

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ»

**ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ
ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ**

ΑΔΑΜΑΝΤΙΑ ΖΩΡΛΑ



ΚΟΡΙΝΘΟΣ 2009

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Πρόλογος.....	3
Λέξεις Κλειδιά.....	5
Εισαγωγή.....	6
1. Η Συνταγματική Κατοχύρωση του Δικαιώματος στην Υγεία.....	7
2. Διεθνείς Οργανισμοί και Διεθνή Κείμενα για την Προστασία της Υγείας...	11
3. Η Νομοθετική Κατοχύρωση των Δικαιωμάτων των Ασθενών.....	21
4. Ο Κώδικας Άσκησης Ιατρικού Επαγγέλματος Και Ιατρικής Δεοντολογίας..	25
5. Ειδικές Όψεις των Δικαιωμάτων των Καρκινοπαθών	29
6. Ευαίσθητες Πληθυσμιακές Ομάδες.....	35
6.1 Παιδιά με Νεοπλασματικές Ασθένειες.....	35
6.2 Γυναίκα και Καρκίνος	39
6.2.1 Καρκίνος του Μαστού.....	39
6.2.2 Καρκίνος του Τραχήλου της Μήτρας.....	41
7. Τα Κοινωνικοασφαλιστικά Δικαιώματα των Καρκινοπαθών.....	43
7.1 Παροχές Κοινωνικής Ασφάλισης προς Καρκινοπαθείς.....	43
7.2 Η Νομολογία των Ελληνικών Δικαστηρίων.....	51
8. Το Ζήτημα της Ευθανασίας.....	58
8.1 Τα Είδη της Ευθανασίας.....	61
8.2 Η Ζωή και Ο Θάνατος ως Συνταγματικά Ζητήματα.....	62
9. Εφαρμοσμένες Πολιτικές Παρέμβασης	65
9.1 Σε Διεθνές και Ευρωπαϊκό Επίπεδο.....	66
9.2 Σε Εθνικό Επίπεδο.....	69
10. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2008-2012.....	71
11. Ο Ρόλος του Τρίτου Τομέα	75
12. Κριτική Αποτίμηση – Συμπεράσματα- Προτάσεις.....	85
Βιβλιογραφία.....	88
Παράρτημα.....	94

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σε ένα ιδεατό κόσμο ένας καρκινοπαθής θα είχε δεδομένη την αμέριστη συμπαράσταση υπηρεσιών υγείας, συνανθρώπων, συγγενών, φίλων. Θα είχε τη δυνατότητα πρόσβασης και απόλαυσης των ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας ανεξαρτήτως εισοδήματος. Θα είχε τη δυνατότητα να εκμεταλλευτεί κάθε θεραπευτική δυνατότητα. Δυστυχώς, η πραγματικότητα απέχει πολύ από ένα τέτοιο ανθρωπιστικό όραμα. Ο ασθενής δεν γνωρίζει τα δικαιώματά του ούτε τις αξιώσεις που οφείλει στον εαυτό του να απαιτήσει από το κράτος. Ο καρκίνος είναι νόσος που απασχολεί μεγάλη μερίδα του πληθυσμού των ασθενών και χρηστών υπηρεσιών υγείας καθώς και των συγγενών και φίλων τους.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι ένας ασθενής με καρκίνο διαβάζοντάς την να μπορεί να ενημερωθεί σχετικά με τα δικαιώματά του και όσα προβλέπονται και παρέχονται από την πολιτεία και τους κοινωνικούς φορείς για τη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα που ανήκει. Η βασική βέβαια επιδίωξη είναι να αναδειχθεί αν και εφόσον ο καρκινοπαθής τελικά έχει αποκλειστικά δικαιώματα μέσα στη σφαίρα των δικαιωμάτων όλων των ασθενών, πώς και από ποιόν φορέα παρέχονται ούτως ώστε να τα διεκδικήσει. Ακόμα όμως σημαντικό είναι να διερευνηθεί πια η φιλοσοφία του νομοθέτη σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών και πάνω σε ποια αντίληψη στήριξε την κατοχύρωση όλων όσων προβλέπονται σήμερα.

Αρχικά η εργασία αναφέρεται στην κατοχύρωση του δικαιώματος στην υγεία από το Σύνταγμα, τον υπέρτατο νόμο. Στη συνέχεια γίνεται μια καταγραφή των σημαντικότερων διεθνών και ευρωπαϊκών συμβάσεων προστασίας της υγείας πριν περάσουμε στην ενότητα για την νομοθετική κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ασθενών και ποιοι οργανισμοί εξασφαλίζουν την εφαρμογή τους προς όφελος πρωτίστως των ασθενών. Ένας από τους νόμους που προαναφέρθηκαν είναι και ο Κώδικας Άσκησης Ιατρικού Επαγγέλματος και Ιατρικής Δεοντολογίας στον οποίο αφιερώνεται ξεχωριστό κεφάλαιο λόγω της σπουδαιότητάς του και του σύγχρονου χαρακτήρα του. Το επόμενο κεφάλαιο είναι και η ουσία της αφού πρόκειται για τις ειδικές όψεις των δικαιωμάτων των καρκινοπαθών τα οποία όπως θα δούμε δεν διατυπώνονται, ούτε εφαρμόζονται, αλλά ούτε και μεταφράζονται όπως θα περίμενε κανείς.

Δεν θα μπορούσε να λείπει από τη μελέτη αυτή αναφορά στις πιο ευαίσθητες πληθυσμιακές ομάδες που απειλεί ο καρκίνος, τις γυναίκες και τα παιδιά. Αυτός είναι και ο λόγος που ένα σημαντικό μέρος της μελέτης επιδιώκει την ενημέρωση αυτών. Το δεύτερο πιο σημαντικό μέρος μετά το κεφάλαιο για τα ειδικότερα δικαιώματα των καρκινοπαθών, είναι αυτό που αναφέρεται στα κοινωνικοασφαλιστικά δικαιώματα των ασθενών αυτών. Όπως μπορεί κανείς εύκολα να αντιληφθεί πρόκειται για επιδόματα και εξειδικευμένες παροχές που δικαιούνται οι ασθενείς με καρκίνο, ένα ζήτημα δηλαδή που απασχολεί κάποιον από την αρχή που θα νοσήσει μέχρι και την πιθανή θεραπεία του. Οι παροχές αυτές άλλοτε απευθύνονται αποκλειστικά σε καρκινοπαθείς και άλλοτε και σε καρκινοπαθείς, συμπεριλαμβάνονται δηλαδή μαζί και με άλλες ομάδες ασθενών. Ένα από τα πολυσυζητημένα θέματα είναι αυτό της ευθανασίας, το οποίο δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε αφού έχει απασχολήσει ασθενείς με καρκίνο, τους συγγενείς τους αλλά και επαγγελματίες υγείας και νομικούς.

Τέλος, σχετικά με τις εφαρμοσμένες πολιτικές παρέμβασης σε ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο, η μελέτη αυτή έχει καταγράψει κάποιες σε ένα κεφάλαιο, αλλά κρίθηκε απαραίτητο να αναφερθεί ξεχωριστά και αυτό συμβαίνει στην επόμενη ενότητα, στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2008-2012. Πρόκειται για μια πολιτική υγείας με σύγχρονο χαρακτήρα που αναμένεται να φέρει αποτελέσματα, τα οποία θα μεταφραστούν και θα αξιολογηθούν στο μέλλον. Λίγο πριν το τέλος της μελέτης με την εξαγωγή συμπερασμάτων και την υποβολή κάποιων προτάσεων, επιβεβλημένη θεωρήθηκε η καταγραφή των μη κερδοσκοπικών φορέων για τον καρκίνο και η αναφορά στον πολυδιάστατο και πολυσήμαντο ρόλο του εθελοντισμού.

Για την ολοκλήρωση της εργασίας αυτής, για την κατανόηση, τη συμπαράσταση, την καθοδήγηση και τις συμβουλές, ένα μεγάλο ευχαριστώ στον Καθηγητή μου από το προπτυχιακό επίπεδο ακόμα, κ. Ξενοφώντα Κοντιάδη.

Ένα ακόμη μεγάλο ευχαριστώ, στον Καθηγητή μου, κ. Κυριάκο Σουλιώτη για την πολύτιμη βοήθειά του και την αναντικατάστατη συμβολή του στην προσπάθεια αυτή.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Αγωγή Υγείας, Βιοϊατρική Τεχνολογία, Δαπάνες Υγείας, Δημόσια Υγεία, Δικαιώματα, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο, Επαγγέλματα Υγείας, Ευθανασία, Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, Μέτρηση, Πληθυσμός, Πολιτική Υγείας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ασθένεια του καρκίνου παίρνει ολοένα και μεγαλύτερες διαστάσεις παγκοσμίως, παρά τις επιστημονικές έρευνες και τα νέα φάρμακα. Ο καρκίνος σύντομα θα πάρει τη θέση που έχουν σήμερα οι καρδιοπάθειες ως η πρώτη αιτία θανάτων διεθνώς, σύμφωνα με τη Διεθνή Υπηρεσία Έρευνας για τον Καρκίνο, της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας του ΟΗΕ.¹ Τα περιστατικά διπλασιάστηκαν κατά την τελευταία 30ετία του 20ού αιώνα και σύμφωνα με την έκθεση της Υπηρεσίας, εκτιμάται ότι ο αριθμός αυτός σχεδόν θα τριπλασιασθεί μέχρι το 2030. Εκτιμάται συγκεκριμένα ότι το 2030, 26,4 εκατ. άτομα θα διαγνωσθούν με καρκίνο και 17 εκατ. άτομα θα πεθάνουν από την ασθένεια. Στο μεταξύ, μέχρι το 2010 ο καρκίνος θα έχει ξεπεράσει τις καρδιοπάθειες ως η κυριότερη θανατηφόρα ασθένεια του πλανήτη. Περίπου ένας στους οκτώ θανάτους σήμερα οφείλεται στον καρκίνο και διεθνώς ξεπερνούν συνολικά τους θανάτους από AIDS, ελονοσία και φυματίωση.²

Λίγες δεκαετίες πριν, ο καρκίνος απασχολούσε κυρίως κοινωνίες δυτικών βιομηχανοποιημένων χωρών, τώρα όμως η νόσος προσβάλλει πολίτες κρατών ανεξάρτητα από παράγοντες και χαρακτηριστικά που άλλοτε εμφανίζονταν να παίζουν κάποιο ρόλο. Η πρόοδος κατά του καρκίνου στις ΗΠΑ και την Ευρώπη αποδίδεται σε ένα συνδυασμό παραγόντων όπως οι τακτικοί έλεγχοι για μαστογραφία, η μείωση καπνίσματος, τα καλύτερα θεραπευτικά σχήματα κ.α.

Σ' αυτή την κατεύθυνση οι ανεπτυγμένες κοινωνίες λαμβάνουν μέτρα, κατοχυρώνουν δικαιώματα και αναπτύσσουν δράσεις.³

Η αύξηση του κόστους των συστημάτων υγείας εξαιτίας του καρκίνου, η επένδυση των χρηματικών κεφαλαίων από φαρμακευτικές εταιρίες σε έρευνες για νέα φάρμακα

¹ <http://news.ert.gr/el/ygeia/eidiseis/16518-o-karkinos-tha-kseperasei-tis-kardiopatheies-os-aitia-thanatou-ston-kosmo.htm>

² http://www.skai.gr/master_story.php?id=103485

³ <http://news.ert.gr/el/ygeia/eidiseis/16518-o-karkinos-tha-kseperasei-tis-kardiopatheies-os-aitia-thanatou-ston-kosmo.htm>

που θα βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών καθώς και το κόστος που προκαλεί η ελλιπής πρόληψη κατά του καρκίνου στα ασφαλιστικά ταμεία, στα νοσοκομεία, στον ασθενή και γενικά ολοκληρωτικά στο σύστημα είναι ποσά, τα οποία από μόνα τους μαρτυρούν το πόσο σημαντική νόσος είναι ο καρκίνος και κατά πόσο περισσότερο θα μας απασχολήσει στο μέλλον.

1) Η Συνταγματική Κατοχύρωση του Δικαιώματος στην Υγεία

Είναι λογικό αρχικά η κατοχύρωση του δικαιώματος της προστασίας της υγείας να αναζητηθεί στο Σύνταγμα και μετά στις επιμέρους διατάξεις του δικαίου. Για το λόγο αυτό παρακάτω αναφέρονται όλα τα άρθρα του Συντάγματος που κατοχυρώνουν είτε άμεσα είτε έμμεσα στο δικαίωμα αυτό.

Το ελληνικό Σύνταγμα με το αρ. 21 παρ. 3 υποχρεώνει το κράτος να μεριμνά για την υγεία των πολιτών. Το δικαίωμα στην υγεία θεμελιώνεται και στο αρ. 5 παρ. 5 του Συντάγματος, το οποίο ορίζει ότι «καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας». Συναφείς ορισμοί περιλαμβάνονται στο αρ. 18 παρ.3 του Συντ. όπως επίσης και στο αρ. 22 του Συντ. παρ.4 εδ. β'. Από αυτό το συνδυασμό των διατάξεων προκύπτει η αναγωγή της υγείας σε πρωταρχικής σημασίας συνταγματικό αγαθό.⁴

Εκτός αυτών των διατάξεων, το δικαίωμα για προστασία της υγείας απορρέει και από τις διατάξεις των άρθρων:

- 2 παρ 1, το οποίο κατοχυρώνει την αρχή της αξίας του ανθρώπου, συνεπώς και τη διασφάλιση ορισμένου επιπέδου προστασίας της υγείας του.
- 5 παρ.1, το οποίο θεσπίζει την αρχή της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας και συμμετοχής στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της Χώρας. Έτσι επιβάλλεται στο κράτος η μέριμνα για προστασία της δημόσιας υγείας.

⁴ Παπακωνσταντίνου Α. (2005), *Το Κοινωνικό Δικαίωμα Στην Υγεία - Συνταγματική Θεμελίωση*, σελ.43

- 24, που αφορά την προστασία του περιβάλλοντος, το οποίο αποβλέπει στην αποτροπή περιβαλλοντικών συνθηκών επιβλαβών για την υγεία και συνακόλουθα, στη διασφάλιση υψηλού επιπέδου ποιότητας ζωής.
- 25, που από τις διατάξεις του τυποποιεί βασικές αρχές του συστήματος προστασίας των θεμελιωδών ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων, από τα οποία η υγεία δεν αποτελεί εξαίρεση.⁵

Το δικαίωμα στην υγεία συνδυάζεται επίσης και με μια σειρά άλλων κοινωνικών δικαιωμάτων που λειτουργούν κυρίως συναγωνιστικά υποχρεώνοντας το κράτος σε κατοχύρωση ενός κανονιστικού πλέγματος ολοκληρωμένης κοινωνικής προστασίας το οποίο καθιστά το κράτος υπεύθυνο για την εξασφάλιση των βασικότερων κοινωνικών αγαθών. Κάποια από αυτά τα αγαθά στοχεύουν στη δικαιότερη αναδιανομή του πλούτου και απορρέουν από τις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και αλληλεγγύης.⁶

Συνεπώς, η ελληνική πολιτεία οφείλει να δραστηριοποιείται και να δημιουργεί τις κατάλληλες υποδομές παροχής φροντίδας υγείας όχι μόνο στο επίπεδο της θεραπείας, αλλά και σε αυτά της πρόληψης και αποκατάστασης. Με άλλα λόγια το κράτος πρέπει να δημιουργήσει το κατάλληλο θεσμικό πλαίσιο μέσω του οποίου να εποπτεύει την ιδιωτική πρωτοβουλία, χωρίς ωστόσο, να αποτελεί μονοπώλιο στην παροχή υπηρεσιών υγείας και να ανακόπτει την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα όπου αυτό κρίνεται σκόπιμο.

Φορείς του δικαιώματος της υγείας, είναι όλοι οι Έλληνες πολίτες βάσει του αρ. 21 παρ. 3 του Συντάγματος. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι μπορεί να αποκλειστεί από τον αποδέκτη της ισχύος του κοινωνικού αυτού δικαιώματος, δηλαδή από την κρατική εξουσία, η υποχρέωση της περίθαλψης άλλων συνανθρώπων μας λόγω στέρησης της ελληνικής ιθαγένειας. Αν συνέβαινε κάτι τέτοιο θα ερχόταν σε σύγκρουση με την ίδια την έννοια της αξίας του ανθρώπου (αρ. 2 παρ. 1. Συντ.) προς την οποία συναρτάται άλλωστε η προστασία της υγείας. Το άρθρο 13 παρ. 3 του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού

⁵ Παραράς Π.(2001), *Σύνταγμα και Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου*, σελ 158

⁶ Παπακωνσταντίνου Α. (2005), *Το Κοινωνικό Δικαίωμα Στην Υγεία - Συνταγματική Θεμελίωση*, σελ47

Χάρτη αναφέρεται εξάλλου σε όλα τα πρόσωπα χωρίς να διακρίνει ημεδαπούς από αλλοδαπούς και τους καθιστά όλους δικαιούχους βοήθειας για την πρόληψη, βελτίωση ή εξάλειψη μίας έκτακτης ανάγκης. Οι διακρίσεις μεταξύ των πολιτών αντίκεινται στο Σύνταγμα και στην αρχή της ισότητας, της κοινωνικής δικαιοσύνης και αλληλεγγύης. Το συνταγματικά προστατευμένο έννομο αγαθό της υγείας συνδέεται άρρηκτα με την προστασία της ανθρώπινης αξίας και την προστασία της ζωής κατά τα άρθ. 2 παρ.1 και αρθ. 5 παρ. 2 του Συντάγματος.⁷

Η υγεία αποτελεί ατομικό και κοινωνικό δικαίωμα. Το δικαίωμα αυτό κατοχυρώνεται από το Σύνταγμα τόσο θετικά όσο και αρνητικά. Το κράτος από τη διάσταση του κοινωνικού δικαιώματος είναι υποχρεωμένο αφενός να λαμβάνει μέτρα για την προστασία της υγείας, να παρέχει υπηρεσίες για τη διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας των πολιτών και, αφετέρου, από την διάσταση του κλασικού ατομικού δικαιώματος, να απέχει από ενέργειες που προσβάλλουν το θεμελιώδες αυτό δικαίωμα ή που μπορεί να περιορίζουν την ελευθερία των πολιτών να αποφασίζουν για θέματα που αφορούν την υγεία τους.⁸

Οι δύο αυτές όψεις του δικαιώματος στην υγεία είναι αλληλένδετες υπό την έννοια ότι η αποτελεσματική προστασία του επίμαχου εννόμου αγαθού δεν μπορεί να επιτευχθεί μόνο με την αμυντική λειτουργία του δικαιώματος, αλλά προϋποθέτει παράλληλα την οργάνωση δημόσιων υπηρεσιών υγείας και τον έλεγχο των ιδιωτικών μονάδων παροχής υγειονομικής φροντίδας από το κράτος.⁹ Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) και η θεσμοθέτησή του, καθώς και η ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα στην υγεία, είναι η αποτύπωση του δικαιώματος του πολίτη για προστασία της υγείας και στις δυο προαναφερθείσες διαστάσεις, του ατομικού και του κοινωνικού δηλαδή.

Όπως προαναφέρθηκε, το Σύνταγμα κατοχυρώνει στο αρ. 21 παρ. 3 τόσο τη θετική όσο και την αρνητική όψη του δικαιώματος στη υγεία. Πριν από τη συνταγματική αναθεώρηση του 2001 το ατομικό δικαίωμα συμπλήρωνε απλώς το κανονιστικό περιεχόμενο του κοινωνικού δικαιώματος. Η αμυντική διάσταση του δικαιώματος

⁷ Παπακωνσταντίνου Α. (2005), *Το Κοινωνικό Δικαίωμα Στην Υγεία - Συνταγματική Θεμελίωση*, σελ 44

⁸ Παπακωνσταντίνου Α. (2005), *Το Κοινωνικό Δικαίωμα Στην Υγεία - Συνταγματική Θεμελίωση*, σελ 54

⁹ Κοντιάδης Ξ. (2004), *Συνταγματικές Εγγυήσεις και Θεσμική Οργάνωση του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλειας*, σελ 445

μέλη της και των πολλαπλών εταιρών σε παγκόσμιο επίπεδο για την προώθηση της ασφαλούς, ασφαλή και ειρηνική πυρηνική τεχνολογία.¹⁴

Κάποιες όμως απευθύνονται αποκλειστικά στους καρκινοπαθείς όπως η UICC (Union International Contre le Cancer), η οποία επισημαίνει τη ότι ο καρκίνος συνοδεύεται από αυτόματη μείωση του εισοδήματος¹⁵. Οι οργανώσεις για τον καρκίνο υποδιαιρούνται κι αυτές με τη σειρά τους σε οργανώσεις που εξετάζουν και μελετούν κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες μετά την εμφάνιση της νόσου, σε αντικαρκινικές εταιρίες για συγκεκριμένους τύπους καρκίνου κ.λπ. Το κίνημα των ασθενών με καρκίνο σε ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο είναι από τα πλέον δραστήρια ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια και η διεκδίκηση των δικαιωμάτων τους γίνεται μέσα από τις διάφορες οργανώσεις τους. Μερικά από τα δικαιώματα που διεκδικούνται σε πολλές περιπτώσεις ακόμα και σήμερα αφορούν στην έγκαιρη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλο τον πληθυσμό, στην πληροφόρηση με σωστό τρόπο για την διάγνωση του καρκίνου, στην ολιστική υποστήριξη από διεπιστημονική ομάδα για την συμμετοχή στις αποφάσεις για τις θεραπευτικές επιλογές, την συμμετοχή στην χάραξη πολιτικών για τον καρκίνο, στην εξασφάλιση της πρόσβασης όλων στην έγκαιρη διάγνωση και κατάλληλη θεραπεία, την πρόσβαση στην πληροφορία για ερευνητικά πρωτόκολλα και πλήθος άλλων.

Πολύ συχνά οι διεκδικήσεις των ασθενών παρουσιάζονται από οργανώσεις που αναφέρονται στο είδος του καρκίνου π.χ. Europa Donna (για τον καρκίνο μαστού), Europa Uomo (για τον καρκίνο προστάτη), European Myeloma Platform (για το μυέλωμα), Global Lung Cancer Coalition (για τον καρκίνο του πνεύμονα), International Brain Tumour Alliance (για τους όγκους εγκεφάλου) ενώ κάποιες άλλες όπως η ECPC (European Cancer Patient Coalition), η EPF (European Patients Forum), η ECL (European Cancer Leagues), η IAPO (International Association of Patients Organizations) πιέζουν σε πολιτικό επίπεδο για αλλαγή και δημιουργία νέων πολιτικών για τον καρκίνο συνολικά σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο.

¹⁴ <http://www.iaea.org/>

¹⁵ www.oekk.gr

Η λίστα των φορέων είναι αρκετά μεγάλη και αυτό θα μπορούσε να πει κανείς ότι από τη μία είναι ενθαρρυντικό γιατί δείχνει τη δραστηριοποίηση της κοινωνίας και των ασθενών από την άλλη όμως η ύπαρξη τόσων οργανισμών υποδηλώνει την ανάγκη διεκδίκησης δικαιωμάτων που ακόμα δεν έχουν κατοχυρωθεί. Τέλος άλλοι ευρωπαϊκοί και διεθνείς οργανισμοί που διαδραματίζουν πολυσήμαντο ρόλο, αλλά συμβάλλουν στην προαγωγή της υγείας είναι το Κοινό Κέντρο Ερευνών της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, το Πρόγραμμα των Ηνωμένων Εθνών για το Περιβάλλον, η Στατιστική Υπηρεσία Eurostat κ.α.

Η προσέγγιση της Ένωσης συνίσταται σε δύο στοιχεία-κλειδιά τα οποία είναι στενά συνδεδεμένα μεταξύ τους: πρώτον, τη βελτίωση της υγείας και σε δεύτερο επίπεδο, την προώθηση της αναγνώρισης των δικαιωμάτων, την προστασία των εν λόγω δικαιωμάτων για την επίτευξη του στόχου αυτού και τη βελτίωση της ευημερίας του πληθυσμού.¹⁶

Η κατοχύρωση του δικαιώματος των Ευρωπαίων πολιτών στην υγεία, βρίσκεται στις διατάξεις των Ευρωπαϊκών Συνθηκών καθώς και στη νομολογία του Δικαστηρίου των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (Δ.Ε.Κ.). Το Ευρωπαϊκό Δίκαιο της Υγείας επιδρά άμεσα ή έμμεσα στα εθνικά δίκαια και κατ' επέκταση στα δικαιώματα των πολιτών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τα κοινοτικά όργανα κατά την άσκηση των αρμοδιοτήτων τους, οι οποίες διευρύνονται συνεχώς, συμβάλλουν στην εξασφάλιση της άσκησης του δικαιώματος στην υγεία σε ευρωπαϊκό επίπεδο μέσω διεθνών κειμένων γι' αυτό και είναι εξαιρετικά σημαντικό να αναφερθούν όχι μόνο οι Συνθήκες που ισχύουν αλλά και τα κοινοτικά όργανα.

Υπάρχει πληθώρα διεθνών κειμένων που αναφέρονται στην προστασία της υγείας, των δικαιωμάτων των ασθενών και των επιβεβλημένων συμπεριφορών των γιατρών προκειμένου να διασφαλιστούν τα δικαιώματα των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Πρόκειται για κείμενα κανόνων άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος και ιατρικής δεοντολογίας.

¹⁶ <http://europa.eu/scadplus/leg/el/lvb/r12517.htm>

Και οι τρεις ιδρυτικές Συνθήκες της Ένωσης (ΕΚΑΧ, ΕΟΚ, ΕΚΑΕ) αναφέρονται στην υγεία όχι όμως ρητά. Ένας από τους πρωταρχικούς στόχους της Συνθήκης της ΕΟΚ είναι η βελτίωση του βιοτικού επιπέδου (αρ.2), κάτι που προσδίδει μεγάλη σημασία στην υγεία. Η Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Κοινότητα Άνθρακα Χάλυβα (ΕΚΑΧ) στο άρθρο 55 έθεσε μια πρώτη βάση για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία με την ανάπτυξη της κοινωνικής έρευνας. Η Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Κοινότητα Ατομικής Ενέργειας (ΕΚΑΕ) κατοχυρώνει την προστασία της υγείας των εργαζομένων και του κοινού από τους κινδύνους που προκαλούν οι ιοντίζουσες ακτινοβολίες. Η νομική βάση των κοινοτικών ενεργειών που αφορούν στην προστασία της υγείας ενισχύθηκε με την Ενιαία Ευρωπαϊκή Πράξη (ΕΕΠ) το 1987.

Το 1994, το Περιφερειακό Γραφείο της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας στο Άμστερνταμ εκδίδει τη Διακήρυξη για την προαγωγή των δικαιωμάτων των ασθενών στην Ευρώπη. Σύμφωνα με τη Διακήρυξη οι βασικές αρχές που διέπουν τα δικαιώματα του ασθενούς, είναι: α. Το δικαίωμα στην πληροφόρησή του όσον αφορά την κατάσταση της υγείας του. β. Το δικαίωμα της συναίνεσης, η οποία είναι απαραίτητη προϋπόθεση για κάθε ιατρική πράξη. γ. Το δικαίωμα της εμπιστευτικότητας και προστασίας της ιδιωτικής ζωής και δ. Το δικαίωμα στη φροντίδα και θεραπεία.¹⁷

Το 1997, τα κράτη-μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης κατήρτισαν και υπέγραψαν τη σύμβαση για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ανθρώπου σε σχέση με τις εφαρμογές της Βιολογίας και της Ιατρικής, σύμφωνα με την οποία, τα συμβαλλόμενα μέρη θα προστατεύουν την αξιοπρέπεια και την ταυτότητα κάθε ανθρωπίνου όντος και θα εγγυώνται το σεβασμό της ακεραιότητας και των λοιπών δικαιωμάτων και θεμελιωδών ελευθεριών κάθε ανθρωπίνου όντος, χωρίς διάκριση σε σχέση με την εφαρμογή της Βιολογίας και της Ιατρικής. Επίσης, τα συμφέροντα και η ευημερία του ανθρωπίνου όντος θα υπερισχύουν έναντι μόνο του κοινωνικού συμφέροντος ή της Επιστήμης.¹⁸

¹⁷ Αλεξιάδης Α.-Δ. (2000), *Δίκαιο της Υγείας-Δεοντολογία της Υγείας – Νομοθεσία-Νομολογία*, Μ. Δημόπουλου, σελ.209

¹⁸ Αλεξιάδης Α.-Δ. (2000), *Δίκαιο της Υγείας-Δεοντολογία της Υγείας – Νομοθεσία-Νομολογία*, Μ. Δημόπουλου, σελ 210

Η Συνθήκη του Μάαστριχτ το 1993 (ΣυνθΕΕ) εισήγαγε και ενίσχυσε διατάξεις που αφορούν στην υγεία, αναπτύσσοντας έτσι τις κοινοτικές αρμοδιότητες. Συγκεκριμένα το άρθρο 129 επιτάσσει οι απαιτήσεις για την προστασία της υγείας να αποτελούν συνιστώσα όλων των άλλων πολιτικών της Κοινότητας. Στη συνέχεια, η σύμβαση αυτή κυρώθηκε από τη Βουλή των Ελλήνων με το Ν. 2619/1998. Το 1999 τέθηκε σε ισχύ η Συνθήκη του Άμστερνταμ, σύμφωνα με την οποία το υψηλό επίπεδο προστασίας της ανθρώπινης υγείας πρέπει να εξασφαλίζεται μέσω της ενίσχυσης των υποχρεώσεων των κοινοτικών οργάνων να ενσωματώσουν τις πτυχές της υγείας στις κοινοτικές πολιτικές. Η διάταξη του άρθρου 129 της προηγούμενης Συνθήκης αντικαθίσταται από τη διάταξη του αρ. 152, σύμφωνα με την οποία, η Κοινότητα δεν συμβάλλει μόνο, αλλά εξασφαλίζει την υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας. Δέκα χρόνια μετά τη Συνθήκη του Μάαστριχτ, το 2003 τίθεται σε ισχύ η Συνθήκη της Νίκαιας, η οποία όμως δεν προσέθεσε κάτι ιδιαίτερο στην κοινοτική πολιτική υγείας. Στη ΣυνθΕΚ υπάρχει μια κατευθυντήρια αρχή για την προαγωγή της υγείας ενεργητικά και πιο συγκεκριμένα το αρ. 152 αναφέρει ότι «κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Κοινότητας εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας».

Κείμενα όπως ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης, η Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου του Συμβουλίου της Ευρώπης καθώς και πληθώρα Κοινοτικών Οδηγιών κατοχυρώνουν εκφάνσεις του δικαιώματος για προστασία της υγείας. Στο άρθρο 11 του πρώτου κειμένου εξασφαλίζεται η συνεργασία των Συμβαλλομένων Μερών με δημόσιους και ιδιωτικούς οργανισμούς με σκοπό τη λήψη των κατάλληλων μέτρων που αποβλέπουν στην αποτελεσματική άσκηση του δικαιώματος για προστασία της υγείας μέσω της εξάλειψης, στο μέτρο του δυνατού, των αιτίων που απειλούν την υγεία. Ακολουθώς, αποσκοπούν στην παροχή συμβουλευτικών και εκπαιδευτικών μέσων για την προαγωγή της υγείας και την ενθάρρυνση του αισθήματος ατομικής ευθύνης σε ζητήματα υγείας. Τέλος, αποσκοπούν και στην πρόληψη ασθενειών, όπως επίσης και ατυχημάτων.

Στη συνέχεια, το άρθρο 13 θεσπίζει το δικαίωμα για κοινωνική και ιατρική βοήθεια με το οποίο διασφαλίζεται η χορήγηση επαρκούς βοήθειας για κάθε άτομο χωρίς τους αναγκαίους πόρους και χωρίς τη δυνατότητά του να τους εξασφαλίσει με δικά του

μέσα ή από άλλη πηγή. Όπως, επίσης και σε περίπτωση ασθένειας διασφαλίζεται η παροχή φροντίδας που απαιτεί η κατάστασή του. Σε περίπτωση που τα άτομα λαμβάνουν τέτοια βοήθεια διασφαλίζεται ο μη περιορισμός των πολιτικών και κοινωνικών δικαιωμάτων τους. Τέλος, προβλέπεται στην τελευταία παράγραφο του άρθρου αυτού η δυνατότητα λήψης από τις αρμόδιες δημόσιες ή ιδιωτικές υπηρεσίες όποια συμβουλή ή προσωπική βοήθεια απαιτείται για την πρόληψη, την εξάλειψη ή την ανακούφιση προσωπικών ή οικογενειακών αναγκών.¹⁹

Πολυσήμαντη παρουσιάζεται η προστασία της υγείας στα κείμενα της Ευρωπαϊκής Σύμβασης Δικαιωμάτων του Ανθρώπου. Αυτό συμβαίνει γιατί η διεθνής έννομη τάξη δεν εξαντλείται μόνο σε διατάξεις που επιβάλλουν τη λήψη θετικών μέτρων, αλλά απαγορεύει την άσκηση άλλων δικαιωμάτων κατά τρόπο που να θίγει το κοινωνικό αγαθό της υγείας. Από τα άρθρα 8 έως 11 της προκείμενης των Συμβάσεων προβλέπεται η δυνατότητα θέσπισης περιορισμών από το εκάστοτε κράτος. Έτσι, η προστασία της υγείας ανάγεται σε μείζονος σημασίας αγαθό για το κοινωνικό σύνολο.

Επιπλέον, το άρθρο 2 της ΕΣΔΑ που αφορά το δικαίωμα στη ζωή θεμελιώνει την υποχρέωση του κράτους να λαμβάνει προστατευτικά μέτρα όταν η ανθρώπινη ζωή απειλείται. Έμμεσα θεμελιώνεται και στο άρθρο 8 το οποίο κατοχυρώνει και το δικαίωμα σεβασμού τη κατοικίας.

Αξιοσημείωτο είναι επίσης ότι στον Ευρωπαϊκό Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων η καταγραφή της κοινωνικής αρχής αποτυπώθηκε σε πρώτο επίπεδο στο προοίμιο με τη ρητή αναφορά της αλληλεγγύης ως θεμελιώδους αξίας που διέπει το Χάρτη και σε δεύτερο επίπεδο, στη μνεία των Κοινωνικών Χαρτών που έχουν υιοθετηθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση και το Συμβούλιο της Ευρώπης ως αναγκαίων αναφορών κατά την ερμηνεία και εφαρμογή του Χάρτη. Τέλος, σε τρίτο και τελευταίο επίπεδο, στη θέσπιση μιας σειράς διατάξεων που κατοχυρώνουν επιμέρους κοινωνικά

¹⁹ Βενιέρης Δ. (2002), *Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης – Η Κοινωνική Πολιτική του Συμβουλίου της Ευρώπης*, σελ.235

δικαιώματα.²⁰ Από όλα τα παραπάνω προκύπτει ότι η υγεία αποτελεί οικουμενικό και διαχρονικό κοινωνικό αγαθό.

Το 2003 αναθεωρήθηκε ο Ευρωπαϊκός Κώδικας κατά του Καρκίνου παρουσιάστηκε από το Ευρωπαϊκό Ινστιτούτο Ογκολογίας. Περιλαμβάνει έντεκα συμβουλές βασισμένες σε επιστημονικά δεδομένα για την αποφυγή ορισμένων τύπων καρκίνου και γενικότερα για τη βελτίωση της υγείας των πολιτών.²¹

Στις 17 Σεπτεμβρίου του 2007 εκδόθηκε στις Βρυξέλλες από την Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή «Η Χάρτα Δικαιωμάτων των Ασθενών». Η Χάρτα περιλαμβάνει 14 δικαιώματα, τα οποία στοχεύουν στην εξασφάλιση της προστασίας της υγείας και της υψηλής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από τις εθνικές υπηρεσίες υγείας στην Ευρώπη.²²

Τέλος, θα ήταν παράλειψη να μην αναφερθούμε στον Καταστατικό Χάρτη των Παρισίων, ο οποίος διαμορφώθηκε το Φεβρουάριο του 2000, μετά από πρωτοβουλία των G. Hortobagyi και D. Khayat. Με την υποστήριξη της ΠΟΥ, μεγάλων αντικαρκινικών εταιρειών και πολλών επιστημόνων, ο Καταστατικός Χάρτης των Παρισίων, εξέφρασε μέσα από δέκα άρθρα τις θέσεις για την μάχη κατά του καρκίνου. Βασικό χαρακτηριστικό του κειμένου αυτού είναι οι αρχές πάνω στις οποίες διαμορφώθηκαν τα άρθρα του καθώς και τα κίνητρα και οι προθέσεις αυτών που το υπέγραψαν σχετικά με τη συνεργασία κρατικών, οικονομικών, κοινωνικών και πολιτικών φορέων προς μια κοινή κατεύθυνση.²³

Το 1973 μία από τις πρώτες προσπάθειες σε διεθνές πεδίο γίνεται στις ΗΠΑ όπου ψηφίζεται ο πρώτος Κώδικας Δικαιωμάτων των Ασθενών (Patient Bill of Rights). Το Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα του 1966, η Διακήρυξη της Γενικής Συνδιάσκεψης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Εργασίας του 1944, ο Χάρτης των Δικαιωμάτων και των Υποχρεώσεων των Ασθενών που εκδόθηκε

²⁰ Κοντιάδης Ξ. (2004), *Συνταγματικές Εγγυήσεις και Θεσμική Οργάνωση του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλειας*, σελ.258

²¹ http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/cancer/index_el.htm

²² http://www.enet.gr/online/online_text/c=112,id=39789108

²³ <http://www.oncology.gr/1/1505.HTM>

στη Γαλλία το 1974 καθώς και ο Ευρωπαϊκός Χάρτης για τα Δικαιώματα των Ασθενών που ψηφίστηκε το ίδιο έτος από τη Νοσοκομειακή Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων ²⁴ είναι κάποιες από τις παλαιότερες συμβάσεις που προήγαγαν σημαντικά το εν λόγω δικαίωμα σε διεθνές επίπεδο.

Άλλες διεθνείς συμβάσεις, οι οποίες αναφέρονται σε ειδικά θέματα, περιλαμβάνουν διατάξεις που αφορούν την προστασία της υγείας. Για παράδειγμα η Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, της οποίας το αρ. 25 παρ. 1 ορίζει ότι «καθένας έχει δικαίωμα σε ένα βιοτικό επίπεδο ικανό να εξασφαλίσει στον ίδιο και στην οικογένειά του υγεία και ευημερία, και ειδικότερα ιατρική περίθαλψη, όπως και τις απαραίτητες κοινωνικές υπηρεσίες. Έχει ακόμα δικαίωμα σε ασφάλιση για την ανεργία, την αρρώστια, την αναπηρία, όπως και για όλες τις άλλες περιπτώσεις που στερείται τα μέσα της συντήρησής του, εξαιτίας περιστάσεων ανεξάρτητων της θέλησής του.

Κείμενα όπως η Διακήρυξη της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρείας (Γενεύη 1948), η συνάντηση της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρείας για τη διεθνή Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Λονδίνο 1949) και οι αρχές της Ευρωπαϊκής Ιατρικής Δεοντολογίας της Διαρκούς Επιτροπής Ιατρών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας περιλαμβάνουν κανόνες ιατρικής δεοντολογίας γενικού περιεχομένου.²⁵

Κανόνες ειδικού περιεχομένου συναντάμε σε κείμενα όπως η Διακήρυξη της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρείας για τον πειραματισμό στον άνθρωπο (Ελσίνκι 1964), η Διακήρυξη της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρείας για τη διακοπή της κύησης (Όσλο 1983), η Διακήρυξη της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρείας για το τελικό στάδιο της νόσου (Βενετία 1983), η Διακήρυξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης Γενικών Ιατρών για το ιατρικό απόρρητο (1979) και η Διακήρυξη της Διαρκούς Επιτροπής Ιατρών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας για τον αποκλεισμό ιατρικών πράξεων με σκοπό τα βασανιστήρια (Μαδρίτη 1989).

