.

ΣΕΛ. 8, 25

Κορόνα γράμματα παίζεται η ζωή των ασθενών στη Χαλκιδική. Οι τραγικές ελλείψεις κυρίως σε ασθενοφόρα και διασώστες εγκυμονούν σοβαρούς κινδύνους. Η κατάσταση επιδεινώνεται ιδιαίτερα τους καλοκαιρινούς μήνες, οπότε ο πληθυσμός του νομού τριπλασιάζεται και από τις 300.000-400.000 κατοίκους εκτοξεύεται σε πάνω από 1.000.000, με αποτέλεσμα κάτοικοι και τουρίστες να εύχονται να μην αρρωστήσουν.

ΤΗΣ ΝΙΚΟΛΕΤΤΑΣ ΜΠΟΥΚΑ  
nikolettabouka@yahoo.gr

**Χ**αρακτηριστικό είναι ότι συχνά οι ασθενείς διακομίζονται στα κέντρα υγείας ή το νοσοκομείο του νομού με ιδιωτικά οχήματα ή πάνω σε καρότσες φορτηγών, ενώ το καλοκαίρι οι ξενοδόχοι αναλαμβάνουν την ποινική και αστική ευθύνη να μεταφέρουν με δικά τους αυτοκίνητα τους πελάτες τους που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας.

Τα πρόσφατα περιστατικά θανάτου δύο συνανθρώπων μας σε Ουρανούπολη και Νέα Σκιώνη -μέσα σε διάστημα μόλις μιας εβδομάδας- εξαιτίας της έλλειψης ασθενοφόρων και της μεγάλης καθυστέρησης στη διακομιδή τους στο νοσοκομείο έφεραν και πάλι στο προσκήνιο τα μεγάλα προβλήματα από την αποδυνάμωση του ΕΚΑΒ στη Χαλκιδική, για τα οποία επί χρόνια φωνάζουν οι εργαζόμενοι και οι τοπικοί φορείς, χωρίς ωστόσο να εισακούονται.

Πέρυσι το σωματείο εργαζομένων ΕΚΑΒ Κεντρικής Μακεδονίας είχε καταθέσει μηνυτήρια αναφορά για τις σοβαρές ελλείψεις διασωστών στο νομό Χαλκιδικής στην εισαγγελία Χαλκιδικής. Ωστόσο δεν υπήρξε καμία εξέλιξη κι έτσι φέτος το σωματείο ετοιμάζεται να καταθέσει εκ νέου μηνυτήρια αναφορά. Πάντως το θετικό της υπόθεσης είναι ότι κινητοποιήθηκε η εισαγγελία του Αρείου Πάγου, η οποία έδωσε εντολή στην εισαγγελία Χαλκιδικής να βγάλει από τα συρτάρια και να ενεργοποιήσει την περσινή μηνυτήρια αναφορά.

«Αυτή τη στιγμή είμαστε 30 διασώστες για 300.000-400.000 κατοίκους το χειμώνα και 1.000.000 το καλοκαίρι στη Χαλκιδική. Έχουμε έξι βάσεις του ΕΚΑΒ στο νομό και με την υπάρχουσα δύναμη μπορούμε να βγάλουμε μόνο τρία ασθενοφόρα στην πρωινή βάρδια, τρία στην απογευματινή και δύο το βράδυ για όλο το νομό. Για να πούμε ότι είμαστε καλά, χρειαζόμαστε έξι ασθενοφόρα και 66 διασώστες για το χειμώνα και δέκα ασθενοφόρα και 110 διασώστες για το καλοκαίρι», δηλώνει στη «Θ» ο πρόεδρος του Σωματείου Εργαζομένων ΕΚΑΒ Κεντρικής Μακεδονίας Γιώργος Παλαιολόγου και προσθέτει: «Για να λειτουργήσει ένα ασθενοφόρο σε 24ωρη βάση, χρειάζονται έντεκα διασώστες. Συνεπώς η προκήρυξη έξι θέσεων για μετάθεση στον τομέα της Χαλκιδικής εκ μέρους της διοίκησης του ΕΚΑΒ επαρκεί, για να λειτουργήσει... μισό ασθενοφόρο σε 24ωρη βάση».

#### Διασώστες σε ρόλο κουβαλητών

Σύμφωνα με τον κ. Παλαιολόγου για τις δραματικές ελλείψεις διασωστών στη Χαλκιδική ευθύνονται τόσο η αδυναμία προσλήψε-

# «Γυμνή» από ασθενοφόρα και

Παρέμβαση του Αρείου Πάγου για τις δραματικές ελλείψεις - SOS και από τ



Για σοβαρή υποστελέχωση του ΕΚΑΒ κάνουν λόγο σε κοινή ανακοίνωση που εξέδωσαν μετά τα θανατηφόρα περιστατικά ο Ιατρικός Σύλλογος Χαλκιδικής και η Ένωση Ιατρών Νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας του νομού.

ων όσο και η απασχόληση των διασωστών σε αλλότρια καθήκοντα.

«Δεν είναι δυνατόν διασώστες να μετακινούνται σε διοικητικές θέσεις ούτε να κάνουν τους μεταφορείς φαγητού, αίματος ή εξιτηρίων από τα νοσοκομεία και τις κλινικές. Εφόσον οι αρμόδιοι δεν μπορούν να κάνουν προσλήψεις, τουλάχιστον να κάνουν σωστή κατανομή των υπάρχοντων εργαζομένων και να μην τους βάζουν να κάνουν άλλα καθήκοντα πέραν του επείγοντος», επισημαίνει ο ίδιος.