²⁴ Αλεξιάδης Α.-Δ. (2000), *Δίκαιο της Υγείας-Δεοντολογία της Υγείας – Νομοθεσία-Νομολογία*, Μ. Δημόπουλου, σελ 208

²⁵ Κοντιάδης Ξ., Σουλιώτης. (2005), *Σύγχρονες Προκλήσεις στην Πολιτική Υγείας -Τέσσερις Κρίσιμες Νομοθετικές Παρεμβάσεις*, σελ 213

Δικαιώματα ασθενών κατοχυρώνονται σε διεθνή κείμενα όπως η Διακήρυξη της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρείας για τα δικαιώματα του ασθενή (Λισαβόνα 1981) και ο Ευρωπαϊκός Χάρτης των Δικαιωμάτων των Ασθενών που εκπονήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο (1983).²⁶

Τέλος, οι δώδεκα αρχές της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρείας για την παροχή ιατρικών φροντίδων στα Εθνικά Συστήματα Υγείας (1963), ο Χάρτης της Διαρκούς Επιτροπής Ιατρών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας για την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος (Νυρεμβέργη 1967), ο Χάρτης της Διαρκούς Επιτροπής Ιατρών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας για το μισθωτό ιατρό (1984) και η Διακήρυξη της ίδιας επιτροπής για τη συνεχή εκπαίδευση των ιατρών (Δουβλίνο 1982).²⁷

3) Η Νομοθετική Κατοχύρωση των Δικαιωμάτων των Ασθενών

Η Πολιτεία στο πλαίσιο της προστασίας των δικαιωμάτων των πολιτών στον τομέα της Υγείας θέσπισε το νομικό πλαίσιο προστασίας αυτών, έτσι ώστε κάθε νοσοκομειακός ασθενής να μπορεί να απευθύνεται, όταν κρίνει σκόπιμο, στην αρμόδια υπηρεσία προστασίας του νοσοκομειακού ασθενούς, ζητώντας προστασία και διευθέτηση των προβλημάτων του. Λύση στο πρόβλημα έδωσε ο Ν. 2071/1992, όπου στο άρθρο 47 (ΦΕΚ 123/92 τ.α.), καθιερώνει για πρώτη φορά τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς, τα οποία έχουν ως εξής:

1. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα προσεγγίσεως στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του.
2. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα της παροχής φροντίδας σε αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια του. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει όχι μόνο την εν γένει άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής, αλλά και τις παραϊατρικές υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση.

²⁶ Κοντιάδης Ξ., Σουλιώτης. (2005), *Σύγχρονες Προκλήσεις στην Πολιτική Υγείας - Τέσσερις Κρίσιμες Νομοθετικές Παρεμβάσεις*, σελ 213

²⁷ Κοντιάδης Ξ., Σουλιώτης. (2005), *ό.π.*, σελ 213

3. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Σε περίπτωση ασθενούς με μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα, η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά νόμο ενεργεί για λογαριασμό του.
4. Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ό,τι αφορά στην κατάστασή του.
5. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και την ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέψει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεώς του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων, που είναι δυνατόν να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του.
6. Ο ασθενής ή ο εκπρόσωπός του σε περίπτωση εφαρμογής της παρ. 3, έχει το Δικαίωμα να πληροφορηθεί, πλήρως και εκ των προτέρων, για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιασθούν ή να προκύψουν εξ αφορμής εφαρμογής σε αυτόν ασυνήθεις ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών στον ασθενή λαμβάνει χώρα μόνο ύστερα από συγκεκριμένη συγκατάθεση του ίδιου. Η συγκατάθεση αυτή μπορεί να ανακληθεί από τον ασθενή ανά πάσα στιγμή.
7. Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται τελείως ελεύθερος στην απόφαση του, να δεχθεί ή να απορρίψει, κάθε συνεργασία του με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευσή. Η συγκατάθεσή του για τυχόν συμμετοχή του, είναι δικαίωμά του και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή .
8. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα στο μέτρο και στις πραγματικές συνθήκες που είναι δυνατόν, προστασίας της ιδιωτικής του ζωής. Ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγράφων που τον αφορούν, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και ευρημάτων, πρέπει να είναι εγγυημένος.

9. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνώρισεως σε αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων.

10. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να παρουσιάσει ή να καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες και ενστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων.²⁸

Όπως προαναφέρθηκε για την προστασία των δικαιωμάτων των νοσοκομειακών ασθενών, που προβλέπονται στο άρθρο 47 του Ν. 2071/1992, αλλά και των βασικών δικαιωμάτων του συνόλου των πολιτών, που απορρέουν από τις διατάξεις του άρθρου 1 του Ν. 1397/1983, το 1997 με το Νόμο 2519 συνιστώνται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας τα Όργανα Προστασίας Δικαιωμάτων των Ασθενών και σύμφωνα με το Νόμο αυτό, συνιστώνται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας : α) Η Αυτοτελής Υπηρεσία Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών η οποία υπάγεται απ' ευθείας στο Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου και σαν αποστολή της έχει τον έλεγχο της προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, μέσω της εξέτασης παραπόνων και καταγγελιών που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών προς τους ασθενείς και η τελική εισήγησή της, προς το Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, σχετικά με τα θέματα αυτά και β) Η Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων των Ασθενών, η οποία αποτελείται από ένα μέλος του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους και εκπροσώπους διαφόρων φορέων. Η Επιτροπή επισκέπτεται, μετά από καταγγελία ή αυτόβουλα, νοσοκομεία προκειμένου να εξακριβώσει αν τηρούνται οι κανόνες για την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών. Μόλις αποφανθεί, υποβάλλει το πόρισμά της στο Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, ο οποίος με τη σειρά του προβαίνει στις απαραίτητες ενέργειες και, σε περίπτωση που υπάρχουν ενδείξεις ποινικού αδικήματος, διαβιβάζει το πόρισμα στην αρμόδια εισαγγελική αρχή.²⁹

²⁸ <http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/therightsofcancerpatients/hospitalpatients/>

²⁹ <http://www.hivaidis.gr/homepage.php?id=koinonia/dikaiomata>

Δύο χρόνια μετά, με το Νόμο 2716/99, δημιουργήθηκαν και λειτουργούν σε κάθε Νοσοκομείο: α) Γραφείο Επικοινωνίας με τον Πολίτη. Λειτουργεί σε κάθε Νοσοκομείο υπό την άμεση εποπτεία και ευθύνη του Προέδρου του ΔΣ. Το Γραφείο λειτουργεί εκτός από τις εργάσιμες ημέρες και ώρες και κατά τις ώρες του επισκεπτηρίου. Στις εφημερίες, ως Γραφείο Επικοινωνίας λειτουργεί η Γραμματεία Επειγόντων Περιστατικών και β) Επιτροπή Προάσπισης Δικαιωμάτων του Πολίτη. Επίσης, με την ίδια διάταξη του άρθρου 1 του Ν. 2519/1997 συγκροτείται κατά Νοσοκομείο Ειδική Τριμελής Επιτροπή Προάσπισης των Δικαιωμάτων του Πολίτη, με αρμοδιότητα αλλά και υποχρέωση να παρακολουθεί και να ελέγχει την τήρηση και το σεβασμό των δικαιωμάτων του πολίτη που προσφεύγει στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο για περίθαλψη και ιατρική φροντίδα. Επίσης, ορίζεται ότι στην Επιτροπή αυτή συμμετέχει και εκπρόσωπος του Σωματείου Φίλων του Νοσοκομείου, όπου έχει συσταθεί τέτοιο Σωματείο, με σκοπό την εθελοντική στήριξη του έργου του Νοσοκομείου. Τα ΔΣ των Νοσοκομείων μεριμνούν για την ενημέρωση των νοσηλευομένων και γενικά των προσερχόμενων στα Νοσοκομεία και για τα δικαιώματά τους.

Ο Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης θεσπίστηκε με τον Ν.3293/2004 και κατά την άσκηση των αρμοδιοτήτων του, εισηγείται μέτρα για την αποκατάσταση και προστασία των δικαιωμάτων του πολίτη. Ενσωματωμένο όργανο στην ανεξάρτητη Αρχή του Συνηγόρου του Πολίτη, εξετάζει τη νομιμότητα ατομικών διοικητικών πράξεων ή παραλείψεων φορέων του συστήματος Υγείας κατόπιν υποβολής αναφοράς από τους θιγόμενους πολίτες. Παρεμβαίνει, διαμεσολαβεί σε υποθέσεις που αφορούν το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, την Τοπική και Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση, τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς και τα Ταμεία, τα Νοσοκομεία, τα Ψυχιατρεία, τα Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά και Αγροτικά Ιατρεία, το Ε.Κ.Α.Β. κλπ. Αντιμετωπίζει ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων από την παροχή ακατάλληλης περίθαλψης, την άνιση μεταχείριση, την δυσχέρεια στην πρόσβαση του ασθενή σε κατάλληλες υπηρεσίες υγείας, μέχρι την ασφαλή και έγκαιρη μεταφορά των ασθενών σε αυτές και την επάρκειά τους σε κτιριακή υποδομή, υλικούς πόρους και ανθρώπινο δυναμικό. Ο πολίτης μπορεί να προσφύγει στον Συνήγορο της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης όταν δεν γίνεται σεβαστό κάποιο κατοχυρωμένο δικαίωμά του.

4) Ο Κώδικας Άσκησης Ιατρικού Επαγγέλματος και Ιατρικής Δεοντολογίας

Πριν περάσουμε στα δικαιώματα των ασθενών με καρκίνο, σκόπιμο είναι να αναφερθούμε στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας και να εντοπίσουμε τα πιο σημαντικά σημεία του, γιατί μέσα από τον κώδικα οριοθετούνται οι υποχρεώσεις και τα δικαιώματα των ιατρών, κάτι που συνεπάγεται, έμμεσα μεν, την οριοθέτηση των δικαιωμάτων των ασθενών.³⁰

Οι κανόνες αυτοί δεν είναι απλοί κανόνες δικαίου, γιατί καθορίζουν τη θέση και τις υποχρεώσεις του ιατρού απέναντι στην πολιτεία, τη συμπεριφορά του προς τους ασθενείς, τις σχέσεις με τους συναδέλφους και ευρύτερα τους όρους άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.³¹

Ο Κώδικας τέθηκε σε ισχύ το 2005 με την ψήφισή του από τη Βουλή, με το Ν. 3418 και αντικατέστησε τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας του 1955³² ηλικίας μισού αιώνα πλέον, ο οποίος ανταποκρινόταν σε ένα παρωχημένο πλαίσιο άσκησης της ιατρικής, τόσο από τεχνολογική όσο και από κοινωνική άποψη. Αναμφίβολα το γεγονός ότι δεν υπήρχε κάποιο προηγούμενο πρότυπο, έκανε τη δημιουργία του νέου Κώδικα, δύσκολο έργο.

Το Εθνικό Συμβούλιο Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας ανέλαβε να συντάξει το νέο Κώδικα, το οποίο συστάθηκε με το άρθρο 61 του Ν.2071/ 1992. Το πρώτο Σχέδιο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, δημιουργήθηκε τον Ιούλιο 1990 και μετά από μακροχρόνια επεξεργασία, έχουμε σήμερα έναν Κώδικα που διέπεται από πνεύμα προστασίας των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και Ατομικών Ελευθεριών, τόσο των γιατρών, όσο και των ασθενών. Αγγίζει σύγχρονα ζητήματα, όπως τις μεταμοσχεύσεις, την υποβοήθηση στην ιατρική αναπαραγωγή, τη βιοϊατρική έρευνα, ενώ αξιοσημείωτο είναι ότι για πρώτη φορά, τέθηκαν σε ισχύ διατάξεις, όπως της ενημέρωσης και συναίνεσης του ασθενή.³³

³⁰ <http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/therightsofcancerpatients/codeofmedicaldeontology/>

³¹ Κοντιάδης Ξ., Σουλιώτης. (2005), *Σύγχρονες Προκλήσεις στην Πολιτική Υγείας -Τέσσερις Κρίσιμες Νομοθετικές Παρεμβάσεις*, σελ 209

³² <http://www.iatronomiki.gr/>

³³ http://www.bioethics.gr/document.php?category_id=69&document_id=340

Στόχος των κανόνων του κώδικα είναι η διασύνδεση δικαίου και ηθικής και με το νομικό-δεσμευτικό περιεχόμενό τους διασφαλίζουν κατά βάση τους χρήστες υπηρεσιών υγείας αλλά και το δημόσιο συμφέρον. Στη συνέχεια εξασφαλίζει και στον ιατρό ένα πλαίσιο αποδεκτών και επιβαλλόμενων ενεργειών και συμπεριφορών.³⁴

Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας δεν αποσκοπεί να υποκαταστήσει, σαν πηγή δικαίου, τον Αστικό και Ποινικό Κώδικα, αλλά, να συμβάλλει στην εφαρμογή τους θεσπίζοντας εύχρηστους κανόνες της άσκησης του ιατρικού λειτουργήματος.³⁵

Δεν έχει στόχο να ελέγξει ολοκληρωτικά την κοινωνική δραστηριότητα των επαγγελματιών, αφού κάτι τέτοιο θα ερχόταν σε αντίθεση με τα θεμελιώδη δικαιώματα που απολαμβάνει ο καθένας μας. Ρυθμίζει αποκλειστικά εκείνες τις κοινωνικές δραστηριότητες που συνδέονται άμεσα με την άσκηση του συγκεκριμένου επαγγέλματος.

Αποτελεί αφετηρία για την προώθηση των αρχών της ιατρικής δεοντολογίας και της βιοηθικής στη χώρα μας, όπως συμβαίνει τις τελευταίες δεκαετίες σε όλη την Ε.Ε. Βασική στόχευση κάθε σύγχρονου Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας είναι η προστασία της αυτονομίας του ασθενούς, η οποία εκφράζεται με την αρχή της "συναίνεσης ύστερα από ενημέρωση" (informed consent (άρθ. 8), καθιστώντας τον ασθενή από απλό αποδέκτη, ενεργό συμμετοχο της θεραπευτικής αγωγής, καθ' όλη τη διάρκειά της.

Αυτοί που έχουν να σχολιάσουν κάτι αρνητικό, υποστηρίζουν ότι θα ήταν προτιμότερο να έχει πιο απλές διατυπώσεις, να μην πλατειάζει, γιατί το ζητούμενο εδώ είναι η εμπέδωση των αρχών από τις οποίες διαπνέεται, στην καθημερινή ιατρική πράξη, από το σύνολο των γιατρών.

³⁴ Κοντιάδης Ξ., Σουλιώτης. (2005), *Σύγχρονες Προκλήσεις στην Πολιτική Υγείας - Τέσσερις Κρίσιμες Νομοθετικές Παρεμβάσεις*, σελ.210

³⁵ <http://www.iatronomiki.gr/prologue.html>

Ο Κώδικας χωρίζεται σε δύο τμήματα.³⁶ Το πρώτο περιλαμβάνει 8 άρθρα και σε αυτό καταγράφονται οι βασικές έννοιες και οι ορισμοί που αναφέρονται στην άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, γι' αυτό και τιτλοφορείται ως «Κανόνες άσκησης ιατρικού επαγγέλματος». Το δεύτερο περιλαμβάνει 23 άρθρα με τίτλο «Κανόνες ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας», που τυποποιούν θεμελιώδεις νομικές και ηθικές δεσμεύσεις και αρχές που διέπουν την άσκηση της ιατρικής ως λειτουργήμα.

Τα σημαντικότερα σημεία του Κώδικα είναι σημαντικό να εντοπιστούν προκειμένου να δει κανείς τα δικαιώματα ενός ασθενή μέσα από τις υποχρεώσεις των γιατρών. Αρχικά ο Κώδικας ορίζει τι περιλαμβάνουν έννοιες όπως "ιατρική πράξη", «ασθενής» κλπ. Αμέσως μετά στο αρ. 2, παρ.4 ο ιατρός δεσμεύεται για το προφανές, να σέβεται την ανθρώπινη ζωή. Το αρ. 4 αναφέρεται στην εξασφάλιση ποιότητας, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας. Συγκεκριμένα στην πρώτη παράγραφο, ο ιατρός δεσμεύεται να προάγει την ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και να αποφεύγει τη διακριτική μεταχείριση που μπορεί να προκύπτει από παντός είδους διαφοροποιήσεις.

Στο κεφάλαιο που αναφέρεται στη σχέση ιατρού και ασθενή, στο αρ.8 και ακόμα πιο συγκεκριμένα στην παρ. 2 ο ιατρός υποχρεώνεται να σέβεται τις απόψεις, την ιδιωτικότητα και την αξιοπρέπεια του ασθενή. Στην παρ. 4 υποχρεώνεται επίσης να σέβεται τις θρησκευτικές, φιλοσοφικές, ηθικές ή πολιτικές αντιλήψεις του ασθενή. Στο επόμενο άρθρο, δηλ. το αρ.9 αναφέρονται οι υποχρεώσεις του ιατρού απέναντι στον ασθενή. Είναι ένα αρκετά σημαντικό άρθρο καθώς και τα αμέσως επόμενα. Σύμφωνα μ' αυτό λοιπόν η προστασία της υγείας του ασθενή έχει προτεραιότητα, ενώ στην επόμενη παράγραφο ο ασθενής έχει το δικαίωμα να ζητήσει εξηγήσεις σε περίπτωση άρνησης προσφοράς υπηρεσιών από ιατρό, όταν δεν συντρέχει λόγος αντικειμενικής αδυναμίας προσφοράς των υπηρεσιών.

Ένα από τα πιο σημαντικά άρθρα του Κώδικα είναι το αρ. 11 που κατοχυρώνει την υποχρέωση της ενημέρωσης. Κατ' αρχάς ο ασθενής έχει το δικαίωμα να γνωρίζει την αλήθεια και ο ιατρός έχει καθήκον να πει την αλήθεια καθώς και να ενημερώνει πλήρως και με τρόπο κατανοητό τον ασθενή για την κατάσταση της υγείας του, τις προτεινόμενες θεραπείες, τις συνέπειες της κάθε πιθανής ιατρικής πράξης και γενικά

³⁶ Κοντιάδης Ξ., Σουλιώτης. (2005), *Σύγχρονες Προκλήσεις στην Πολιτική Υγείας - Τέσσερις Κρίσιμες Νομοθετικές Παρεμβάσεις*, σελ.223

όσα αφορούν τον ασθενή. Η μοναδική περίπτωση που ένας χρήστης υπηρεσιών υγείας δεν θα ενημερωθεί για όλα τα παραπάνω, είναι αυτή που θα το έχει ζητήσει ο ίδιος και ενδεχομένως έχει υποδειξει άλλα πρόσωπα να ενημερωθούν για λογαριασμό του.

Το άρθρο 12 σαν συνέχεια του προηγούμενου μιλάει για τη συναίνεση του ενημερωμένου ασθενή. Όλοι οι ασθενείς που αντικειμενικά είναι σε θέση να το κάνουν, μπορούν να δίνουν τη συγκατάθεσή τους για τη διενέργεια κάθε ιατρικής πράξης. Σε περίπτωση που δεν συντρέχουν οι προϋποθέσεις έγκυρης συναίνεσης, τότε θα πρέπει να έχουμε κάποια από τις περιπτώσεις που εξαιρούν την απαίτηση της συναίνεσης του ενημερωμένου ασθενή για να μην υπάρχει παραβίαση του Κώδικα. Σε περίπτωση ανήλικου ασθενή ο Κώδικας προβλέπει ανάλογα με την ωριμότητα της ηλικίας του τη διαδικασία λήψης απόφασης για την τύχη του ασθενή. Γενικά ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας προβλέπει την κάθε πιθανή εξέλιξη, το κάθε ενδεχόμενο και όσες παραμέτρους θα μπορούσαν να επηρεάσουν αρνητικά την πορεία και την εξέλιξη της κατάστασης της υγείας του ασθενή.

Στο σημείο αυτό θα ήταν σκόπιμο να υπογραμμιστεί ότι, όπως προαναφέρθηκε ο ιατρός οφείλει να σέβεται τις θρησκευτικές αντιλήψεις του ασθενή. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι στην περίπτωση που για παράδειγμα ο γονιός ενός παιδιού που νοσεί και αρνείται απαραίτητη ιατρική πράξη για την αποκατάσταση της υγείας του παιδιού, τότε ο ιατρός θα βρεθεί υπόλογος στην δικαιοσύνη, αν υπακούσει τελικά και δεν προβεί στην ιατρική πράξη που απαιτεί η κατάσταση της υγείας του ανήλικου παιδιού.

Το επόμενο άρθρο είναι και αυτό ένα από τα σημαντικά του Κώδικα και πρόκειται για αυτό που κατοχυρώνει το ιατρικό απόρρητο. Σύμφωνα λοιπόν με το άρθρο 13 ο ιατρός οφείλει να τηρεί απόλυτη εχεμύθεια και να μην αποκαλύπτει είτε προσωπικά είτε σχετικά με την κατάσταση της υγείας του, στοιχεία και πληροφορίες, ούτε για τον ίδιο τον ασθενή, ούτε για τους οικείους του. Το ιατρικό απόρρητο καλύπτει τον ασθενή και μετά τον θάνατό του. Παράλειψη θα ήταν, αν δεν είχαν προβλεφθεί οι περιπτώσεις κατά τις οποίες επιτρέπεται η άρση του απορρήτου.

Το άρθρο 19 είναι αυτό που παραβιάζεται κατ' εξακολούθηση και κανείς μέχρι τώρα, ούτε νόμος, ούτε κυβέρνηση, δεν έχει καταφέρει να εφαρμοστεί έτσι ώστε η απόδειξη

της παραβίασής του να επιφέρει τόσο δυσμενείς συνέπειες που να καθιστά την παραβίασή του δύσκολη. Το άρθρο αυτό ορίζει τις προϋποθέσεις, τους όρους και κάτω από ποιες συνθήκες η αμοιβή ενός ιατρού είναι σύννομη. Το άρθρο επιχειρεί να προστατέψει τον ασθενή από την εκμετάλλευση, απαγορεύοντας στον εκάστοτε θεράποντα ιατρό να διεκδικήσει αμοιβή ή άλλο ωφέλημα που δεν ορίζει ο νόμος ή η σύμβασή του.

Στο άρθρο 22 κατοχυρώνεται το δικαίωμα του ασθενή να ζητήσει να συγκληθεί ιατρικό συμβούλιο, και στο άρθρο 25 αντίστοιχα ο ασθενής δικαιούται να συμμετάσχει βάσει προϋποθέσεων σε κλινική έρευνα με νέα φάρμακα ή νέες διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους. Σύμφωνα με το ίδιο άρθρο ένας ασθενής μπορεί να αρνηθεί τη συμμετοχή σε τέτοιου είδους μελέτες χωρίς συνέπειες ή διαφορετική μεταχείριση από τον ιατρό.

Ένα από τα πολύ σημαντικά άρθρα και τελευταίο από αυτά στα οποία θα αναφερθούμε είναι το άρθρο 29 και αναφέρεται στις ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής. Με λίγα λόγια ο ιατρός πρέπει να φροντίζει για την ανακούφιση των πόνων του ασθενή, να του προσφέρει παρηγορητική αγωγή καθώς και να λαμβάνει υπόψη του τις επιθυμίες του. Εκτενέστερη αναφορά και ερμηνεία του συγκεκριμένου άρθρου θα γίνει στο κεφάλαιο που σχετίζεται με το ζήτημα της ευθανασίας.

5) Ειδικές Όψεις των Δικαιωμάτων των Καρκινοπαθών

Τα δικαιώματα του ασθενή με καρκίνο σχετίζονται με την ιατρική ηθική και δεοντολογία, τις οποίες πρέπει να διδάσκονται και να κατέχουν επαρκώς όλοι οι λειτουργοί υγείας.³⁷ Θα μπορούσαμε να πούμε ότι υπάρχουν κάποιες ειδικότερες διατάξεις για τους καρκινοπαθείς, αλλά η νομική διάσταση του προβλήματος δεν έχει τύχει της αρμόζουσας σημασίας. Μέχρι σήμερα τα δικαιώματα των καρκινοπαθών που ισχύουν εθνικά ή νομικά έχει διαπιστωθεί ότι δεν εξυπηρετούνται πλήρως κι αυτό γιατί σε παγκόσμιο, ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο δεν υπάρχει μία ενιαία και καλά οργανωμένη αντικαρκινική πολιτική για να τα διατυπώσει και ακόμα περισσότερο να τα διαφυλάξει.³⁸

³⁷ Κορδιολής Ν. (2001), *Τα Δικαιώματα των Ασθενών με Καρκίνο*, Αντικαρκινική Εταιρία,σελ.59

³⁸ Κορδιολής Ν. (2001), *Τα Δικαιώματα των Ασθενών με Καρκίνο*, Αντικαρκινική Εταιρία,σελ. 61

Ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα των καρκινοπαθών είναι η αναλγησία, η χρήση δηλαδή οπιοειδών προς ανακούφιση του καρκινικού πόνου. Η κατοχύρωση του δικαιώματος αυτού έχει σαν στόχο τη διατήρηση της αξιοπρέπειας του καρκινοπαθή, ως ένα άτομο εξαρτώμενο από την ιατρική επιστήμη και την κοινωνία. Για την ορθή χρήση των οπιοειδών ο ΠΟΥ έχει εκδώσει εγχειρίδιο με οδηγίες που έχει συνταχθεί από την Επιτροπή Εμπειρογνομόνων που διαθέτει. Το συγκεκριμένο κείμενο έχει μάλιστα εξεταστεί από τη Διεθνή Επιτροπή Ελέγχου των Ναρκωτικών (INCB).³⁹ Υπάρχουν όμως εμπόδια στην αποτελεσματική ανακούφιση του καρκινικού πόνου κυρίως λόγω της απουσίας εθνικής πολιτικής, οικονομικών πόρων και λόγω νομικών περιορισμών. Για την αντιμετώπιση και λύση του θέματος ο ΠΟΥ υποστηρίζει την προώθηση μέτρων που κοστίζουν ελάχιστα και μπορεί να αποδειχθούν εξαιρετικά αποτελεσματικά. Συγκεκριμένα, υποστηρίζει τη χάραξη κρατικής πολιτικής με κυβερνητικά προγράμματα εκπαίδευσης και διαθεσιμότητας των φαρμάκων, αλλά και τροποποίηση των νόμων και των κανονισμών προκειμένου να είναι ευκολότερα διαθέσιμα σε όσους τα έχουν ανάγκη, με απώτερο στόχο να ικανοποιούνται οι ανάγκες υγείας της πλειονότητας του πληθυσμού.⁴⁰

Οι ειδικότερες διατάξεις που αφορούν τους καρκινοπαθείς δυστυχώς δεν είναι όσες θα έπρεπε. Κάποιες από αυτές ρυθμίζουν θέματα δευτερευούσης σημασίας, όχι πως δεν θα έπρεπε να υπάρχουν, αλλά θα ήταν προτιμότερο να λειτουργούν επικουρικά και συμπληρωματικά σε κάποιες βασικές διατάξεις.

Σύμφωνα με τη βασική νομοθεσία λοιπόν οι καρκινοπαθείς δικαιούνται το Επίδομα Απόλυτης Αναπηρίας που προβλέπεται από άρθρο 42§3 του ν. 1140/1981 σε συνδυασμό με το άρθρο 60 του ν. 3518/2006. Το συγκεκριμένο επίδομα χορηγείται στους καρκινοπαθείς αν πάσχουν από βαριάς μορφής καρκίνο και υπό την προϋπόθεση ότι βρίσκονται διαρκώς σε κατάσταση που επιβάλλει συνεχή επίβλεψη και αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης. Το συγκεκριμένο επίδομα θεσπίστηκε για να καλύψει τις περιπτώσεις που δεν καλύπτονται από το Επίδομα Παραπληγίας-

³⁹ Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, επιμ. Ρηγάτος Γ. (2000), *Η Ανακούφιση του Καρκινικού Πόνου – Με Οδηγίες για τη Χρήση Οπιοειδών*, σελ 51

⁴⁰ Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, επιμ. Ρηγάτος Γ. (2000), *όπ.π.*, σελ 56

Τετραπληγίας.⁴¹ Από δύο αποφάσεις του ΣτΕ, την 2585/2005 και την 2430/2006, προκύπτει ότι το συγκεκριμένο επίδομα χορηγείται σε ασφαλισμένους που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες (όπως και ο καρκίνος) και δεν είναι απαραίτητο να έχουν κριθεί ανάπηροι σε ποσοστό 100%. Επίσης σε πολλά Ταμεία όταν χορηγούν το Επίδομα Απόλυτης Αναπηρίας προβλέπεται να προσφέρουν και ένα άτομο για να επικουρεί τον ασφαλισμένο.

Με το Προεδρικό Διάταγμα 100/2003 άρθρο 17 παρ. 1 περ.Δ δίνεται στους αστυνομικούς που έχουν χάσει μέλος της οικογένειάς τους από καρκίνο, η δυνατότητα έκτακτης μετάθεσης οποτεδήποτε και ανεξάρτητα από αριθμό μορίων και χρόνο παραμονής του μετατιθέμενου στην ίδια περιοχή. Το ίδιο ισχύει και για τους συνοριοφύλακες βάσει του άρθρου 13 του ΠΔ 211/2005. Δύο τελευταία ΠΔ που αναφέρονται σε καρκινοπαθείς είναι τα ΠΔ 50.1996 άρθρο 13 και ΠΔ 56/2001 άρθρο 8, βάσει των οποίων οι μεταθέσεις και τοποθετήσεις εκπαιδευτικών που πάσχουν από καρκίνο οι ίδιοι ή οι σύζυγοι ή έχουν παιδιά που πάσχουν από καρκίνο, γίνονται κατά προτεραιότητα. Το ίδιο ισχύει και για τους ειδικούς εκπαιδευτικούς και το ειδικό βοηθητικό προσωπικό.⁴²

Σύμφωνα με το άρθρο 67 παρ.2 του Υπαλληλικού Κώδικα 3528/2007, προβλέπεται η προτεραιότητα των ασθενών με δυσίατα νοσήματα, μεταξύ αυτών και των καρκινοπαθών, στις μεταθέσεις υπαλλήλων και σύμφωνα με την παρ. 8 του ίδιου άρθρου η μετάθεση πριν από τη διέλευση διατίνας επιτρέπεται για σοβαρούς προσωπικούς λόγους.

Σύμφωνα με το άρθρο 55 του Υπαλληλικού Κώδικα (2007), οι αναρρωτικές άδειες καθορίζονται στο διπλάσιο χρονικό όριο για τους καρκινοπαθείς, ενώ στο επόμενο άρθρο ρυθμίζονται οι προϋποθέσεις και η διαδικασία χορήγησης αναρρωτικών αδειών σε καρκινοπαθείς. Το ίδιο ισχύει στο άρθρο 32 παρ. 3 του Κώδικα Δικαστικών Λειτουργιών και στο άρθρο 16 του Κανονισμού Κατάστασης Προσωπικού του ΟΓΑ, του 1961 (ΥΑ 177//1961 ΦΕΚ Β 320 1961). Σύμφωνα όμως

⁴¹ Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (2008), *Οδηγός του Ασφαλισμένου*, Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών, σελ.64

⁴² Κεράνης Δ., Ρηγάτου Α. (2007), *Τα Δικαιώματα των Καρκινοπαθών – Η Νομική Διάσταση του Προβλήματος*, σελ 61

με το άρθρο 62 του Γενικού Κανονισμού του ΟΣΕ του 1998, για τους εργαζόμενους του οργανισμού, η προαναφερθείσα άδεια μπορεί να αυξηθεί μέχρι το τετραπλάσιο της προβλεπόμενης. Αντίστοιχα για τους εργαζόμενους της Αγροτικής Τράπεζας, μπορεί να φτάσει τους 24 μήνες (άρθρο 90/1973).⁴³

Ενώ βάσει νόμων κάποια πράγματα ισχύουν για όλους, οι καρκινοπαθείς εξαιρούνται από αυτές τις διατάξεις. Συγκεκριμένα με το άρθρο 13 παρ. 5 του Ν 647/1977, επιτρέπεται η μεταγραφή φοιτητών, που ασθένησαν κατά τη διάρκεια των σπουδών τους, από ισότιμα ΑΕΙ του εξωτερικού σε αντίστοιχη Σχολή ή Τμήμα Σχολής στην Ελλάδα χωρίς περιορισμό, με την προϋπόθεση να έχουν ολοκληρώσει επιτυχώς τουλάχιστον το 1^ο έτος των σπουδών τους. Σχετικά με τις μεταγραφές φοιτητών που πάσχουν από νεοπλασματικές ασθένειες, επιτρέπονται σε όλες τις Σχολές της χώρας και σε όλα τα έτη σπουδών χωρίς ποσοτικό περιορισμό βάσει του Ν 1286/1982 άρθρο 2 παρ.6.

Οι γιατροί που πάσχουν από καρκίνο έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν την ειδικότητα της προτίμησής τους χωρίς αριθμητικό περιορισμό αλλά και το νοσοκομείο της επιλογής τους, σύμφωνα όμως με τις ανάγκες και τις εκπαιδευτικές δυνατότητες των κλινικών, των τμημάτων και των εργαστηρίων του νοσοκομείου αυτού. Το δικαίωμά τους αυτό κατοχυρώνεται από το Ν 3599/2007 άρθρο 30.

Ένα πολύ σημαντικό δικαίωμα για τους άντρες που πάσχουν από καρκίνο είναι η *μείωση στρατιωτικής θητείας*. Απαλλάσσονται από την υποχρεωτική εκπλήρωση της στρατιωτικής θητείας με την κατάθεση της διάγνωσής τους από δημόσιο νοσοκομείο. Όταν ο πατέρας / προστάτης της οικογενείας πάσχει από καρκίνο και του έχει αναγνωρισθεί ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω, το πρώτο παιδί έχει μειωμένη στρατιωτική θητεία εφόσον ο πατέρας εξετασθεί και από επιτροπή του στρατιωτικού σώματος στο οποίο θα υπηρετήσει το παιδί.

Τέλος με την ΥΑ ΔΜΕ//2008 (ΥΑ ΔΜΕΟ/οικ./6254/στ-ζ/1800/φ.911 ΦΕΚ Β 1705 2008) ανακοινώθηκε η εξαίρεση των αυτοκινήτων από το δακτύλιο μεταφοράς

⁴³ Κεράνης Δ., Ρηγάτου Α. (2007), *Τα Δικαιώματα των Καρκινοπαθών – Η Νομική Διάσταση του Προβλήματος*, σελ 60

ασθενών που η κατάστασή τους χρήζει συχνής θεραπείας όπως αυτής των καρκινοπαθών. Οφείλουν να διαθέτουν σχετική βεβαίωση από την αντίστοιχη Νομαρχία η οποία θα έχει προηγουμένως διαπιστώσει την ανάγκη έκδοσης τέτοιας βεβαίωσης από το νοσηλευτικό ίδρυμα στο οποίο υποβάλλονται σε θεραπεία.⁴⁴

Ειδικά για τα άτομα με καρκίνο με καρκίνο που μετακινούνται την περίοδο των θεραπειών και είναι κάτοχοι βιβλιαρίου απορίας, σύμφωνα με την αριθμ. 3324.1/04/02/22-11-2002 Απόφαση του Υπουργείου Εμπορικής Ναυτιλίας, δικαιούνται 100% έκπτωση στα ακτοπλοϊκά εισιτήρια για απεριόριστο αριθμό ταξιδιών. Ακόμα τα άτομα με ειδικές ανάγκες με ποσοστό αναπηρίας 80% και άνω δικαιούνται εισιτήρια με έκπτωση 50%.

Οι ασφαλισμένοι που πάσχουν από καρκίνο δεν συμμετέχουν στις δαπάνες περίθαλψης, δηλαδή στα έξοδα των χημειοθεραπειών ή των ακτινοβολιών, όπως προκύπτει από το άρθρο 21 παρ.2 του ΠΔ 225/1988 που απευθύνεται στο προσωπικό της Εμπορικής Τράπεζας. Απαλλάσσονται από κάθε συμμετοχή οι καρκινοπαθείς ασφαλισμένοι του ΙΚΑ που υποβάλλονται σε θεραπεία με ακτινοβολίες (ΥΑ 50235 άρθρο 2 ΦΕΚ 35/18.2.1954)

Σχετικά με την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης, η νοσηλεία σε καρκινοπαθή δημόσιο υπάλληλο, είτε ενεργό είτε συνταξιούχο ή μέλος της οικογένειάς τους, μπορεί να φτάσει τους 12 μήνες με δυνατότητα να παραταθεί για ένα έτος ακόμη. Όταν μάλιστα πρόκειται για νοσηλεία για καρκίνο δεν συνυπολογίζεται στα ανώτατα όρια νοσηλείας. (ΒΔ 721/1960 άρθρα 8&9 αλλά και άρθρο 5 του Κανονισμού Παρ. Ασθενείας ΤΥΔΚΥ 1993) Η προαναφερθείσα παράταση για μέλη οικογένειας βουλευτών είναι η διπλάσια, δηλαδή μπορεί να φτάσει τους 24 μήνες (ΒΔ 187/1963 άρθρο 10). Αντίστοιχα όταν πρόκειται για αυτοκινητιστές, 12 μήνες εντός συναπτού χρόνου 2 ετών με δικαίωμα παράτασης 6 μηνών (ΠΔ 829/1976 άρθρο 8)⁴⁵.

Σύμφωνα με το άρθρο 8 του Κανονισμού Ταμείου Λιμενεργατών (1992), η διάρκεια νοσηλείας των καρκινοπαθών αυτής της επαγγελματικής κατηγορίας, μπορεί να

⁴⁴ Κεράνης Δ., Ρηγάτου Α. (2007), *Τα Δικαιώματα των Καρκινοπαθών – Η Νομική Διάσταση του Προβλήματος*, σελ 62

⁴⁵ Κεράνης Δ., Ρηγάτου Α. (2007), *όπ.π.* σελ 62

παρατείνεται κάθε εξάμηνο μετά τη συμπλήρωση του πρώτου τριμήνου νοσηλείας, ενώ το άρθρο 6 τους απαλλάσσει από τη συμμετοχή στις δαπάνες αγοράς φιάλης οξυγόνου. Επιπλέον οι λιμενεργάτες Πειραιά που πάσχουν από καρκίνο δεν συμμετέχουν στη δαπάνη αγοράς ορθοπεδικών ειδών (ΥΑ Φ201/1192/12.8.1998 ΦΕΚ 840 Β' /8.12.1998)

Οι ασφαλισμένοι ΙΚΑ, ΕΤΑΜ, ΟΓΑ και άλλων ασφαλιστικών οργανισμών αρμοδιότητας Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, που πάσχουν από καρκίνο του πνεύμονα, δικαιούνται επίδομα αεροθεραπείας. ΑΝ 124/1967(άρθρο 1), για ΟΓΑ Ν 1066/1980 άρθρο 14 για προσωπικό Εμπορικής Τράπεζας ΠΔ 225/1988 άρθρο 16, για ασφαλισμένους ΤΥΔΚΥ Κανονισμός 1993 άρθρο 11, για λιμενεργάτες Πειραιά Κανονισμός 1992 άρθρο 13. Για τον καθορισμό ύψους επιδόματος ΥΑ Φ40021/14657/1732 ΦΕΚ 1382 Β' /3.8.2007).⁴⁶

Ειδικό επίδομα «οίκοι περίθαλψη» προβλέπεται για τους καρκινοπαθείς τελικού σταδίου προβλέπεται για τους ασφαλισμένους του Οίκου Ναύτου. ΠΔ 894/1981 άρθρο 15.

Με την ΥΑ 35/911 ΦΕΚ 506 Β' / 20.6.1997 δόθηκε εφάπαξ χορήγηση στους ασφαλισμένους καρκινοπαθείς του ΤΕΒΕ για αγορά περούκας και τεχνητού μαστού τα ποσά των 60.000 και 30.000 δραχμών αντίστοιχα.

Επίσης για τους χρονίως πάσχοντες ασφαλισμένους του ΟΓΑ χορηγούνται δαπάνες μετακίνησης για θεραπείες 310 ευρώ μηνιαίως, για αγορά μετεγχειρητικού μηχανήματος ομιλίας 365 ευρώ, για τεχνητό μαστό 110 ευρώ, για περούκα 180 ευρώ. (ΥΑ Φ0034/65/9 ΦΕΚ 21 Β' 17.01.2007) ⁴⁷

Το προσωπικό των Ηλεκτρικών Σιδηροδρόμων δικαιούται σύνταξη σε περίπτωση προσβολής από καρκίνο με την προϋπόθεση να έχει συμπληρώσει 5 χρόνια εργασίας, όπως προκύπτει από το άρθρο 8 του Κανονισμού του Ταμείου.

⁴⁶ Κεράνης Δ., Ρηγάτου Α. (2007), *Τα Δικαιώματα των Καρκινοπαθών – Η Νομική Διάσταση του Προβλήματος*, σελ 63

⁴⁷ Κεράνης Δ., Ρηγάτου Α. (2007), *Τα Δικαιώματα των Καρκινοπαθών – Η Νομική Διάσταση του Προβλήματος*, σελ 63

6) Ευαίσθητες Πληθυσμιακές Ομάδες

Αναμφίβολα τα παιδιά είναι η πληθυσμιακή ομάδα που απειλείται από τη νόσο του καρκίνου και προκαλεί παγκόσμιο ενδιαφέρον και συγκίνηση λόγω της ιδιαιτερότητας της κατάστασης. Τα παιδιά δεν έχουν προλάβει να υιοθετήσουν βλαβερές για την υγεία συνήθειες και ιδιαίτερα όταν είναι αρκετά μικρής ηλικίας δεν είναι δυνατό να κατανοήσουν το λόγο που ταλαιπωρούνται από τη νόσο και γιατί υφίστανται όλες αυτές τις ψυχοφθόρες διαδικασίες. Οι γυναίκες από την άλλη δεν αποτελούν πιο ευαίσθητη ομάδα από τους άντρες, αλλά βρίσκονται αντιμέτωπες με τον καρκίνο συχνότερα από τους άντρες και ειδικότερα με μορφές καρκίνου όπως αυτή του μαστού και του τραχήλου της μήτρας, που απειλούν μόνο αυτές.

6.1) Παιδιά με Νεοπλασματικές Ασθένειες

Η πρώτη πληθυσμιακή ομάδα είναι αναμφίβολα τα παιδιά. Ο καρκίνος στα παιδιά αποτελεί ένα σοβαρότατο ιατρικό πρόβλημα. Η ασθένεια αυτή πλήττει το παιδί σε μια πολύ ευαίσθητη περίοδο της σωματικής και ψυχικής του ανάπτυξης. Η ιατρική κοινότητα έχει ερευνήσει πολύ τον παιδικό καρκίνο, γιατί δεν μπορεί να αποδοθεί σε βλαβερές για την υγεία συνήθειες όπως το κάπνισμα. Δεν είναι κολλητική και δεν ακολουθεί πάντα τους κανόνες κληρονομικότητας.

Οι ενήλικες είναι λογικό ότι λόγω ηλικίας, έχουν ήδη υποβληθεί σε πολλούς νοσηρούς περιβαλλοντικούς παράγοντες και αυτό μπορεί να προκαλέσει μαζί με άλλους παράγοντες μια μορφή καρκίνου. Για τα παιδιά όμως δεν ισχύει το ίδιο. Η αιτία ανάπτυξης κάποιας μορφής καρκίνου σε ένα παιδί θα πρέπει ίσως να αποδοθεί σε συνδυασμό ποικίλων παραγόντων γνωστών και μη.⁴⁸ Στις περισσότερες περιπτώσεις, σε ποσοστό 95%, η αιτιολογία είναι άγνωστη. Στο υπόλοιπο 5% η κληρονομικότητα παίζει ρόλο και πράγματι υπάρχουν οικογενειακά σύνδρομα καρκίνου (όπως το σύνδρομο Li-Fraumeni).⁴⁹

Οι επιστήμονες γνωρίζουν πως δημιουργείται η βλάβη στο επίπεδο του DNA, πως εξαπλώνεται η ασθένεια και πώς καταστρέφει τον οργανισμό. Αυτό που χρήζει

⁴⁸ www.socped.gr/etairia/etairia.htm

⁴⁹ http://www.medlook.net/article.asp?item_id=673

έρευνας είναι η αιτία που προκάλεσε την αρχική βλάβη. Μόνο σε λίγες περιπτώσεις, οι επιστήμονες είναι σε θέση να αποδώσουν τη νόσο σε περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως η ιονίζουσα ακτινοβολία και κάποιες φορές σε ορισμένα φάρμακα. Έχουν ενοχοποιηθεί και άλλοι παράγοντες αλλά ακόμη η αιτιολογική τους σχέση δεν έχει αποδειχθεί.⁵⁰

Είναι γεγονός ότι παγκοσμίως, τα περισσότερα περιστατικά καρκίνου σε παιδιά και έφηβους, εμφανίζονται σήμερα σε τριτοκοσμικές, φτωχές χώρες. Εκεί η ανυπαρξία πόρων, εξειδικευμένων γιατρών, νοσηλευτών και νοσοκομειακών κέντρων, οδηγεί το μεγαλύτερο ποσοστό παιδιών στο θάνατο. Αντίθετα σε πλούσιες χώρες στην Ευρώπη, στην Αμερική, στην Αυστραλία, τα ποσοστά ίασης των παιδιών με καρκίνο ή λευχαιμία, κοντεύουν στο 80%. Οι αναπτυγμένες χώρες έχουν υποχρέωση να βοηθήσουν τις φτωχότερες χώρες να δημιουργήσουν και να συντηρήσουν υποδομή τέτοια που να προσφέρει όσον το δυνατό καλύτερη φροντίδα σε παιδιά που πάσχουν από καρκίνους.⁵¹

Ένας λόγος που καθιστά τα παιδιά μια ομάδα αυξημένης ευαισθησίας είναι η τρυφερότητα της ηλικίας, αλλά και η αδυναμία αντίληψης της σοβαρότητας της κατάστασης όπως και η ανικανότητα αντιμετώπισης της νόσου χωρίς να έχουν στο πλευρό τους, γονείς, γιατρούς, νοσηλευτές και κοινωνικούς φορείς που δραστηριοποιούνται στο χώρο στοχεύοντας αποκλειστικά, στην καλύτερη δυνατή ιατρική, ψυχική και κοινωνική φροντίδα των παιδιών.

Οι διάφοροι τύποι του καρκίνου μπορεί να εμφανιστούν και στα παιδιά όπως στους ενήλικες, αλλά στα παιδιά παρουσιάζονται αιφνίδια και αρκετά πιο σπάνια περίπου 100 φορές σπανιότερα από τους ενήλικες. Κάθε χρόνο νοσούν 14 σε κάθε 100.000 παιδιά από την γέννηση μέχρι την ηλικία των 15 χρόνων.⁵² Κάθε χρόνο γίνονται περίπου 8,600 διαγνώσεις περιπτώσεων παιδικού καρκίνου στις Ηνωμένες Πολιτείες, κάτι που κάνει τον καρκίνο μία σπάνια πάθηση για τα παιδιά. Η συχνότερη μορφή καρκίνου στα παιδιά είναι η λευχαιμία (περίπου 35% του συνόλου των περιπτώσεων

⁵⁰ http://www.medlook.net/article.asp?item_id=673

⁵¹ http://www.medlook.net/article.asp?item_id=1509

⁵² <http://www.specialeducation.gr/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=166>

καρκίνου) δύο κατηγοριών, οι οξείες λεμφοβλαστικές που είναι και οι συχνότερες και μετά ακολουθούν οι οξείες μυελοβλαστικές. Οι επόμενες σε συχνότητα μορφές καρκίνου από τις οποίες νοσούν τα παιδιά είναι τα λεμφώματα και οι διάφορες μορφές όγκων που στην ογκολογία ονομάζονται συμπαγείς όγκοι. Κακοήθεις όγκοι ενηλίκου τύπου όπως είναι ο καρκίνος μαστού, πνεύμονα, προστάτη, το μελάνωμα κλπ παρατηρούνται σπανιότατα κατά την παιδική ηλικία.⁵³

Πρόκειται για μία ιδιαίτερα σπάνια ασθένεια με ποικίλες μορφές και εκδηλώσεις που αν διαγνωσθεί έγκαιρα, στα περισσότερα παιδιά αντιμετωπίζεται με επιτυχία. Η αντιμετώπιση αυτή πρέπει να γίνεται από ομάδα εξειδικευμένων και ευαισθητοποιημένων ατόμων, (σε ειδικά παιδοογκολογικά τμήματα) που συντονίζουν τις γνώσεις τους και τις προσπάθειές τους στην αναζήτηση της πλέον αποτελεσματικής θεραπευτικής λύσης που περιλαμβάνει ιατρική αγωγή και ψυχοκοινωνική φροντίδα όχι μόνο του άρρωστου παιδιού αλλά και ολόκληρης της οικογένειάς του, όχι μόνο κατά την διάρκεια της θεραπείας αλλά και μετά την επίτευξη του στόχου που είναι η ίαση του παιδιού δηλαδή κατά την περίοδο της επανένταξής του. Με την σύγχρονη αντιμετώπιση 2 στα 3 παιδιά με καρκίνο θεραπεύονται. Επίσης σήμερα 1/900 νέα άτομα ως παιδί νόσησε από καρκίνο και έχει θεραπευτεί.⁵⁴

Μετά από έρευνα του International Agency for Research on Cancer που βασίστηκε στο σύστημα ACCIS (Automated Childhood Cancer Information System) και χρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση, προέκυψαν πολύ σημαντικά στοιχεία. Από το 1970 έως το 1999 καταγράφηκε στην Ευρώπη, σε παιδιά ηλικίας από 0 έως 14 ετών, μια αύξηση του αριθμού των περιπτώσεων όλων των τύπων καρκίνου σε ποσοστό 1% και στους έφηβους ηλικίας από 15 έως 19 ετών, αύξηση της τάξης του 1,5% ετησίως κυρίως για τα καρκινώματα, τα λεμφώματα και τους όγκους των γεννητικών κυττάρων. Σαν πιθανές αιτίες παρουσιάζονται γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως η έκθεση των παιδιών σε μολυσματικούς παράγοντες, η ανάμειξη πληθυσμών και αλλαγές που παρατηρήθηκαν στο βάρος

⁵³ <http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/childandcancer/>

⁵⁴ <http://www.specialeducation.gr/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=166>

Είναι ο δεύτερος συχνότερος καρκίνος παγκοσμίως σε γυναίκες κάτω των 45 ετών και η τρίτη αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες. Παγκοσμίως, 270.000 γυναίκες πεθαίνουν κάθε χρόνο από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ενώ πάνω από 1,4 εκατομμύρια γυναίκες νοσούν επί του παρόντος.⁶⁰

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ένας ιδιαίτερος καρκίνος. Τα αίτιά του είναι γνωστά, αφορά νέες γυναίκες με ό,τι αυτό σημαίνει για τη γονιμότητά τους και είναι ο μόνος καρκίνος για τον οποίο υπάρχει εμβόλιο. Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι το 40% όλων των γυναικών που νοσούν από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας βρίσκεται μεταξύ 35 και 54 ετών.⁶¹

Μπορεί να προληφθεί 100% χάρη στα test Pap και HPV- DNA test καθώς και με το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV), το οποίο προστατεύει σε ποσοστό 70%, ενώ ποσοστό 30% των καρκίνων του τραχήλου οφείλονται σε άλλους ογκογόνους τύπους του ιού. Στην Ελλάδα όμως εκτιμάται ότι λιγότερο από το 20% των γυναικών υποβάλλεται στην εξέταση με τεστ-Παπανικολάου, ενώ το 50% των Ελληνίδων που εμφάνισαν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας δεν είχαν κάνει ποτέ το τεστ. Εκτιμάται ότι κάθε χρόνο 1.200 γυναίκες διαγιγνώσκονται με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και 500 από αυτές πεθαίνουν. Στην Ευρώπη κάθε χρόνο περίπου 30.000 γυναίκες εμφανίζουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και περίπου 15.000 γυναίκες πεθαίνουν από το νόσημα αυτό.⁶²

Ο ιός HPV, που σε ποσοστό 99,7% ευθύνεται γι' αυτόν τον καρκίνο, μεταδίδεται με τη σεξουαλική αλλά και με απλή δερματική επαφή (σπανιότερα). Περίπου το 80% των σεξουαλικά ενεργών γυναικών και το 50% των ανδρών υπολογίζεται πως θα προσβληθούν σε κάποια στιγμή της ζωής τους από κάποιο τύπο του ιού HPV. Στις περισσότερες περιπτώσεις η λοίμωξη υποχωρεί μόνη της, ενώ σε ποσοστό 10% παραμένει και σταδιακά μετά από πολλά χρόνια μπορεί να εξελιχθεί σε καρκίνο του αιδοίου, του κόλπου, του πέους, του πρωκτού, του στοματοφάρυγγα, τα γεννητικά

⁶⁰ http://www.iatronet.gr/articlespnsr.asp?art_id=3957

⁶¹ http://www.express.gr/news/ygeia/122730oz_20090121122730.php3

⁶² <http://angeir.wordpress.com/2009/01/15/cervical-cancer/>

κονδυλώματα και την αναπνευστική θηλωμάτωση του λάρυγγα, αλλά κυρίως του τραχήλου της μήτρας, ο οποίος πλήττει παγκοσμίως 500.000 γυναίκες κάθε χρόνο εκ των οποίων η μία στις δύο πεθαίνει.

Πρόσφατα, ο Όμιλος Εθελοντών κατά του Καρκίνου σε συνεργασία με την ελληνική εταιρία Παθολογίας Τραχήλου και Κολποσκόπησης, υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας, προέβη σε διακήρυξη κατά της νόσου. Λαμβάνοντας υπόψη τις Συστάσεις του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης του 2003 για τον Τακτικό Έλεγχο του καρκίνου, τον Ευρωπαϊκό Κώδικα κατά του καρκίνου, το κάλεσμα της Διεθνούς Συμμαχίας κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (CACC), τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (2006) και την εισήγηση της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών και την επίσημη ανακοίνωση του Υπουργείου Υγείας για την ένταξη του εμβολίου κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού τον Οκτώβριο 2007, κάλεσαν την πολιτεία να καθιερώσει προγράμματα εκπαίδευσης και ενημέρωσης καθώς και να υποστηρίξει την εφαρμογή οργανωμένων προγραμμάτων πληθυσμιακού ελέγχου (τεστ Παπανικολάου), που σε συνδυασμό με την άμεση και ενιαία κάλυψη του εμβολιασμού από τα ασφαλιστικά ταμεία αποτελεί τον αποτελεσματικότερο τρόπο προστασίας από την νόσο.⁶³

7) Τα Κοινωνικοασφαλιστικά Δικαιώματα των Καρκινοπαθών

Όλα οι άνθρωποι που νόσησαν κάποια στιγμή από καρκίνο και βρέθηκαν σε κατάσταση αδυναμίας οφείλουν πρωτίστως στους εαυτούς τους να αναζητήσουν να μάθουν και να διεκδικήσουν τα δικαιώματά τους. Θα πρέπει να απευθύνονται στα ταμεία τους για να διεκδικήσουν παροχές στην περίθαλψη, σε αποζημιώσεις για τα ημερομίσθια που τυχόν έχασαν λόγω ασθένειας, σε επιπλέον θεραπείες και βοηθήματα ιατρικά, αλλά και σε συντάξεις εάν κριθεί ότι δεν μπορούν να εργαστούν λόγω της ασθένειάς τους.

Το ζήτημα των κοινωνικοασφαλιστικών δικαιωμάτων των καρκινοπαθών είναι εξαιρετικά δύσκολο να αναλυθεί διότι δεν υπάρχει συγκεκριμένο θεσμικό πλαίσιο

⁶³ http://www.iatronet.gr/articlespnsr.asp?art_id=3957

στην Ελλάδα που να αφορά ειδικά τους καρκινοπαθείς (όπως συμβαίνει για παράδειγμα με τους νεφροπαθείς ή τους οροθετικούς). Στα περισσότερα ζητήματα ισχύουν οι γενικές διατάξεις του Δικαίου χωρίς να υπάρχει κάποια ευνοϊκή ρύθμιση ή ειδική διάταξη που να ορίζει ότι οι καρκινοπαθείς τυγχάνουν κάποιας ευνοϊκότερης μεταχείρισης προκειμένου να συνταξιοδοτηθούν ή να χαρακτηριστούν ανάπηροι ώστε να λάβουν αναπηρική σύνταξη (ισχύουν οι γενικές διατάξεις του νόμου περί αναπηρίας).

7.1) Παροχές Κοινωνικής Ασφάλισης προς Καρκινοπαθείς

Υπάρχουν μερικές παροχές που σκόπιμο είναι να αναφερθούν και κατά κανόνα δίδονται απ' όλα τα ταμεία. Πρώτα απ' όλα η αναπηρική σύνταξη είναι από τα πιο σημαντικά μέτρα αποκατάστασης του ασθενούς και προϋποθέτει τη συμπλήρωση συγκεκριμένου αριθμού ημερομισθίων. Καλύπτονται κατά περίπτωση και ανάλογα το ταμείο – τεχνητά μέλη, τεχνητός μαστός, στηθόδεσμος, περούκες κλπ. Όλα τα ταμεία παρέχουν δωρεάν φαρμακευτική περίθαλψη στους καρκινοπαθείς. Για κάποια μόνο φάρμακα απαιτείται συμμετοχή ανάλογα με το ταμείο. Σε κάποιες περιπτώσεις ο ασθενής δικαιούται αποκλειστική νοσοκόμα για το διάστημα που βρίσκεται στο νοσοκομείο. Το κόστος δεν καλύπτεται εξ ολοκλήρου και οι μέρες που δικαιολογείται η ύπαρξή της είναι ανάλογες με την επέμβαση του ασφαλιζομένου. Ανάλογα με το ταμείο καλύπτονται εξ ολοκλήρου ή με συγκεκριμένο ποσοστό πρόσθετες υπηρεσίες όπως φυσιοθεραπεία, λογοθεραπεία, αεροθεραπεία κ.λ.π.⁶⁴

Σε κάθε Νομαρχία υπάρχει η Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας, στην οποία μπορεί κανείς να απευθυνθεί προκειμένου να μάθει τις δυνατότητές του να διεκδικήσει επιδόματα και τις πιθανότητές του να λάβει κάποιο ή κάποια από αυτά υπό προϋποθέσεις φυσικά. Από την Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας μπορεί κανείς να λάβει Επίδομα Βαριάς Αναπηρίας, Κάρτα Μετακινήσεων, Μείωση Φόρου, Βιβλιάριο

⁶⁴http://www.oekk.gr/index.php?option=com_easyfaq&task=cat&catid=38&Itemid=184#faq3

Απορίας, Επίδομα Έκτακτης Οικονομικής Ενίσχυσης, Επίδομα Παιδικής Προστασίας, και Στεγαστική Συνδρομή.

Κάποιοι από τους ασθενείς που έχουν νοσήσει από καρκίνο απέκτησαν αναπηρία προκαλούμενη από τη νόσο. Όταν τους έχει αναγνωρισθεί ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω, δικαιούνται κάποιες παροχές αποδεικνύοντας την αναπηρία τους αυτή. Πιο συγκεκριμένα μπορούν να έχουν μείωση φόρου, μετά την πιστοποίηση του ποσοστού αναπηρίας από την Πρωτοβάθμια Υγειονομική επιτροπή της Νομαρχίας, προσκομίζοντας την γνωμάτευση της Επιτροπής και παράλληλα υποβάλλοντας την φορολογική τους δήλωση. Όταν το ίδιο ποσοστό τους έχει αναγνωρισθεί από την Πρωτοβάθμια Υγειονομική Επιτροπή της Πρόνοιας δικαιούνται *κάρτα μετακινήσεων* για τις αστικές και υπεραστικές συγκοινωνίες, ανεξάρτητα από το ταμείο που ανήκουν.

Μια άλλη παροχή είναι η *κάρτα πολιτισμού*, με την οποία γίνεται ευκολότερη η πρόσβαση σε ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες σε πολλές πολιτιστικές εκδηλώσεις που διοργανώνονται από το Υπουργείο Πολιτισμού (ΥΠ.ΠΟ). Οι κάτοχοι δικαιούνται δωρεάν ή εκπτώτικη είσοδο σε πολιτιστικά δρώμενα και εκδηλώσεις. Για τους καρκινοπαθείς δεν απαιτείται γνωμάτευση επιτροπής και ποσοστό αναπηρίας. Αρκεί να διαθέτουν βεβαίωση από δημόσιο φορέα, δηλαδή ιατρική βεβαίωση από Δημόσιο Νοσοκομείο.

Τις παροχές του οργανισμού της εργατικής εστίας, από την άλλη δικαιούνται όλοι οι εργαζόμενοι και οι συνταξιούχοι που καταβάλλουν ή κατέβαλαν ως εργαζόμενοι εισφορές υπέρ της εργατικής εστίας και έχουν συμπληρώσει μέσα στο έτος συγκεκριμένο αριθμό ενσήμων. Τέτοιες παροχές σχετίζονται με προγράμματα κοινωνικού τουρισμού, οργανωμένες εκδρομές, πολιτιστικά, θέατρο, κινηματογράφο, παιδικούς σταθμούς και κέντρα νεότητας. Για τα άτομα όμως που τους έχει αναγνωρισθεί ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω, υπάρχει ειδική ρύθμιση που τους επιτρέπει να συμμετάσχουν στα προγράμματα κοινωνικού τουρισμού, ανεξαρτήτως εάν έχουν καταβάλλει ή όχι εισφορές υπέρ του Ο.Ε.Ε. Αυτό ισχύει και για όσους έχουν βιβλιάριο απορίας και τους έχει αναγνωρισθεί το παραπάνω ποσοστό αναπηρίας από την πρωτοβάθμια υγειονομική επιτροπή της πρόνοιας.

Επιδότηση ενοικίου δίνεται και από τον Ο.Ε.Ε. Το συγκεκριμένο επίδομα δικαιούνται όλοι οι εργατοϋπάλληλοι, οι οποίοι κατοικούν και εργάζονται στην Ελλάδα, είναι ασφαλισμένοι, καταβάλλουν εισφορές υπέρ του Ο.Ε.Κ. στον κύριο φορέα ασφάλισής τους και έχουν συγκεκριμένο αριθμό ημερομισθίων που απαιτείται. Επίσης δικαιούχοι είναι συνταξιούχοι οργανισμών κύριας ασφάλισης μισθωτών, που είχαν καταβάλλει σαν εργαζόμενοι εισφορές υπέρ του Ο.Ε.Κ. Οι συνταξιούχοι, λόγω γήρατος ή λόγω προσωρινής ή οριστικής αναπηρίας με ποσοστό 67%, δικαιούνται επιδότηση ενοικίου ανεξαρτήτων ημερών εργασίας, αρκεί για τις ημέρες που ήταν ασφαλισμένοι ο φορέας τους να κατέβαλε εισφορές υπέρ του Ο.Ε.Κ. και κατά τον χρόνο συνταξιοδότησής τους να ήταν δικαιούχοι Ο.Ε.Κ. Η επιδότηση ενοικίου προσαυξάνεται ανάλογα με τον αριθμό των προστατευομένων μελών. Μπορεί όμως να είναι μειωμένη, πλήρης, προσαυξημένη κατά 50% για κάποιες κατηγορίες πολιτών.⁶⁵

Οι παραπάνω κατηγορίες θα πρέπει να πληρούν κάποιες οικονομικές προϋποθέσεις εισοδήματος, να μίσθωναν κατοικία για το προηγούμενο έτος και να μην έχουν οι ίδιοι ή τα προστατευόμενα μέλη τους περιουσιακά στοιχεία, ικανά να εξασφαλίσουν οικογενειακή στέγη. Τέλος θα πρέπει να μην έχουν λάβει οι ίδιοι ή τα προστατευόμενα μέλη τους δάνειο ή κατοικία από Ο.Ε.Κ. ή στεγαστικό δάνειο από το Υπουργείο Υγείας βάσει Ν.Δ. 1138/72.

Άτομα με καρκίνο που είναι ανασφάλιστα, έμμεσα ασφαλισμένα ή άμεσα ασφαλισμένοι που δεν έχουν τις ασφαλιστικές προϋποθέσεις για συνταξιοδότηση από το ταμείο τους και έχουν διαγνωστεί με αναπηρία τουλάχιστον 67% από την Πρωτοβάθμια Υγειονομική Επιτροπή της Νομαρχίας, ανάλογα με τις προϋποθέσεις, δικαιούνται το *Επίδομα Βαριάς Αναπηρίας*, το οποίο δίνεται από την Πρόνοια και καταβάλλεται ανά δίμηνο. Δικαιούχοι είναι επίσης και ανασφάλιστοι υπερήλικες του Ο.Γ.Α, ανασφάλιστοι που έχουν βιβλιάριο απορίας, έμμεσα ασφαλισμένα παιδιά (προστατευόμενα μέλη) που δεν παίρνουν οικονομική ενίσχυση για την αναπηρία τους μεγαλύτερη του ποσού του επιδόματος βαριάς αναπηρίας καθώς και παιδιά που

⁶⁵ http://www.oekk.gr/index.php?option=com_easyfaq&task=cat&catid=38&Itemid=184#faq3

παίρνουν σύνταξη λόγω του θανάτου του προστάτη γονέα, ποσό μικρότερο ή ίσο του επιδόματος βαριάς αναπηρίας. Για την είσπραξή του οι υποψήφιοι δικαιούχοι πρέπει εκτός των παραπάνω να μην παίρνουν οικονομική βοήθεια για την αναπηρία τους από οποιαδήποτε άλλη πηγή. Επίσης εξαιρούνται αυτοί που λόγω οφειλών στα ταμεία τους δεν μπορούν να πάρουν σύνταξη αλλά και οι έμμεσα ασφαλισμένοι σύζυγοι που λόγω θανάτου του συζύγου τους εισπράττουν τη σύνταξή του / της οπότε θεωρούνται άμεσα ασφαλισμένοι.

Επιπλέον οι ανασφάλιστοι έχουν τη δυνατότητα να προμηθευτούν Βιβλιάριο Απορίας από την Πρόνοια, για το οποίο το οικονομικό κριτήριο αναμορφώνεται ανά έτος. Με το βιβλιάριο απορίας ο κάτοχος δικαιούται δωρεάν ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη και εάν χρειασθούν επιπλέον ιατρικά βοηθήματα μετά την νοσηλεία τους ή μετά από οποιαδήποτε επέμβαση που θα υποβληθούν, το νοσοκομείο είναι υποχρεωμένο να τα παρέχει δωρεάν σύμφωνα με την εγκύκλιο «Περί φαρμακευτικής περίθαλψης κατόχων βιβλιαρίου οικονομικής αδυναμίας», Αρ.Πρωτ.Υ4α/42905 Αθήνα 6/5/2003 του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Το βιβλιάριο απορίας έχει συγκεκριμένη χρονική ισχύ και οι κάτοχοί του πρέπει να φροντίζουν πριν την λήξη για την ανανέωσή του. Με λίγα λόγια πρόκειται για την ύπαρξη ενός κονδυλίου που δίνεται σε άτομα οικονομικά αδύναμα μετά την νοσηλεία τους και με παρέμβαση της κοινωνικής υπηρεσίας των νοσοκομείων.

Ο ρόλος της Κοινωνικής Υπηρεσίας στην Διεύθυνση Πρόνοιας δεν είναι η παροχή ή η έγκριση επιδομάτων. Υπάρχουν όμως 3 επιδόματα, τα οποία αναλύονται παρακάτω και για την έγκριση των οποίων είναι απαραίτητη η σύνταξη κοινωνικής έκθεσης των κοινωνικών λειτουργών της Πρόνοιας. Αυτά είναι το *Επίδομα Στεγαστικής Συνδρομής* (Επιδότηση ενοικίου), το *Επίδομα Παιδικής Προστασίας* και τέλος το *Επίδομα Έκτακτης Οικονομικής Ενίσχυσης*.

Το πρώτο επίδομα δίδεται ως *επιδότηση ενοικίου* μόνο σε όσους έχουν συμπληρώσει το 65^ο έτος της ηλικίας τους και πρόκειται για άτομα ή ζευγάρια οικονομικά αδύνατα που ζουν μόνα τους και οι ανασφάλιστοι υπερήλικες του Ο.Γ.Α. Για να λάβουν το επίδομα εκτός από τα παραπάνω θα πρέπει επιπλέον να μην έχουν άλλο εισόδημα

που να προέρχεται από άλλη πηγή, εκτός από την σύνταξη του ΟΓΑ και το Επίδομα Βαριάς Αναπηρίας και να υπάρχει μισθωτήριο συμφωνητικό μεταξύ ηλικιωμένου και ιδιοκτήτη, θεωρημένο από την εφορία.

Η αντιμετώπιση της νόσου του καρκίνου είναι μια πολυέξοδη υπόθεση κάτι που ευθύνεται για την οικονομική εξασθένηση των οικογενειών των ασθενών. Εξαιτίας αυτού συχνά οι οικογένειες αυτές αδυνατούν να ανταποκριθούν οικονομικά στις απαιτήσεις της καθημερινότητας και κάποιες φορές πέφτουν κάτω από το όριο της φτώχειας. Αν μια οικογένεια για παράδειγμα έχει ανήλικα παιδιά και χαμηλό εισόδημα τότε δικαιούται το *Επίδομα Παιδικής Προστασίας*. Το επίδομα παιδικής προστασίας χορηγείται και σε παιδιά μονογονεϊκών οικογενειών (απουσία πατέρα), αλλά και οι μετανάστες με άδεια παραμονής και τηρώντας τις προϋποθέσεις. Επίσης μπορούν να το λαμβάνουν και οι πολιτικοί πρόσφυγες που έχουν πάρει άσυλο.

Στο πλαίσιο της οικονομικής εξασθένησης των καρκινοπαθών άλλη μια παροχή, δηλαδή το 3^ο επίδομα είναι αυτό της έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης. Έχει όμως περισσότερο συμβολικό χαρακτήρα αφού είναι περίπου στα 250 ευρώ και ανά έτος αυξάνεται λίγο. Το επίδομα αυτό δίδεται σε περιπτώσεις που αποδεικνύεται οικονομική δυσχέρεια ή υπάρχει ένα έκτακτο γεγονός σε συνάρτηση με την κακά οικονομική κατάσταση.

Από τον Οργανισμό Γεωργικών Ασφαλίσεων δίνεται σύνταξη ανασφάλιστων υπερηλίκων και περιλαμβάνει ένα χρηματικό ποσό σε μηνιαία βάση και χορήγηση βιβλιαρίου ασθενείας με το οποίο καλύπτεται η ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη του ανασφάλιστου. Επειδή απευθύνεται σε ανασφάλιστους προϋποθέτει ο αιτών να μην αξιώνει δικαίωμα σύνταξης ή να μην παίρνει σύνταξη από άλλο ταμείο πάνω από συγκεκριμένο ποσό, επίσης να έχει συμπληρώσει το 65^ο έτος της ηλικίας του και το εισόδημά του προσωπικό για ανύπαντρο να μην υπερβαίνει ένα συγκεκριμένο όριο. Από τον ίδιο οργανισμό παρέχεται σύνταξη αναπηρίας με προϋποθέσεις 1. 5 χρόνια κύριας ασφάλισης στον ΟΓΑ, ποσοστό αναπηρίας από πρωτοβάθμια Υγειονομική Επιτροπή και το ποσό της σύνταξης αναπηρίας εξαρτάται από το ποσοστό αναπηρίας του δικαιούχου.

Ο Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (Ο.Α.Ε.Δ.), είναι ένας φορέας στον οποίο μπορούν να απευθύνονται καρκινοπαθείς για επιδόματα που δικαιούνται ως άνεργοι. Επίσης τα άτομα με ποσοστό αναπηρίας (ή αφού βγάλουν μέσω ΟΑΕΔ και παραπομπή στο ΙΚΑ ποσοστό αναπηρίας) μπορούν να απευθύνονται στους ειδικούς συμβούλους για ΑΜΕΑ (Άτομα με Αναπηρία) για να ενταχθούν σε προγράμματα που εγκρίνονται ανά έτος ειδικά για τις συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού. Προς ενημέρωση των δικαιούχων ένας ακόμη πολύ δραστήριος οργανισμός είναι η Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδας (Γ.Σ.Ε.Ε), μέσω της οποίας μπορούν να πάρουν ακριβείς πληροφορίες για τις συμβάσεις εργασίας τους, και όσων δικαιούνται βάση των συλλογικών συμβάσεων της Γ.Σ.Ε.Ε.

Ο Ασφαλισμένος δικαιούχος ιατρικής περίθαλψης και τα μέλη της οικογένειάς του έχουν δικαίωμα να επισκέπτονται τους ιατρούς στα ιατρεία του ΙΚΑ - ΕΤΑΜ (τα οποία λειτουργούν επί 12ωρο) και στα ιδιωτικά τους ιατρεία, όταν δεν υπάρχουν οργανωμένοι υγειονομικοί σχηματισμοί. Μπορούν να επισκέπτονται τον οικογενειακό τους ιατρό, όπου ισχύει ο θεσμός, να επισκέπτονται δωρεάν τα κέντρα υγείας, να επισκέπτονται τον αγροτικό ιατρό στις αγροτικές περιοχές, να καλούν κατ' οίκον ιατρό του ΙΚΑ - ΕΤΑΜ στο σπίτι όταν είναι κλινήρεις και δεν μπορούν να μετακινηθούν, να εντάσσονται σε πρόγραμμα αποκατάστασης σε ειδικά κέντρα αλλά και να απευθύνονται στη γραμματεία του Συστήματος Διαχείρισης Ζήτησης Υπηρεσιών Υγείας (Σ.Δ.Ζ.Υ.Υ. - 184) που βρίσκεται στις Μονάδες για τον άμεσο προγραμματισμό διενέργειας διαφόρων διαγνωστικών εξετάσεων σε εργαστήρια του ΙΚΑ- ΕΤΑΜ ή σε εργαστήρια συμβεβλημένων διαγνωστικών κέντρων.⁶⁶

Επιπλέον μπορούν να κάνουν γενικές ή ειδικές εξετάσεις (όπως αίματος, ακτινογραφίες, αξονικές, μαγνητικές και λοιπά) ή ειδικές θεραπείες (όπως φυσικοθεραπείες) σε εργαστήρια του ΙΚΑ - ΕΤΑΜ ή σε συμβεβλημένα με το ΙΚΑ - ΕΤΑΜ εργαστήρια, χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση των ασφαλισμένων. Σε περίπτωση παραπομπής του ασφαλισμένου σε συμβεβλημένα εργαστήρια χορηγείται σχετικός κατάλογος από τη μονάδα υγείας, αλλά και να ζητούν την απόδοση της δαπάνης, σύμφωνα με την κρατική διατίμηση, για την αμοιβή που κατέβαλλαν σε ιδιώτη ιατρό για επίσκεψη και φάρμακα που χορηγήθηκαν, καθώς και για την

⁶⁶ <http://www.ika.gr/gr/home.cfm>

εκτέλεση παρακλινικών εξετάσεων σε μη συμβεβλημένα με το ΙΚΑ εργαστήρια, σε περιπτώσεις έκτακτης και επείγουσας ασθένειας.⁶⁷

Σύμφωνα με τον οδηγό ασφαλισμένου που εκδίδεται από το ΙΚΑ- ΕΤΑΜ οι παροχές που προβλέπονται και χορηγούνται, διακρίνονται σε είδος και σε χρήμα. Ανάμεσα στις χορηγούμενες παροχές εντοπίζουμε κάποιες που απευθύνονται και σε καρκινοπαθείς. Συγκεκριμένα το επίδομα αεροθεραπείας παρέχεται κάθε χρόνο με Υπουργική Απόφαση, με την οποία καθορίζονται ποιοι είναι δικαιούχοι, το ποσό, ο χρόνος έναρξης της χορήγησης και τα δικαιολογητικά. Μεταξύ των δικαιούχων είναι και οι πάσχοντες από καρκίνο των πνευμόνων, αλλά και όσοι υπεβλήθησαν σε μεταμόσχευση πνευμόνων και εξαιτίας των νοσημάτων τους απέκτησαν αναπηρία σε ποσοστό τουλάχιστον 33%. Συγκεκριμένα με την ΥΑ Φ.4//2008 (ΥΑ φ. 40021/14022/1257 ΦΕΚ Β 1586 2008) προβλέπεται η χορήγηση επιδόματος αεροθεραπείας μεταξύ άλλων και στους πάσχοντες από καρκίνο του πνεύμονα.

Σύμφωνα με τον Οδηγό ασφαλισμένου του ΙΚΑ ένας ασφαλισμένος δικαιούται επίδομα επαγγελματικής ασθένειας όταν εξασκεί επάγγελμα επιβλαβές για την υγεία, το οποίο και προκάλεσε ασθένεια. Για την καλύτερη κατανόηση αυτού σκόπιμο είναι εδώ να αναφερθεί μια σημαντική δικαστική απόφαση που εκδόθηκε. Η υπ' αριθμ. 106/2003 Απόφαση του Αρείου Πάγου η οποία επικύρωσε την υπ' αριθμ. 452/2001 του Εφετείου Πατρών και αφορά προσβολή εργαζομένου από καρκίνο του πνεύμονα, οφειλομένου στην εργασία την οποία παρείχε στην εργοδότηρια εταιρία, η οποία χρησιμοποιούσε ως πρώτη ύλη των παραγόμενων στο εργοστάσιό της προϊόντων τον αμιάντο, και ειδικότερα ίνες αμιάντου, ο οποίος είναι επιβλαβής για την υγεία και μπορεί να προκαλέσει στους εργαζομένους που απασχολούνται στην κατεργασία του σοβαρότατες ασθένειες, όπως η αμιάντωση και ενδεχομένως ο καρκίνος των βρόγχων και των πνευμόνων, καθώς και του γαστρεντερικού συστήματος. Σύμφωνα με την ανωτέρω Απόφαση η ανωτέρω ασθένεια του παθόντα, που αποτελεί εργατικό ατύχημα, οφείλετο σε αμέλεια της διοίκησης της εργοδότηριας επιχείρησης, η οποία δεν κατέβαλε την απαιτούμενη επιμέλεια, ώστε να διαρρυθμίσει τα σχετικά με τον

⁶⁷ <http://www.ika.gr/gr/infopages/asf/benefits/kind/home.cfm>

χώρο εργασίας και τις εκεί εγκαταστάσεις, ώστε να προστατεύεται η υγεία των εργαζομένων.