Μάλιστα χαρακτηρίζει «ανέκδοτο του χρόνου» τις αιχμές που αφήνει η διοίκηση του ΕΚΑΒ σε βάρος των εργαζομένων, ισχυριζόμενη ότι πρώτη φορά στον Τομέα Χαλκιδικής υπάρχει τόσο μεγάλος αριθμός υπαλλήλων που απουσιάζει με προβλήματα υγείας και μάλιστα μεγάλης έκτασης, αλλά και ότι από το 2005 μέχρι το 2013 έγιναν περισσότερες από δέκα παράνομες μετακινήσεις.

#### Ασθενοφόρο 5 ημέρες το μήνα

Σύμφωνα με στοιχεία της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Εργαζομένων στα Δημόσια Νοσοκομεία (ΠΟΕΔΗΝ) η σημερινή κατάσταση του ΕΚΑΒ Χαλκιδικής έχει ως εξής:

- **Σταθμός ΕΚΑΒ Νοσοκομείου Πολυγύρου:** 4 διασώστες. Καλύπτονται μόνο δέκα ημέρες το μήνα.
- **Σταθμός ΕΚΑΒ Κ.Υ. Ν. Μουδανιών:** 12 διασώστες. Η κάλυψη είναι επαρκής. Ένα ασθενοφόρο σε 24ωρη βάση.
- **Σταθμός ΕΚΑΒ Κ.Υ. Κασσανδρείας:** 8 διασώστες. Κάλυψη με ασθενοφόρο 20 ημέρες το μήνα.
- **Σταθμός ΕΚΑΒ Αγίου Νικολάου:** 2 διασώστες. Κάλυψη με ασθενοφόρο 5 ημέρες το μήνα.
- **Σταθμός ΕΚΑΒ Κ.Υ. Παλαιοχωρίου:** 6

διασώστες. Κάλυψη με ασθενοφόρο δώδεκα ημέρες το μήνα.

• **Σταθμός ΕΚΑΒ Ν. Καλλικράτειας:** κανένας διασώστης. Ο σταθμός του ΕΚΑΒ υπάρχει μόνο στα χαρτιά.

«Η δύναμη των διασωστών που επιχειρούν είναι κάτω του ορίου ασφαλείας. Απαιτείται η κάλυψη των Σταθμών τουλάχιστον με άλλους τόσους. Δύο είναι τα ασθενοφόρα που επιχειρούν τη νύχτα σε όλη τη Χαλκιδική. Δεν μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες σε διακομιδές. Κινδυνεύουν κατ'εξακολούθηση σοβαρά έκτακτα περιστατικά. Οι διακομιδές γίνονται με ιδιωτικά μέσα», καταγγέλλει η ΠΟΕΔΗΝ.

Για σοβαρή υποστελέχωση του ΕΚΑΒ κάνουν λόγο σε κοινή ανακοίνωση που εξέδωσαν μετά τα θανατηφόρα περιστατικά ο Ιατρικός Σύλλογος Χαλκιδικής και η Ένωση Ιατρών Νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας του νομού.

«Αναρωτιόμαστε γιατί δεν επαρκούσαν οι μέχρι τώρα διαμαρτυρίες και οι εκδηλώσεις για τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το ΕΚΑΒ και έπρεπε να φτάσουμε σε αυτό το σημείο. Καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι μία μερίδα δημοσίων λειτουργών, αιρετών και μη, δεν αντιμετωπίζει με την ανάλογη υπευθυνότητα αυτά τα προβλήματα. Εάν αυτό το γεγονός δεν αποτελεί κίνητρο ουσιαστικής παρέμβασης της πολιτείας, τι άλλο μένει να πράξουμε;», τονίζεται στην ανακοίνωση.

#### SOS από τους ξενοδόχους

Την έντονη ανησυχία και τον προβληματισμό για το διαχρονικό πρόβλημα των ελλείψεων ασθενοφόρων και διασωστών στο νομό εκφράζει ο πρόεδρος της Ένωσης Ξενοδόχων και του Τουριστικού Οργανισμού Χαλκιδικής Γρηγόρης Τάσιος. Όπως δηλώνει

στη «Θ», «κάθε καλοκαίρι αναλαμβάνουμε ως ξενοδόχοι την ποινική και αστική ευθύνη να μεταφέρουμε με δικά μας αυτοκίνητα τους πελάτες μας είτε για κάποιο μικρό πρόβλημα υγείας είτε για πιο σοβαρά. Αυτό δεν μπορεί να συνεχιστεί. Το πρόβλημα με τις ελλείψεις στο ΕΚΑΒ είναι διαχρονικό και κανείς δεν το έχει λύσει».

Παράλληλα τονίζει ότι εδώ και τέσσερα χρόνια ο Τουριστικός Οργανισμός Χαλκιδικής ενισχύει μέσω του δήμου Κασσάνδρας τη διαμονή και σίτιση των πληρωμάτων ασθενοφόρων για τους μήνες Ιούλιο και Αύγουστο. Στόχος είναι να επεκταθεί αυτή η ενίσχυση και σε άλλους δήμους, όπως της Σιθωνίας και του Αριστοτέλη.

«Φυσικά τα χρήματα που έχουμε για την τουριστική προβολή του νομού δεν γίνεται να δαπανώνται για τις υποδομές υγείας. Παρ' όλα αυτά βάζουμε πλάτη, αλλά δεν γίνεται να το κάνουμε συνέχεια. Το θέμα των ελλείψεων του ΕΚΑΒ στη Χαλκιδική είναι πολιτικό και η πολιτεία πρέπει να το λύσει», σημειώνει ο κ. Τάσιος.

Σύμφωνα με τον ίδιο «η κατάσταση αυτή γεννά ανησυχίες και για τον τουρισμό του νομού. Και δεν είναι μόνο το θέμα της προβολής αλλά και των επενδύσεων, καθώς οι επενδυτές εξετάζουν πρώτα τις υποδομές που υπάρχουν, όπως περιβαλλοντικές, δρόμων και υγείας».

#### Επείγουσα επιστολή στον υπουργό Υγείας

Στο μεταξύ εξαιρετικά επείγουσα επιστολή με θέμα την αναγκαιότητα στελέχωσης των μονάδων υγείας της Χαλκιδικής έστειλε στον υπουργό Υγείας Ανδρέα Ξανθό η περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας. Όπως επισημαίνεται, «έχουμε μία κυβέρνηση που δεν

# Ι διασώστες η Χαλκιδική

τους Ξενοδόχους του νομού



Την περασμένη εβδομάδα πραγματοποιήθηκε συγκέντρωση διαμαρτυρίας έξω από το κέντρο υγείας Κασσανδρείας.

μας επιτρέπει καν να βοηθήσουμε αυτήν την κατάσταση. Στο ΕΣΠΑ της περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας έχουμε 35 εκατομμύρια ευρώ δεσμευμένα για τον τομέα της υγείας και περιμένουμε εδώ και τρία χρόνια από το υπουργείο Υγείας να μας ξεκαθαρίσει τις προτεραιότητές του, για να εκδώσουμε τις προσκλήσεις και να υλοποιήσουμε τα απαιτούμενα έργα και δράσεις. Ως περιφέρεια είμαστε έτοιμοι να απορροφήσουμε τα κονδύλια και να υλοποιήσουμε με αυτά σημαντικά έργα για την ενίσχυση της υγείας και της πρόνοιας, αλλά η κυβέρνηση μας δίνει τα χέρια».

Από την πλευρά του ο υπουργός Υγείας Ανδρέας Ξανθός, απαντώντας σε ερώτηση της «Θ» για το θέμα, δήλωσε: «Εμείς επιδιώκουμε τη συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση. Πάντα έχουμε μία διαρκή επικοινωνία και πρόσκληση προς τους περιφερειάρχες όλης της χώρας, στο βαθμό που υπάρχουν διαθέσιμοι πόροι να επενδυθούν και να βοηθηθεί το ΕΣΥ. Δεν υπάρχει τέτοιο θέμα. Ενδεχομένως καμιά φορά πολλά πράγματα κολλάνε στη συνήθη γραφειοκρατία, την υπηρεσιακή. Θα το δούμε αυτό και θα το προωθήσουμε σε συνεννόηση με τη διοίκηση του ΕΚΑΒ».

## Η διοίκηση του ΕΚΑΒ

Από την πλευρά της η διοίκηση του ΕΚΑΒ

παραδέχεται τις τραγικές ελλείψεις στη Χαλκιδική, αφήνοντας ωστόσο αιχμές για παράνομες μετακινήσεις διασωστών την περίοδο από το 2005 έως το 2013. Σε ανακοίνωση που εξέδωσε με αφορμή το θάνατο δύο συνανθρώπων μας σε Ουρανούπολη και Νέα Σκιάνη Χαλκιδικής τονίζει ότι ο Τομέας ΕΚΑΒ Χαλκιδικής περιλαμβάνει στο δυναμικό του συνολικά 34 διασώστρες και διασώστες. Αυτή τη στιγμή οκτώ υπάλληλοι έχουν απαλλαγή άρσης βάρους από πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια υγειονομική επιτροπή, ενώ απουσιάζει και μία διασώστρια λόγω εγκυμοσύνης. Πρώτη φορά στον Τομέα ΕΚΑΒ Χαλκιδικής υπάρχει τόσο μεγάλος αριθμός εργαζομένων με προβλήματα υγείας και μάλιστα σε τέτοια έκταση. Εν προκειμένω η παραπάνω ελλείπουσα δύναμη στελέχωνε επιπλέον ένα ασθενοφόρο σε 24ωρη βάρδια.

Σύμφωνα με τη διοίκηση από το 2005 μέχρι το 2013 από τον Τομέα Χαλκιδικής έφυγαν περισσότερα από δέκα άτομα με διαδικασία που δεν ήταν η προβλεπόμενη σε ό,τι αφορά τις μεταθέσεις. Στην ουσία ήταν παράνομες μετακινήσεις, για τις οποίες δεν ελήφθησαν ουδόλως υπόψη οι σημαντικές ανάγκες του Τομέα Χαλκιδικής. Τα παραπάνω είχαν ως αποτέλεσμα την αποδυνάμωση του νομού και τον περιορισμό της δύναμης σε δύο ασθενοφόρα από τέσσερα που θα

μπορούσαν να είναι. Η σημερινή διοίκηση του ΕΚΑΒ, διαπιστώνοντας εγκαίρως την κατάσταση, προχώρησε ήδη από το 2015 στην προκήρυξη έξι θέσεων για μετάθεση στον Τομέα της Χαλκιδικής, παραπέμποντάς τις άμεσα και σύμφωνα με τις προβλεπόμενες διαδικασίες στο Υπηρεσιακό Συμβούλιο.

Σύμφωνα με τη διοίκηση του ΕΚΑΒ ήδη στις 100 θέσεις μόνιμου προσωπικού που πρόκειται να προσληφθούν μέσω ΑΣΕΠ και η διαδικασία είναι ήδη σε εξέλιξη έχουν προκηρυχθεί δύο θέσεις διασωστών για τον Πολύγυρο. Πιθανότατα θα αναλάβουν εργασία και μέσα στο καλοκαίρι. Επίσης στο πρόγραμμα του υπουργείου Υγείας για τις 4.000 προσλήψεις μέσω ΟΑΕΔ προκηρύχθηκαν τέσσερις θέσεις για την Ανατολική Χαλκιδική (Ιερισός, Άγιο Νικόλαος). Δυστυχώς προσλήφθηκε μόνον ένας εργαζόμενος, γιατί δεν υπήρξαν αιτήσεις για τις υπόλοιπες θέσεις. Παρ' όλα αυτά σύντομα θα γίνει επαναπροκήρυξη των θέσεων.