Ενδεικτικά αναφέρονται κάποιες ακόμα αποφάσεις. Δωρεάν φάρμακα στους αγρότες χορηγούνται βάσει της ΥΑ Α2γ//1978 (ΥΑ Α2γ/2828 ΦΕΚ Β 538 1978) ενώ στους ασφαλισμένους του ΟΓΑ με την ΥΑ 400//1983 (ΥΑ 400/326 ΦΕΚ Β 144 1983) και οι ασφαλισμένοι του Οίκου Ναύτου προμηθεύονται τα απαιτούμενα φάρμακα άνευ συμμετοχής με την ΥΑ 542//2008 (ΥΑ 5421.7/02/08 ΦΕΚ Β 92 2008). Επίσης δωρεάν φάρμακα για αντιμετώπιση χρόνιων παθήσεων παρέχονται και με την ΥΑ 7/0./199 (ΥΑ 7/οικ{845 ΦΕΚ Β 706 1990).

Επιπλέον με το ΠΔ 432/1983 στρατιωτικοί, λιμενικοί κλπ, αλλά και μέλη της οικογένειάς τους, δεν υποχρεούνται σε καμία συμμετοχή στις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης και στην προμήθεια φαρμάκων για νοσήματα μεταξύ αυτών και του καρκίνου. Ομοίως και για τους δημόσιους υπαλλήλους βάσει του ΠΔ 291/2001, ενώ βάσει του Ν 2920/2001 άρθρο 13 παρ.1 όσοι άμεσα ή έμμεσα ασφαλισμένοι Δημοσίου πάσχουν από νεοπλασματική ασθένεια και υποβάλλονται σε θεραπεία στο εξωτερικό, δεν καταβάλλουν συμμετοχή στις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης και ακόμα πιο συγκεκριμένα όταν ισχύουν τα προηγούμενα και σε υποβάλλονται σε μεταμόσχευση ήπατος στο εξωτερικό πάλι δεν συμμετέχουν οικονομικά βάσει του Ν 3106/2003 άρθρο 19 παρ.3.

Ο ΟΑΕΕ με την ΥΑ 35///1999 (ΥΑ 35/1385 ΦΕΚ Β 1814 1999)παρέχει στους ασφαλισμένους χωρίς συμμετοχή στη δαπάνη αγοράς όλα τα αναγκαία μέσα και αναλώσιμα υλικά μεταξύ άλλων και στους πάσχοντες από νεοπλάσματα. Τέλος με την ΥΑ 511//2007 (ΥΑ 51136 ΦΕΚ Β 1826 2007) που αφορά στον Κανονισμό Παροχών του Ταμείου Αλληλοβοήθειας Υπαλλήλων ΥΠΕΣΔΔΑ, για βαριά νοσήματα όπως ο καρκίνος χορηγείται χρηματική αρωγή μετά από αιτιολογημένη απόφαση του ΔΣ του Ταμείου, το ύψος της οποίας δεν δύναται να ξεπερνά τα 10.000,00 ευρώ.

Επίσης με πολλές Υπουργικές Αποφάσεις χορηγούνται αναλώσιμα υλικά σε καρκινοπαθείς με τις :ΥΑ φ.4//2007 (ΥΑ φ.40055/10210/1401 ΦΕΚ Β 2044 2007) του Κανονισμού ασφάλισης του Ειδ. Λογαριασμού Υγιεινής και Περίθαλψης για το ΤΣΕΥΠ, την ΥΑ 434//1993 (ΥΑ 434/1311 ΦΕΚ Β 22 1993) για τον Κανονισμό

Παροχών Ασθενείας του ΤΥΔΚΥ, την ΥΑ 35///1997 (ΥΑ 35/911 ΦΕΚ Β 506 1997) απευθυνόμενη στους ασφαλισμένους του ΤΕΒΕ, την ΥΑ 201//1992 (ΥΑ 201/702 ΦΕΚ Β 670 1992) για τον Κανονισμό Κλάδου Ασθενείας του ΤΕΑΠΑΛΠ.

Με το ΠΔ 225/1988: Τροπ.4.5/8.6.55 άρθρο 29 για το Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού της ΕΤΕ, την ΥΑ 2/1//2004 (ΥΑ 2/190/0094 ΦΕΚ Β 323 2004) του Κανονισμού Παροχών του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.), το ΠΔ 554/1977 άρθρο 23 για το Καταστατικό Τ.Α.Α.Π.Τ. Πίστεως, Γενικής και Αμερικαν Εξπρές, με την ΥΑ 632//1961 (ΥΑ 63280/Ι{728 ΦΕΚ Β 354 1961) για την τροποποίηση του Κανονισμού Παροχών Κλάδου Ασθενείας του ΙΚΑ και τέλος με το ΒΔ 08-//1955 άρθρο 29 (ΒΔ ΦΕΚ Α 146 1955) του Κλάδου ασθενείας ΤΑΕ-ΕΤΕ οι πάσχοντες από καρκίνο απαλλάσσονται κάθε συμμετοχής σε δαπάνες περίθαλψης.

7.2) Η Νομολογία των Ελληνικών Δικαστηρίων

Ένα ζήτημα που έχει αντιμετωπιστεί πολλές φορές από την Νομολογία μας είναι η ασφαλιστική κάλυψη των ασφαλισμένων όταν βρεθούν στο εξωτερικό. Τα περισσότερα ταμεία έχουν προβλέψει ειδικές διατάξεις με πανομοιότυπο περιεχόμενο προκειμένου να ρυθμίσουν το ανωτέρω ζήτημα. Ο ασφαλισμένος καλύπτεται από το ταμείο στο οποίο έχει ασφαλιστεί υπό τον όρο ότι συντρέχουν σωρευτικά οι παρακάτω προϋποθέσεις. Ειδικότερα:

- α) Να πρόκειται για έκτακτο περιστατικό που δικαιολογούσε την άμεση εισαγωγή στο νοσοκομείο, οπότε καταβάλλονται τα έξοδα νοσηλείας, οι αμοιβές των ιατρών, το αντίτιμο των φαρμάκων και η δαπάνη των παρακλινικών εξετάσεων.
- β) Αν δεν πρόκειται για έκτακτο περιστατικό αλλά η διάγνωση ή η θεραπεία του νοσήματος δεν είναι δυνατόν να γίνει στην Ελλάδα καταβάλλονται τα ίδια με την προηγούμενη περίπτωση έξοδα.
- γ) Αν η περίπτωση αφορά μεν σοβαρό νόσημα, αλλά δεν αφορά έκτακτο περιστατικό, ούτε μπορεί να υπαχθεί στις ανωτέρω περιπτώσεις, καταβάλλονται μόνο οι δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης και μόνον έως ένα συγκεκριμένο ποσό.

Σύμφωνα με την υπ' αριθμ. 492/1989 Απόφαση του ΣτΕ η νοσηλεία ασφαλισμένης του ΤΣΑΥ πάσχουσας από καρκίνο του μαστού στο εξωτερικό δεν είναι επείγουσα και δεν δικαιολογείται η μετάβαση της ασθενούς εκτός Ελλάδας, αναφέροντας ότι ο καρκίνος του μαστού δεν είναι επείγον περιστατικό, ότι η εγχείρηση μαστεκτομής είναι κοινή, μέσης βαρύτητας εγχείρηση, δύναται να πραγματοποιηθεί σε πολλά νοσοκομεία της Ελλάδας και ότι δεν είναι ποτέ επείγουσα. Ομοίως σύμφωνα με την πιο πρόσφατη υπ' αριθμ. 5421/1995 Απόφαση του ΣτΕ η νοσηλεία ασφαλισμένου του Δημοσίου πάσχοντος από καρκίνο της ουροδόχου κύστεως στο εξωτερικό δεν συνιστά έκτακτο περιστατικό και για τον λόγο αυτό καταβάλλονται στον ασφαλισμένο μόνον οι δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης και ως το πενταπλάσιο του ποσού για αντίστοιχη νοσηλεία στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα η παραπάνω Απόφαση έκρινε ότι ο εκκαλών μπορούσε, μετά την τοποθέτηση καθετήρα, να επιστρέψει στην Ελλάδα όπου και να υποβληθεί σε επέμβαση, δηλαδή ότι η περίπτωση του δεν συνιστούσε έκτακτο περιστατικό που δικαιολογούσε άμεση χειρουργική επέμβαση όταν μάλιστα ο ίδιος δεν ισχυρίστηκε με τις αιτήσεις του προς την Διοίκηση ότι η περίπτωση του δεν μπορούσε να αντιμετωπισθεί στην Ελλάδα λόγω έλλειψης κατάλληλων επιστημονικών μέσων ή ειδικών ιατρών, ώστε οι ισχυρισμοί του αυτοί να χρήζουν ειδικότερης αντιμετώπισης.

Αλλά και η πολύ πρόσφατη υπ' αριθμ. 1640/2008 Απόφαση του ΣτΕ η οποία αφορά την νοσηλεία ασφαλισμένης του ΤΕΒΕ στις Ηνωμένες Πολιτείες, πάσχουσας από καρκίνο του κόλπου, αναφέρει επίσης ότι είναι δυνατή η απόδοση των αυξημένων δαπανών για νοσηλεία στο εξωτερικό ακόμα και με την εκ των υστέρων έγκριση από τον Διοικητή του Ταμείου όταν η εκ των προτέρων χορήγησή της δεν ήταν εφικτή λόγω της συνδρομής εξαιρετικών περιστάσεων, όπως είναι η κατεπείγουσα ανάγκη για άμεση περίθαλψη σε χώρα του εξωτερικού, λόγω ατυχήματος ή αιφνίδιας εκδήλωσης ή επιδείνωσης νόσου κατά την διάρκεια της παραμονής στην χώρα αυτή, ή η επείγουσα μετάβαση σε χώρα του εξωτερικού, λόγω του ότι η υπάρχουσα πάθηση δεν διαγνώσθηκε ή δεν διαγνώσθηκε ορθώς στην Ελλάδα, ή προκειμένου να αποτραπεί αιφνίδιος και πραγματικός κίνδυνος της ζωής του ασφαλισμένου από ασθένεια μη αντιμετωπιζόμενη στην Ελλάδα ή της οποίας δεν ήταν δυνατή η αντιμετώπιση. Περαιτέρω η ανωτέρω απόφαση έκανε δεκτή την αναίρεση της ασθενούς δεχόμενη ότι το πρωτοβάθμιο δικαστήριο ορθώς έκρινε ότι από τα στοιχεία

της δικογραφίας δεν προέκυπτε ότι η πάθηση ήταν ήδη γνωστή σ' αυτήν προτού μεταβεί στις Η.Π.Α. και ότι η πάθηση αυτή δεν είχε επιδεινωθεί αιφνιδίως εκεί, ούτε ότι δεν υπήρχε ανάγκη επείγουσας εισαγωγής της σε νοσοκομείο ή ότι η ασφαλισμένη ήταν σε θέση να επιστρέψει στην Ελλάδα για θεραπεία.

Τέλος, πολύ ενδιαφέρουσα είναι και η υπ' αριθμ. 2519/2005 Απόφαση του ΣτΕ η οποία αφορά νοσηλεία ασφαλισμένου του ΤΣΕΥΠ στο εξωτερικό ο οποίος έπασχε από καρκίνο του λάρυγγα. Η προσβαλλόμενη απόφαση έχει δεχθεί ότι όπως συνάγεται από γνωμάτευση της υγειονομικής επιτροπής του Ταμείου, καθώς και από τα λοιπά στοιχεία της δικογραφίας, ο ασφαλισμένος, γνωρίζοντας την κατάσταση της υγείας του, όπως και τη γνώμη των Ελλήνων ιατρών, ότι «η μεγάλη του ηλικία καθιστούσε προβληματική και πιθανόν επικίνδυνη μια ενδεχόμενη χειρουργική επέμβαση της αφαίρεσης όγκου», και δεδομένου ότι, όταν προσεβλήθη από καρκίνο του λάρυγγα, ήταν ήδη άνω των 80 ετών, μετέβη στις ΗΠΑ, με τον σκοπό, ακριβώς, να υποβληθεί εκεί στη χειρουργική επέμβαση που θεωρούσε πως ήταν αναγκαία για την αντιμετώπιση νόσου, όπως επίσης και ότι η μετάβασή του, κατά τα ανωτέρω, στις ΗΠΑ, χωρίς να έχει τηρηθεί η διαδικασία προεγκρίσεως, δεν δύναται να θεωρηθεί ως οφειλόμενη σε έκτακτο και επείγον περιστατικό, καθόσον αναχώρησε για τις ΗΠΑ στις 4/7/1991 και υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση στις 29/7/1991. Με τα δεδομένα αυτά, το Διοικητικό Εφετείο έκρινε ότι δεν συντρέχει περίπτωση εφαρμογής των διατάξεων της 3^{ης} περιπτώσεως της παραγράφου 7 του άρθρου 11 του Κανονισμού του Κλάδου Υγιεινής και Περίθαλψης του Ταμείου και αποδόσεως και της επίδικης δαπάνης νοσηλείας του εν λόγω ασφαλισμένου στο εξωτερικό, κατά τα χρονικά διαστήματα από την 29^η/7/1991 έως και την 14^η/8/1991 και από 14^η/9/1991 έως και την 1^η/10/1991. Το Διοικητικό Εφετείο, αφού εκτίμησε τη γνωμάτευση της υγειονομικής επιτροπής και τα υπόλοιπα στοιχεία του φακέλου, δέχθηκε ότι ο ασθενής πήγε στις ΗΠΑ με σκοπό να χειρουργηθεί για πάθηση, η οποία, είχε διαγνωσθεί στην Ελλάδα και άρα δεν επρόκειτο για αιφνίδια εκδήλωση της νόσου εκεί, ενώ από την συσχέτιση του χρόνου μεταβάσεως τούτου στις ΗΠΑ και του χρόνου εγχειρίσεώς του, συνάγεται ότι λείπει ο παράγων της αμεσότητας της γενομένης επεμβάσεως, προς τον οποίον συναρτάται το αιφνίδιο της εκδηλώσεως της νόσου. Περαιτέρω, όπως δέχθηκε η υγειονομική επιτροπή η οξεία πνευμονία εκδηλώθηκε μετά την πραγματοποίηση της ανωτέρω εγχειρίσεως, της οποίας ήταν

απότοκος και σε χρόνο κατά τον οποίο ο ασθενής βρισκόταν ακόμη στις ΗΠΑ και έτσι δεν υφίσταται περίπτωση συνδρομής των προϋποθέσεων του αιφνιδίου της εκδηλώσεως της νόσου του καρκίνου του λάρυγγα στο εξωτερικό με αποτέλεσμα ο 1^{ος} λόγος αναίρεσης να απορριφθεί ως αβάσιμος. Λόγω, όμως, εμφανίσεως της νόσου αυτής το πρώτον στις ΗΠΑ, όπου αυτός είχε μεταβεί, κατά τα εκτεθέντα, προκειμένου να χειρουργηθεί στο λάρυγγα, υπάρχει ειδικώς για την πάθηση αυτή (οξεία πνευμονία) στάδιο εφαρμογής της 3^{ης} περίπτωσης της παραγράφου 7 του άρθρου 11 του Κανονισμού Υγιεινής και Περιθαλψής του ΤΣΕΥΠ και συνεπώς, πρέπει να γίνει δεκτός ο 2^{ος} λόγος αναίρεσεως, με τον οποίο πλήττεται η αιτιολογία της προσβαλλομένης αποφάσεως, όσον αφορά στην πάθηση της οξείας πνευμονίας. Για τον ως άνω αναλυθέντα λόγο η κρινομένη αίτηση πρέπει να γίνει δεκτή κατά το μέρος που αναφέρεται στην εμφάνιση στην αλλοδαπή της παθήσεως της οξείας πνευμονίας και κατά τα λοιπά πρέπει να απορριφθεί.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει και η υπόθεση του Θεαγένειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, το οποίο περιλαμβάνεται από κοινού με το Νοσοκομείο Μεταξά στον Πειραιά και τον Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας» στην Αθήνα στα αντικαρκινικά νοσοκομεία. Η υπόθεση αυτή, μας προσφέρει πολλά επιχειρήματα προκειμένου να χαρακτηρίζουμε τους πάσχοντες από καρκίνο, χρόνια ασθενείς. Επιπλέον αναλύεται εξαιρετικά διεξοδικά η κάλυψη των καρκινοπαθών όταν νοσηλεύονται στο εξωτερικό αφού υπάρχουν πολλές υποθέσεις από ασφαλισμένους διαφορετικών Ταμείων που έχουν απασχολήσει τα ελληνικά Δικαστήρια.

Σύμφωνα λοιπόν με την υπ' αριθμ. 1862/1988 Απόφαση του Μονομελούς Πρωτοδικείου Θεσσαλονίκης η οποία έκρινε εσφαλμένως ότι το προσωπικό το οποίο απασχολείται σε ιδρύματα αντιμετώπισης χρόνιων παθήσεων δικαιούται το επίδομα ειδικών συνθηκών και επιπόνου εργασίας και δεν συμψηφίζεται με το αντικαρκινικό επίδομα το οποίο χορηγείται σε εργαζομένους στα Νοσοκομεία νοσηλείας καρκινοπαθών. Συγκεκριμένα από τη διάταξη του άρθρου 44 του νόμου 1193/1981 «περί της εξ αφορισίων νόσων προστασίας και ρυθμίσεως συναφών θεμάτων», προκύπτει ότι στο πάσης φύσεως προσωπικό των Κέντρων Περιθάλψεως Παίδων του ΠΚΠΑ καθώς και των Ιδρυμάτων χρόνιων παθήσεων Ν.Π.Δ.Δ., χορηγείται επίδομα ειδικών συνθηκών και επιπόνου εργασίας εκ ποσοστού 40% επί του καταβαλλομένου

μηνιαίου βασικού μισθού. Από τη διάταξη αυτή προκύπτει ότι το επίδομα αυτό χορηγείται σε όλο το προσωπικό των Ιδρυμάτων χρόνιων παθήσεων Ν.Π.Δ.Δ., ανεξάρτητα από τη φύση των παρεχομένων υπηρεσιών ή τη νομική φύση της σύμβασης εργασίας, ως ιδιωτικού ή δημοσίου δικαίου. Τέτοια ιδρύματα είναι εκείνα στα οποία κατά κύριο λόγο παρέχεται μακροχρόνια νοσηλεία σε άτομα που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, δηλαδή νοσήματα που είτε είναι δυσίατα και διαρκούν περισσότερο του έτους, είτε οι εκδηλώσεις τους διατηρούνται εφ' όρου ζωής. Την επιμέλεια δε και φροντίδα των παραπάνω ατόμων, που πολλές φορές δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν, αναλαμβάνει το προσωπικό των παραπάνω Ιδρυμάτων Ν.Π.Δ.Δ., που για αντιστάθμισμα των ειδικών αυτών συνθηκών και της επίπονης και αυξημένης εργασίας χορηγείται το ειδικό αυτό επίδομα.

Όπως αναφέρεται παραπάνω, ιδρύματα χρόνιων παθήσεων είναι εκείνα στα οποία κατά κύριο λόγο παρέχεται μακροχρόνια νοσηλεία σε άτομα που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, δηλ. νοσήματα που είτε είναι δυσίατα και διαρκούν περισσότερο του έτους, είτε οι εκδηλώσεις τους διατηρούνται εφ' όρου ζωής. Όπως είναι γνωστό ο καρκίνος μπορεί να εκδηλωθεί με περισσότερες από μία μορφές (λ.χ. υπερβολική αύξηση ορισμένων κυττάρων, όγκοι κλπ.) είναι κατά κανόνα ανίατος -ειδικά όταν πρόκειται για κακοήθεις όγκους- αλλά επί πλέον, όταν ορισμένες μορφές του είναι ιάσιμες (π.χ. με ακτινοβολία) απαιτεί για την ίασή του αρκετό χρόνο. Συνεπώς τα βασικά χαρακτηριστικά του καρκίνου είναι η υπερβολική διάρκεια του χρόνου θεραπείας και το υψηλό βαθμού ενδεχόμενο να προσβληθούν και τα άλλα μέρη του οργανισμού. Πρέπει ακόμα να διευκρινισθεί ότι ο όρος ίαση, στην περίπτωση του καρκίνου, δεν εμφανίζεται με την κοινώς γνωστή έννοια της οριστικής και ριζικής αντιμετώπισης μιας πάθησης, μετά την οποία ο οργανισμός ξαναβρίσκει τη φυσιολογική του λειτουργία, αφού είναι γνωστό ότι και μετά από μερικά χρόνια μπορεί να παρουσιάσει μεταστάσεις. Επομένως, ο καρκίνος αποτελεί, ως επί το πλείστο, χρόνια πάθηση, διότι με την επιφύλαξη εξαιρέσεων, δεν εμφανίζεται σε οξεία μορφή και δεν οδηγεί στον θάνατο πριν ή παρεμβληθεί το στάδιο της μακρόχρονης θεραπευτικής αγωγής και της συνεχούς ιατρικής παρακολούθησης.

Άλλωστε βάσει των αρχών της Γενικής Παθολογίας, τα νεοπλάσματα περιλαμβάνονται στις χρόνιες παθήσεις και στα χρόνια νοσήματα διότι:

α) τα καλοήγη νεοπλάσματα όλων των συστημάτων και όλων των οργάνων ακόμα και μετά τη χειρουργική αντιμετώπισή τους, είναι δυνατό να προκαλέσουν χρόνια πάθηση ή αναπηρία και

β) τα κακοήγη νεοπλάσματα όλων των οργάνων και όλων των συστημάτων, ακόμα και μετά, εφ' όσον είναι δυνατή, η τοπική αφαίρεση της αρχικής εστίας αυτών, πρέπει να περιλαμβάνονται στα χρόνια νοσήματα διότι: σε καμία περίπτωση δεν αποκλείεται, τουναντίον μάλιστα, ο σοβαρός κίνδυνος χρόνιας, βραδείας, προοδευτικής και εξελικτικής πορείας αυτών, μέχρι της εμφάνισης τοπικών υποτροπών ή μεταστάσεων και την πιθανή κατάληξη στη νεοπλασματική καχεξία.

Τέλος, το ανωτέρω επίδομα δεν δύναται να συμψηφισθεί με το αντικαρκινικό επίδομα, ποσοστού 10% επί του βασικού μισθού, το οποίο χορηγήθηκε στο προσωπικό των αντικαρκινικών νοσοκομείων με τη με την υπ' αριθμ. 2/1982 απόφαση του Δ.Δ.Δ.Δ. Πειραιά διότι το αντικαρκινικό επίδομα το οποίο χορηγήθηκε, με την παραπάνω απόφαση, προφανώς ως αντιστάθμισμα για την καθημερινή καταπόνηση (ψυχική και σωματική) την οποία υφίστανται οι εργαζόμενοι σε αντικαρκινικό νοσοκομείο, όπου εκτίθεται και σε υψηλές και βλαπτικές ακτινοβολίες, χημειοθεραπείες κλπ., ενώ το επίδομα ειδικών συνθηκών και επιπόνου εργασίας είναι γενικό, το οποίο χορηγήθηκε γενικά σε όλα τα Ιδρύματα χρόνιων παθήσεων και δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι αποτελεί «αντίστοιχο ειδικό επίδομα», με το αντικαρκινικό και να συμψηφισθεί με αυτό.

Ωστόσο την ανωτέρω απόφαση εξαφάνισε η υπ' αριθμ. 148/1989 Απόφαση του Εφετείου Θεσσαλονίκης η οποία έκρινε ότι η νοσηλεία όπως και η παροχή θεραπευτικής αγωγής στο συγκεκριμένο νοσηλευτικό ίδρυμα παρά το γεγονός ότι αφορά νόσημα (καρκίνο) που χαρακτηρίζεται σαν χρόνια, δεν συνιστά την έννοια της περίθαλψης η οποία περιλαμβάνει την επιμέλεια και φροντίδα σε άτομα με χρόνιες ασθένειες ή αναπηρίες από τις οποίες δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν και να εκπληρώσουν τις στοιχειώσεις ανάγκες τους όπως οι πνευματικά και σωματικά ανάπηροι και οι τετραπληγικοί. Το δευτεροβάθμιο Δικαστήριο έκρινε ότι μόνη η νοσηλεία και παροχή θεραπευτικής αγωγής σε ασθενείς που πάσχουν από ασθένειες

χαρακτηριζόμενες σαν χρόνιες δεν αρκεί για να δικαιολογήσει την παροχή του επίδικου επιδόματος στους εργαζόμενους σε ιδρύματα που παρέχουν τις υπηρεσίες αυτές, διότι εκτός από το καρκίνο χρόνιες επίσης ασθένειες θεωρούνται επιστημονικά και άλλες 100 περίπου, μεταξύ των οποίων ο σακχαρώδης διαβήτης, η αρτηριακή υπέρταση, οι νεφροπάθειες και άλλες, και ασθενείς με χρόνιες τέτοιες ασθένειες νοσηλεύονται σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας στις ειδικές κλινικές που διαθέτουν αυτά. Έτσι όμως η διασταλτική ερμηνεία της διάταξης του άρθρου 44 του νόμου 1193/1981, θα είχε σαν συνέπεια να θεωρούνται σαν Ιδρύματα Χρόνιων Παθήσεων όλα τα νοσοκομεία της χώρας, αφού και σ' αυτά νοσηλεύονται ασθενείς με χρόνιες ασθένειες, πράγμα όμως που θα ξεπερνούσε το σκοπό του νομοθέτη που ήταν να χορηγηθεί το επίδομα αυτό στο προσωπικό των νοσοκομείων (Ν.Π.Δ.Δ.) που παρέχει χρόνια περίθαλψη με την έννοια και της επιμέλειας και φροντίδας για τις προσωπικές στοιχειώδεις ανάγκες των ασθενών όχι δε γενικά στο προσωπικό νοσοκομείων όπου παρέχεται νοσηλεία και θεραπευτική αγωγή σε ασθενείς που πάσχουν απλά από χρόνιες ασθένειες. Η παροχή αυτή χρόνιας περίθαλψης πρέπει να είναι ιδρυματική, δηλαδή να προβλέπεται από το σκοπό του Ιδρύματος, όπως συμβαίνει στα ψυχιατρεία, ή στο άσυλο ανιάτων και στα ιδρύματα του ΠΚΠΑ, γεγονός το οποίο δεν ισχύει στο ανωτέρω θεραπευτήριο αφού τέτοιου είδους διάταξη δεν υφίσταται στην ιδρυτική πράξη αυτού. Άλλωστε όπως ανωτέρω αναλύθηκε η ελληνική πολιτεία χορηγεί στο προσωπικό των αντικαρκινικών νοσοκομείων το αντικαρκινικό επίδομα. Ωστόσο το συγκεκριμένο επίδομα χορηγήθηκε ως αντιστάθμισμα για την καθημερινή καταπόνηση (ψυχική και σωματική) την οποία υφίστανται οι εργαζόμενοι σε αντικαρκινικά νοσοκομεία, όπου εκτίθεται και σε υψηλές και βλαπτικές ακτινοβολίες, χημειοθεραπείες κλπ. Κατά της απόφασης του Δευτεροβάθμιου Δικαστηρίου ασκήθηκε αναίρεση ενώπιον του Αρείου Πάγου αλλά το ανώτατο Δικαστήριό μας εξέδωσε την υπ' αριθμ. 255/1990 Απόφαση με την οποία επικύρωσε την απόφαση του Εφετείου Θεσσαλονίκης για τους λόγους που αναλύονται παραπάνω.

Τέλος μία ακόμη πολύ σπουδαία απόφαση που εξέδωσαν τα ελληνικά Δικαστήρια. Πρόκειται για την υπ' αριθμ. 391/2008 Απόφαση του Διοικητικού Εφετείου Πειραιά η οποία δέχεται τη θεμελίωση της ευθύνης του νοσοκομείου ιατρός του οποίου νοσήλευσε τον παθόντα ο οποίος έπασχε από εξωκοιλιακό καλοήγη δεσμοειδή όγκο.

Για την αντιμετώπιση των υποτροπών υπέστη ακρωτηριασμό στο ένα πόδι από το μηρό σε ηλικία 18 ετών και όταν υποτροπίασε πάλι συστήθηκε η μεταφορά του στο εξωτερικό. Κατά τη γνώμη των ιατρών του εξωτερικού ο ασθενής δεν έπρεπε να υποβληθεί σε ακρωτηριασμό αφού ο όγκος ήταν καλοήθης πριν εφαρμοστούν ηπιότερες μέθοδοι ενδεδειγμένες και εφαρμοζόμενες διεθνώς και έτσι το Δικαστήριο επιδίκασε ηθική βλάβη 450 χιλιάδων ευρώ.

8) Το Ζήτημα της Ευθανασίας

Την εποχή αυτή το ζήτημα της ευθανασίας είναι πιο επίκαιρο από ποτέ λόγω της τεχνολογικής προόδου, εξ' αιτίας της οποίας είναι περισσότερο από εφικτή η τεχνητή παράταση της ζωής, αλλά και λόγω της αυξημένης σημασίας που έχουν λάβει οι έννοιες της προστασίας της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και της αυτονομίας ως δυνατότητα. Από μια περισσότερο φιλοσοφική κι όχι νομική άποψη, αν θέταμε κάποια ερωτήματα ίσως να βοηθούσε στο να γίνει πιο κατανοητό αυτό το ζήτημα. Για παράδειγμα αν αναρωτηθεί κανείς τι αξία έχει μια ζωή χωρίς προοπτική, εάν η ευθανασία ταυτίζεται με έναν οποιοδήποτε θάνατο, ή αν τελικά μπορεί κανείς να ταυτίσει την ιατρική πράξη προς ανακούφιση με την ανθρωποκτονία εκ προθέσεως, τότε ίσως να είναι πιο εύκολο να πάρει κανείς θέση.⁶⁸

Είναι εξαιρετικά δύσκολο να μπει κανείς στη διαδικασία να εξετάσει την οπτική όσων τίθενται υπέρ και υποστηρίζουν το δικαίωμα για αυτοδιάθεση, όταν σκεφτεί το έννομο αγαθό της ζωής. Είναι γεγονός ότι όσοι αντιτίθενται στη νομιμοποίηση της ευθανασίας έχουν ισχυρότερα επιχειρήματα όπως ότι δεν είναι δυνατόν να υπάρχει αντίφαση μέσα στα πλαίσια της ίδιας έννομης τάξης. Επιμένουν στην αισιόδοξη σκέψη της προόδου της ιατρικής και της φαρμακευτικής που μπορούν μαζί με τη βοήθεια άλλων παραγόντων να κάνουν θαύματα σε καταστάσεις που φαίνονταν μη αναστρέψιμες. Επιπλέον υποστηρίζουν ότι η αδυναμία αντιστρεψιμότητας της κατάστασης σε περίπτωση που μετά την αφαίρεση της ζωής βρεθεί θεραπεία στη μέχρι πρότινος ανίατη ασθένεια συνηγορεί στη μη νομιμοποίηση της ευθανασίας. Εκτός αυτών διατυπώνεται η άποψη ότι δεν υπάρχει αντικειμενικός τρόπος για τη μέτρηση ή κρίση των ισχυρισμών του ασθενούς ότι τα βάσανά του είναι ανυπόφορα.

⁶⁸ Χρυσανθάκης Χ. (2007), *Μεταξύ Ζωής και Θανάτου – Το Δικαίωμα στη Ζωή Υπό το Φως της Νομολογίας του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου*, σελ 130

Όλα τα παραπάνω ενισχύει έρευνα που έγινε σε κέντρο όπου καταφεύγουν ασθενείς προς κατάληξη της ζωής τους και είχαν ζητήσει ευθανασία. Υποστηρίζεται ότι όλοι τελικά ήθελαν να ζήσουν όταν βρήκαν παρηγορητική αγωγή και ψυχολογική στήριξη για να αντιμετωπίσουν την κατάστασή τους. Η επιθυμία αυτοκαταστροφής δεν είναι πολλές φορές παρά ένας τρόπος να κεντρίσει κανείς το ενδιαφέρον των άλλων με απώτερο σκοπό το ακριβώς αντίθετο από το φερόμενο ως επιθυμητό, την επανακοινωνικοποίηση δηλαδή. Επιπλέον η άσκηση του δικαιώματος στο θάνατο εμπεριέχει σοβαρούς κινδύνους καταχρήσεων, ιδίως όταν πρόκειται για ετεροπροσβολή και ακόμα περισσότερο όταν η βούληση για την αυτοκαταστροφή δεν δηλώνεται ρητά αλλά τεκμαίρεται.⁶⁹

Σκόπιμο σ' αυτό το σημείο είναι να θυμηθούμε την ιστορία της Ελουάνα Ινγκλόντ από την Ιταλία, στις αρχές του 2009. Από το 1992, βρισκόταν σε παρατεταμένο κώμα οπότε και δεν μπορούσε να εκφράσει καμία επιθυμία με κανένα τρόπο. Οι γιατροί απέκλεισαν οποιαδήποτε προοπτική ανάκαμψης και έτσι ο πατέρας της διεκδίκησε το δικαίωμά της να πεθάνει με αξιοπρέπεια διακόπτοντας την τεχνητή παράταση της ζωής της κόρης του. Ο ιταλικός Άρειος Πάγος έκανε δεκτό το αίτημά και οι γιατροί πρόέβησαν σε διακοπή της θεραπείας (παθητική ευθανασία). Επέτρεψε μάλιστα να διακοπεί και η τροφή και το νερό και αυτός είναι ένας από τους δύο λόγους, για τους οποίους του ασκήθηκε κριτική. Εδώ λοιπόν η επιθυμία της κοπέλας εικάζεται, δεν δηλώνεται ρητά αλλά δεν φαίνεται να υπάρχει άλλη λύση.⁷⁰

Όταν μιλάμε για δυνατότητες κατάχρησης από συγγενείς, ιατρούς και νοσηλευτές, αναφερόμαστε και στη δυνατότητα των ασφαλιστικών εταιρειών και ταμείων, που θα ασκούν ψυχολογική πίεση σε ασθενείς καταπονημένους αλλά και ευάλωτους σε προσωπικό και οικονομικό επίπεδο. Σε ό,τι αφορά τους, αναμφισβήτητα υπαρκτούς, κινδύνους κατάχρησης, η ισχυρότερη αποτρεπτική εγγύηση είναι να καταστηθούν διαφανείς οι ιατρικές αποφάσεις για το τέλος της ζωής. Αυτό σημαίνει εστίαση της προσοχής στη συναίνεση του ασθενούς. Με άλλα λόγια δεχόμαστε τη συναίνεση του ασθενή μόνο για ένα σύνολο ιατρικών ενεργειών και το αντίθετο, την άρνηση δηλαδή την παραβλέπουμε.

⁶⁹ Κατρούγκαλος Γ. (1993), *Το Δικαίωμα στη Ζωή και στο Θάνατο*, σελ 112

⁷⁰ <http://cecl2.blogspot.com/2009/02/11.html>

Τέλος οι πολέμιοι της ευθανασίας, κυρίως της ενεργητικής, αντιτάσσουν τις δυνατότητες της σύγχρονης ιατρικής, ως επιστήμη που προσφέρει επαρκή φροντίδα απάλυνσης του πόνου (palliative care) και επιμελής περίθαλψη στους βαριά άρρωστους. Ορισμένοι μάλιστα, απαξιώνουν και τις δύο μορφές ευθανασίας, υποστηρίζοντας ότι, όταν σκοπός μιας ιατρικής απόφασης είναι η επίσπευση του θανάτου, το ουσιαστικό ηθικό και πρακτικό περιεχόμενο είναι το ίδιο.

Από την άλλη, οι υποστηρικτές της νομιμοποίησης δέχονται ότι τα κριτήρια και οι προϋποθέσεις της πρακτικής εφαρμογής θα πρέπει να είναι αυστηρά και συγκεκριμένα. Θα πρέπει να υπάρξει μια εύκαμπτη νομοθετική ρύθμιση που θα λαμβάνει υπόψη της, τις κοινωνικές συνθήκες, καθώς και τις εξειδικευμένες περιπτώσεις που κάθε φορά οι γιατροί θα καλούνται να αντιμετωπίσουν. Στην περίπτωση αυτή λοιπόν ένα άλλο θέμα είναι ποιοί θα είναι αυτοί που θα κρίνουν περιπτώσεις ευθανασίας και με ποιο τρόπο θα ελέγχονται. Πολλοί λένε ότι κατάλληλοι γι' αυτό είναι γιατροί και δικαστές και ακόμα περισσότεροι είναι αυτοί που υποστηρίζουν ότι είναι οι πλέον ακατάλληλοι λόγω της διαφθοράς που έχει εμφανιστεί στους κλάδους αυτούς.

8.1) Τα Είδη της Ευθανασίας

Η ευθανασία διακρίνεται στην παθητική και στην ενεργητική με κριτήριο τη μορφή παρέμβασης στην αγωγή του πάσχοντος. Παθητική ευθανασία έχουμε όταν περιορίζεται στο ελάχιστο η ιατρική συμβολή ούτως ώστε να επιταχυνθεί ο θάνατος του ασθενή. Στην παθητική ευθανασία ο ασθενής αφήνεται στη μοίρα του, δηλαδή δεν επιχειρείται ούτε παρατείνεται μια ιατρική αγωγή που θα συνέβαλε στη διατήρηση της ζωής του. Στην προκειμένη των περιπτώσεων μπορούμε να διακρίνουμε τα εξής τρία πιθανά ενδεχόμενα. Αρχικά, την περίπτωση ο ίδιος ο ασθενής να αρνείται την έναρξη ή τη συνέχιση της αγωγής. Σε δεύτερη φάση έχουμε το ενδεχόμενο ο ασθενής ή οι συγγενείς του να ζητούν την υιοθέτηση της αγωγής.

Αυτό σημαίνει ότι ενώ οι παραπάνω επιθυμούν την παράταση της ζωής του ασθενούς με κάθε θεραπευτικό μέσο, ο γιατρός το θεωρεί περιττό παρά το γεγονός ότι είναι

υποχρεωμένος να καταβάλλει κάθε προσπάθεια να ανακόψει την εξέλιξη προς το θάνατο. Τελευταία περίπτωση είναι αυτή της αδυναμίας του ασθενή να εκφράσει έγκυρα τη βούλησή του.⁷¹

Ενεργητική έχουμε όταν με πράξη μόνο και όχι παράλειψη, επέρχεται ο θάνατος του ασθενή εξ' αιτίας αυτής. Με άλλα λόγια, ο γιατρός δεν περιμένει να επέλθει το μοιραίο, επισπεύδει την έλευσή του, ανεξάρτητα από το αν υπάρχουν περιθώρια ανακουφιστικής αγωγής. Για να καλύψουμε όλες τις πιθανές περιπτώσεις σκόπιμο είναι να αναφερθούμε και στα άλλα είδη ευθανασίας. Ως γνήσια ή κυρίως ευθανασία ορίζεται η παροχή βοήθειας πριν το θάνατο για ανώδυνο θάνατο, χωρίς να προκαλεί σύντμηση της ζωής.⁷²

Ως έμμεση ενεργητική ευθανασία νοείται κάθε πράξη που ενδείκνυται από την ιατρική επιστήμη για την ανακούφιση του πόνου ή ακόμα και την παράταση ζωής με τη σημαντική παρενέργεια της πρόκλησης θανάτου σε μικρά ή μεγάλα ποσοστά ανάλογα με την εκάστοτε περίπτωση.⁷³

Η συμμετοχή σε αυτοκτονία δεν θεωρείται φυσικά είδος ευθανασίας, αφού ο ίδιος ο ασθενής προκαλεί το θάνατό του με την τελευταία μάλλον ενέργεια του. Είναι μια περίπτωση που συμβαίνει συχνότερα από όσο διαπιστώνεται και καταγράφεται επίσημα.