Επιπλέον, όπως κάθε χρόνο, έτσι και φέτος θα γίνει ενίσχυση του Τομέα Χαλκιδικής με εσωτερικές εθελοντικές μετακινήσεις προσωπικού.

## Ενίσχυση με αεροδιακομιδές

Εξάλλου σύμφωνα με τη διοίκηση του ΕΚΑΒ

ήδη έχει αρχίσει η προετοιμασία, για να εφαρμοστεί και φέτος το καλοκαίρι το πρόγραμμα αεροδιακομιδών στη Χαλκιδική με ελικόπτερο της Πυροσβεστικής Υπηρεσίας, το οποίο υλοποιήθηκε για πρώτη φορά πέρυσι, πιθανότατα με διευρυμένη περίοδο λειτουργίας.

Ωστόσο, όπως τονίζει ο κ. Παλαιολόγος, οι αεροδιακομιδές δεν μπορούν να αντικαταστήσουν τα ασθενοφόρα.

«Είμαστε θετικοί στην υλοποίηση αυτού του προγράμματος. Η διαδικασία όμως είναι αρκετά χρονοβόρα. Κι αυτό διότι, εάν για παράδειγμα συμβεί ένα τροχαίο ή μία ανακοπή στη Νικήτη, για να γίνει αεροδιακομιδή του ασθενούς, πρέπει να ισχύσει η ακόλουθη διαδικασία: Ασθενοφόρο θα πάει τον ασθενή στο πλησιέστερο κέντρο υγείας για τις πρώτες εξετάσεις. Εφόσον χρειαστεί αεροδιακομιδή από τη Θεσσαλονίκη, πρέπει να δοθεί από την Αθήνα εντολή, για να σηκωθεί το ελικόπτερο. Στη συνέχεια ασθενοφόρο από το κέντρο υγείας πρέπει να φέρει τον ασθενή στο πλησιέστερο ελικοδρόμιο και από εκεί να τον παραλάβει το ελικόπτερο που θα έχει έρθει από Θεσσαλονίκη. Στη συνέχεια το ελικόπτερο θα προσγειωθεί στο αεροδρόμιο 'Μακεδονία' και από εκεί άλλο ασθενοφόρο θα τον μεταφέρει στο νοσοκομείο. Συνεπώς το ασθενοφόρο είναι αναντικατάστατο», εξηγεί ο κ. Παλαιολόγος.



# «Οι αναίτιες



ΕΥΡΟΚΙΝΗΣΙΟΓΡΑΦΟΣ ΚΟΝΤΑΡΙΝΗΣ

## Καμπάνια για σωστές γέννες

► Της **ΑΝΤΑΣ ΨΑΡΡΑ**

**ΤΟ ΘΕΜΑ** του υπερβολικού αριθμού καισαρικών τομών τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Κύπρο, την ίδια στιγμή που οι άλλες χώρες μειώνουν τους αριθμούς αυτούς, εκτέθηκε πρόσφατα στην «Εφημερίδα των Συντακτών» («Τα ιδιωτικά μαιευτήρια επιμένουν στην καισαρική», 15/3/2017).

Αφορμή στάθηκε το πόρισμα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) για τις καισαρικές στην Ελλάδα, που και σε αυτό είναι δυστυχώς πρωταθλήτρια, με ποσοστά 57% όταν στην υπόλοιπη Ε.Ε. το ποσοστό δεν ξεπερνά το 30%, ενώ ο ΠΟΥ θεωρεί αποδεκτό όριο το 15%.

Δυστυχώς κοινή διαπίστωση είναι ότι η «μόδα» των καισαρικών μπορεί να καθιερώθηκε αρχικά στα ιδιωτικά μαιευτήρια, αλλά παρόμοια μεγάλος είναι πλέον και ο αριθμός καισαρικών ή... χειρουργικών επιπλοκών και στα δημόσια νοσοκομεία.

Η πρόθεση της σημερινής ηγεσίας του υπουργείου Υγείας να συμβάλει στην προσπάθεια μείωσης των καισαρικών και ο προβληματισμός των φορέων υγείας αποτυπώθηκαν και στην αρμόδια επιτροπή της Βουλής (30/3/2017).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι διαφορετικές απόψεις των χειρουργών γυναικολόγων, των μαιών αλλά και του νεοσύστατου Παρατηρητηρίου Μαιευτικής Βίας. Παρ' όλες τις επιστημονικές καταγραφές σειρών παθήσεων, κινδύνων και επιπλοκών που σχετίζονται με την επιλογή των καισαρικών τομών σε ό,τι αφορά τόσο την ίδια την έγκυο όσο και τη μετέπειτα εμφάνιση παθήσεων στο παιδί, στην Ελλάδα φαίνεται ότι έχει εγκατασταθεί για τα καλά η νοοτροπία του φόβου μπροστά στον φυσιολογικό τοκετό που αναγκαστικά συμβαδίζει και με την οικονομική διάσταση της προασυζημένης αμοιβής και της αδιατάρακτης καθημερινότητας των ιατρικών πράξεων εντός των ωραρίων εργασίας, με προγραμματισμένα τα χειρουργεία τοκετών.

Ο Δ. Λουτράδης (πρόεδρος της Ελληνικής

Εταιρείας Μαιευτικής) παραδεχόμενος τα δυσανάλογα υψηλά ποσοστά καισαρικών τόνισε: «Η εξήγηση για το φαινόμενο αυτό είναι πολυδιάστατη και δεν μπορεί να αποδοθεί a priori στην κακή άσκηση της ιατρικής από τους επαγγελματίες υγείας στον χώρο της μαιευτικής. Οι ενδείξεις για την καισαρική τομή είναι σαφώς καθορισμένες και δεν είναι δυνατόν να αγνοηθούν, να παρερμηνευτούν κατά το δοκούν». Ο κ. Λουτράδης απέδωσε την επιλογή της καισαρικής κυρίως στις γυναίκες (στη μεγάλη ηλικία που γεννούν πλέον οι Ελληνίδες, στην εξωσωματική γονιμοποίηση, στον φόβο, στις συχνές μηνύσεις και αγωγές κατά γιατρών που δεν προχώρησαν σε καισαρική τομή κ.λπ.). Τέλος, σημείωσε ότι λόγω υποστελέκωσης των νοσοκομείων δεν δίνεται η δυνατότητα του φυσιολογικού τοκετού.

Ωστόσο στις αιτιάσεις αυτές του γυναικολόγου απάντησαν αναλυτικά όχι μόνον οι εκπρόσωποι των μαιών αλλά και βουλευτές, τονίζοντας την απόλυτη ανυπαρξία καταγραφής αναγκαίων στοιχείων που να οδηγήσουν σε ασφαλή συμπεράσματα.

Ο υπουργός Υγείας Ανδρέας Ξανθός ανέφερε μεταξύ άλλων ότι: «Εχουμε ζητήσει από το ΚΕΣΥΥ να επικαιροποιήσει αν χρειαστεί τις κατευθυντήριες οδηγίες (για το πότε επιβάλλεται μια καισαρική) –με χαρά ακούω ότι υπάρχουν αυτές από το 2014–, το θέμα είναι, όμως, να υπάρξει ένας μηχανισμός που θα ελέγξει την υλοποίηση και την εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών.

»Πρέπει να δοθεί αυτό το σήμα, κατά την άποψή μου και από την επιστημονική κοινότητα που οφείλει να πρωτοστατήσει σε αυτή την καμπάνια που θα πείσει όλους ότι μπορούν σε αυτή τη χώρα να τηρηθούν τα υγειονομικά στάνταρ, να τηρηθούν οι κατευθυντήριες οδηγίες που ισχύουν σε όλες τις χώρες του κόσμου, χωρίς κανέναν κίνδυνο, με την ίδια ασφάλεια και με την ίδια φροντίδα και ευαισθησία απέναντι σε ένα πολύ σημαντικό γεγονός, όπως είναι ο τοκετός και η γέννηση».

# καισαρικές εκθέτουν μητέρα και παιδί σε

**Μιλάει στην «Εφ.Συν.»** η Κωνσταντίνα Νούσια, μαία με πολυετή πείρα στην προετοιμασία και εκτέλεση του φυσιολογικού τοκετού και ταυτόχρονα μέλος του Παρατηρητηρίου Μαιευτικής Βίας, για το θέμα του αυξημένου αριθμού καισαρικών στην Ελλάδα

**Η** εγκυμοσύνη ως βιολογική διεργασία και ο τοκετός ως φυσικό φαινόμενο αποτελούν εκ φύσεως μη ιατροκοιμημένες πράξεις που συντελούνται αυτόματα. Η πορεία προς τη μητρότητα στις περισσότερες περιπτώσεις βαίνει χωρίς επιπλοκές. Η Ελληνίδα, ωστόσο, φαίνεται να βιώνει πολλές ιατρικές παρεμβάσεις, η πλειονότητα των οποίων εφαρμόζεται χωρίς ιατρική αιτιολόγηση.

Αποτελεί η Ελληνίδα, λοιπόν, την εξαίρεση στον φυσικό κανόνα; Ποιος είναι ο λόγος που το πρόβλημα αυτό είναι τόσο εκτεταμένο στη χώρα μας; Κατά κύριο λόγο, ο παράγοντας που επηρεάζει την αύξηση των παρεμβατικών τοκετών και δη των καισαρικών τομών είναι η ιατροκοποίηση της γέννας. Η κουλτούρα της κοινωνίας σχετικά με τον τοκετό περιστρέφεται γύρω από την ανασφάλεια, την ελλιπή προετοιμασία και ενημέρωση και την πεποίθηση ότι ο γιατρός ή η μαία έχει πάντοτε δίκιο.

## Αύξηση εν καιρώ κρίσης

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι η καισαρική τομή μπορεί να σώσει ζωές. Η αναίτια χρήση της όμως εκθέτει μητέρες και παιδιά σε κινδύνους τόσο βραχυπρόθεσμους όσο και μακρο-