8.2) Η Ζωή και ο Θάνατος ως Συνταγματικά Ζητήματα

Κάποιοι υποστηρίζουν ότι η ευθανασία όταν τελείται με τη συγκατάθεση ασθενούς που εκφράζεται με απόλυτη σαφήνεια και υπό όρους πνευματικής διαύγειας, δεν παραβιάζει το δικαίωμα στη ζωή.⁷⁴ Το Σύνταγμα μιλάει για την αξία του ανθρώπου και την προστασία της ζωής. Κανείς δεν μπορεί να παραιτείται από τα δικαιώματα

⁷¹ Χρυσανθάκης Χ. (2007), *Μεταξύ Ζωής και Θανάτου – Το Δικαίωμα στη Ζωή Υπό το Φως της Νομολογίας του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου*, (Συμμεων κασταν)σελ 148-149

⁷² Βλ. όπ.π. σελ 138

⁷³ Βλ. όπ.π. σελ 144

⁷⁴ Χρυσανθάκης Χ. (2007), όπ.π. σελ 29

αυτά. Από την άλλη πολλοί υποστηρίζουν ότι στο Σύνταγμα κατοχυρώνεται το δικαίωμα στο θάνατο, το οποίο προκύπτει από το άρθρο 5 παρ 1 του Συντ. όπου προστατεύεται το δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού του ατόμου.⁷⁵ Η ζωή ως συνταγματική αξία προστατεύεται και αποτελεί αυτονόητο δικαίωμα μέσω της άσκησης του οποίου γίνεται εφικτή η απόλαυση όλων των υπολοίπων. Το δικαίωμα κατοχυρώνεται σε όλα τα σημαντικά διεθνή κείμενα όπως η Οικουμενική Διακήρυξη των δικαιωμάτων του Ανθρώπου και το Διεθνές Σύμφωνο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα. Άλλα διεθνή κείμενα είναι επίσης η Διακήρυξη των θεμελιωδών δικαιωμάτων και ελευθεριών του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου του 1989, η Αμερικανική Σύμβαση για τα δικαιώματα του Ανθρώπου, η Αφρικανική Χάρτα των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου κ.ά.

Στη χώρα μας είναι γνωστό ότι η ευθανασία απαγορεύεται όχι μόνο από το Σύνταγμα αλλά και από τον Κώδικα άσκησης ιατρικού επαγγέλματος και ιατρικής δεοντολογίας, σύμφωνα με τον οποίο ο γιατρός δεσμεύεται να εξαντλήσει όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια πριν ακολουθήσει μια ανακουφιστική αγωγή. Από αυτό προκύπτει ότι στην περίπτωση μιας σοβαρής και ανίατης ασθένειας που καμιά συμβατική ή πειραματική αγωγή δεν μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή, τότε ο γιατρός οφείλει να ανακουφίσει τον ασθενή αφήνοντάς τον να πεθάνει χωρίς φυσικά να το έχει επιδιώξει.⁷⁶ Η παθητική ευθανασία, όμως κατοχυρώνεται έμμεσα στην Ελλάδα από το 1992 που αναγνωρίστηκε η άρνηση αγωγής με το άρθρο 47 του ν. 2071. Έξι χρόνια αργότερα, το 1998 κατοχυρώθηκε και στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοϊατρική. Ο σύγχρονος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας άλλωστε προβλέπει ότι ο κάθε γιατρός μπορεί να προβεί σε ιατρική πράξη χωρίς πριν να πάρει τη συγκατάθεση του ασθενούς μόνο στην περίπτωση που ο τελευταίος δεν μπορεί να τη δώσει. Επίσης ορίζει με σαφήνεια άδικες τις πράξεις που επισπεύδουν το θάνατο και μάλιστα το άρθρο 29 αναφέρεται στις ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής.

⁷⁵ Κατρούγκαλος Γ. (1993), *Το Δικαίωμα στη Ζωή και στο Θάνατο*, σελ 83.

⁷⁶ Χρυσανθάκης Χ. (2007), *όπ.π.* σελ 129

Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες η ευθανασία αποτελεί άδικη πράξη και τιμωρείται από το νόμο. Στο Βέλγιο και την Ολλανδία από το 2002 με ειδική νομοθεσία επιτρέπεται υπό προϋποθέσεις.⁷⁷ Το 2005 στη Γαλλία αναγνωρίστηκε ρητά με ειδικό νόμο το δικαίωμα κάθε ανθρώπου να αρνηθεί θεραπευτική αγωγή ακόμα και αν απειλείται άμεσα η ζωή του. Αφορμή στάθηκε ο θάνατος του 18χρονου Ιμπέρ που μετά από ατύχημα μπορούσε να ακούει, να σκέφτεται και να κουνάει ένα του δάχτυλο. Έτσι εξέφρασε και την επιθυμία του να πεθάνει. Όλο το υπόλοιπο σώμα του ήταν παράλυτο και σχεδόν όλα του τα ζωτικά όργανα είχαν καταστραφεί. Κανείς ούτε οι γιατροί ούτε ο Πρόεδρος της Γαλλικής Δημοκρατίας μπόρεσε να τον βοηθήσει. Έτσι η μητέρα του, προσπαθώντας να λυτρώσει το γιο της, του έδωσε μεγάλη δόση υπνωτικών. Απέβη άκαρπη όμως γιατί ο νεαρός δεν πέθανε, έπεσε σε κώμα. Αρχικά οι γιατροί προσπάθησαν να τον κρατήσουν στη ζωή, μετά από λίγες μέρες όμως σταμάτησαν να του χορηγούν οξυγόνο και έτσι επήλθε ο θάνατός του.

Στην χώρα μας κατοχυρώνεται από το ισχύον δίκαιο η υποχρέωση των επαγγελματιών υγείας να σέβονται τη βούληση του ασθενούς, οπότε η σωστή ερμηνεία των κανόνων δικαίου, η συνετή εφαρμογή των μορφών ευθανασίας που δεν είναι αξιόποινες και η ανάπτυξη ενός κοινωνικού διαλόγου μπορούν να συμβάλλουν στην αποφυγή νομοθετικής ρύθμισης του θέματος ή έστω στην αναβολή της.

Το δικαίωμα στη ζωή περιγράφεται ως απόλυτο και στον αντίποδα δεν υπάρχει δικαίωμα στο θάνατο εξ' αιτίας του απόλυτου χαρακτήρα του δικαιώματος στη ζωή, της ύπαρξης αντίθετου δημόσιου συμφέροντος και εξ' αιτίας της αντίθεσής του με τα χρηστά ήθη.⁷⁸ Στο ελληνικό νομικό πλαίσιο δεν υπάρχει κατοχύρωση συνταγματικού δικαιώματος στο θάνατο. Πολλοί είναι αυτοί που υποστηρίζουν ότι θα πρέπει να υπάρξει μελλοντικά με πολλές επιφυλάξεις και περιορισμούς ωστόσο.

Η ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας κατά το άρθρο 5 παρ. 1 Συντ. θεμελιώνει το δικαίωμα του καθένα να εξουσιάζει το σώμα του και να το χρησιμοποιεί, όπως θέλει. Βάσει αυτού, η αυτοπροσβολή αναγνωρίζεται, υπό προϋποθέσεις, ως συνταγματικό δικαίωμα, ως εκδήλωση της προσωπικότητάς του ατόμου και της

⁷⁷ Χρυσανθάκης Χ. (2007), *όπ.π.*, σελ 140

⁷⁸ Κατρούγκαλος Γ. (1993), *Το Δικαίωμα στη Ζωή και στο Θάνατο*, σελ 74

καλούνται μεταξύ άλλων να λάβουν μέτρα που περιορίζουν την έκθεση των πολιτών σε καρκινογόνους παράγοντες, είτε αυτοί είναι το κάπνισμα, είτε είναι περιβαλλοντικοί, χημικοί και βιολογικοί. Καλούνται επίσης να διαθέσουν κεφάλαια γι' αυτό το σκοπό, να προβούν στην έγκριση εθνικών χαρτών δικαιωμάτων των ασθενών, να εφαρμόσουν προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου, να βελτιώσουν στο μέγιστο δυνατό την ποιότητα ζωής των ογκολογικών ασθενών, να τηρούν εθνικά αρχεία νεοπλασιών και τέλος να προωθήσουν τον αναθεωρημένο Ευρωπαϊκού Κώδικα κατά του καρκίνου.

Ο Ευρωπαϊκός Κώδικας κατά του καρκίνου αναπτύχθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος «Η Ευρώπη κατά του καρκίνου». Ο πρώτος κώδικας συστάθηκε το 1987, πήρε έγκριση το 1988 και αναθεωρήθηκε δύο φορές το 1994 και το 2002. Ο πιο πρόσφατος αναθεωρημένος κώδικας περιλαμβάνει 6 συστάσεις που αφορούν την πρόληψη και 5 την έγκαιρη διάγνωση με στόχο τη μείωση της επίπτωσης και θνησιμότητας της νόσου.

9.2) Σε Εθνικό Επίπεδο

Οι ευρωπαϊκές πολιτικές παρέμβασης για την αντιμετώπιση του καρκίνου βασίζονται στην λογική της πρόληψης και της έγκαιρης διάγνωσης. Αυτά θεωρούνται σε ευρωπαϊκό επίπεδο τα σημαντικότερα στοιχεία μιας επιτυχημένης σε βάθος χρόνου στρατηγικής για τον έλεγχο του καρκίνου. Πάνω σ' αυτή τη λογική, οι περισσότερες χώρες της Ευρώπης έχουν δημιουργήσει εθνικά αρχεία νεοπλασιών και προγράμματα προσυμπτωματικού και πληθυσμιακού ελέγχου. Η αναγκαιότητα της λειτουργίας του Ε.Α.Ν είναι επιτακτική, το οποίο αποτελεί έναν αξιόπιστο τρόπο να αποτυπωθεί το μέγεθος του προβλήματος ούτως ώστε να αξιολογηθούν τα προγράμματα πρόληψης και προσυμπτωματικού πληθυσμιακού ελέγχου, αλλά και να συγκριθούν με αυτά άλλων χωρών. Στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο υπάρχει σχετικός πίνακας στον οποίο περιγράφονται συνοπτικά τα προγράμματα αυτά. (σελ 30) Βάσει λοιπόν της ΥΑ Α2γ//1988 (ΥΑ Α2γ/οικ{5434 ΦΕΚ Β 843 1988) προβλέπεται η σύσταση Ελληνικού Αρχείου Νεοπλασιών.

Στη χώρα μας οι περιπτώσεις καρκίνου έχουν καταγραφεί στην Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος (ΕΣΥΕ.) με τίτλο «Ετήσια Στατιστική Έρευνα του Καρκίνου» και στη Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής του Υπουργείου Υγείας το 1990 με τίτλο «Εθνικό Αρχείο Νεοπλασιών – ΕΑΝ» και λειτούργησε μέχρι το 2005, όπου και το αρχείο νεοπλασιών πέρασε με το Ν. 3370/2005 στο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.).

Πριν μιλήσουμε εκτενέστερα και αναλυτικότερα για το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο, σκόπιμο σ' αυτή τη φάση είναι να καταγράψουμε τις υπηρεσίες που υπάρχουν στη χώρα μας και τους φορείς που δραστηριοποιούνται στην πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, ψυχοκοινωνική στήριξη και αποκατάσταση του καρκίνου, τόσο στο δημόσιο, όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Υπάρχει πληθώρα δράσεων και πολιτικών που ήδη εφαρμόζονται σε εθνικό επίπεδο.

Ο Πανελλήνιος Αντικαρκινικός Έρανος πραγματοποιείται από την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία μέσω του οποίου χρηματοδοτούνται 50 ερευνητικά προγράμματα κάθε χρόνο και καλύπτονται οι δαπάνες για τη λειτουργία ειδικού κέντρου φροντίδας – αποθεραπείας ασθενών με καρκίνο με τμήματα για τη φροντίδα ασθενών, την έγκαιρη διάγνωση, τον οικογενειακό κληρονομικό-καρκίνο, τη γενετική συμβουλευτική, αυτοκίνητη μονάδα κατ' οίκον νοσηλείας κ.λπ.

Το Κεντρικό Εθνικό Συμβούλιο Υγείας ΚΕ.Σ.Υ συστάθηκε με το Ν.1278/31.08.82 και ευθύνεται για τη διαμόρφωση της εθνικής στρατηγικής για την υγεία, την υποβολή σχετικών προτάσεων στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και μέτρων προς υλοποίηση των πραγματικών στόχων. Κατόπιν τούτων παρακολουθεί, ελέγχει, αξιολογεί και εισηγείται διορθωτικά μέτρα. Στα πλαίσια του ΚΕ.Σ.Υ λειτουργεί και η Επιτροπή Ογκολογίας του ΚΕ.Σ.Υ με αντικείμενό της τις δραστηριότητες της ογκολογίας.

Οι Ογκολογικές Επιτροπές των Νοσοκομείων (Ο.Ε.Ν.) και των Ιδιωτικών Κλινικών συστάθηκαν με την υπ. αριθμό Υ4α/οικ 1858 (ΦΕΚ Β' 30, 17.01.2005) Υπουργική Απόφαση. Λειτουργούν ως εκτελεστικές επιτροπές για την εφαρμογή της αντικαρκινικής πολιτικής του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στη συγκεκριμένη νοσηλευτική μονάδα. Ευθύνονται για όλες τις δραστηριότητες που σχετίζονται με την ογκολογία σε συνεργασία με την Επιτροπή Ογκολογίας του

ΚΕ.Σ.Υ και για την ορθή λειτουργία του Εθνικού Αρχείου Νεοπλασιών (Ε.Α.Ν) σε κάθε Νοσοκομείο και ιδ. κλινική.

Από το Σύλλογο Φίλων Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου «Οι Αγ. Ανάργυροι» σε συνεργασία με το Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο «Οι Αγ. Ανάργυροι» λειτουργεί κέντρο πρόληψης καρκίνου του μαστού. Μία από τις δραστηριότητες του Συλλόγου είναι η ανάπτυξη προγράμματος προσυμπτωματικού πληθυσμιακού ελέγχου για το συστηματικό έλεγχο – μέσω της μαστογραφίας – γυναικών ηλικίας 40-69 ετών με στόχο την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Δύο ξενώνες για παιδιά λειτουργούν στην Αθήνα. Ο πρώτος από το Σύλλογο Φίλων Παιδιών με Καρκίνο – ΕΛΠΙΔΑ και λειτουργεί από το 1999. Ο δεύτερος ιδρύθηκε από το Σύλλογο Γονέων Παιδιών με Νεοπλασματική Ασθένεια «ΦΛΟΓΑ», λέγεται «Σπίτι των παιδιών» και λειτουργεί από τον Οκτώβριο του 2002. Και οι δυο ξενώνες βρίσκονται κοντά στα παιδιατρικά νοσοκομεία, φιλοξενούν παιδιά από την περιφέρεια όσο διαρκεί η θεραπεία τους. Επιπλέον συνεργάζονται με καθηγητές αποσπασμένους από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας προκειμένου να συνεχίζουν τα παιδιά τα μαθήματά τους, χωρίς να εξαιρούνται προγράμματα ψυχοκοινωνικής στήριξης και αποκατάστασης.

Οι Ογκολογικές Επιτροπές των Νοσοκομείων (Ο.Ε.Ν.) και των Ιδιωτικών Κλινικών συστάθηκαν με την υπ. αριθμό Υ4α/οικ 1858 (ΦΕΚ Β' 30, 17.01.2005) Υπουργική Απόφαση και είναι αρμόδιες να λειτουργούν ως εκτελεστικές επιτροπές για την εφαρμογή της αντικαρκινικής πολιτικής του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθώς έχουν την ευθύνη της ορθής λειτουργίας του Εθνικού Αρχείου Νεοπλασιών (Ε.Α.Ν) σε κάθε Νοσοκομείο και ιδ. κλινική.

Υπάρχουν επίσης ογκολογικές κλινικές σε δημόσια νοσοκομεία εντός και εκτός Αττικής, ιδιωτικές κλινικές. Στον πόλεμο κατά του καρκίνου συμβάλλει και η ύπαρξη κέντρων , μονάδων και κλινικών μαστού. Τα ιατρεία πόνου και παρηγορητικής αγωγής που είναι ενταγμένα στις αναισθησιολογικές κλινικές των νοσοκομείων, μαζί με αντίστοιχα κέντρα σε δημόσια νοσοκομεία εντός και εκτός Αττικής καθώς και πολλά ιδιωτικά κέντρα συνεισφέρουν στην αντιμετώπιση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση από τη νόσο. Από την άλλη σχετικά με την κατ' οίκον νοσηλεία , παρέχεται από οργανωμένες μονάδες κατ' οίκον νοσηλείας των δημόσιων και

ιδιωτικών νοσοκομείων. Δυστυχώς όμως δεν μπορεί να προσφέρει κάτι τέτοιο σε ογκολογικούς ασθενείς το πρόγραμμα κοινωνικής φροντίδας «Βοήθεια στο Σπίτι». Τέλος πολύ σημαντικά και με σπουδαίο έργο είναι τα Δημόσια Ερευνητικά Ιδρύματα με μελλοντική δυνατότητα για μοριακή διάγνωση στο Καρκίνο, όπως το ερευνητικό ίδρυμα ΕΚΕΦΕ Δημόκριτος καθώς και το Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών.

10) Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2008-2012

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο είναι το πιο πρόσφατο επίσημο κείμενο που έχουμε στα χέρια μας. Εντάσσεται στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, το οποίο περιλαμβάνει 15 σχέδια δράσης. Στα τέσσερα κεφάλαιά του, αναλύονται θέματα και καταστάσεις που αφορούν στο θέμα του καρκίνου και ό,τι αυτό συνεπάγεται. Αρχικά στο πρώτο κεφάλαιο περιγράφεται και αναλύεται η κατάσταση όπως έχει μέχρι σήμερα. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρονται οι σύγχρονες επιδημιολογικές τάσεις, οι παράγοντες κινδύνου, αλλά και η στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Π.Ο.Υ. για την αντιμετώπιση του καρκίνου. Επίσης αναλύονται οι ευρωπαϊκές πολιτικές και οι υφιστάμενες υπηρεσίες και προγράμματα για την αντιμετώπιση του καρκίνου καθώς και οι οικονομικές προεκτάσεις, τις οποίες έχουν όλα τα παραπάνω. Στη συνέχεια στο δεύτερο και πολύ σημαντικό κεφάλαιο του Σχεδίου, αναφέρονται οι επιδιώξεις και οι φιλοδοξίες του. Αναφέρονται οι αξίες, τις οποίες επιδιώκει να προστατεύσει, τους στρατηγικούς του στόχους και τα οφέλη που αναμένεται να εισπραχθούν από την κοινωνία συνολικά. Στο τελευταίο μέρος του κεφαλαίου αναφέρονται οι άξονες του Εθνικού Σχεδίου Δράσης, οι οποίοι αναλύονται σε ολόκληρο το επόμενο κεφάλαιο. Οι άξονες αυτοί είναι η έρευνα, η πρόληψη, η έγκαιρη διάγνωση, η πιστοποίηση και αναβάθμιση υπηρεσιών, η διαχείριση & φροντίδα της νόσου του ασθενούς και της οικογένειάς του και τέλος η εκπαίδευση. Στον 5ο Άξονα μάλιστα που έχει να κάνει με τη Διαχείριση & Φροντίδα της νόσου του ασθενούς και της οικογένειάς του, η πρώτη δράση στοχεύει στην προστασία ατομικών δικαιωμάτων ασθενών. Το τελευταίο κεφάλαιο του Σχεδίου μιλάει για τη διαδικασία υλοποίησής του, την κοστολόγηση και χρηματοδότησή του.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο, συσπειρώνοντας όλους τους φορείς, τους οργανισμούς και τις υπηρεσίες που ασχολούνται με την πρόληψη, την αντιμετώπιση και τη θεραπεία του καρκίνου φιλοδοξεί να συντονίσει όλες τις δράσεις προς την ίδια κατεύθυνση, την βελτίωση δηλαδή της ποιότητας των υφιστάμενων πολιτικών και των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αποτελείται από 6 άξονες και 25 δράσεις και στόχο του έχει να αναδείξει όλα τα ζητήματα που σχετίζονται με την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη για τον καρκίνο.

Η επίτευξη των στόχων του προϋποθέτει αλλαγές στις πολιτικές του κράτους και των αντίστοιχων υπηρεσιών για τον καρκίνο. Προϋποθέτει τη δημιουργία μιας ενιαίας πολιτικής πρόληψης, την ανάπτυξη ατομικής ευθύνης την ενίσχυση των κοινωνικών δομών και της κοινωνικής υποστήριξης, την οργανωτική διασύνδεση του εθελοντικού τομέα με το υγειονομικό σύστημα για τον καρκίνο, καθώς και την οριζόντια συνεργασία των υπηρεσιών υγείας μεταξύ τους. Τέλος βασική προϋπόθεση επιτυχίας είναι η ενεργητική συμμετοχή της Ελλάδας στις διεθνείς συναντήσεις και κέντρα λήψης αποφάσεων που διαμορφώνουν τις κατευθύνσεις για τη βασική πολιτική κατά του καρκίνου.

Με άλλα λόγια στο επίκεντρο τοποθετείται η εξασφάλιση τεκμηριωμένης, συνεχούς και επαρκούς πληροφόρησης και εκπαίδευσης των πολιτών, έτσι ώστε να υιοθετήσουν υγιεινούς τρόπους συμπεριφοράς και να πειστούν για την αναγκαιότητα διενέργειας εξετάσεων έγκαιρης διάγνωσης. Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών περίθαλψης, θεραπείας και αποκατάστασης, η διασφάλιση ισότιμης πρόσβασης σε αυτές καθώς και η επέκταση των αποτελεσματικών δράσεων όπως η δημιουργία νέων ξενώνων φιλοξενίας και η ίδρυση ξενώνων για ασθενείς τελικού σταδίου είναι στόχοι πρώτης προτεραιότητας για το Εθνικό Σχέδιο Δράσης κατά του Καρκίνου. Για την επίτευξη όλων των παραπάνω στόχων αλλά και άλλων, απαραίτητη μοιάζει να είναι η διατομεακή συνεργασία όλων των υγειονομικών υπηρεσιών και η λειτουργική διασύνδεση αυτών με τον εθελοντικό τομέα.

Η χάραξη ρεαλιστικής αντικαρκινικής πολιτικής είναι ευθύνη όλων των προαναφερόμενων φορέων και υπηρεσιών μαζί με την κοινωνία των πολιτών, οι οποίοι ευθύνονται για τη συλλογή έγκυρης και αξιόπιστης πληροφορίας, την

πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη και την αποτελεσματική θεραπεία και αναβάθμιση της ποιότητας ζωής του καρκινοπαθούς. Οι αξίες από τις οποίες διαπνέεται το Εθνικό Σχέδιο Δράσης είναι η πρόληψη, η έγκαιρη διάγνωση, η ανθρωποκεντρική περίθαλψη και φροντίδα και ελπίδα για ποιότητα ζωής του ογκολογικού ασθενή.

Από τη στιγμή λοιπόν που συντάσσεται και εφαρμόζεται ένα τέτοιο Σχέδιο Δράσης καλό είναι να έχει εξασφαλιστεί διακομματική συναίνεση για την πρακτική εφαρμογή, την προώθηση καθώς και τη συνέχισή του σε δεύτερο επίπεδο. Σκόπιμη επίσης είναι προκειμένου να αξιολογηθεί η ανάπτυξη ενός μηχανισμού μέτρησης της απόδοσης και της αποτελεσματικότητας βάσει της προόδου υλοποίησης των δράσεων του Σχεδίου.

Από την άλλη, οι κοινωνικοί στόχοι του Σχεδίου έχουν να κάνουν κυρίως με την ανάδειξη νέων κοινωνικών προτύπων, αξιών και συμπεριφορών. Από τη στιγμή όμως που έχουμε ογκολογικό ασθενή, στόχο αποτελεί η παροχή πολυδιάστατης και εξατομικευμένης φροντίδας προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους. Στην πραγματικότητα μέσα από αυτό το Σχέδιο Δράσης κατά του Καρκίνου επιχειρείται η ανάπτυξη της κοινωνικής συνοχής μέσα από τη συνεχή προσπάθεια της ελληνικής κοινωνίας σε συνεργασία με την κοινωνία των πολιτών για την εφαρμογή των πολιτικών και τη διάδοση των αξιών με τα οποία συνδέεται η υλοποίηση της στρατηγικής του Σχεδίου.

Κάθε τέτοιο εγχείρημα της πολιτείας είναι γνωστό ότι για να αξιολογηθεί στο τέλος με στατιστικά δεδομένα και νέα στοιχεία πρέπει να έχουν τεθεί και επιμέρους στόχοι για τον καρκίνο. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι μέχρι το 2012, η ανακοπή στην αυξητική τάση της συνολικής θνησιμότητας από καρκίνο και μέχρι το 2020 μείωση της κατά 10% είναι ένας από αυτούς τους στόχους. Έχουν οριστεί μάλιστα και ποσοστά μείωσης θνησιμότητας για τους συνηθέστερους τύπους καρκίνου ξεχωριστά, ενώ πριν από όλα αυτά στόχο έχει αποτελέσει ο περιορισμός των αιτιών που τους προκαλούν, όπως για παράδειγμα το κάπνισμα. Αυτό σημαίνει ότι η επιτυχία του

Εθνικού Σχεδίου Δράσης για το Κάπνισμα συνεπάγεται οφέλη για το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο.

Τα αναμενόμενα αποτελέσματα από την εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης είναι πολυσήμαντα γιατί ο καρκίνος αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας, παγκοσμίως. Ως εκ τούτου, η εφαρμογή του θα έχει σημαντικά οφέλη τόσο στην βελτίωση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού όσο και στη συνολική δαπάνη υγείας. Λαμβάνοντας υπόψη ότι ο καρκίνος είναι κυρίως ασθένεια των μεγαλύτερων σε ηλικία, οι δαπάνες για τον καρκίνο αναμένονται να αυξηθούν δραματικά τα επόμενα χρόνια στη χώρα μας, όπου η γήρανση του πληθυσμού είναι δεδομένη. Είναι εξαιρετικής σημασίας το γεγονός ότι μέσω της εφαρμογής στοχευμένης εθνικής πολιτικής που θα εστιάζει στην πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση, ένα σημαντικό ποσοστό θανάτων και ένα επίσης αξιοσημείωτο ποσοστό χαμένων ετών ζωής θα μπορούσε να έχει αποφευχθεί.

Είναι γνωστό ότι ο καρκίνος είναι μια πολυδάπανη ασθένεια οπότε ποιοτικότερων παρεχόμενων υπηρεσιών τυγχάνουν οι έχοντες. Αυτό που απασχολεί όμως είναι το πώς το Εθνικό Σχέδιο Δράσης θα οδηγήσει σε ορθολογική κατανομή των δαπανών και εξοικονόμηση των πόρων. Το συνολικό κόστος που σχετίζεται με τον καρκίνο διαχωρίζεται σε άμεσο και έμμεσο κόστος. Άμεσο είναι αυτό που περιλαμβάνει τις δαπάνες των υπηρεσιών υγείας για την πρόληψη και θεραπεία της νόσου (π.χ. νοσηλεία, φαρμακευτική αγωγή, διαγνωστικές εξετάσεις, κλπ) ενώ το έμμεσο αφορά τους πόρους που χάνονται, δηλαδή τα κόστη απουσίας από την εργασία, της μόνιμης αναπηρίας, καθώς και του θανάτου πριν από το 65ο έτος της ηλικίας των ασθενών και εκτιμάται ότι έχει 2-3 φορές το μέγεθος του άμεσου κόστους. Σκοπός του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τον Καρκίνο είναι να περιοριστεί όσο το δυνατόν περισσότερο το κόστος της θεραπείας μέσω της προαγωγής της πρόληψης.

Βάσει των τελευταίων οικονομικών στοιχείων για την Ελλάδα, η εθνική δαπάνη για τον καρκίνο ολοένα και αυξάνει. Αν λάβουμε υπόψη μας και την εισαγωγή των νέων φαρμάκων και θεραπευτικών σχημάτων, το κόστος αυτό αναμένεται να αυξηθεί ανησυχητικά στα επόμενα χρόνια. Η σπουδαιότητα της πρόληψης και της έγκαιρης

διάγνωσης αποδεικνύονται αν σκεφτεί κανείς ότι το 1/3 των καρκίνων που διαγιγνώσκονται είναι δυνατό να προληφθούν και 1/3 ακόμα μπορεί να θεραπευθεί αποτελεσματικά. Οι δυο αυτοί άξονες θα διαδραματίσουν πολύ σημαντικό ρόλο στον έλεγχο και στη μείωση της δαπάνης για τη νόσο. Επιπλέον εφαρμόζοντας το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο, το έμμεσο κόστος αναμένεται να μειωθεί σημαντικά και κατ' επέκταση θα μειωθούν και οι συνολικές υγειονομικές δαπάνες για τον καρκίνο.

11) Ο Ρόλος του Τρίτου Τομέα

Ως εθελοντικές οργανώσεις ορίζονται νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη – κερδοσκοπικού χαρακτήρα, ανεξαρτήτως νομικής μορφής, που δραστηριοποιούνται στον τομέα της υγείας ή της κοινωνικής φροντίδας, με αντικείμενο κυρίως την εθελοντική παροχή ανθρωπιστικής βοήθειας προς άτομα ή ομάδες πληθυσμού.⁸⁴

Στην ελληνική πραγματικότητα οι ασθενείς με καρκίνο εκφράζουν τις ανάγκες τους και διεκδικούν τα δικαιώματά τους, άλλοτε μέσω οργανώσεων και διαφόρων μη κερδοσκοπικών φορέων και άλλοτε από ακαδημαϊκούς και επαγγελματίες υγείας. Ο ρόλος του εθελοντισμού έχει διαδραματίσει και σ' αυτό το επίπεδο πολυσήμαντο ρόλο. Δυστυχώς όμως, μέχρι τώρα, όλες αυτές οι οργανώσεις που ασχολούνται με τον καρκίνο δεν έχουν συντονίσει τις ενέργειές τους σ' ένα μη ανταγωνιστικό πλαίσιο. Οι καρκινοπαθείς έρχονται αντιμέτωποι με ένα πλήθος προβλημάτων, για τα οποία όχι μόνο δεν είναι προετοιμασμένοι, αλλά πολύ συχνά δεν γνωρίζουν πού μπορούν να απευθυνθούν για να ζητήσουν βοήθεια.

Η ελληνική εμπειρία έχει καταδείξει κάποια μερικά από τα οποία σχετίζονται με την ανακοίνωση της διάγνωσης στους ίδιους τους πάσχοντες, την άγνοια των ασθενών για τον συγκεκριμένο τύπο καρκίνου τους, το μειωμένο προσωπικό στα ογκολογικά τμήματα και νοσοκομεία, την ανυπαρξία ή αποσπασματική λειτουργία διεπιστημονικής ομάδας στα ογκολογικά τμήματα και μεμονωμένα σε ογκολογικά νοσοκομεία, τη μη πρόσβαση στην πληροφόρηση για παροχές και έλλειψη οργανωμένης πληροφόρησης τα μη σαφή κριτήρια και τη διαφορετική αντιμετώπιση στις επιτροπές ακόμη και του ίδιου ταμείου για συντάξεις αναπηρίας, οι

⁸⁴ Ανθόπουλος Χ. (2000), *Εθελοντισμός- Αλληλεγγύη και Δημοκρατία*, σελ 91-92

καθυστερήσεις των ασφαλιστικών ταμείων για διενέργεια εξετάσεων με αποτέλεσμα να ωθούνται έμμεσα οι ασφαλισμένοι στον ιδιωτικό τομέα και πλήθος άλλων.

Η ΦΛΟΓΑ είναι σύλλογος των γονιών με παιδιά που έτυχε να νοσήσουν από καρκίνο. Σύλλογος μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, βασίζεται στην εθελοντική εργασία των μελών του και στην υποστήριξη των ευαίσθητοποιημένων φίλων του. Με πάνω από 25 χρόνια λειτουργίας έχει να επιδείξει ένα ιδιαίτερα σημαντικό κοινωνικό έργο, που στοχεύει στην καλύτερη δυνατή ιατρική, ψυχική και κοινωνική φροντίδα των παιδιών. Ο αγώνας του συλλόγου για τα δικαιώματα των παιδιών στην υγεία και τη ζωή, αλλά και τη δημιουργία θεσμών που να σέβονται τον αγώνα και την αξιοπρέπεια των παιδιών και των οικογενειών τους, δείχνει την αξία και τη σημασία ύπαρξης αυτού του ζωντανού οργανισμού. Προσπαθεί να υποχρεώσει την πολιτεία να βελτιώσει τη φροντίδα που παρέχει στο παιδί με καρκίνο και διαθέτει κοινωνικό ταμείο για τις πρώτες βασικές ανάγκες των οικονομικά ασθενέστερων οικογενειών με σκοπό τη χρηματοδότηση πρόσθετων ιατρικών εξετάσεων για τα παιδιά στις περιπτώσεις που τις προτείνουν οι θεράποντες ιατροί και δεν τις καλύπτουν τα ασφαλιστικά ταμεία.

Ο ΟΕΚΚ (Ομίλος Εθελοντών κατά του Καρκίνου) από το 2007 είναι μέλος της ECPC προσπαθεί σταδιακά να αγγίξει το θέμα της διεκδίκησης των δικαιωμάτων των ασθενών με καρκίνο. Οργανισμοί που σχετίζονται με τον καρκίνο και προσφέρουν τις υπηρεσίες τους είναι βέβαια υπηρεσίες υγείας και μορφές προστασίας που συχνά προωθούνται από κυβερνήσεις για την κάλυψη βασικών αναγκών του πληθυσμού, όταν δεν υπάρχει πολιτική βούληση και στρατηγική στον τομέα της υγείας. Πιο συγκεκριμένα σε ημερίδα του Ομίλου Εθελοντών κατά του Καρκίνου – Αγκαλιάζω, στις αρχές του 2008 ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης διακήρυξε ότι το μέλλον της κοινωνίας μας - και όχι μονάχα της ελληνικής - περισσότερο θα στηριχτεί στο εθελοντικό κίνημα και λιγότερο στην κρατική οργάνωση. Εύκολα μπορεί να καταλάβει κανείς ότι ο εθελοντισμός αντί να προστατεύεται με ασφαλιστικές δικλίδες, μπορεί συχνά να γίνει αντικείμενο διαπραγμάτευσης και να προβληθεί εσκεμμένα σαν έργο και κεκτημένο.

Ο οργανισμός ΑΓ.Α.ΠΑ.Ν (ανακουφιστική συμπονετική παρηγορητική αγωγή) προσφέρει ψυχολογική και κοινωνική στήριξη ασθενών, η προσπάθεια καθιέρωσης

προγραμμάτων Hospice Care και η νοσηλευτική βοήθεια σε όσους βρίσκονται στο τελικό στάδιο, είναι κάποιοι από τους στόχους του.

Ο όμιλος εθελοντών κατά του καρκίνου ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ σε συνεργασία με το Κέντρο Ημέρας παρέχει συναισθηματική και κοινωνική στήριξη στον ασθενή και την οικογένειά του. Διεξάγει προγράμματα που μεταξύ άλλων αφορούν στην ενημέρωση και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, στην εκπαίδευση και εποπτεία εθελοντών κ.α. Αναπτύσσει εθνικές και διεθνείς συνεργασίες, διαθέτει Ομάδα Διεκδίκησης Δικαιωμάτων Καρκινοπαθών και τέλος όλες οι υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν.

Ο πανελλήνιος σύλλογος γυναικών με καρκίνο μαστού, Άλμα Ζωής παρέχει προγράμματα οργανωμένης αλληλοβοήθειας, εκπαίδευσης εθελοντών, εθελοντικό πρόγραμμα συναισθηματικής και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και πρακτικής βοήθειας στις γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο μαστού στο νοσοκομείο που νοσηλεύονται καθώς και ερευνητικό πρόγραμμα που στοχεύει στην ανίχνευση των αναγκών και των προβλημάτων της γυναίκας με καρκίνο του μαστού.

Για την ίδια κατηγορία ασθενών ο σύλλογος Έλλη Λαμπέτη συμπεριλαμβάνει στις υπηρεσίες και τις παροχές του ενημέρωση σε σχέση με τη νόσο, ατομική ψυχολογική και συμβουλευτική υποστήριξη σε γυναίκες με προβλήματα καρκίνου του μαστού και υποστήριξη στη διαδικασία της επανένταξης στο οικογενειακό και εργασιακό περιβάλλον. Το Ελληνικό Ίδρυμα Ογκολογίας στο Δήμο Ίλιον παρέχει δωρεάν μαστογραφία στα Δημοτικά Ιατρεία και διαθέτει Προγράμματα έγκαιρης διάγνωσης και πρόληψης καρκίνου μαστού και του καρκίνου τραχήλου μήτρας. Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού (πρώην Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Μαστεκτομή) ιδρύθηκε το 1988 ύστερα από πρόταση της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου Μεταξά και σκοπός του είναι η οργανωμένη αλληλοβοήθεια, η ενθάρρυνση, η υποστήριξη και η ενημέρωση των μελών του και κάθε άλλης γυναίκας σε θέματα που αφορούν στην αποκατάσταση, στην πρόληψη έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, στην απομυθοποίηση του και στην έρευνα.

Το έργο της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρίας είναι από τα πιο γνωστά στο ευρύ κοινό και έχει εντάξει σ αυτό παροχές όπως η ατομική ψυχολογική υποστήριξη ασθενών, η συμβουλευτική οικογένειας ατομική, παιδιών, ζεύγους, η ψυχιατρική

παρακολούθηση, η ατομική ψυχοθεραπεία. Επίσης διαθέτει ομάδες υποστήριξης ασθενών, οικογένειας-συνοδών και ομάδες ψυχοθεραπείας. Επιπλέον βοηθάει τους καρκινοπαθείς με παρέμβαση στο σπίτι ή στο νοσοκομείο αν κριθεί απαραίτητο και τέλος στοχεύει στην αποθεραπεία και αποκατάσταση με 2 κέντρα αποθεραπείας σε Αθήνα & Θεσσαλονίκη και παραρτήματα σε όλη τη χώρα.

Η Ελληνική Εταιρία Παρηγορητικής και Συμπτωματικής Φροντίδας Καρκινοπαθών και μη Ασθενών (ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α) ασχολείται με την ενημέρωση των ασθενών και των οικογενειών τους για τις υπηρεσίες Παρηγορητικής Φροντίδας που παρέχονται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Αναλαμβάνει τη σύσταση του κατάλληλου για κάθε περίπτωση κέντρου Παρηγορητικής Φροντίδας, την παροχή κατ' οίκον συντροφιάς από εθελοντές της εταιρίας και την υποστήριξη της οικογένειας.

Ένας από τους πιο δημοφιλείς συλλόγους φίλων παιδιών με καρκίνο είναι ο σύλλογος ΕΛΠΙΔΑ, ο οποίος διαθέτει ομάδες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και ξενώνα φιλοξενίας οικογενειών από επαρχία που τα παιδιά νοσηλεύονται για θεραπεία ή εξετάσεις. Στήριζει οικονομικά παιδιά που έχουν ανάγκη και αναλαμβάνει την οργάνωση επισκέψεων νοσηλευτή στο νοσοκομείο που νοσηλεύεται το παιδί για διατήρηση επαφής και στήριξη.

Η Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας - Κέντρο Ημέρας για Ψυχολογική Υποστήριξη Ασθενών με Καρκίνο προσφέρει ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς και οικογενειακού περιβάλλοντος, ατομική ψυχοθεραπεία, ψυχιατρική παρακολούθηση, ομάδες υποστήριξης και για ασθενείς και για συγγενείς και τέλος προσφέρει συμβουλευτική σε πολλά επίπεδα.

Η Ευγορα Donna Ελλάδος είναι μια από τις πιο μεγάλες οργανώσεις που δραστηριοποιείται σχετικά με την ευαισθητοποίηση και αφύπνιση της κοινής γνώμης σχετικά με τον καρκίνο του μαστού, την άσκηση πολιτικής πίεσης για την άριστη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, την άσκηση πολιτικής πίεσης για τον ποιοτικό και τακτικό έλεγχο του ιατρικού εξοπλισμού και τέλος την άσκηση πολιτικής πίεσης για την έρευνα του καρκίνου του μαστού.

Το Ίδρυμα Τζένη Καρέζη προσφέρει παρηγορητική αγωγή & ανακούφιση από τον πόνο ασθενών με καρκίνο και άλλων καταληκτικών νόσων. Διαθέτει προγράμματα ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης για παρηγορητική αγωγή και εκπαίδευσης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στην παρηγορητική φροντίδα. Η ψυχολογική υποστήριξη ασθενών και συνοδών καθώς και η δημιουργία κέντρων ανακούφισης πόνου στην ελληνική επικράτεια και στο εξωτερικό.

Ένας ακόμα πολύ δημοφιλής οργανισμός είναι το KANE MIA EYXH. Η ιδέα δημιουργίας του γεννήθηκε όταν το 1980 ένα επτάχρονο αγόρι που έπασχε από λευχαιμία στο Φοίνιξ της Αριζόνα και το όνειρό του, που ήταν να γίνει αστυνομικός, πραγματοποιήθηκε. Όσοι συμμετείχαν στην εκπλήρωση της ευχής του παιδιού, συνειδητοποίησαν ότι θα μπορούσαν να προσφέρουν και σε άλλα παιδιά, που δίνουν τη δική τους μάχη, τη δυνατότητα να ζήσουν αυτή την αξέχαστη εμπειρία. Έτσι ιδρύθηκε το Make-A-Wish Foundation. Το Κάνε-Μια-Ευχή στην Ελλάδα είναι ένας φιλανθρωπικός, μη κερδοσκοπικός οργανισμός, που εκπληρώνει τις πιο βαθιές επιθυμίες παιδιών ηλικίας από 3 έως 18 ετών που πάσχουν από σοβαρές αρρώστιες, απειλητικές για τη ζωή τους. Ασχολείται αποκλειστικά με τον ψυχικό κόσμο του άρρωστου παιδιού και όχι με την ίδια την αρρώστια του. Μέσα από τη διαδικασία της ευχής, δημιουργούνται μοναδικές εμπειρίες για τα παιδιά αυτά με σκοπό να πιστέψουν ότι μπορούν να καταφέρουν να εκπληρώσουν τις ευχές τους και κυρίως να συνεχίσουν τη ζωή τους.

Ο Σύλλογος Καρκινοπαθών Εθελοντών Φίλων και Ιατρών Κ.Ε.Φ.Ι, προσφέρει στα μέλη του εκτός από συναισθηματική, ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη στους ασθενείς και τις οικογένειές τους, ομάδες υποστήριξης, δημιουργικής απασχόλησης και ομάδες συζήτησης. Η ενημέρωση για κοινωνικές παροχές, ασφαλιστικά δικαιώματα, η Κοινωνική και προνομιακή φροντίδα στο σπίτι των ασθενών όπως και η ενίσχυση ογκολογικών ασθενών στο νοσοκομείο είναι κάποιες από τις πιο σημαντικές παροχές που απολαμβάνουν τα οι ασθενείς και οι οικείοι τους.

Μια από τις πιο γνωστές οργανώσεις είναι η Κοινωφελής μη Κερδοσκοπική Οργάνωση Φίλων του Καρκίνου, MEINE ΔΥΝΑΤΟΣ. Στις υπηρεσίες και παροχές της, τις οποίες μπορεί κανείς να πληροφορηθεί μέσω της ιστοσελίδας της, συμπεριλαμβάνονται η εκλαϊκευμένη επιστημονική ενημέρωση των ασθενών,

συγγενών και οικείων προσώπων, ώστε να αντιλαμβάνονται καλύτερα την διαδικασία της διάγνωσης, της θεραπείας και της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, έτσι ώστε να υπάρχει καλύτερη επικοινωνία με την ιατρική ομάδα, αντιμετωπίζοντας την νόσο πιο αποτελεσματικά. Οι εκστρατείες ενημέρωσης για την πρόληψη, προάγοντας τον υγιεινό τρόπο ζωής, μέσω της διατροφής και της φυσικής δραστηριότητας, αλλά και οι διαδικτυακές εκστρατείες ευαισθητοποίησης για θέματα που αφορούν τον καρκίνο, έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές σε κάθε περίπτωση.

Η Εταιρία για τη Φροντίδα Παιδιών και Οικογενειών στην Arrώστια ΜΕΡΙΜΝΑ διαθέτει συμβουλευτικό κέντρο για παιδιά, εφήβους (έως 18 ετών), γονείς και άλλα μέλη της οικογένειας. Μεγάλης σημασίας είναι για την εταιρία αυτή η παροχή υπηρεσιών στο παιδί που πενθεί την απώλεια αγαπημένου προσώπου ή που το ίδιο απειλείται από σοβαρή αρρώστια. Η εξειδικευμένη κατάρτιση επαγγελματιών υγείας και παιδείας στη στήριξη παιδιών που βιώνουν εμπειρίες αρρώστιας, απώλειας ή θανάτου είναι άλλη μία από τις σημαντικές δράσεις καθώς και η έρευνα σε θέματα που αφορούν τις επιπτώσεις της βαριάς αρρώστιας και του θανάτου στη ζωή των παιδιών και των οικογενειών τους. Επίσης διαθέτει προγράμματα κατάρτισης επαγγελματιών υγείας, εθελοντών και στοχεύει στην ευαισθητοποίηση της ελληνικής κοινωνίας σε θέματα που αφορούν τη ζωή, τη σοβαρή αρρώστια και το θάνατο.

Ο Σύλλογος Φίλων του Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου Οι Αγ. Ανάργυροι, αναλαμβάνει την οικονομική και ψυχολογική στήριξη των οικονομικά αδυνάτων ασθενών του νοσοκομείου και την οικονομική υποστήριξη και λειτουργική διαχείριση του προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Τέλος, στόχο αποτελεί η ανέγερση ξενώνα.

Υπάρχουν κάποιοι οργανισμοί που προσπαθούν να βοηθήσουν και να ευαισθητοποιήσουν την κοινή γνώμη για τα παιδιά που νοσούν από καρκίνο ακόμα και μέσω της τέχνης. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ο σύλλογος Όναρ και Φίλοι του Όναρ. Στοχεύει στη δημιουργία εθελοντικών ομάδων σε ολόκληρη την Ελλάδα για τη στήριξη των άρρωστων παιδιών μέσω τέχνης, την ενίσχυση του κοινωνικού προσώπου των άρρωστων παιδιών, την εξασφάλιση ποιότητας ζωής με ανάπτυξη προγραμμάτων που αφορούν στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και ενδυνάμωση μέσω τέχνης, αλλά και την προώθηση της συνεργασίας με νοσοκομεία, φορείς,

ιδιώτες με κοινούς σκοπούς και στόχους. Στις προτεραιότητες και τις δράσεις του οργανισμού συγκαταλέγονται η προαγωγή του δικαιώματος του άρρωστου παιδιού για ψυχαγωγία, η ενδυνάμωση των παιδιών μέσω τέχνης στη δύσκολη περίοδο της αρρώστιας τους, η προαγωγή υγείας και η απόκτηση υγιών τρόπων ζωής και συνθηκών μέσω τέχνης, η παρέμβαση για στήριξη και ενδυνάμωση οικογενειών με προβλήματα (συναισθηματικά, κοινωνικά, οικονομικά και άλλα) και τέλος η οργάνωση και εκπαίδευση εθελοντικών ομάδων και εθελοντών που επιθυμούν να εργαστούν σε παιδιατρικά νοσοκομεία. Τελευταία διαθέτει πρόγραμμα φροντίδας και ενίσχυσης στο σπίτι και έχουν ξεκινήσει οι προσπάθειες για δημιουργία ομάδων παρέμβασης σε έκτακτες καταστάσεις και τη δημιουργία ξενώνων φιλοξενίας και εργαστηρίων.

Ένας εξειδικευμένος σύλλογος είναι ο Πανελλήνιος Σύλλογος Λαρυγγεκτομηθέντων Πειραιά, ο οποίος διαθέτει πολλά προγράμματα εκμάθησης και προσαρμογής των ασθενών στη νέα κατάσταση που πρέπει να αντιμετωπίσουν. Πιο συγκεκριμένα υπάρχουν προγράμματα όπως αυτό για την ψυχοκοινωνική στήριξη ασθενών και συνοδών: ατομική - συμβουλευτική ζευγαριού και οικογένειας - ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης - βιωματικά σεμινάρια ευαισθητοποίησης για τις ανθρώπινες σχέσεις και επικοινωνία. Υπάρχει επίσης πρόγραμμα δωρεάν μάθησης οισοφάγειας ομιλίας, από λογοπεδικό, πρόγραμμα εκπαίδευσης εθελοντών, πρόγραμμα ενημέρωσης - πρόληψης για τον καρκίνο του λάρυγγα, εθελοντικό πρόγραμμα, στήριξης του ασθενούς με καρκίνο του λάρυγγα στο νοσοκομείο που νοσηλεύεται από εθελοντές του Συλλόγου, καθώς και πρόγραμμα ενημέρωσης με έγκυρη και υπεύθυνη πληροφόρηση των μελών του Συλλόγου σε θέματα ιατρικά, ψυχολογικά, ασφαλιστικά, εργασιακά κ.λ.π.

Ο Σύλλογος Γονέων και Κηδεμόνων Παιδιών με Νεοπλασματικές Παθήσεις (Νοσοκομείο Παίδων "Αγία Σοφία") ΠΙΣΤΗ, στηρίζει ψυχολογικά και οικονομικά, διαθέτει επίσης ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης σε 24ωρη βάση, αλλά και ομάδες αιμοδοσίας για κάλυψη έκτακτων αναγκών. Στους σκοπούς του συλλόγου συμπεριλαμβάνεται η διάδοση της ιδέας της δωρεάς μυελού των οστών και τέλος αξιοσημείωτο είναι ότι αναλαμβάνει την κάλυψη εξωνοσοκομειακών εξετάσεων όπως σπινθηρογραφήματα, ακτινοθεραπείες, pet scan κ.α.

Γενικά, η λίστα είναι μεγάλη κι αυτό είναι ενθαρρυντικό. Επειδή όμως είναι άτυπες υπηρεσίες υγείας, δεν θα πρέπει να υποκαταστήσουν τις τυπικές οι οποίες θα πρέπει να καλύπτουν τις βασικές ανάγκες του πληθυσμού, με τις μη κυβερνητικές οργανώσεις να λειτουργούν επικουρικά. Χαρακτηριστικά αναφέρονται και ο Σύνδεσμος Φύλων Ασθενών Ε.Α.Ν.Π. Μεταξά, η Δεξαμενή Εθελοντών Δοτών Μυελού Οστών Του Π. Γ. Ν. Μαιευτηρίου - Έλενα Βενιζέλου και η Ελληνική Εταιρία Υποστηρικτικής Αγωγής του Στόματος στον Ογκολογικό Ασθενή.

Ο εθελοντισμός είναι κοινωνική εγγύηση των θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων που κατοχυρώνονται άμεσα ή έμμεσα από το Σύνταγμα ή από τη διεθνή έννομη τάξη. Ο εθελοντισμός ως έκφραση της αρχής του πλουραλισμού, η οποία αποτελεί συμπλήρωμα της προσωποκρατικής αρχής, της δημοκρατικής και της αρχής του κοινωνικού κράτους⁸⁵.

Ο εθελοντισμός δεν είναι απλά κοινωνική προσφορά, δεν είναι απλά απόρροια φιλανθρωπικών αισθημάτων, είναι μια κινητήριος δύναμη που κινητοποιεί κοινωνίες και πληθυσμιακές μάζες να συμμετάσχουν σε διαδικασίες και δραστηριότητες που ωφελούν κυρίως ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες. Στην εποχή μας, οι εθελοντές είναι οι πρώτοι στην προσφορά ποιοτικών εθελοντικών υπηρεσιών, στην κινητοποίηση της κοινής γνώμης, στην οργάνωση συλλογικών εγχειρημάτων, στην οικοδόμηση της διεθνούς αλληλοκατανόησης.

Ο εθελοντισμός ως κίνημα έχει βαθιές ιστορικές και κοινωνικές ρίζες. Όταν ο εθελοντισμός γίνεται συνείδηση και η φιλοσοφία του διακατέχει την κοινωνία των πολιτών ενεργοποιούνται οι μηχανισμοί προσφοράς και παροχής υπηρεσιών σε εθελοντική βάση. Σε παγκόσμιο επίπεδο, ο εθελοντισμός αποτελεί τον ταχύτατα αναπτυσσόμενο Τρίτο Τομέα της οικονομίας και της κοινωνίας. Σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες του αναπτυγμένου κόσμου, η εθελοντική εργασία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην θεμελίωση του νέου κοινωνικού κράτους.

Εκτός από τις μη κυβερνητικές οργανώσεις που προαναφέρθηκαν, υπάρχει και η «Εθελοντών Κοινωνία» ο νέος εθνικός φορέας που αναλαμβάνει το συντονισμό, την

⁸⁵ Ανθόπουλος Χ. (2000), *Εθελοντισμός- Αλληλεγγύη και Δημοκρατία*, σελ 87

έμπρακτη στήριξη αλλά και την προβολή του έργου της κοινωνίας των πολιτών στην υγεία και την κοινωνική φροντίδα. Στις αρχές του 2008 τέθηκε σε δημόσια διαβούλευση το νομοσχέδιο για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) από τον υπουργό Υγείας. Στο προτελευταίο (12ο) άρθρο του Νομοσχεδίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) προβλέπεται η δημιουργία του «Οργανισμού "Εθελοντών Κοινωνία"» και προβλέπεται η ίδρυσή του με συμβολαιογραφική πράξη, την οποία υπογράφει ο υπουργός Υγείας, ως εκπρόσωπος του Ελληνικού Δημοσίου, Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ) με τη μορφή κοινωφελούς ιδρύματος, μη κερδοσκοπικού σκοπού, με την επωνυμία «Εθελοντών Κοινωνία», εποπτευόμενο από το υπουργείο Υγείας.⁸⁶

Ο φορέας αυτός έχει σαν αποστολή στον τομέα της οργάνωσης των εθελοντικών οργανώσεων, την παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης στις Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις και τη διασύνδεση της δράσης του Κοινωνικού Εθελοντισμού.

Από άποψη χρηματοδότησης, στόχος της είναι η εξασφάλιση βιώσιμου, σταθερού και διάφανου χρηματοδοτικού πλαισίου και σε εκπαιδευτικό επίπεδο η ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την καλύτερη κατάρτιση των εθελοντών και των οργανώσεων. Στους στόχους συμπεριλαμβάνονται ακόμα η προβολή της Εθελοντικής δράσης με στόχο την κινητοποίηση της κοινής γνώμης και την προσέλκυση νέων εθελοντών και η δημιουργία σταθερών κανόνων και διαδικασιών για την πιστοποίηση των Μη-Κυβερνητικών Οργανώσεων στην υγεία και στην κοινωνική αλληλεγγύη.

Οι δράσεις της Κοινωνίας των Εθελοντών έχουν να κάνουν από τη θεμελίωση συνεργασιών με την τοπική αυτοδιοίκηση, την εξασφάλιση της βιώσιμης και διάφανης χρηματοδότησης των Μη-Κυβερνητικών Οργανώσεων που δραστηριοποιούνται στην υγεία και την κοινωνική αλληλεγγύη, μέχρι τη διασύνδεση της προσφοράς με τη ζήτηση της εθελοντικής εργασίας, αλλά και την επαφή εκπροσώπων της Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης με τις Μη-Κυβερνητικές Οργανώσεις της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας. Ενδεικτικά θα μπορούσαμε να αναφέρουμε κάποιες ακόμα όπως τη διεκδίκηση χρηματοδοτικών προγραμμάτων από την Ευρωπαϊκή Ένωση και

⁸⁶ <http://www1.rizospastis.gr/page.do?publDate=3/2/2008&pageNo=21&direction=1>

τον αποτελεσματικό συντονισμό της δράσης της πολιτείας με την προσφορά της κοινωνίας των πολιτών.

Σε γενικότερο πλαίσιο, ο εθελοντισμός στον τομέα της υγείας εκφράζει τις ηθικές αξίες των επαγγελματιών υγείας όπως είναι οι γιατροί, οι νοσηλευτές, οι τεχνικοί, οι βοηθοί εργαστηρίων, οι διοικητικοί και οι πάσης φύσεως εργαζόμενοι στο χώρο των Νοσοκομείων. Συχνά βέβαια πολλοί από αυτούς περιορίζουν τα καθήκοντά τους στις τυπικά επαγγελματικές τους υποχρεώσεις.

Τα νοσοκομεία κατά κάποιο τρόπο θα λέγαμε ότι έχουν μετατραπεί σε άτυπα άσυλα παροχής αμφιβόλου ποιότητας και κινδυνεύουν να απαξιωθούν από την κοινωνία ακόμα περισσότερο. Εδώ είναι που ο εθελοντισμός σώζει κάπως την κατάσταση. Η εθελοντική και πέραν των τυπικών υποχρεώσεων προσφορά, είναι αυτή που εξυψώνει το επίπεδο παροχής περίθαλψης, που προβάλλει τα δημόσια Νοσοκομεία και τα έχει αναβιβάσει στη συνείδηση του κόσμου.

Το γεγονός ότι το επίπεδο παροχής υπηρεσιών δεν είναι αυτό που θα έπρεπε να είναι, δεν οφείλεται σε ενδεχόμενη απουσία εθελοντισμού. Δεν είναι οι εθελοντές που απουσιάζουν από τα Νοσοκομεία αλλά ο επαρκής αριθμός επαγγελματικών στελεχών, οι οποίοι δεν μπορούν να αντικατασταθούν από εθελοντές.

Για να αξιοποιηθεί όμως πλήρως αυτή η προσφορά, πρέπει να υπάρχει η απαραίτητη υποδομή εκ μέρους της πολιτείας, της οποίας η έλλειψη είναι που εμποδίζει την πλήρη απόδοση της εθελοντικής προσφοράς καταρχήν από τους ίδιους τους επαγγελματίες της υγείας και κατ' επέκταση από τους εθελοντές που επιθυμούν να δράσουν επικουρικά. Είναι απαραίτητη λοιπόν στη χώρα μας, κάποιου είδους λειτουργική διασύνδεση των φορέων που ειδικεύονται στη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα.⁸⁷

12) Κριτική Αποτίμηση – Συμπεράσματα- Προτάσεις

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι ο καρκίνος είναι μαζί με άλλες νόσους όπως τη ρευματοειδή αρθρίτιδα, τη νόσο του Parkinson κ.ά., είναι η νόσος που θα

⁸⁷ Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, (2009), Υπό Δημοσίευση.

απασχολήσει περισσότερο ασθενείς, γιατρούς, επαγγελματίες υγείας, ερευνητές αλλά και τις φαρμακοβιομηχανίες προκειμένου να αντιμετωπιστεί μέσω νέων φαρμάκων και θεραπευτικών μεθόδων. Η ογκολογία συμμετέχει σε πολύ μεγάλο μερίδιο στη δαπάνη για την έρευνα και την ανάπτυξη νέων θεραπειών.

Ένα από τα πολύ σημαντικά όπλα κατά του καρκίνου είναι η γνώση και η ενημέρωση στην κατεύθυνση της απομυθοποίησης και της σωστής αντιμετώπισης. Πολλές μορφές καρκίνου θεωρούνται πλέον ιάσιμες, ενώ γενικά ο καρκίνος θεωρείται ως μία χρόνια νόσος και όχι ως μία θανατηφόρα νόσος. Δυστυχώς η ελληνική κοινωνία, συνεχίζει να αποκαλεί τον καρκίνο, επάρατη νόσο. Κάθε χρόνο πεθαίνουν κατά μέσο όρο 29.742 άνθρωποι, όσος ο πληθυσμός μια μικρής πόλης. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ένας στους τρεις ανθρώπους κατά την διάρκεια της ζωής του θα έρθει αντιμέτωπος με τον καρκίνο!

Σύμφωνα με την Διεθνή Υπηρεσία Μελέτης του Καρκίνου, το 85% με 90% των καρκίνων θα ήταν ιάσιμοι, εάν ανιχνεύονταν σε αρχικό στάδιο. Περίπου επτά στους δέκα ανθρώπους με καρκίνο ζουν σήμερα φυσιολογικά και για πολλά χρόνια, σε σύγκριση με τους τέσσερις στους δέκα που επιβίωναν από τη νόσο πριν από μερικές δεκαετίες. Σημαντικές αυξήσεις στην επιβίωση, παρουσιάζουν η περίπτωση του καρκίνου του όρχεως, η οποία έχει ξεπεράσει το 90%, του λεμφώματος αλλά και στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού που πάνω από το 80% των γυναικών με διάγνωση θα επιβιώσουν χωρίς υποτροπή της νόσου για περισσότερο από πέντε χρόνια. Στα παιδιά με καρκίνο, η θνησιμότητα ήταν πριν από τριάντα χρόνια 70%, ενώ σήμερα το 70% επιζούν. Στην Αμερική σήμερα υπάρχουν 12.000.000 άνθρωποι και 25.000.000 σε όλο τον κόσμο, που είναι επιζώντες του καρκίνου.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου είναι πολυσύνθετο θέμα το οποίο επιπλέον κοστίζει ακριβά στα συστήματα υγείας των χωρών παγκοσμίως. Η θεραπεία του ασθενή με καρκίνο, συχνά απαιτεί, εισαγωγή και παραμονή του στο νοσοκομείο, φαρμακευτική αγωγή, διαγνωστικές εξετάσεις, ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, νοσηλεία και φροντίδα στο σπίτι αλλά και επαναλαμβανόμενες επισκέψεις στο νοσοκομείο. Για το λόγο αυτό η πολιτική που ακολουθείται τα τελευταία χρόνια δίνει προτεραιότητα στην πρόληψη.

Αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με στοιχεία του Οργανισμού για την οικονομική συνεργασία και ανάπτυξη (ΟΟΣΑ), επί του παρόντος, κατά μέσο όρο, μόνο το 3% του συνολικού προϋπολογισμού των χωρών του ΟΟΣΑ για τον τομέα της υγείας δαπανάται για πρόληψη του καρκίνου σε σύγκριση με το 97% που δαπανάται για υγειονομική περίθαλψη και θεραπεία (OECD 2007).

Όπως προκύπτει από αυτή τη μελέτη, η ύπαρξη συγκεκριμένου θεσμικού πλαισίου στην Ελλάδα που να αφορά ειδικά τους καρκινοπαθείς μοιάζει να είναι αναγκαία στο μέλλον ειδικά αν σκεφτεί κανείς τις διαστάσεις που θα λάβει η εμφάνιση της νόσου αν επαληθευτούν τελικά τα προγνωστικά. Μέχρι τώρα ισχύουν οι γενικές διατάξεις του Δικαίου που κατατάσσουν τους καρκινοπαθείς μαζί με άλλους ασθενείς χρόνιων νοσημάτων χωρίς να τους αντιμετωπίζουν ξεχωριστά.

Η ύπαρξη μελλοντικά ενός ευέλικτου νομοθετικού πλαισίου μοιάζει απαραίτητο, εκτός των άλλων και για να επαναπροσδιοριστούν επιτυχώς έννοιες και δικαιώματα με γνώμονα τα νέα δεδομένα, τις σύγχρονες ανάγκες, τις εξελίξεις της εποχής και τις κοινωνικές επιταγές.

Σχετικά με τα ειδικότερα δικαιώματα των καρκινοπαθών μπορεί κανείς εύκολα να αντιληφθεί στο τέλος αυτής της μελέτης ότι δεν είναι δικαιώματα που απευθύνονται συγκεκριμένα σε αυτή την κατηγορία των ασθενών. Μοιάζουν περισσότερο με δικαιώματα που έτυχε να τα έχουν οι καρκινοπαθείς και δεν αποσκοπούν στην επί της ουσίας διευκόλυνσή τους ούτε και στην ευνοϊκή μεταχείρισή τους. Για την πληρέστερη προστασία των ασθενών αυτών θα ήταν προφανώς προτιμότερο να αποτελέσουν μια ξεχωριστή ομάδα ασθενών ως ομάδα με ξεχωριστές ανάγκες. Στην εποχή μας για να μην χρειάζεται να ακολουθεί τις εξελίξεις η νομοθεσία, αλλά να τις προλαβαίνει, πρέπει πρώτα η εκάστοτε κυβέρνηση να έχει πολιτική βούληση προς την κατεύθυνση αυτή και βάσει της πολιτικής υγείας που ακολουθεί να συμπληρώνει τις νομοθετικές ρυθμίσεις. Από την άλλη απαιτείται συνεργασία και σωστή και ομαλή λειτουργική διασύνδεση μεταξύ των ασφαλιστικών οργανισμών, των μη κυβερνητικών οργανώσεων σε συνάρτηση με νομική γνωμοδότηση ούτως ώστε να θεσμοθετηθούν παροχές που θα απευθύνονται αποκλειστικά σε καρκινοπαθείς και θα στοχεύουν στην κάλυψη των αναγκών τους. Έχει αποδειχθεί ότι ένα δαιδαλώδες σύστημα παροχών που τελικά δεν είναι ξεκάθαρο ποιος δικαιούται τι, δεν είναι

ευέλικτο ούτε και αποδίδει τα μέγιστα. Δεν ξέρουμε επίσης πόσο αποτελεσματικό και δόκιμο θα ήταν να αν για τους καρκινοπαθείς όλα τα ασφαλιστικά ταμεία προέβλεπαν τις ίδιες παροχές αφού δεν μπορεί κανείς να διακρίνει τον ασθενή με καρκίνο ασφαλισμένο του Δημοσίου με έναν άλλο ασφαλισμένο ενός μικρότερου ταμείου. Αυτή η λογική βασίζεται στην ομοιογένεια των αναγκών των καρκινοπαθών και όχι στην ανομοιογένεια των ασφαλιστικών εισφορών. Με άλλα λόγια οι παροχές θα πρέπει να είναι ποιοτικά υψηλού επιπέδου χωρίς να λαμβάνεται υπόψη το ύψος των εισφορών. Για να έχει λοιπόν ένας ασθενής με καρκίνο αξιώσεις από το κράτος και τον ασφαλιστικό του φορέα πρέπει η ίδια η Πολιτεία να αποδείξει την ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και στην απολαβή των ποιοτικότερων παρεχόμενων υπηρεσιών.

Σε γενικές γραμμές το ελληνικό νομικό πλαίσιο για τα δικαιώματα των καρκινοπαθών εξαντλείται σε κάποιες γενικές νομοθετικές διατάξεις, οι οποίες τελικά το δικαίωμα των ασθενών αυτών στην προστασία της ήδη ευαίσθητης και κλονισμένης υγείας τους στο μεγαλύτερο ποσοστό δεν το κατοχυρώνει κυρίως λόγω ελλείψεων έκδοσης είτε Υπουργικών Αποφάσεων είτε Προεδρικών Διαταγμάτων, αλλά και απουσίας εκσυγχρονισμού των ήδη θεσμοθετημένων δικαιωμάτων και παροχών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- D'Adamo P.** (2006), *Καρκίνος – Το Εξατομικευμένο Πρόγραμμα για Πρόληψη και Θεραπεία του Καρκίνου*, μτφ. Γιώργος Μπαρουξής, Διόπτρα, Αθήνα.
- Rice T.** (2006), *Τα Οικονομικά της Υγείας σε Επανεξέταση*, μτφ. Νίκος Ρούσσο, Κριτική, Αθήνα.
- Αλεξιάδης Α.-Δ.** (2000), *Δίκαιο της Υγείας-Δεοντολογία της Υγείας – Νομοθεσία-Νομολογία*, Μ. Δημόπουλου, Θεσσαλονίκη.
- Ανθόπουλος Χ.** (2000), *Εθελοντισμός- Αλληλεγγύη και Δημοκρατία*, Ακτή-Οξύ, Αθήνα.
- Βενιέρης Δ.** (2002), *Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης – Η Κοινωνική Πολιτική του Συμβουλίου της Ευρώπης*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Γεωργιακάκης Π.** (2007), *Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας*, Σάκκουλας, Αθήνα-Κομοτηνή.
- Γεωργίου Π.** (2007), *Ιατρικό Απόρρητο*, Σάκκουλας, Αθήνα-Κομοτηνή.
- Δημητρόπουλος Α.** (2007), *Συνταγματικά Δικαιώματα-Ειδικό Μέρος:Μητρικά Δικαιώματα-Φυσική Υπόσταση*, Σάκκουλας, Αθήνα-Θεσσαλονίκη.
- Δημολιάτης Γ., Κυριόπουλος Γ., Λάγγας Δ., Φιλαλήθης Τ.** (2006), *Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα*, Θεμέλιο, Αθήνα.
- Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ.** (2001), *Συστήματα Υγείας*, Παπαζήση, Αθήνα.
- Ιωακειμίδης Π.** (1998), *Η Συνθήκη του Άμστερνταμ-Νέο Πρότυπο Ολοκλήρωσης ή Σύμπτωμα Από-Ολοκλήρωσης;*, Θεμέλιο, Αθήνα.
- Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε., Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε.** (2007), *Ευθανασία*, Σάκκουλας, Αθήνα-Θεσσαλονίκη .
- Κατρούγκαλος Γ.** (1993), *Το Δικαίωμα στη Ζωή και στο Θάνατο*, Σάκκουλας, Αθήνα-Κομοτηνή.
- Κεράνης Δ., Ρηγάτου Α.** (2007), *Τα Δικαιώματα των Καρκινοπαθών – Η Νομική Διάσταση του Προβλήματος*, Βήτα, Αθήνα.
- Κοντιάδης Ξ., Αμίτσης Γ.** (2000), *Το Νομικό Πλαίσιο του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης – Οι Θεσμικές Ρυθμίσεις*, Σάκκουλας, Αθήνα-Κομοτηνή.
- Κοντιάδης Ξ.** (2002), *Ο Νέος Συνταγματισμός και τα Θεμελιώδη Δικαιώματα Μετά την Αναθεώρηση του 2001*, Σάκκουλας, Αθήνα-Κομοτηνή.

- Κοντιάδης Ξ.** (2004), *Συνταγματικές Εγγυήσεις και Θεσμική Οργάνωση του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλειας*, Σάκκουλας, Αθήνα-Κομοτηνή.
- Κοντιάδης Ξ., Σουλιώτης.** (2005), *Σύγχρονες Προκλήσεις στην Πολιτική Υγείας - Τέσσερις Κρίσιμες Νομοθετικές Παρεμβάσεις*, Σάκκουλας, Αθήνα-Κομοτηνή.
- Κοντιάδης Ξ.** (2001), *Μεταμορφώσεις του Κοινωνικού Κράτους στην Εποχή της Παγκοσμιοποίησης- Η Θεσμική Διάσταση*, Παπαζήσης, Αθήνα.
- Κορδιολής Ν.** (2001), *Τα Δικαιώματα των Ασθενών με Καρκίνο*, Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα.
- Κρεμαλής Κ.** (1987), *Το Δικαίωμα Για Προστασία Της Υγείας*, Αθήνα
- Κρεμαλής Κ.** (1985), *Δίκαιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων*, Σάκκουλας, Αθήνα-Κομοτηνή
- Κωνσταντινίδης Π.** (2007), *Ευθανασία*, Σάκκουλας, Αθήνα-Κομοτηνή.
- Μαραβέγιας Ν., Σακελλαρόπουλος Θ.** (2006), *Ευρωπαϊκή Ολοκλήρωση και Ελλάδα- Οικονομία, Κοινωνία, Πολιτικές*, Διόνικος, Αθήνα.
- Μαραβέγιας Ν., Τσινισιζελής Μ.** (1999), *Η Ολοκλήρωση της Ευρωπαϊκής Ένωσης- Θεσμικές, Πολιτικές και Οικονομικές Πτυχές*, Θεμέλιο, Αθήνα.
- Μπεσμπέας Σ.** (2004), *Πρόληψη και Έγκαιρη Διάγνωση Νοσημάτων Φθοράς – Ενημέρωση του Κοινού*, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα.
- Μπεσμπέας Σ.** (2007), *Δραστηριότητες 2007 & Προοπτικές 2008*, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα.
- Οικονόμου Χ.** (2004), *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και στις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες*, Διόνικος, Αθήνα.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, επιμ. Ρηγάτος Γ.** (2000), *Η Ανακούφιση του Καρκινικού Πόνου – Με Οδηγίες για τη Χρήση Οπιοειδών*, Βήτα, Αθήνα.
- Παπακωνσταντίνου Α.** (2005), *Το Κοινωνικό Δικαίωμα Στην Υγεία - Συνταγματική Θεμελίωση*, Σάκκουλας, Αθήνα-Κομοτηνή.
- Παραράς Π.** (2001), *Σύνταγμα και Ευρωπαϊκή σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου*, Σάκκουλας, Αθήνα-Κομοτηνή.
- Περράκης Σ.** (2000), *Διεθνής Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου*, Σάκκουλας, Αθήνα-Κομοτηνή.
- Σακελλαρόπουλος Θ.** (2001), *Υπερεθνικές Κοινωνικές Πολιτικές την Εποχή της Παγκοσμιοποίησης*, Κριτική, Αθήνα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Σεπτέμβριος 2007, Βρυξέλλες

Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή

Χάρτα Δικαιωμάτων των Ασθενών

1. Δικαίωμα για τη λήψη προληπτικών μέτρων

Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα σε μια καλή υπηρεσία για την πρόληψη της ασθένειας.

2. Δικαίωμα πρόσβασης

Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας που οι ανάγκες της υγείας του απαιτούν. Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να εγγυώνται ίση πρόσβαση σε όλους, χωρίς διακρίσεις βάσει των οικονομικών πόρων, του τόπου κατοικίας, του είδους της ασθένειας ή της ώρας πρόσβασης στις υπηρεσίες.

3. Δικαίωμα στην πληροφόρηση

Κάθε άτομο έχει δικαίωμα πρόσβασης σε κάθε είδους πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους, τις υπηρεσίες υγείας και τον τρόπο χρήσης τους, και σε όλα αυτά που η επιστημονική έρευνα και τεχνολογική καινοτομία καθιστούν διαθέσιμα.

4. Δικαίωμα στη συγκατάθεση

Κάθε άτομο δικαιούται να έχει πρόσβαση σε κάθε πληροφορία, που θα μπορούσε να το βοηθήσει να συμμετάσχει ενεργά στις αποφάσεις που αφορούν την υγεία του. Η πληροφορία αυτή είναι απαραίτητη προϋπόθεση για κάθε διαδικασία και θεραπεία, συμπεριλαμβανομένης της συμμετοχής σε επιστημονική έρευνα.

5. Δικαίωμα στην ελεύθερη επιλογή

Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα να επιλέγει ελεύθερα μεταξύ των διαφορετικών θεραπευτικών επιλογών και των παρόχων αυτών με βάση τις κατάλληλες πληροφορίες.

6. Δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή και στο απόρρητο

Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα στο απόρρητο των προσωπικών στοιχείων, συμπεριλαμβανομένων των πληροφοριών σχετικά με την κατάσταση της υγείας του και τις πιθανές διαγνωστικές ή θεραπευτικές επιλογές, καθώς και

την προστασία της ιδιωτικής ζωής του κατά την εκτέλεση των διαγνωστικών εξετάσεων, των επισκέψεων στον ιατρό και των φαρμακευτικών/χειρουργικών θεραπειών, γενικότερα.

7. Δικαίωμα στον σεβασμό του χρόνου του ασθενούς

Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα να λαμβάνει την απαραίτητη θεραπεία μέσα σε άμεση και συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Το δικαίωμα αυτό ισχύει σε κάθε φάση της θεραπείας.

8. Δικαίωμα στην τήρηση των προτύπων ποιότητας

Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας, με βάση τις προδιαγραφές και την ακριβή τήρηση των προδιαγραφών.

9. Δικαίωμα στην ασφάλεια

Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα να είναι ελεύθερο από τις βλαβερές συνέπειες που προκαλούνται από την κακή λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, την ιατρική αμέλεια και λάθη και το δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και τις θεραπείες που πληρούν υψηλές προδιαγραφές ασφαλείας.

10. Δικαίωμα στην καινοτομία

Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα πρόσβασης σε καινοτόμες διαδικασίες, συμπεριλαμβανομένων των διαγνωστικών εξετάσεων, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα και ανεξάρτητα από τις οικονομικές σκοπιμότητες.

11. Δικαίωμα στην αποφυγή άσκοπης ταλαιπωρίας και πόνου

Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα να αποφύγει, στο πλαίσιο του δυνατού, τον πόνο και την ταλαιπωρία σε κάθε φάση της ασθένειάς του.

12. Δικαίωμα στην εξατομικευμένη θεραπεία

Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα σε διαγνωστικά ή θεραπευτικά προγράμματα, τα οποία να είναι προσαρμοσμένα όσο το δυνατόν περισσότερο στις ατομικές του ανάγκες.

13. Δικαίωμα υποβολής καταγγελίας

Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα να διαμαρτύρεται, όταν έχει υποστεί βλάβη και έχει το δικαίωμα να λάβει μια απάντηση ή άλλες πληροφορίες.

14. Δικαίωμα αποζημίωσης

Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα να λαμβάνει επαρκή αποζημίωση μέσα σε ένα εύλογο σύντομο χρονικό διάστημα, οποτεδήποτε υποστεί σωματική,

ψυχολογική ή ηθική βλάβη που προκλήθηκε από μια υπηρεσία υγείας.

Καταστατικός Χάρτης των Παρισίων

Άρθρο I

Τα δικαιώματα του ασθενούς με καρκίνο είναι ανθρώπινα δικαιώματα. Το πρόσφατα αναπτυσσόμενο κίνημα για την υπεράσπιση και την υιοθέτηση των δικαιωμάτων των καρκινοπαθών είναι κριτικά σημαντικό για την αναγνώριση και την προστασία της αξίας και της αξιοπρέπειας των πασχόντων από καρκίνο σε όλο τον κόσμο.

Άρθρο II

Το «στίγμα» που σχετίζεται με τον καρκίνο είναι ένα σημαντικό εμπόδιο στην πρόοδο, τόσο στις ανεπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες, προκαλώντας συχνά :

- Σοβαρό ψυχολογικό τραύμα για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους
- Προκατάληψη και διάκριση στην πρόσληψη για εργασία καρκινοπαθών και/ή στη σημαντική συμμετοχή και συμβολή τους στην κοινωνία
- Σχετική οικονομική δυσχέρεια και απώλεια παραγωγικότητας
- Ανεπαρκή επικοινωνία και δημόσια μόρφωση
- Υπέρμετρη αίσθηση μοιρολατρίας που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τις δεσμεύσεις των Κυβερνήσεων, των Εταιρειών Υγείας και των Ιδιωτικών Ινστιτούτων στη μάχη κατά του καρκίνου

Οι συμβαλλόμενοι σε αυτόν τον καταστατικό χάρτη εγγυώνται την καλύτερη κατανόηση και εκρίζωση των στιγμάτων που σχετίζονται με τον καρκίνο, ώστε να επαναπροσδιορίσουν τη νόσο ως μία βιολογική πάθηση που θεραπεύεται και όχι ως μια κοινωνική κατάσταση.

Ο θετικός επαναπροσδιορισμός της κοινής γνώμης, αντίληψης και ανησυχίας αναφορικά με τον καρκίνο και τα εκατομμύρια ανθρώπων που επηρεάζει, θα συμβάλει στην πλήρη συνειδητοποίηση κάθε μιας από τις ακόλουθες προτεραιότητες.