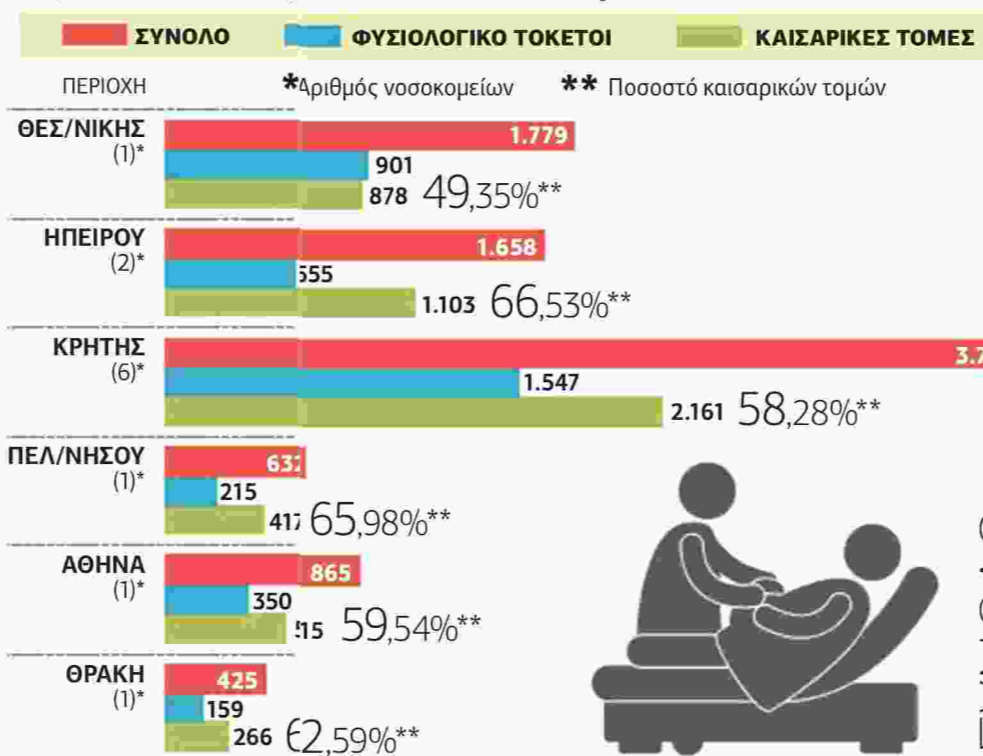
πρόθεσμους. Αυτοάνοσα νοσήματα, σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1, παχυσαρκία, λεμφοβλαστική λευχαιμία, άσθμα, αλλεργίες και ωτισμός φαίνεται να εμφανίζονται συχνότερα σε παιδιά που γεννήθηκαν με καισαρική τομή.

Η δε επιβάρυνση για τη μητέρα περιλαμβάνει κιν-

δύνους όπως η υστερεκτομή, η αιμορραγία και η λοίμωξη, αλλά και η πιθανότητα εμφάνισης συμφύσεων, επιπωματικού/δυσεισοδυτικού πλακούντα, αποκόλλησης πλακούντα και έκτοπης κύησης σε επόμενη εγκυμοσύνη, όπως και η αδυναμία τεκνοποίησης από έναν αριθμό τοκετών και πάνω.

Η Ελλάδα έχει ξεπεράσει κατά πολύ το όριο του ΠΟΥ με αυξητική τάση και μάλιστα εν καιρώ κρίσης. Το ποσοστό αυτό αυξάνεται σε συγκεκριμένες περιόδους (λ.χ. πριν από αργίες ή διακοπές). Ενδεικτικά αξίζει να αναφερθεί ότι σε μεγάλο μαιευτικό νοσοκομείο του ΕΣΥ στο α' εξάμηνο του 2015 το σύνολο των

## Πρωταθλήτρια στις καισαρικές η Ελλάδα



Σύμφωνα με ενδεικτικά στοιχεία δώδεκα νοσοκομείων του ΕΣΥ, το ποσοστό των καισαρικών τομών το 2016 ανέρχεται πλέον στο **59%**

# ΚΙΝΔΥΝΟΥΣ»

τοκετών ήταν 1.971. Από αυτούς τους τοκετούς το 66,6% ήταν καισαρικές τομές και πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με τα στοιχεία του ΕΣΥnet στα αντίστοιχα ΚΕΝ (Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια) καταχωρίστηκαν:

- 5 φυσιολογικοί τοκετοί,
- 653 κολπικοί τοκετοί με χειρουργική επέμβαση,
- 1.313 τοκετοί με καισαρική τομή.

Προκαλεί ερωτήματα πώς το 99,7% τοκετών στο συγκεκριμένο νοσοκομείο παρουσιάζει επιπλοκές που οδηγούν στη χρήση καισαρικών τομών και χειρουργικών επεμβάσεων.

## Εγκαλείται η χώρα μας

Αξιοσημείωτο είναι ότι το ζήτημα των αυξημένων καισαρικών τομών στη χώρα μας έχει απασχολήσει τους διεθνείς οργανισμούς. Στη 54η σύνοδο της Επιτροπής των Ην. Εθνών για την εξάλειψη των διακρίσεων κατά των γυναικών (CEDAW) και συγκεκριμένα στην 7η περιοδική έκθεση για την Ελλάδα, εγκαλείται η χώρα μας ότι οφείλει «να μειώσει τον αριθμό καισαρικών τομών...». Δυστυχώς οι δείκτες εξακολουθούν να τραβούν την ανηφόρα.

Τα προαναφερόμενα ποσοστά κάνουν αισθητό το πρόβλημα της μαιευτικής βίας στην Ελλάδα. Για τον λόγο αυτό συστάθηκε το Παρατηρητήριο Μαιευτικής Βίας Ελλάδας-ΟΝΟ Hellas, το οποίο αποτελεί τον 9ο αντίστοιχο μη κερδοσκοπικό οργανισμό παγκοσμίως.

Στόχος του είναι η ανάδειξη του φαινομένου των αναίτιων παρεμβάσεων στη χώρα μας, καθώς θεωρεί ότι στην πλειοψηφία τους αποτελούν μαιευτική βία ως μορφή έμφυλης βίας και εκμετάλλευσης της σχέσης ασθενούς-ιατρού. Στηρίζεται στη συλλογή καταγγελιών περιστατικών μαιευτικής βίας και υποστηρίζει μητέρες που υπέστησαν ανάλογες πρακτικές σε δημόσιες και ιδιωτικές δομές υγείας.