Άρθρο III

Οι συμβαλλόμενοι αναλαμβάνουν σοβαρά τη δέσμευση να δημιουργήσουν το κατάλληλο περιβάλλον για την ανανέωση της αντικαρκινικής έρευνας.

1. Η γνώση της βιολογίας του καρκίνου και των θεμελιωδών μηχανισμών από τους οποίους δημιουργείται και αναπτύσσεται είναι η απαρχή όλων των εξελίξεων που έχουν αυξήσει-και θα συνεχίσουν να αυξάνουν-το ποσοστό ίασης και την ποιότητα ζωής εκατομμυρίων ασθενών παγκοσμίως. Η αναγνώριση νέων στόχων για ανίχνευση, διάγνωση και θεραπεία πρέπει να επιταχυνθεί, αν θέλουμε να κερδίσουμε τον πόλεμο κατά του καρκίνου.

Οι συμβαλλόμενοι συμφωνούν να διαμορφώσουν με επιθετικό τρόπο τη θέση για αύξηση της κρατικής και βιομηχανικής χρηματοδότησης στη βασική έρευνα, να ενθαρρύνουν, προστατεύσουν και διεγείρουν αυτούς που την ανανεώνουν, και να αυξήσουν τα μέσα με τα οποία οι επιστήμονες μπορούν να εργαστούν σε περιβάλλον πνευματικής ελευθερίας, ώστε σταθερά να επεκταθούν τα σύνορα της σύγχρονης γνώσης.

2. Η κλινική έρευνα είναι το μόνο μέσο με το οποίο η βασική έρευνα αποκτά νόημα για τις ζωές των ανθρώπων. Οι ανακαλύψεις στη μοριακή βιολογία ή στη γενετική μπορεί να έχουν αντίκτυπο στην πρόληψη του καρκίνου, στον πληθυσμιακό έλεγχο, στη διάγνωση και στη θεραπεία, εκτός και αν αξιολογηθούν προσεκτικά και αναπτυχθούν σε κλινικές μελέτες. Η κλινική έρευνα μπορεί επίσης άμεσα να παράσχει στοιχεία στις βασικές ερευνητικές προσπάθειες. Αυτή η μεταφραζόμενη έρευνα, που συνήθως διενεργείται σε Ινστιτούτα που διαθέτουν ταυτόχρονη δυνατότητα για βασική και κλινική έρευνα, μπορεί με ταχύτητα να ελέγχει τις υποθέσεις που γεννώνται στο Εργαστήριο. Η άμεση επανατροφοδότηση με κλινικά στοιχεία που αποκτάται μέσω τέτοιων μεταφρασμένων ερευνών μπορεί να ανακατευθύνει ουσιαστικά τις βασικές ερευνητικές προσπάθειες και να διεγείρει τη δημιουργία νέων σημαντικών υποθέσεων.

Παρόλη τη σημασία της, η κλινική έρευνα υπολείπεται σοβαρά όχι μόνο από έλλειψη χρηματοδότησης, αλλά συχνά και από έλλειψη συμμετοχής των Λειτουργιών και των Ινστιτούτων Υγείας-καθώς και από έλλειψη ενημέρωσης των ασθενών για τους σκοπούς και τις ωφέλειες από τη συμμετοχή τους σε κλινικές μελέτες. Η ανεπαρκής νομική και κανονιστική εναρμόνιση μεταξύ των κρατών σημαίνει επίσης

ότι μεγάλες διεθνείς κλινικές μελέτες-αυτές που είναι στατιστικά ισχυρές και που μπορούν να αναβαθμίσουν τάχιστα την ιατρική πρακτική-μπορεί να γίνουν εξαιρετικά δύσκολες και ακριβές στην διεξαγωγή τους.

Οι συμβαλλόμενοι υπόσχονται να αυξήσουν την ενημέρωση και τη δέσμευση για κλινικές έρευνες ανάμεσα σε όλα τα μέρη που αντιπροσωπεύουν και να δράζουν κάθε ευκαιρία για να ενδυναμώσουν τις διεθνής ερευνητικές δομές. Οι συμβαλλόμενοι υπόσχονται, επιπλέον, να προωθήσουν τη διεθνή αναγνώριση της «έγγραφης συγκατάθεσης» –της διαδικασίας με τη οποία οι ασθενείς ενημερώνονται πλήρως για τους σκοπούς, τους κινδύνους και τα οφέλη κάθε κλινικής μελέτης. Ενεργώντας με αυτό τον τρόπο, οι συμβαλλόμενοι επιδιώκουν να διευκολύνουν τις γρήγορες, ισχυρές και περιεκτικές κλινικές μελέτες που δεσμεύουν ηθικά και επίσης ενδυναμώνουν τους ανθρώπους με καρκίνο.

Άρθρο IV

Παρόλα τα σημαντικά βήματα που έχουν γίνει στη μάχη κατά του καρκίνου, τα αποτελέσματα της επιβίωσης ποικίλουν δραματικά ανά την υφήλιο- όχι μόνο μεταξύ των κρατών ή μεταξύ των πόλεων, αλλά ακόμα και μεταξύ Ινστιτούτων μέσα στην ίδια πόλη. Οι μεγάλες αποκλίσεις στα κριτήρια της φροντίδας και στην πρόσβαση σε ποιοτική ογκολογική φροντίδα είναι μία βασική αιτία αυτών των διαφορών-που συχνά έχει ως αποτέλεσμα της την άσκοπη νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Οι συμβαλλόμενοι επαναπροσδιορίζουν το άρθρο 25 της Διεθνούς Διακήρυξης των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, το οποίο αναφέρει ότι κάθε άτομο "έχει το δικαίωμα σ' ένα επίπεδο ζωής κατάλληλο για την υγεία και την ευζωία του ίδιου και της οικογένειάς του, στο οποίο συμπεριλαμβάνεται η τροφή, η ένδυση, η κατοικία και η ιατρική φροντίδα". Με δεδομένη την αυξανόμενη παρουσία του καρκίνου και τον αντίκτυπο που έχει στην κοινωνία, οι συμβαλλόμενοι δεσμεύονται να προάγουν την ποιοτική ογκολογική φροντίδα για όλα τα άτομα μέσα στα πλαίσια των τοπικών οικονομικών πλαισίων. Γι αυτό, οι συμβαλλόμενοι δεσμεύονται να προωθήσουν:

1. Την ιατρική πρακτική που βασίζεται σε στοιχεία και την ξεκάθαρη έννοια της "ποιοτικής φροντίδας", σύμφωνα με όλα τα διαθέσιμα σήμερα επιστημονικά στοιχεία.

2. Τη συστηματική ανάπτυξη οδηγιών που βασίζονται στις καλύτερες διαθέσιμες πληροφορίες για την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία και την ανακουφιστική φροντίδα.

3. Την κατάλληλη θέσπιση προτεραιοτήτων ποιοτικής αντικαρκινικής φροντίδας σε κάθε επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας, σε αντιστοιχία με την τοπική επίπτωση της νόσου.

4. Την ενίσχυση της ογκολογικής εξειδίκευσης και την καλύτερη ενσωμάτωση της σχετικής φροντίδας μεταξύ των ιατρικών κλάδων

5. Την εκτεταμένη πρόσβαση των ασθενών σε υψηλής ποιότητας κλινικές μελέτες.

Άρθρο V

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υπολογίζει ότι κατά το 2020 θα παρουσιάζονται κάθε χρόνο 20.000.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου. Το 70% αυτών των ασθενών θα ζουν σε χώρες στις οποίες θα διατίθενται λιγότερο από το 5% των πόρων για τον έλεγχο του καρκίνου. Ο καρκίνος θα εξακολουθήσει να είναι ένας αυξανόμενα σημαντικός συντελεστής στη παγκόσμια επίπτωση των ασθενών καθώς εισερχόμαστε στην επόμενη χιλιετία, παρά το γεγονός ότι πολλοί τύποι καρκίνου προλαμβάνονται μέσω του ελέγχου του καπνίσματος, της διαίτας, των μολύνσεων και της ρύπανσης. Υπολογίζεται, για παράδειγμα, ότι οι μολύνσεις-πολλές από τις οποίες μπορούν να προληφθούν- προκαλούν το 15% των καρκίνων παγκοσμίως και το 22% των καρκίνων στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η χρήση καπνού επίσης δημιουργεί εκατομμύρια νέες περιπτώσεις καρκίνου και προκαλεί θανάτους κάθε χρόνο και στον ανεπτυγμένο και στον αναπτυσσόμενο κόσμο.

Αυτή η πραγματικότητα τονίζει με έμφαση την ανάγκη για την ανάπτυξη δημόσιων πολιτικών που να υποστηρίζουν τον αγώνα κατά του καρκίνου και την επείγουσα ανάπτυξη της υπάρχουσας γνώσης και τεχνολογίας στη βασική πρόληψη του καρκίνου ώστε να αναχαιτιστεί η τάση επέκτασης της νόσου. Οι συμβαλλόμενοι αναλαμβάνουν να:

1. Υποστηρίξουν ενεργά τα υπάρχοντα προγράμματα πρόληψης του καρκίνου παγκοσμίως και να οικοδομήσουν την ετοιμότητα και την δέσμευση στην πρόληψη μέσω όλων των μερών (αρχών) που εκπροσωπούν

2. Να αναγνωρίσουν ευκαιρίες για να αυξήσουν την ενημέρωση του κοινού στον έλεγχο του καπνίσματος, στη διαφοροποίηση της διαίτας, τον έλεγχο των μολύνσεων και στην προστασία του περιβάλλοντος.

3. Να οργανώσουν την υποστήριξη από την βιομηχανία και τις κυβερνήσεις στην αύξηση της προσφοράς πρόληψης για τον καρκίνο μέσω της ιατρικής τεχνολογίας, όπου αυτό είναι δυνατό

Άρθρο VI

Είναι αναμφισβήτητο γεγονός ότι η έγκαιρη διάγνωση για κάθε ένα ή για όλα από τα 200 ή περισσότερα είδη καρκίνου, οδηγεί σε ένα καλύτερο αποτέλεσμα για τον ασθενή. Είναι σημαντικό επίσης το γεγονός ότι η σωστή αντιμετώπιση εγνωσμένων προ-καρκινικών καταστάσεων μπορεί επίσης να προλάβει τον καρκίνο. Ο φόβος και η άγνοια για τα σημεία και συμπτώματα του καρκίνου ή των προκαρκινικών καταστάσεων είναι παρ' όλα αυτά συχνοί ενώ και από τη φύση του ο καρκίνος μπορεί να είναι ύπουλος και να ανιχνεύεται δύσκολα χωρίς παρεμβάσεις πληθυσμιακού ελέγχου. Είναι επίσης γνωστό ότι η πρόωμη διάγνωση εξαιρετικά σημαντική για τα άτομα που ανήκουν σε κατηγορίες υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου εξαιτίας του τρόπου ζωής των, του περιβάλλοντος όπου ζουν, της απασχόλησης των και την οικογενειακής προδιάθεσης ή της χαμηλής τους κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης.

Η αναγνώριση ότι τα πρωϊότερα συμπτώματα του καρκίνου μπορεί να μπερδευτούν με αυτά άλλων, κοινών ασθενειών, προσδίδει περαιτέρω έμφαση στην ανάγκη για αποτελεσματικό πληθυσμιακό έλεγχο και προσεκτική ιατρική διάγνωση. Η μεθοδολογία ελέγχου για την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου μπορεί να εκτείνεται από την απλή παρατήρηση, τις εργαστηριακές και ακτινολογικές εξετάσεις, μέχρι τη διεξαγωγή πιο εξειδικευμένων εξετάσεων, που όλες έχουν ήδη αποδειχθεί πολύτιμες στην έγκαιρη διάγνωση διαφόρων μορφών καρκίνου.

Επιπρόσθετα στην εκπαίδευση για την πρόληψη του καρκίνου, η εφαρμογή των προγραμμάτων ελέγχου-στο πλαίσιο των οικονομικών δυνατοτήτων- θα πρέπει να είναι ένα κύριο μέλημα για τον περιορισμό του καρκίνου. Αυτά τα προγράμματα ελέγχου για να είναι αποτελεσματικά θα πρέπει να συνδυάζονται με την πρόσβαση σε ποιοτική αντιμετώπιση.

Οι συμβαλλόμενοι αναλαμβάνουν να επιταχύνουν την ανάπτυξη και την ευρεία εφαρμογή των ήδη αποδεδειγμένων και αυτών που θα προκύψουν τεχνολογιών πληθυσμιακού ελέγχου, ώστε όλα τα άτομα που μπορεί να ωφεληθούν από τον έλεγχο να συμμετάσχουν σ' αυτόν, ανεξάρτητα από την φυλή ή την κοινωνικο-οικονομική κατάστασή τους.

Άρθρο VII

Η εξατομικευμένη και η καταστατικά εδραιωμένη συνηγορία υπέρ των ασθενών έχει άμεση και ευνοϊκή επίπτωση στη μάχη κατά του καρκίνου, ιδίως σε περιπτώσεις όπου έχει υπάρξει σωστή ενημέρωση και έχει ριζώσει σε μία κατανοητή και προσδεδεμένη στην ποιοτική επιστήμη και στην βασισμένη σε δεδομένα ιατρική πρακτική. Ως κύριος μέτοχος στον αντικαρκινικό αγώνα, ο ασθενής βρίσκεται στη μοναδική θέση να επικεντρώνει τη συνολική προσπάθεια για την εξάλειψη της ασθένειας και την τέλεια χρήση των δυνατοτήτων προς όφελος των ατόμων που κινδυνεύουν να προσβληθούν από την νόσο ή αυτών που ζουν με τον καρκίνο και τον μάχονται. Οι συμβαλλόμενοι αναλαμβάνουν να ισχυροποιήσουν την θέση των καρκινοπαθών ως ενεργών συνεργατών στην μάχη κατά του καρκίνου, και θα προωθήσουν ενεργητικά τις ακόλουθες αρχές:

1. Όλα τα άτομα που πάσχουν ή θα προσβληθούν από καρκίνο θα πρέπει να έχουν ίση πρόσβαση στην ενημέρωση για την ασθένεια και στις επιλογές αντιμετώπισης, συμπεριλαμβανομένων της προέλευσης, της πρόληψης και των πρόσφατων προτύπων για ανακάλυψη, διάγνωση και αντιμετώπιση της νόσου.
2. Η ανοικτή και σε συνεργασία επικοινωνία μεταξύ καρκινοπαθών και λειτουργών και επιστημόνων υγείας είναι βασική.
3. Η δέσμευση για μια ολικά καλύτερη ποιότητα ζωής περιλαμβάνει όχι μόνο την κλινική φροντίδα, αλλά επίσης και την πληροφόρηση και την ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Οι λειτουργοί υγείας και οι καρκινοπαθείς μοιράζονται την ευθύνη να εξασφαλίσουν ότι όλες οι ανάγκες των ασθενών θα ικανοποιηθούν.
4. Οι καρκινοπαθείς σε όλο τον κόσμο έχουν την ευκαιρία να ενημερωθούν, να οργανωθούν και να επηρεάσουν.
5. Η ιατρική κοινωνία, αναγνωρίζοντας τη δύναμη και το όφελος από τον ενημερωμένο και ενεργό πληθυσμό, θα βοηθήσει για να διευκολυνθεί η λαϊκή εμπιστοσύνη τόσο

στην επιστημονική πρόοδο, όσο και στην ιατρική πρακτική που βασίζεται σε δεδομένα.

6. Οι κοινότητες της ιατρικής έρευνας της βιομηχανίας και της πολιτικής θα αναφέρονται στους ενημερωμένους συνηγόρους των ασθενών ως τους στρατηγικούς συνεργάτες-κλειδιά σε όλες τις πλευρές της μάχης κατά του καρκίνου, συμπεριλαμβανομένων και των προόδων στα πρότυπα της φροντίδας και της επιβίωσης.

Άρθρο VIII

Η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών αποτελεί ένα πρωτεύοντα στόχο στον αγώνα κατά του καρκίνου. Τόσο η σωματική όσο και η ψυχική επιβάρυνση από τον καρκίνο μπορούν να είναι σημαντικές και συχνά γίνονται πιο σύνθετες από τις παρενέργειες της θεραπείας. Επειδή τα κλινικά αποτελέσματα μπορούν να επηρεαστούν από τη συνολικά καλή κατάσταση της ψυχικής και σωματικής υγείας του ασθενούς, η διατήρησης της ποιότητας της ζωής-συμπεριλαμβανομένης της φυσικής, ψυχολογική και κοινωνικής λειτουργικότητας-θα πρέπει να είναι τόσο ιατρική, όσο και ανθρωπιστική προτεραιότητα. Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί, ότι ενώ τα τελευταία 20 χρόνια έγιναν γιγάντια βήματα για να βελτιωθούν τα ποσοστά ίασης, σήμερα η πλειοψηφία των καρκινοπαθών παγκοσμίως δεν θεραπεύεται.

Όταν ο καρκίνος δεν είναι ιάσιμος, σημαντικά πλεονεκτήματα στην ποιότητα ζωής μπορούν ακόμα να αποκτηθούν μέσω της τέλει αντικαρκινικής θεραπείας (χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία) και της υποστηρικτικής φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων της διαχείρισης του πόνου και της κόπωσης καθώς και της ανακούφισης στο τέλος της ζωής.

Οι συμβαλλόμενοι θα επιδιώξουν τους ακόλουθους στόχους για να αυξηθεί η δέσμευση σε θέματα ποιότητας ζωής στον αγώνα κατά του καρκίνου:

1. Βελτίωση της πλήρους φροντίδας των ανθρώπων με καρκίνο, που συμπεριλαμβάνει την υποστηρικτική και ανακουφιστική φροντίδα μέσω ειδικών θεραπευτικών χειρισμών.

2. Αναγνώριση σε κλινικό και πολιτικό επίπεδο της σημασίας της ποιότητας ζωής των ασθενών, ανεξάρτητα από το στάδιο και την πρόγνωση της νόσου, και της τέλει υποστηρικτικής φροντίδας στους καρκινοπαθείς, ειδικά σε περιπτώσεις όπου δεν μπορεί να επιτευχθεί θεραπεία.

3. Θέση σε προτεραιότητα της ποιότητας της ζωής ως τελικό στόχο κλειδί στην ανάπτυξη νέων φαρμάκων αλλά και στην φροντίδα του ασθενή.

4. Επιθετική και συνεχιζόμενη ανάπτυξη επιστημονικών μέσων για τον υπολογισμό και την αποτίμηση της ποιότητας ζωής στα νοσηλευτικά κέντρα.

5. Εντατική εκπαίδευση των λειτουργών υγείας και των καρκινοπαθών τόσο για την ανάγκη όσο και για τις ευκαιρίες αποτελεσματικού ελέγχου του πόνου στον καρκίνο σε κάθε στάδιο της νόσου και της θεραπείας. Ο καρκινικός πόνος επηρεάζει έντονα την ποιότητα της ζωής και συχνά υποβαθμίζεται πολύ και δεν αντιμετωπίζεται σωστά, ακόμα και όταν είναι δυνατόν να ελεγχθεί καταλλήλως.

6. Η επιδίωξη καλύτερης κατανόησης καθώς και αλλαγής των στάσεων σε ότι αφορά το θάνατο και τη διαδικασία θανάτου, ώστε να διασφαλιστεί ότι το τέλος της ζωής είναι αποδεκτό ως μια φυσική εμπειρία που μπορεί και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ιατρικά, ψυχολογικά, συναισθηματικά και πνευματικά. Η τέλεια ιατρική φροντίδα του καρκινοπαθή που πεθαίνει πρέπει να είναι αποτελεσματική, ανθρώπινη και ευσπλαχνική.

Άρθρο IX

Αναγνωρίζοντας τη μεγάλη διαφοροποίηση στους πόρους και στην επιδημιολογία παγκοσμίως, οι συμβαλλόμενοι συμφωνούν ότι τα κράτη ξεχωριστά θα πρέπει να σχεδιάσουν εθνικές αντικαρκινικές στρατηγικές σύμφωνα με τις ανάγκες τους και να εφαρμόσουν τις δυνατότητες τους εκεί που θα έχουν τη μεγαλύτερη επίδραση. Μερικά κράτη μπορεί να διαλέξουν για παράδειγμα, να χρηματοδοτήσουν ως πρώτη προτεραιότητα στρατηγικές κατά των καρκίνων που μπορούν να προληφθούν ή να ιαθούν, συμπεριλαμβάνοντας εκπαίδευση στην πρόληψη και ειδικές θεραπευτικές πρακτικές. Άλλα κράτη μπορεί να ενδυναμώσουν τις προσπάθειες ανοσίας ως μέρος της συνολικής στρατηγικής ελέγχου του καρκίνου ή πιο επιθετική υποστήριξη στη χρήση της επικουρικής χημειοθεραπείας, ώστε να βελτιώσουν τα αποτελέσματα επιβίωσης. Κάθε μία από αυτές τις μεταβαλλόμενες ανάγκες και ευκαιρίες έχουν πρόσφατα καθοριστεί από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας στην προσπάθεια της να δημιουργήσει μια σφαιρική στρατηγική ελέγχου του καρκίνου.

Είναι προφανές ότι ανεξάρτητα από τις οικονομικές περιστάσεις, μια κριτική θεώρηση των αντικαρκινικών αναγκών, του κατάλληλου σχεδιασμού και των

προτεραιοτήτων που τίθενται, μπορεί να ανακόψει σημαντικά τον αντίκτυπο του καρκίνου εξίσου στα ανεπτυγμένα και στα αναπτυσσόμενα κράτη.

Τα μέλη αναλαμβάνουν να υποστηρίξουν ενεργά την ιδέα του σχεδιασμού εθνικών αντικαρκινικών πολιτικών, σύμφωνα με τις τοπικές ανάγκες και πόρους. Επιπλέον υπόσχονται να προσκαλέσουν όλες τις κοινωνίες να εμπλακούν στον αγώνα κατά του καρκίνου, ώστε να εξασφαλιστεί ότι ένας τέτοιος σχεδιασμός θα θέσει σε ικανοποιητικό βαθμό προτεραιότητας την σύγχρονη και την υπέρμετρα διαφαινόμενη κρίση του καρκίνου-και με τέλειο τρόπο θα εκμεταλλευθεί τη σημαντική ευκαιρία να μειώσει τη νοσηρότητα και τη θνητότητα από τον καρκίνο.

Άρθρο X

Δεδομένου ότι ο καρκίνος δεν γνωρίζει σύνορα και τα κράτη ξεχωριστά δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν απομονωμένα τις προκλήσεις, θα πρέπει να εδραιωθεί μία νέα μέθοδος συνεργασίας στην προσέγγιση της έρευνας, της συνηγορίας, της πρόληψης και της αντιμετώπισης.

Οι συμβαλλόμενοι αναλαμβάνουν να αναπτύξουν πρωτοποριακά παγκόσμια δίκτυα και συμμαχίες για να διευρύνουν τους στόχους αυτού του καταστατικού χάρτη. Επιπλέον, υπόσχονται να διασφαλίσουν ότι οι στόχοι αυτού του καταστατικού χάρτη δεν θα παραμεληθούν μετά την υπογραφή του, με το να:

1. Αναγνωρίσουν τη διακήρυξη από όλες τις αρμόδιες αρχές ότι η 4η Φεβρουάριου θα πρέπει να ανακηρυχθεί ως "Παγκόσμια Ημέρα Καρκίνου", έτσι ώστε κάθε χρόνο ο καταστατικός χάρτης των Παρισίων να βρίσκεται στις καρδιές και τις σκέψεις όλων των ανθρώπων.

2. Ιδρύσουν διαρκείς επιτροπές που θα παράγουν ετήσιες εκθέσεις, στις οποίες θα καταγράφεται η πρόοδος σε κάθε άρθρο του Χάρτη.

3. Διαμορφώσουν ένα παγκόσμιο δίκτυο ομάδων συνηγορίας για να ενθαρρυνθεί με ένα ευρύ κίνημα η υποστήριξη των άρθρων του καταστατικού χάρτη μέσα στις κοινωνίες τους.

4. Δημιουργήσουν ένα Παγκόσμιο Οργανισμό Έρευνας από κορυφαίες επαγγελματικές (επιστημονικές) Εταιρείες της υφιλίου. Αυτή η ομάδα θα αφιερωθεί στο να εξασφαλίσει ότι η σύγχρονη γνώση θα μεταφέρεται διαμέσου των συνόρων, θα αναγνωρίζει ερευνητικά κενά και θα εξερευνά υποσχόμενους τομείς.

5. Κινητοποιήσουν 1.000.000 άτομα απ' όλο τον κόσμο για να υπογράψουν τον καταστατικό χάρτη των Παρισίων έως το 2001, αποδεικνύοντας με αυτό τον τρόπο την προθυμία τους για κινητοποίηση υπέρ όλων αυτών που προσβλήθηκαν από καρκίνο.

ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

1. Μην καπνίζετε. Εάν καπνίζετε, σταματήστε αμέσως.
2. Αποφύγετε την παχυσαρκία.
3. Αυξήστε τη σωματική δραστηριότητα σε καθημερινό επίπεδο
4. Να τρώτε ποικιλία λαχανικών και φρούτων καθημερινά, τουλάχιστον πέντε μερίδες την ημέρα. Περιορίστε την κατανάλωση τροφών που περιέχουν ζωικά λίπη και ζάχαρη.
5. Εάν πίνετε αλκοολούχα ποτά, μπίρα κρασί η και άλλο είδος μετριάστε την κατανάλωση σε δυο ποτά την ημέρα, εάν είστε άνδρας, και ένα ποτό εάν είστε γυναίκα.
6. Αποφεύγετε την έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να προστατεύονται τα παιδιά και οι έφηβοι. Τα άτομα που έχουν τάση να καίγονται στον ήλιο, θα πρέπει να λαμβάνουν προστατευτικά μέτρα σε όλη τη ζωή τους.
7. Να εφαρμόζετε αυστηρά τους κανονισμούς που στοχεύουν στην πρόληψη της έκθεσης σε γνωστές καρκινογόνες ουσίες στο επαγγελματικό η άλλο περιβάλλον, συμπεριλαμβανομένης της ιονίζουσας ακτινοβολίας
8. Γυναίκες 25 ετών και άνω να συμμετέχουν σε προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου για τον καρκίνο του τράχηλου της μήτρας
9. Γυναίκες 50 ετών και άνω να συμμετέχετε σε προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού.
10. Άτομα 50 ετών και άνω να συμμετέχετε σε προγράμματα προσυμπτωματικού πληθυσμιακού ελέγχου για τον καρκίνο του παχέος εντέρου.
11. Να συμμετέχετε σε προγράμματα εμβολιασμού για την μόλυνση από τον ιό της ηπατίτιδας Β.

Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας.

28 Νοεμβρίου 2005 (ΦΕΚ Α/287) ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 3418 "Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας."

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄
ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ**

Άρθρο 1

Έννοιες, ορισμοί και πεδίο εφαρμογής του παρόντος.

1. Ιατρική πράξη είναι εκείνη που έχει ως σκοπό τη με οποιαδήποτε επιστημονική μέθοδο πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου.
2. Ως ιατρικές πράξεις θεωρούνται και εκείνες οι οποίες έχουν ερευνητικό χαρακτήρα, εφόσον αποσκοπούν οπωσδήποτε στην ακριβέστερη διάγνωση, στην αποκατάσταση ή και τη βελτίωση της υγείας των ανθρώπων και στην προαγωγή της επιστήμης.
3. Στην έννοια της ιατρικής πράξης περιλαμβάνονται και η συνταγογράφηση, η εντολή για διενέργεια πάσης φύσεως παρακλινικών εξετάσεων, η έκδοση ιατρικών πιστοποιητικών και βεβαιώσεων και η γενική συμβουλευτική υποστήριξη του ασθενή.
4. Κατά τον παρόντα Κώδικα:
 - α) στην έννοια «ασθενής» περιλαμβάνεται κάθε χρήστης των υπηρεσιών υγείας,
 - β) στην έννοια «οικείος» περιλαμβάνονται οι συγγενείς εξ αίματος και εξ αγχιστείας σε ευθεία γραμμή, οι θετοί γονείς και τα θετά τέκνα, οι σύζυγοι, οι μόνιμοι σύντροφοι, οι αδελφοί, οι σύζυγοι και οι μόνιμοι σύντροφοι των αδελφών, καθώς και οι επίτροποι ή οι επιμελητές του ασθενούς και όσοι βρίσκονται υπό δικαστική συμπαράσταση.
5. Οι διατάξεις του παρόντος εφαρμόζονται κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας στον δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα και ανεξάρτητα από τον τρόπο ή τη μορφή άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, ατομικά, ομαδικά ή με τη μορφή ιατρικής εταιρείας, ως ελεύθερο επάγγελμα ή όχι.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄
ΓΕΝΙΚΟΙ ΚΑΝΟΝΕΣ ΑΣΚΗΣΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ**

Άρθρο 2

Η άσκηση της ιατρικής ως λειτουργήμα.

1. Η άσκηση της ιατρικής είναι λειτούργημα που αποσκοπεί στη διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου, καθώς και στην ανακούφισή του από τον πόνο.

2. Ο ιατρός τηρεί τον όρκο του Ιπποκράτη, ασκεί το έργο του σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία και πρέπει, κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, να αποφεύγει κάθε πράξη ή παράλειψη η οποία μπορεί να βλάψει την τιμή και την αξιοπρέπεια του ιατρού και να κλονίσει την πίστη του κοινού προς το ιατρικό επάγγελμα. Οφείλει, επίσης, να διατηρεί σε υψηλό επίπεδο την επαγγελματική του συμπεριφορά, ώστε να καταξιώνεται στη συνείδηση του κοινωνικού συνόλου και να προάγει το κύρος και την αξιοπιστία του ιατρικού σώματος. Ο ιατρός πρέπει να επιδεικνύει τη συμπεριφορά αυτή όχι μόνον κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, αλλά και στο πλαίσιο της γενικότερης κοινωνικής έκφρασης της προσωπικότητάς του.

3. Το ιατρικό λειτούργημα ασκείται σύμφωνα με τους γενικά αποδεκτούς και ισχύοντες κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Διέπεται από απόλυτο σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και απευθύνεται σε όλους τους ανθρώπους χωρίς διάκριση φύλου, φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, ηλικίας, σεξουαλικού προσανατολισμού, κοινωνικής θέσης ή πολιτικής ιδεολογίας.

4. Ο ιατρός σέβεται την ανθρώπινη ζωή ακόμη και κάτω από απειλή και δεν χρησιμοποιεί τις γνώσεις του ενάντια στις αρχές του ανθρωπισμού. Δεν συντρέχει ούτε παρέχει υποστήριξη σε βασανιστήρια ή άλλες μορφές εξευτελιστικής και απάνθρωπης συμπεριφοράς, οποιαδήποτε και αν είναι η πράξη για την οποία κατηγορείται ή θεωρείται ένοχο ή ύποπτο το θύμα αυτών των διαδικασιών, σε καιρό ειρήνης ή πολέμου.

5. Ο ιατρός, επικαλούμενος λόγους συνείδησης, έχει δικαίωμα να μη μετέχει σε νόμιμες ιατρικές επεμβάσεις στις οποίες αντιτίθεται συνειδησιακά, εκτός από επείγουσες περιπτώσεις.

6. Αν η κρίση του ιατρού ενδέχεται να επηρεασθεί από μία ιατρική κατάσταση από την οποία υποφέρει, καθώς και εάν ο ιατρός πάσχει ή είναι φορέας ενός μεταδοτικού νοσήματος, πρέπει να αναζητήσει συμβουλή από ιατρό εργασίας ή κατάλληλα καταρτισμένους συναδέλφους σχετικά με την αναγκαιότητα ή τον τρόπο αλλαγής παροχής των υπηρεσιών του. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ιατρός δεν πρέπει να επαφίεται στην αποκλειστική προσωπική του εκτίμηση σχετικά με την ύπαρξη κινδύνου.

Άρθρο 3

Ηθική και επιστημονική ανεξαρτησία του ιατρού.

1. Κάθε ιατρός απολαύει κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, επιστημονικής ελευθερίας και ελευθερίας της συνείδησής του, παρέχει δε τις ιατρικές του υπηρεσίες με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια.

2. Ο ιατρός ενεργεί με βάση:

- α) την εκπαίδευση που του έχει παρασχεθεί κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών του σπουδών, την άσκησή του για την απόκτηση τίτλου ιατρικής ειδικότητας και τη συνεχιζόμενη ιατρική του εκπαίδευση,
- β) την πείρα και τις δεξιότητες που αποκτά κατά την άσκηση της ιατρικής και
- γ) τους κανόνες της τεκμηριωμένης και βασισμένης σε ενδείξεις ιατρικής επιστήμης.

3. Ο ιατρός, κατά την άσκηση της ιατρικής, ενεργεί με πλήρη ελευθερία, στο πλαίσιο των γενικά αποδεκτών κανόνων και μεθόδων της ιατρικής επιστήμης, όπως αυτοί διαμορφώνονται με βάση τα αποτελέσματα της εφαρμοσμένης σύγχρονης επιστημονικής έρευνας. Έχει δικαίωμα για επιλογή μεθόδου θεραπείας, την οποία κρίνει ότι υπερτερεί σημαντικά έναντι άλλης, για τον συγκεκριμένο ασθενή, με βάση τους σύγχρονους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, και παραλείπει τη χρήση μεθόδων που δεν έχουν επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση.

4. Οποιαδήποτε διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδος, η οποία δεν εφαρμόζεται από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα, χαρακτηρίζεται ως πειραματική και η εφαρμογή της επιτρέπεται μόνο σύμφωνα με το νομικό και δεοντολογικό πλαίσιο που διέπει τη διεξαγωγή της επιστημονικής έρευνας.

Άρθρο 4

Εξασφάλιση ποιότητας, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας

1. Ο ιατρός πρέπει να προάγει την ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την ίση κατανομή των πόρων. Οφείλει, επίσης, να αποφεύγει τη διακριτική μεταχείριση που προκύπτει από εκπαιδευτικές, νομικές, οικονομικές, κοινωνικές και γεωγραφικές διαφοροποιήσεις.

2. Ο ιατρός πρέπει να συνεργάζεται αρμονικά με τους συναδέλφους του και το λοιπό προσωπικό και να προβαίνει σε κάθε ενέργεια, προκειμένου να αποφευχθούν τα ιατρικά λάθη, να εξασφαλισθεί η ασφάλεια των ασθενών, να ελαχιστοποιηθεί η σπατάλη των πόρων και να μεγιστοποιηθούν τα αποτελέσματα της παροχής φροντίδας υγείας.

3. Ο ιατρός οφείλει, χωρίς να περιορίζεται η ηθική και επιστημονική ανεξαρτησία του, και χωρίς να παραβλέπει το όφελος του συγκεκριμένου ασθενή, να συνταγογραφεί και να προχωρεί μόνο στις ιατρικές πράξεις οι οποίες είναι απαραίτητες για την εξασφάλιση της ποιότητας, της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας της υγειονομικής φροντίδας ή της θεραπείας που παρέχεται.

4. Ο ιατρός πρέπει, τόσο ατομικά όσο και μέσω των ιατρικών εταιρειών και συλλόγων, να συμβάλλει στη δημιουργία και εφαρμογή μηχανισμών που στοχεύουν στην ενθάρρυνση της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Άρθρο 5

Ιατρικά πιστοποιητικά και ιατρικές γνώματεύσεις.

1. Τα ιατρικά πιστοποιητικά και οι ιατρικές γνωματεύσεις, καθώς και οι ιατρικές συνταγές που εκδίδονται κατά τους νόμιμους τύπους, έχουν το ίδιο κύρος και την ίδια νομική ισχύ ως προς τις νόμιμες χρήσεις και ενώπιον όλων των αρχών και υπηρεσιών, ανεξάρτητα από το αν εκδίδονται από ιατρούς που υπηρετούν σε Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. ή ιδιώτες ιατρούς. Σε κάθε περίπτωση, τα εκδιδόμενα πιστοποιητικά και οι εκδιδόμενες γνωματεύσεις αφορούν αποκλειστικά στο γνωστό αντικείμενο της ειδικότητας κάθε ιατρού. Τυχόν ειδικότερες ρυθμίσεις εξακολουθούν να ισχύουν.
2. Ο ιατρός οφείλει, όταν συντάσσει πάσης φύσεως ιατρικά πιστοποιητικά ή γνωματεύσεις, να αναφέρει το σκοπό για τον οποίο προορίζονται, καθώς και το όνομα του λήπτη του πιστοποιητικού.
3. Τα ιατρικά πιστοποιητικά και οι ιατρικές γνωματεύσεις εκδίδονται μετά από προηγούμενη γραπτή ή προφορική αίτηση του προσώπου στο οποίο αφορούν ή, κατ' εξαίρεση, τρίτου προσώπου που έχει έννομο συμφέρον και το αποδεικνύει, καθώς και όταν αυτό ρητά προβλέπεται στο νόμο. Ειδικά τα ιατρικά πιστοποιητικά που αφορούν στην παρούσα κατάσταση του ασθενούς προϋποθέτουν την προηγούμενη εξέταση του ασθενούς. Η έκδοση αναληθών ιατρικών πιστοποιητικών συνιστά πειθαρχικό και ποινικό αδίκημα σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Ιδιώτες ιατροί που εκδίδουν ιατρικά πιστοποιητικά ή μετέχουν σε επιτροπές που τα εκδίδουν, θεωρούνται υπάλληλοι κατά την έννοια που έχει ο όρος στον Ποινικό Κώδικα.
4. Τα πάσης φύσεως ιατρικά πιστοποιητικά ή ιατρικές γνωματεύσεις παραδίδονται σε αυτόν που παραδεκτά το ζήτησε ή σε τρίτο πρόσωπο, που έχει εξουσιοδοτηθεί ειδικά από τον αιτούντα.

Άρθρο 6

Κωλύματα - ασυμβίβαστα.

1. Ο ιατρός μπορεί να ασκεί άλλο επάγγελμα ή επαγγελματική δραστηριότητα εφόσον δεν παρεμποδίζεται η ευσυνειδητή άσκηση της ιατρικής και δεν θίγεται η αξιοπρέπειά του ως ιατρού.
2. Με την άσκηση της ιατρικής εξομοιώνεται και η κατοχή οποιασδήποτε έμμισθης ή τιμητικής θέσης, για την οποία απαιτείται ως τυπικό προσόν το πτυχίο της Ιατρικής Σχολής.
3. Δεν επιτρέπεται σε ιατρούς οι οποίοι έχουν δίπλωμα φαρμακοποιού ή οδοντιάτρου ή άλλου υγειονομικού επαγγέλματος να διατηρούν φαρμακεία, οδοντιατρεία ή άλλα παρεμφερή καταστήματα σε λειτουργία, εκτός εάν παύσουν την άσκηση της ιατρικής και τη χρησιμοποίηση του τίτλου του ιατρού.
4. Απαγορεύεται στον ιατρό να εξυπηρετεί, να εξαρτάται ή να συμμετέχει σε επιχειρήσεις που παρασκευάζουν ή εμπορεύονται φάρμακα ή υγειονομικό υλικό ή να διαφημίζει και να προβάλλει αυτά, με οποιονδήποτε τρόπο. Οι περιορισμοί αυτοί δεν αποκλείουν τη δυνατότητα σύναψης διαφανών και συγκεκριμένων

σχέσεων εργασίας με επιχειρήσεις που παρασκευάζουν φάρμακα ή υγειονομικό υλικό στους ιατρούς που εκ του νόμου έχουν τη δυνατότητα αυτή.

Άρθρο 7

Τόπος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.