# «Οι ωδίνες του τοκετού είναι αποτέλεσμα του



• 1) Δημόσια-ιδιωτικά μαιευτήρια «κοινή πολιτική»! Πώς εξηγείται; Θα περίμενε κανείς στο δημόσιο που δεν υπάρχουν ποσοστά κερδών με βάση και τον αριθμό επεμβάσεων τα πράγματα να είναι πιο... φυσιολογικά.

«Η απάντηση κρύβεται κυρίως στη βάση του συστήματος της προγεννητικής υγείας. Το μοντέλο που έχει επικρατήσει τα τελευταία χρόνια στηρίζεται στην ιατροκοποίηση της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Ως εκ τούτου, η ελληνική εκπαίδευση αλλά και η νοσοτροπία της Ελληνίδας να αναζητά μόνο τον γιατρό στην παρακολούθηση της χαμηλού κίνδυνου εγκυμοσύνης και όχι μαία (που άλλωστε έχει εκπαιδευτεί στη διενέργεια του φυσικού τοκετού), όπως γίνεται σε πολλά ευρωπαϊκά κράτη, στη Σκανδιναβία, αλλά και στην Αμερική, οδηγεί στην υπάρχουσα πραγματικότητα. Το πρόβλημα είναι συστημικό. Σίγουρα, παίζουν ρόλο και άλλες παθολογίες, όπως η διαμορφωμένη πλέον κουλτούρα της Ελληνίδας υπέρ της καισαρικής, η έλλειψη πρωτοκόλλων και η εφαρμογή τους στις πραγματικές



**Η Κωνσταντίνα Νούσια, απαντά σε πέντε ερωτήματα της «Εφ. Συν.».**  
**«Ο φυσιολογικός τοκετός που συμβαίνει ύστερα από αυτόματη έναρξη, αποτελεί ένα φυσικό φαινόμενο. Με την κατάλληλη προγεννητική προετοιμασία τις γυναίκες από μαία, ο τοκετός μπορεί να αποτυπωθεί ως μια θετική και υπέροχη εμπειρία»** μας λέει

ενδείξεις της καισαρικής».

• 2) Πώς εξηγείται η παρατήρηση που κάνετε για τον υπερβολικό αριθμό «επιπλοκών» στον φυσιολογικό τοκετό; Για όποιον το αντιλαμβάνεται δεν μπορεί παρά να υποκρύπτει μεγαλύτερη αμοιβή του γιατρού και μεγαλύτερο κόστος για το Ταμείο. Ισχύει αυτό;

«Σύμφωνα με τα ΚΕΝ (Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια), ο ΕΟΠΥΥ αποζημιώνει για τον φυσιολογικό τοκετό 600 €, για τον φυσιολογικό τοκετό με "επιπλοκές" που απαιτούν χειρουργική παρέμβαση 800 €, ενώ για την καισαρική 1.200 €.

Το γιατί δηλώνεται τόσο μεγάλος αριθμός επιπλοκών στους φυσιολογικούς τοκετούς είτε ολοκληρωθούν κολπικά είτε καταλήξουν σε καισαρική τομή, θα πρέπει να ερωτηθούν άμεσα οι αρμόδιοι των κλινικών, μέσω του υπουργείου Υγείας».

• 3) Ποιοι ακριβώς είναι οι πόνοι που τρομάζουν και που δεν τους βιώνει μια μητέρα στην καισαρική άσχετα με τον χρόνο ανάρρωσης, που προφανώς είναι ελάχιστος στο

φυσιολογικό τοκετό;

«Ο φυσιολογικός τοκετός που συμβαίνει ύστερα από αυτόματη έναρξη αποτελεί ένα φυσικό φαινόμενο. Με την κατάλληλη προγεννητική προετοιμασία της γυναίκας από μαία, ο τοκετός μπορεί να αποτυπωθεί ως μια θετική και υπέροχη εμπειρία. Είναι σημαντικό για τις γυναίκες να αντιληφθούν ότι ο ωδίνες του τοκετού είναι αποτέλεσμα του ίδιου τους του σώματος, άρα δεν είναι ένας πόνος ανυπέρβλητος. Αντίθετα, ο πόνος του χειρουργείου, όπως αναφέρεται στην πλειονότητα των περιπτώσεων, έρχεται κατόπιν του τοκετού. Μάλιστα, σύμφωνα με μελέτες, η φυσική κατάσταση της μητέρας χρειάζεται ως και 2 μήνες για να ανακάμψει από μια καισαρική. Το υπουργείο Υγείας θα πρέπει να προβεί άμεσα σε καμπάνια υπέρ του φυσιολογικού τοκετού και να εξηγήσει ότι η καισαρική είναι απαραίτητη μόνον όταν διατρέχει κίνδυνο η δυάδα μητέρας-παιδιού».

• 4) Μπορείτε να κωδικοποιήσετε τις προτάσεις σας που μπορεί να οδηγήσουν σε μείωση της βιομη-

## γυναικείου σώματος»

### χανίας των καισαρικών;

■ «Δημιουργία κέντρων φυσικού τοκετού, τα οποία θα απαρτίζονται από μαιέες και εκεί θα μπορούν να διεξάγονται όλοι οι φυσιολογικοί τοκετοί χαμηλού κινδύνου.

■ Δυνατότητα μαιοκεντρικής περιγεννητικής παρακολούθησης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

■ Δυνατότητα συνταγογράφησης παραπομπών για εκτέλεση διαγνωστικών πράξεων και ορισμένων φαρμάκων στον ΕΟΠΥΥ σε όλες τις μαιέες, που είναι ένα νομικά κατοχυρωμένο δικαίωμα των μαιών εδώ και πολλές δεκαετίες στην Ελλάδα.

■ Δημιουργία κρατικής επιδημιολογικής βάσης δεδομένων, η οποία θα περιλαμβάνει εκτός από το είδος του τοκετού και στοιχεία όπως: ώρα τοκετού, ηλικία μητέρας, εβδομάδα κύησης, μονήρη ή πολύδυμη κύηση, κύηση από εξωσωματική γονιμοποίηση κ.λπ. Ετσι θα υπάρξουν επιτέλους στατιστικά δεδομένα και θα δημιουργούνται κατάλληλες δράσεις για τη διόρθωση τυχόν λανθασμένων πρακτικών.

■ Κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τον φυσιολογικό τοκετό και φυσιολογικό τοκετό έπειτα από καισαρική -ΦΥΤΜΑΚ, με δημιουργία κέντρων προσομοίωσης, στα οποία οι επαγγελματίες θα εκπαιδεύονται σε διάφορα σενάρια φυσιολογικού τοκετού.

■ Καμπάνια ενημέρωσης της Ελληνίδας σχετικά με τον φυσιολογικό τοκετό ως την πλέον ασφαλή επιλογή για εκείνη και το μωρό της».

• 5) Πώς είμαστε βέβαιοι ότι δεν προωθεί ο ΠΟΥ τον φυσιολογικό τοκετό μόνο και μόνο για να μειωθούν τα έξοδα των ασφαλιστικών ταμείων και των μεγάλων ασφαλιστικών ιδιωτικών εταιρειών;

«Ο ΠΟΥ καταβάλλει τη μέγιστη δυνατή προσπάθεια για τη μείωση των καισαρικών τομών στην Ελλάδα. Αυτό συμβαίνει επειδή αναγνωρίζει από τα ευρήματα σημαντικών μελετών τα βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα προβλήματα που δημιουργούνται σε μητέρα και μωρό από τη διενέργεια μιας αναίτιας καισαρικής τομής».

Στη Θεσσαλία σύμφωνα με τα στοιχεία της Πνευμονολογικής του Πανεπιστημίου

## Εκατό περιστατικά φυματίωσης τον χρόνο

**Η** έκρηξη της φτώχειας στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια οδήγησε στην επανεμφάνιση της φυματίωσης που πλήττει περισσότερο τους Έλληνες ηλικιωμένους, ενώ σταδιακά μεταφέρεται και στους μετανάστες που ζουν εδώ, λόγω της πολύωρης εργασίας τους κάτω από άσχημες συνθήκες διαβίωσης.

Το θέμα της φυματίωσης στη Θεσσαλία και των αιτιών εκδήλωσής της αποτέλεσε αντικείμενο επιστημονικών εργασιών που παρουσιάστηκαν χθες στο συνέδριο της Πνευμονολογίας.

Ο διευθυντής της Πνευμονολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κ. Γουργουλιάνης αναφερόμενος στο θέμα επισήμανε πως με απόφαση του υπουργείου Υγείας στην Ελλάδα έχει καταργηθεί ο υποχρεωτικός αντιφυματικός εμβολιασμός για τους μαθητές της Α' Τάξης Δημοτικού. Ωστόσο η απουσία των Ελλήνων υπάρχει, ενώ και σύμφωνα με τα στοιχεία μας, τον χρόνο στη Θεσσαλία οι ασθενείς από φυματίωση αγγίζουν τους 100, όταν από αυτούς οι 40-50 νοσηλεύονται



στην Πνευμονολογική Κλινική τους Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Προσωπικά πιστεύω ότι θα πρέπει να επανέλθει ο αντιφυματικός εμβολιασμός, αν όχι στην Α' Τάξη Δημοτικού, όπου η κάλυψη ήταν εν τέλει στο 30-40%, τουλάχιστον να γίνεται στο πρώτο έτος μετά τη γέννηση του παιδιού. Ο κ. Γουργουλιάνης υπογράμμισε πως

“η φυματίωση παραμένει ασθένεια των Ελλήνων και όχι αποκλειστικά των μεταναστών, όπως εκτιμά ο κόσμος. Εμείς μελετήσαμε το θέμα και είδαμε πως η ασθένεια κτυπά δύο ηλικιακές κατηγορίες. Η πρώτη είναι οι μοναχικοί άνθρωποι, καθώς τα παιδιά τους βρίσκονται μακριά, με χαμηλή σύνταξη που συνεχίζουν να καπνίζουν. Άρα

ακόμη βλέπουμε περιστατικά φυματίωσης σε Έλληνες συνταξιούχους. Η δεύτερη κατηγορία είναι οι νέοι εργαζόμενοι που υπερβάλλουν στη δουλειά τους, που μένουν μαζί, που συγχρωτίζονται, είναι δηλαδή οι μετανάστες στην Ελλάδα, αλλά οι Έλληνες που μεταναστεύουν στο εξωτερικό. Στην Κύπρο η φυματίωση είναι η νόσος των μεταναστών, ενώ στην Ελλάδα η νόσος των υπερήλικων και των Ελλήνων ευρύτερα.

Άρα δεν θα πρέπει να τρομάζουμε ότι η ασθένεια προέρχεται από τους μετανάστες. Εμείς βέβαια πιστεύαμε ότι μέχρι το 2000 δεν θα αναφερόμασταν στη φυματίωση, αλλά τώρα τη διδάσκουμε ακόμη στους φοιτητές μας. Και αυτό δεν έγινε, γιατί η φτώχεια και η μετανάστευση παραμένουν, οι άνθρωποι δουλεύουν πολλές ώρες την ημέρα για να ζήσουν τις οικογένειές τους. Και η πρόβλεψη είναι πως η φυματίωση θα παραμείνει και θα επεκταθεί και στους μετανάστες”.

**Φώτης Στανός**