1. Ο ιατρός ασκεί τα καθήκοντά του στην περιφέρεια του ιατρικού συλλόγου στον οποίο έχει εγγραφεί και στη διεύθυνση που έχει δηλώσει. Απαγορεύεται στον ιατρό να διατηρεί περισσότερα του ενός ιατρεία ή εργαστήρια είτε ατομικά είτε σε συνεργασία με άλλον συνάδελφό του ή με τη μορφή ιατρικής εταιρείας.
2. Επιτρέπεται η προσφορά ιατρικών υπηρεσιών στην περιφέρεια άλλου ιατρικού συλλόγου, όταν υπάρχει άμεσος κίνδυνος της ζωής ή της υγείας ασθενή ή όταν ο ιατρός καλείται να συμμετάσχει σε ιατρικό συμβούλιο, μετά από πρόσκληση του θεράποντος ιατρού ή του ίδιου του ασθενή ή, σε περίπτωση αδυναμίας αυτού, των οικείων του, σύμφωνα με τη διαδικασία που αναφέρεται στο άρθρο 22.
3. Απαγορεύεται η πλανοδιακή άσκηση της ιατρικής. Επιτρέπονται οι τακτικές επισκέψεις για την παροχή ιατρικής συνδρομής μετά από άδεια του διοικητικού συμβουλίου του κατά τόπο αρμόδιου ιατρικού συλλόγου.
4. Επιτρέπεται η παροχή ιατρικής φροντίδας ή η συγκέντρωση επιστημονικών στοιχείων, καθώς και η υλοποίηση προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής ή άλλων προγραμμάτων κοινωνικού ή φιλανθρωπικού χαρακτήρα από ιατρούς ή άλλους φορείς του δημόσιου ή του ιδιωτικού τομέα, μετά από έγγραφη έγκριση του οικείου τοπικού ιατρικού συλλόγου, στην οποία ορίζεται ο χώρος, ο χρόνος και ο τρόπος παροχής αυτών των υπηρεσιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄

ΣΧΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΟΥ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΗ

Άρθρο 8

Η ιατρική ως σχέση εμπιστοσύνης και σεβασμού.

1. Η συμπεριφορά του ιατρού προς τον ασθενή του πρέπει να είναι αυτή που προσήκει και αρμόζει στην επιστήμη του και την αποστολή του λειτουργήματός του.
2. Ο ιατρός φροντίζει για την ανάπτυξη σχέσεων αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού μεταξύ αυτού και του χρήστη/ασθενή. Ακούει τους ασθενείς του, τους συμπεριφέρεται με σεβασμό και κατανόηση και σέβεται τις απόψεις, την ιδιωτικότητα και την αξιοπρέπειά τους.
3. Ο ιατρός δεν παρεμβαίνει στην προσωπική και οικογενειακή ζωή του ασθενή, παρά μόνο στο μέτρο, στο βαθμό και στην έκταση που είναι αναγκαίο και αρκετό για την αποτελεσματική προσφορά των ιατρικών υπηρεσιών του εφόσον αυτό του έχει επιτραπεί.

4. Ο ιατρός, κατά την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών, σέβεται τις θρησκευτικές, φιλοσοφικές, ηθικές ή πολιτικές απόψεις και αντιλήψεις του ασθενή. Οι απόψεις του ιατρού σχετικά με τον τρόπο ζωής του ασθενή, τις πεποιθήσεις και την κοινωνική ή οικονομική κατάσταση του τελευταίου δεν επιτρέπεται να επηρεάζουν τη φροντίδα ή τη θεραπευτική αντιμετώπιση που παρέχεται.

5. Ο ιατρός δεν πρέπει να εκμεταλλεύεται την εμπιστοσύνη του ασθενή, να χρησιμοποιεί τη θέση του για τη σύναψη ανάρμοστων προσωπικών σχέσεων με τους ασθενείς ή τους συγγενείς τους, να ασκεί οικονομικές ή άλλες πιέσεις, να αποκαλύπτει εμπιστευτικές πληροφορίες και να συστήνει θεραπείες ή να παραπέμπει τους ασθενείς σε εξετάσεις οι οποίες δεν είναι προς το συμφέρον τους.

6. Όταν ο ιατρός, μετά το πέρας των καθηκόντων του, παραδίδει τη φροντίδα του ασθενή του σε άλλο συνάδελφό του, πρέπει να εξασφαλίζει ότι η διαδικασία παράδοσης γίνεται αποτελεσματικά και μετά από ακριβή και σαφή ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση, τις ανάγκες του ασθενή και τις υπάρχουσες εκκρεμότητες.

7. Ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να διευκολύνει τη συγκρότηση ιατρικού συμβουλίου, όταν το ζητούν ο ασθενής ή οι οικείοι του.

Άρθρο 9

Υποχρεώσεις του ιατρού προς τον ασθενή.

1. Ο ιατρός δίνει προτεραιότητα στην προστασία της υγείας του ασθενή.

2. Ο ιατρός δεν μπορεί να αρνείται την προσφορά των υπηρεσιών του για λόγους άσχετους προς την επιστημονική του επάρκεια, εκτός εάν συντρέχει ειδικός λόγος, που να καθιστά αντικειμενικά αδύνατη την προσφορά των υπηρεσιών του.

3. Ο ιατρός οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών ανεξάρτητα από την ειδικότητά του. Η υποχρέωση αυτή βαρύνει τον ιατρό, ακόμη και όταν δεν υπάρχουν τα κατάλληλα μέσα για την άσκηση της ιατρικής, και ισχύει μέχρι την παραπομπή του ασθενή σε ιατρό κατάλληλης ειδικότητας ή τη μεταφορά του σε κατάλληλη μονάδα παροχής υπηρεσιών φροντίδας και περίθαλψης. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός οφείλει να εξαντλήσει τις υπάρχουσες, κάτω από τις δεδομένες συνθήκες, δυνατότητες, σύμφωνα με τις επιταγές της ιατρικής επιστήμης.

4. Ο ιατρός μπορεί να διακόψει την παροχή των υπηρεσιών, που ήδη προσφέρει στον ασθενή του, για λόγους επιστημονικούς ή προσωπικούς και εφόσον δεν τίθεται σε άμεσο κίνδυνο η υγεία ή η ζωή του τελευταίου. Στην περίπτωση αυτή, οφείλει, εφόσον του ζητηθεί, να υποδείξει άλλο συνάδελφό του για την αναπλήρωσή του.

5. Ο ιατρός οφείλει, σε κάθε περίπτωση επέλευσης έκτακτης ανάγκης ή μαζικής καταστροφής, ανεξαρτήτως της ένταξής του σε σχέδιο αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών, να προσφέρει τις ιατρικές υπηρεσίες του, έστω και χωρίς αμοιβή ή αποζημίωση.

Άρθρο 10**Συνεχιζόμενη εκπαίδευση, διεπιστημονικότητα και επαγγελματική συνεργασία.**

1. Η άσκηση της ιατρικής γίνεται σύμφωνα με τους γενικά παραδεκτούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Ο ιατρός έχει υποχρέωση συνεχιζόμενης δια βίου εκπαίδευσης και ενημέρωσης σχετικά με τις εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης και της ειδικότητάς του.
2. Η υποχρέωση αυτή περιλαμβάνει όχι μόνον τις ιατρικές γνώσεις, αλλά και τις κλινικές δεξιότητες, καθώς και τις ικανότητες συνεργασίας σε ομάδα, οι οποίες είναι απαραίτητες για την παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας. Η συνεργασία στο πλαίσιο κάθε διεπιστημονικής ή μη ομάδας πρέπει να γίνεται εποικοδομητικά. Αν ο ιατρός ηγείται της ομάδας, προσπαθεί να εξασφαλίσει από όλα τα μέλη την ανάγκη παροχής αξιοπρεπούς και αποτελεσματικής φροντίδας, καθώς και εκδήλωσης σεβασμού στην προσωπικότητα του ασθενή.
3. Ο ιατρός οφείλει να αναγνωρίζει τα όρια των επαγγελματικών του ικανοτήτων και να συμβουλευέται τους συναδέλφους του.

Άρθρο 11**Υποχρέωση ενημέρωσης.**

1. Ο ιατρός έχει καθήκον αληθείας προς τον ασθενή. Οφείλει να ενημερώνει πλήρως και κατανοητά τον ασθενή για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιλοκές από την εκτέλεσή της, τις εναλλακτικές προτάσεις, καθώς και για τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασής του και να προχωρεί, ανάλογα, στη λήψη αποφάσεων.
2. Ο ιατρός σέβεται την επιθυμία των ατόμων τα οποία επιλέγουν να μην ενημερωθούν. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ασθενής έχει δικαίωμα να ζητήσει από τον ιατρό να ενημερώσει αποκλειστικά άλλο ή άλλα πρόσωπα, που ο ίδιος θα υποδείξει, για την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες ή και τους κινδύνους από την εκτέλεσή της, καθώς και για το βαθμό πιθανολόγησής τους.
3. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να καταβάλλεται κατά την ενημέρωση που αφορά σε ειδικές επεμβάσεις, όπως μεταμοσχεύσεις, μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, επεμβάσεις αλλαγής ή αποκαταστάσεως φύλου, αισθητικές ή κοσμητικές επεμβάσεις.

4. Αν τα πρόσωπα δεν έχουν την ικανότητα να συναινέσουν για την εκτέλεση ιατρικής πράξης, ο ιατρός τα ενημερώνει στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό. Ενημερώνει, επίσης, τα τρίτα πρόσωπα, που έχουν την εξουσία να συναινέσουν για την εκτέλεση της πράξης αυτής, κατά τις διακρίσεις του επόμενου άρθρου.

Άρθρο 12

Συναίνεση του ενημερωμένου ασθενή.

1. Ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή.

2. Προϋποθέσεις της έγκυρης συναίνεσης του ασθενή είναι οι ακόλουθες:

α) Να παρέχεται μετά από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση, σύμφωνα με το προηγούμενο άρθρο.

β) Ο ασθενής να έχει ικανότητα για συναίνεση.

αα) Αν ο ασθενής είναι ανήλικος, η συναίνεση δίδεται από αυτούς που ασκούν τη γονική μέριμνα ή έχουν την επιμέλειά του. Λαμβάνεται, όμως, υπόψη και η γνώμη του, εφόσον ο ανήλικος, κατά την κρίση του ιατρού, έχει την ηλικιακή, πνευματική και συναισθηματική ωριμότητα να κατανοήσει την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης και τις συνέπειες ή τα αποτελέσματα ή τους κινδύνους της πράξης αυτής. Στην περίπτωση της παραγράφου 3 του άρθρου 11 απαιτείται πάντοτε η συναίνεση των προσώπων που ασκούν τη γονική μέριμνα του ανηλίκου.

ββ) Αν ο ασθενής δεν διαθέτει ικανότητα συναίνεσης, η συναίνεση για την εκτέλεση ιατρικής πράξης δίδεται από τον δικαστικό συμπαραστάτη, εφόσον αυτός έχει ορισθεί. Αν δεν υπάρχει δικαστικός συμπαραστάτης, η συναίνεση δίδεται από τους οικείους του ασθενή. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός πρέπει να προσπαθήσει να εξασφαλίσει την εκούσια συμμετοχή, σύμπραξη και συνεργασία του ασθενή, και ιδίως εκείνου του ασθενή που κατανοεί την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης, τους κινδύνους, τις συνέπειες και τα αποτελέσματα της πράξης αυτής.

γ) Η συναίνεση να μην είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης ή απειλής και να μην έρχεται σε σύγκρουση με τα χρηστά ήθη.

δ) Η συναίνεση να καλύπτει πλήρως την ιατρική πράξη και κατά το συγκεκριμένο περιεχόμενό της και κατά το χρόνο της εκτέλεσής της.

3. Κατ' εξαίρεση δεν απαιτείται συναίνεση:

α) στις επείγουσες περιπτώσεις, κατά τις οποίες δεν μπορεί να ληφθεί κατάλληλη συναίνεση και συντρέχει άμεση, απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας,

β) στην περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας ή

γ) αν οι γονείς ανήλικου ασθενή ή οι συγγενείς ασθενή που δεν μπορεί για οποιονδήποτε λόγο να συναινέσει ή άλλοι τρίτοι, που έχουν την εξουσία συναίνεσης για τον ασθενή, αρνούνται να δώσουν την αναγκαία συναίνεση και υπάρχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης, προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του ασθενή.

Άρθρο 13**Ιατρικό απόρρητο.**

1. Ο ιατρός οφείλει να τηρεί αυστηρά απόλυτη εχεμύθεια για οποιοδήποτε στοιχείο υποπίπτει στην αντίληψή του ή του αποκαλύπτει ο ασθενής ή τρίτοι, στο πλαίσιο της άσκησης των καθηκόντων του, και το οποίο αφορά στον ασθενή ή τους οικείους του.
2. Για την αυστηρή και αποτελεσματική τήρηση του ιατρικού απορρήτου, ο ιατρός οφείλει:
 - α) να ασκεί την αναγκαία εποπτεία στους βοηθούς, στους συνεργάτες ή στα άλλα πρόσωπα που συμπράττουν ή συμμετέχουν ή τον στηρίζουν με οποιονδήποτε τρόπο κατά την άσκηση του λειτουργημάτων του και
 - β) να λαμβάνει κάθε μέτρο διαφύλαξης του απορρήτου και για το χρόνο μετά τημε οποιονδήποτε τρόποπαύση ή λήξη άσκησης του λειτουργημάτων του.
3. Η άρση του ιατρικού απορρήτου επιτρέπεται όταν:
 - α) Ο ιατρός αποβλέπει στην εκπλήρωση νομικού καθήκοντος. Νομικό καθήκον συντρέχει, όταν η αποκάλυψη επιβάλλεται από ειδικό νόμο, όπως στις περιπτώσεις γέννησης, θανάτου, μολυσματικών νόσων και άλλες, ή από γενικό νόμο, όπως στην υποχρέωση έγκαιρης αναγγελίας στην αρχή, όταν ο ιατρός μαθαίνει με τρόπο αξιόπιστο ότι μελετάται κακούργημα ή ότι άρχισε ήδη η εκτέλεσή του και, μάλιστα, σε χρόνο τέτοιο, ώστε να μπορεί ακόμα να προληφθεί η τέλεση ή το αποτέλεσμα του.
 - β) Ο ιατρός αποβλέπει στη διαφύλαξη έννομου ή άλλου δικαιολογημένου, ουσιώδους δημοσίου συμφέροντος ή συμφέροντος του ίδιου του ιατρού ή κάποιου άλλου, το οποίο δεν μπορεί να διαφυλαχθεί διαφορετικά.
 - γ) Όταν συντρέχει κατάσταση ανάγκης ή άμυνας.
4. Η υποχρέωση τήρησης ιατρικού απορρήτου αίρεται, εάν συναινεί σε αυτό εκείνος στον οποίο αφορά, εκτός εάν η σχετική δήλωσή του δεν είναι έγκυρη, όπως στην περίπτωση, που αυτή είναι προϊόν πλάνης, απάτης, απειλής, σωματικής ή ψυχολογικής βίας, ή εάν η άρση του απορρήτου συνιστά προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.
5. Οι ιατροί που ασκούν δημόσια υπηρεσία ελέγχου, επιθεώρησης ή πραγματογνωμοσύνης απαλλάσσονται από την υποχρέωση τήρησης του ιατρικού απορρήτου μόνο έναντι των εντολών τους και μόνο ως προς το αντικείμενο της εντολής και τους λοιπούς όρους χορήγησής της.
6. Η υποχρέωση τήρησης και διαφύλαξης του ιατρικού απορρήτου δεν παύει να ισχύει με το θάνατο του ασθενή.

Άρθρο 14**Τήρηση ιατρικού αρχείου.**

1. Ο ιατρός υποχρεούται να τηρεί ιατρικό αρχείο, σε ηλεκτρονική ή μη μορφή, το οποίο περιέχει δεδομένα που συνδέονται αρρήκτως ή αιτιωδώς με την ασθένεια ή την υγεία των ασθενών του. Για την τήρηση του αρχείου αυτού και την επεξεργασία των δεδομένων του εφαρμόζονται οι διατάξεις του ν. 2472/1997 (ΦΕΚ 50 Α').
2. Τα ιατρικά αρχεία πρέπει να περιέχουν το ονοματεπώνυμο, το πατρώνυμο, το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα, τη διεύθυνση του ασθενή, τις ημερομηνίες της επίσκεψης, καθώς και κάθε άλλο ουσιώδες στοιχείο που συνδέεται με την παροχή φροντίδας στον ασθενή, όπως, ενδεικτικά και ανάλογα με την ειδικότητα, τα ενσπλήματα της υγείας του και το λόγο της επίσκεψης, την πρωτογενή και δευτερογενή διάγνωση ή την αγωγή που ακολουθήθηκε.
3. Οι κλινικές και τα νοσοκομεία τηρούν στα ιατρικά τους αρχεία και τα αποτελέσματα όλων των κλινικών και παρακλινικών εξετάσεων.
4. Η υποχρέωση διατήρησης των ιατρικών αρχείων ισχύει:
 - α) στα ιδιωτικά ιατρεία και τις λοιπές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ιδιωτικού τομέα, για μία δεκαετία από την τελευταία επίσκεψη του ασθενή και
 - β) σε κάθε άλλη περίπτωση, για μία εικοσαετία από την τελευταία επίσκεψη του ασθενή.
5. Ο ιατρός λαμβάνει όλα τα αναγκαία μέτρα, έτσι ώστε στην περίπτωση επιστημονικών δημοσιεύσεων να μην γνωστοποιείται με οποιονδήποτε τρόπο η ταυτότητα του ασθενή στον οποίο αφορούν τα δεδομένα. Εάν, λόγω της φύσης της δημοσίευσης, είναι αναγκαία η αποκάλυψη της ταυτότητας του ασθενή ή στοιχείων που υποδεικνύουν ή μπορούν να οδηγήσουν στην εξακρίβωση της ταυτότητάς του, απαιτείται η ειδική έγγραφη συναίνεσή του.
6. Ο ιατρός τηρεί τα επαγγελματικά του βιβλία με τέτοιο τρόπο, ώστε να εξασφαλίζεται το ιατρικό απόρρητο και η προστασία των προσωπικών δεδομένων.
7. Στα ιατρικά αρχεία δεν πρέπει να αναγράφονται κρίσεις ή σχολιασμοί για τους ασθενείς, παρά μόνον εάν αφορούν στην ασθένειά τους.
8. Ο ασθενής έχει δικαίωμα πρόσβασης στα ιατρικά αρχεία, καθώς και λήψης αντιγράφων του φακέλου του. Το δικαίωμα αυτό, μετά το θάνατό του, ασκούν οι κληρονόμοι του, εφόσον είναι συγγενείς μέχρι τετάρτου βαθμού.
9. Δεν επιτρέπεται σε τρίτο η πρόσβαση στα ιατρικά αρχεία ασθενή. Κατ' εξαίρεση επιτρέπεται η πρόσβαση:
 - α) στις δικαστικές και εισαγγελικές αρχές κατά την άσκηση των καθηκόντων τους αντεπάγγελα ή μετά από αίτηση τρίτου που επικαλείται έννομο συμφέρον και σύμφωνα με τις νόμιμες διαδικασίες,
 - β) σε άλλα όργανα της Ελληνικής Πολιτείας, που με βάση τις καταστατικές τους διατάξεις έχουν τέτοιο δικαίωμα και αρμοδιότητα.

10. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα πρόσβασης, σύμφωνα με τις οικείες διατάξεις, στα εθνικά ή διεθνή αρχεία στα οποία έχουν εισέλθει τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που τον αφορούν.

Άρθρο 15

Σύγκρουση καθηκόντων.

Ο ιατρός που βρίσκεται μπροστά σε σύγκρουση καθηκόντων αντιμετωπίζει τη σύγκρουση αυτή με βάση την επιστημονική του γνώση, τη σύγκριση των έννομων αγαθών που διακυβεύονται, τον απόλυτο σεβασμό της ανθρώπινης ζωής και αξιοπρέπειας και τη συνείδησή του στο πλαίσιο των αρχών του άρθρου 2.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄

ΣΧΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΟΥ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Άρθρο 16

Ο ιατρός και η κοινωνία.

1. Ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει τον κοινωνικό χαρακτήρα του λειτουργήματός του και έχει την υποχρέωση, με βάση τις γνώσεις του, τις δεξιότητες και την πείρα που έχει αποκτήσει, να επιστά την προσοχή της κοινότητας, στην οποία ανήκει, σε θέματα που έχουν σχέση με τη δημόσια υγεία και τη βελτίωση της ποιότητας των ιατρικών υπηρεσιών.

2. Ο ιατρός συμμετέχει σε επαγγελματικές ή και επιστημονικές οργανώσεις που έχουν ως σκοπό την προστασία των συλλογικών συμφερόντων της ιατρικής κοινότητας, καθώς και τη μελέτη, επεξεργασία, πρόταση και εφαρμογή συλλογικών μέτρων, που συμβάλλουν στη βελτίωση της δημόσιας υγείας.

3. Ο ιατρός έχει δικαίωμα στο σεβασμό της προσωπικότητάς του και της ιδιωτικής του ζωής από τον Τύπο και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, κατά την άσκηση του ιατρικού λειτουργήματος.

4. Ο ιατρός απέχει από οποιαδήποτε ενέργεια η οποία μπορεί να οδηγήσει στον κοινωνικό αποκλεισμό ή στη διακριτική μεταχείριση ασθενών ή ατόμων που είναι φορείς νόσων, οι οποίες ενδέχεται να προκαλέσουν κοινωνικό στίγμα. Αντίθετα, μεριμνά για το σεβασμό της αξιοπρέπειας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους, παρέχοντας παράλληλα την καλύτερη δυνατή επιστημονική αντιμετώπισή τους.

5. Ο ιατρός δίνει ιδιαίτερη προσοχή στην παροχή φροντίδας σε άτομα τα οποία ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες, όπως γυναίκες που ζουν σε ελλειμματικές συνθήκες ασφάλειας, παιδιά προβληματικών οικογενειών, νεαρά άτομα που διαβιώνουν σε καταστάσεις υψηλού κινδύνου, άτομα με χρόνια νοσήματα ή άτομα της τρίτης ηλικίας.

αν ο ασθενής δηλώσει ανεπιφύλακτα στον ιατρό την αντίθεσή του σε μία τέτοια ενέργεια.

4. Ο ιατρός οφείλει να σέβεται, να διατηρεί άριστες σχέσεις και να συνεργάζεται αρμονικά με τους νοσηλευτές και το λοιπό προσωπικό κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, παραμερίζοντας οποιαδήποτε τυχόν διαφορά, με γνώμονα το συμφέρον του ασθενή και την εύρυθμη λειτουργία του φορέα παροχής υπηρεσιών.

5. Ο ιατρός μπορεί να αναθέτει φροντίδα στο νοσηλευτικό προσωπικό εάν κρίνει ότι αυτό είναι προς όφελος του ασθενή. Πρέπει όμως να είναι βέβαιος ότι το πρόσωπο στο οποίο ανατίθεται ένα συγκεκριμένο καθήκον είναι ικανό να το αναλάβει. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να δώσει όλες τις απαραίτητες για τη διεκπεραίωση του καθήκοντος πληροφορίες σχετικά με τον ασθενή και τη συγκεκριμένη διαδικασία. Ο ιατρός παραμένει υπεύθυνος για τη διαχείριση της φροντίδας του ασθενή.

6. Η προσφυγή του ιατρού στα αρμόδια επαγγελματικά και ελεγκτικά όργανα σχετικά με θέματα αντιδεοντολογικής συμπεριφοράς, παράνομης ή πλημμελούς άσκησης της ιατρικής από συναδέλφους του δεν αποτελεί παράβαση του καθήκοντος συναδελφικότητας.

Άρθρο 22

Ιατρικά συμβούλια.

1. Αν ο ιατρός, ο ασθενής ή οι οικείοι του κρίνουν σκόπιμη τη συγκρότηση ιατρικού συμβουλίου, ο θεράπων ιατρός μπορεί να υποδείξει σύμβουλο της επιλογής του. Είναι όμως υποχρεωμένος να αφήσει στην οικογένεια ελευθερία επιλογής με βάση το συμφέρον του αρρώστου και τις μεταξύ τους σχέσεις εμπιστοσύνης.

2. Εάν ο ασθενής ή οι οικείοι του επιλέξουν ως σύμβουλο ιατρό με τον οποίο ο θεράπων ιατρός δεν διατηρεί αγαθές επαγγελματικές σχέσεις, ο τελευταίος μπορεί να αποσύρεται χωρίς δικαιολογία. Το ίδιο ισχύει προκειμένου για την εκλογή ειδικού ιατρού, εργαστηριακού ή κλινικού.

3. Ο θεράπων ιατρός οφείλει να πληροφορεί τον ασθενή ή τους οικείους του για κάθε λεπτομέρεια που αφορά στο ιατρικό συμβούλιο, καθώς και για την οφειλόμενη αμοιβή.

4. Ο θεράπων ιατρός καλεί το σύμβουλο ιατρό, ορίζει την ημέρα, την ώρα και το χώρο που θα συνέλθει το συμβούλιο και συντονίζει τη διαδικασία. Η διεξαγωγή του ιατρικού συμβουλίου περιλαμβάνει:

- α) σύντομη προεισηγητική διάσκεψη κατά την οποία την εισήγηση διατυπώνει ο θεράπων ιατρός,
- β) εξέταση του ασθενή από καθέναν από τους συμβούλους,
- γ) ιδιαίτερη διάσκεψη των ιατρών η οποία ακολουθεί την εξέταση και
- δ) ανακοίνωση προς την οικογένεια του πορίσματος του συμβουλίου από εκείνον

που το διηύθυνε.

Εάν προκύψει διαφορά γνώμών, ο θεράπων ιατρός μπορεί είτε να αποδεχθεί τη γνώμη του συμβούλου ιατρού είτε, εφόσον την κρίνει άστοχη ή επιζήμια, να αποποιηθεί την ευθύνη. Στην περίπτωση αυτή γνωστοποιεί τη διαφωνία του στον ασθενή ή στην οικογένειά του και ζητεί τη συγκρότηση άλλου συμβουλίου, εάν το κρίνει σκόπιμο και προς το συμφέρον του ασθενή. Εφόσον η οικογένεια προτιμήσει τη γνώμη του συμβούλου ή αποκρούσει τη σύσταση νέου συμβουλίου, ο θεράπων ιατρός δικαιούται να αποσυρθεί.

5. Ο σύμβουλος ιατρός δεν μπορεί να γίνει θεράπων ιατρός του ασθενή, παρά μόνον στην περίπτωση που ο θεράπων ιατρός, ο οποίος τον κάλεσε, τον εξουσιοδοτεί ρητά ως προς αυτό ή εάν διαφωνήσει και αποχωρήσει, εφόσον ληφθεί πάντοτε υπόψη η προτίμηση του ασθενή.

6. Όταν παρουσιάζεται ανάγκη πρόσκλησης ειδικού ιατρού ή χειρουργού, ο θεράπων ιατρός μπορεί να υποδείξει τους καταλληλότερους κατά την κρίση του, δεν επιτρέπεται όμως να παραβλέψει τις προτιμήσεις του ασθενή, παρά μόνον σε περίπτωση προσωπικής διάστασης ή αδυναμίας να συνεργασθεί με τον ειδικό ιατρό ή τον χειρουργό που προτιμά ο ασθενής. Το ίδιο ισχύει και προκειμένου για την εκλογή θεραπευτηρίου, εργαστηρίου και νοσηλευτικού ιδρύματος.

7. Οι χειρουργοί, οι ειδικοί ιατροί και οι εργαστηριακοί ιατροί, προς τους οποίους παραπέμπεται ο ασθενής από τον θεράποντα ιατρό του, είναι υποχρεωμένοι να γνωστοποιούν στον τελευταίο το πόρισμα της εξέτασης. Αφού εκπληρώσουν αυτήν την εντολή, δεν επιτρέπεται να διατηρούν περαιτέρω σχέσεις ιατρικής φύσεως με τον ασθενή και ιδιαίτερα για θέματα εκτός της ειδικότητάς τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ΄ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Άρθρο 23

Ο ρόλος του ιατρού στην εκπαιδευτική διαδικασία.

1. Ο ιατρός πρέπει να συμβάλλει στην εκπαίδευση άλλων ιατρών, φοιτητών της ιατρικής και λοιπών συναδέλφων του.
2. Κάθε ιατρός πρέπει να είναι προετοιμασμένος να επιβλέπει λιγότερο έμπειρους συναδέλφους του.
3. Ο ιατρός ο οποίος έχει ιδιαίτερες εκπαιδευτικές υποχρεώσεις πρέπει να αναπτύσσει τις διδακτικές του ικανότητες. Εάν είναι υπεύθυνος για την εκπαίδευση νεότερων συναδέλφων του, πρέπει να είναι βέβαιος ότι αυτοί εποπτεύονται κατάλληλα.
4. Ο ιατρός αναγνωρίζει τη σημασία και συμβάλλει στην εκπαίδευση των ασθενών που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, καθώς και των μελών της οικογένειάς τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ΄ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Άρθρο 24 Ιατρική έρευνα.

1. Η ιατρική έρευνα διεξάγεται ελεύθερα στο πλαίσιο των θεμελιωδών πνευματικών και ηθικών αξιών, που χαρακτηρίζονται από σεβασμό στον άνθρωπο και την αξιοπρέπειά του.

2. Η ιατρική έρευνα στον άνθρωπο επιτρέπεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:
α) Ενημέρωση του ανθρώπου που υπόκειται σε έρευνα, σύμφωνα με το άρθρο 11, και ιδίως ως προς:

αα) την ύπαρξη και το μέγεθος πιθανών κινδύνων,

ββ) τα δικαιώματα προστασίας του ατόμου,

γγ) τον εθελοντικό χαρακτήρα συμμετοχής στην έρευνα και χωρίς οικονομικά ανταλλάγματα και

δδ) τη δυνατότητα ελεύθερης ανάκλησης της παρεχόμενης συναίνεσης.

β) Ελεύθερη, ανεπιφύλακτη, ειδική και τεκμηριωμένη συναίνεση του ανθρώπου που υπόκειται σε ιατρική έρευνα, ο οποίος έχει τη σχετική ικανότητα, όπως ειδικότερα ορίζεται στο άρθρο 12.

γ) Οι κίνδυνοι στους οποίους εκτίθεται ο άνθρωπος είναι δυσανάλογα μικροί σε σχέση με τα πιθανά οφέλη από την έρευνα.

δ) Το ερευνητικό πρόγραμμα έχει εγκριθεί από το αρμόδιο όργανο, μετά από σύμφωνη γνώμη του αρμόδιου Επιστημονικού Συμβουλίου και της αρμόδιας Επιτροπής Δεοντολογίας. Το Επιστημονικό Συμβούλιο ή η Επιτροπή Δεοντολογίας μπορεί, κατά τη διεξαγωγή της έρευνας, να προβεί σε επανεκτίμηση των όρων και συνθηκών διεξαγωγής αυτής.

3. Η έρευνα σε άτομα τα οποία δεν διαθέτουν ικανότητα συναίνεσης, σύμφωνα με το άρθρο 12, επιτρέπεται μόνον εφόσον:

α) πληρούνται όλες οι προϋποθέσεις των προηγούμενων παραγράφων,

β) τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να οδηγήσουν σε άμεσο όφελος της υγείας του ατόμου,

γ) δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί έρευνα αντίστοιχης αποτελεσματικότητας σε άτομα τα οποία διαθέτουν ικανότητα συναίνεσης,

δ) έχει δοθεί η απαραίτητη συναίνεση, σύμφωνα με τους όρους της παραγράφου 2 του άρθρου 12 και

ε) το άτομο δεν αντιτίθεται με οποιονδήποτε τρόπο.

4. Οποιαδήποτε διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδος δεν εφαρμόζεται διεθνώς, χαρακτηρίζεται ως πειραματική και επιτρέπεται η εφαρμογή της μόνο ύστερα από έγκριση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.). Ιατροί, που εφαρμόζουν πειραματικές, διαγνωστικές ή θεραπευτικές πράξεις, χωρίς τις προϋποθέσεις των άρθρων του παρόντος ή την ανωτέρω έγκριση, τιμωρούνται με την ποινή της οριστικής αφαίρεσης της άδειας άσκησης επαγγέλματος, σύμφωνα με όσα προβλέπονται στη διάταξη του άρθρου 36.

Άρθρο 25**Κλινική έρευνα με νέα φάρμακα ή νέες διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους.**

1. Οι κλινικές μελέτες με νέα φάρμακα ή εφαρμογή νεότερων διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων επιτρέπονται εφόσον:
 - α) ανταποκρίνονται στις γενικές προδιαγραφές και διαδικασίες, όπως αυτές καθορίζονται από τα αρμόδια όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης,
 - β) υπάρχουν ισχυρές επιστημονικές ενδείξεις ότι η χρήση τους ή η εφαρμογή τους θα αυξήσει τις πιθανότητες επιβίωσης ή αποκατάστασης της υγείας ή ανακούφισης των ασθενών που πάσχουν από αντίστοιχες νόσους και η ωφελιμότητα θα είναι σοβαρά σημαντικότερη του ενδεχόμενου εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών,
 - γ) συντρέχουν όλες οι προϋποθέσεις του προηγούμενου άρθρου.
2. Αν ο ασθενής αρνηθεί τη συμμετοχή του σε μια τέτοια μελέτη, ο ιατρός οφείλει να λάβει κάθε μέτρο, προκειμένου η άρνηση του ασθενή να μην επηρεάζει αρνητικά τη σχέση ιατρού προς ασθενή.
3. Ο ιατρός δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιεί νέα φάρμακα άγνωστης αποτελεσματικότητας ή να εφαρμόζει νέες θεραπευτικές ή διαγνωστικές μεθόδους αγνώστων συνεπειών, χωρίς την αυστηρή εφαρμογή των κανόνων που διέπουν το σχεδιασμό και την εφαρμογή κλινικών μελετών. Αναγνωρίζει ως θεμελιώδη κανόνα ότι η πιθανή διαγνωστική ή θεραπευτική αξία, προς όφελος του ασθενή, έχει προτεραιότητα έναντι της επιστημονικής γνώσης, που ενδεχομένως αποκτάται από τα νέα φάρμακα ή τις νέες θεραπευτικές ή διαγνωστικές μεθόδους.

Άρθρο 26**Μη θεραπευτική βιοϊατρική έρευνα.**

1. Επιτρέπεται η ιατρική έρευνα σε ανθρώπους, για καθαρώς επιστημονικούς λόγους, με τις προϋποθέσεις του άρθρου 24 και επιπλέον τις ακόλουθες προϋποθέσεις:
 - α) ο ιατρός ερευνητής θεωρεί ύψιστο καθήκον του την προστασία της ζωής, της υγείας και της αξιοπρέπειας του προσώπου στο οποίο διεξάγεται η έρευνα, η οποία προστασία προηγείται του συμφέροντος της επιστήμης ή της κοινωνίας,
 - β) ο ιατρός ερευνητής λαμβάνει κάθε απαραίτητο μέτρο, έτσι ώστε η συμμετοχή του ατόμου στην έρευνα να γίνεται χωρίς οποιοδήποτε αντάλλαγμα.
2. Ο ιατρός ερευνητής διακόπτει την έρευνα, αν, κατά την κρίση του, η συνέχισή της μπορεί να επιφέρει σοβαρή, επικίνδυνη ή απλή βλάβη στο άτομο.

Άρθρο 27**Δημοσιότητα των ανακαλύψεων.**

1. Ο ιατρός υποχρεούται να καθιστά γνωστές, κατά προτεραιότητα, στην ιατρική κοινότητα, με τον πιο πρόσφορο τρόπο, τις ανακαλύψεις που επέτυχε και τα συμπεράσματα στα οποία έχει καταλήξει από τις επαγγελματικές του μελέτες σε διαγνωστικά ή θεραπευτικά θέματα. Αποφεύγει την ευρύτερη δημοσιοποίηση των ανακαλύψεων και των συμπερασμάτων του στο μη ιατρικό κοινό, προτού τα υποβάλει στην κριτική των συναδέλφων του.
2. Ο ιατρός σε κάθε επιστημονική ανακοίνωσή του αναφέρει όλους τους συνεργάτες του, που συνέβαλαν στο περιεχόμενο της επιστημονικής ανακοίνωσης. Επιπλέον, δηλώνει οπωσδήποτε την επιχείρηση ή εταιρεία, που χρηματοδότησε ολικά ή μερικά την έρευνά του.
3. Ιατροί, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι σύνταξης βιοϊατρικών περιοδικών ή μετέχουν στη συντακτική τους επιτροπή, πριν προχωρήσουν στη δημοσίευση των εργασιών που προκύπτουν από την ερευνητική διαδικασία, ελέγχουν την τήρηση των κανόνων των άρθρων 24 έως και 26 ή απαιτούν υπεύθυνη δήλωση για την τήρησή τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Η΄ ΙΑΤΡΟΣ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Άρθρο 28 Φροντίδα ψυχικής υγείας.

1. Ο ψυχίατρος πρέπει να προσφέρει την καλύτερη δυνατή θεραπεία σύμφωνα με τις γνώσεις του και να παρέχει τις φροντίδες του μέσα στο πλαίσιο του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών των ανθρώπων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές. Ενθαρρύνει επίσης τη γενικότερη προαγωγή της ψυχικής υγείας.
2. Ο ψυχίατρος οφείλει να ενημερώνεται, να εκπαιδεύεται και να επιμορφώνεται τακτικά σε θέματα που αφορούν τόσο τις εξελίξεις της επιστήμης του, όσο και την προστασία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και των θεμελιωδών ελευθεριών των ανθρώπων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, καθώς και στην αποφυγή και τον έλεγχο της βίας.
3. Ο ψυχίατρος οφείλει να προβαίνει σε θεραπευτικές παρεμβάσεις στο μέτρο που αυτές περιορίζουν ελάχιστα την ελευθερία του ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές και να ζητεί τη γνώμη συναδέλφων του, όπου αυτό θεωρείται αναγκαίο. Όταν ο ψυχίατρος είναι υπεύθυνος για τη θεραπεία ή τις υποστηρικτικές ενέργειες που παρέχονται στο χώρο των ψυχικών διαταραχών από άλλους επαγγελματίες, οφείλει να τους εκπαιδεύει και να τους επιβλέπει κατάλληλα.
4. Ο ψυχίατρος οφείλει να γνωρίζει και να αναγνωρίζει ότι ο άνθρωπος που πάσχει από ψυχικές διαταραχές είναι δικαιωματικά εταίρος στη θεραπευτική διαδικασία. Η θεραπευτική σχέση βασίζεται τόσο στην εχεμύθεια του ιατρού, όσο και σε αμοιβαία εμπιστοσύνη και σεβασμό, ώστε να επιτρέπει σε αυτόν που πάσχει από ψυχικές διαταραχές να συμμετέχει στην αποφασιστική διαδικασία, σύμφωνα με τις προσωπικές του αξίες και προτιμήσεις.

5. Ο ψυχίατρος οφείλει να ενημερώνει τον άνθρωπο που πάσχει από ψυχικές διαταραχές για τη φύση της κατάστασής του, τις θεραπευτικές διαδικασίες, καθώς και τις τυχόν εναλλακτικές αυτών, όπως επίσης και την πιθανή έκβαση των θεραπευτικών διαδικασιών.

6. Ο ψυχίατρος σέβεται την πνευματική, συναισθηματική και ηθική αυτονομία του ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές. Για αυτόν το λόγο, κατά τη θεραπεία, λαμβάνει τα ανάλογα μέτρα, που διασφαλίζουν την άσκηση των θρησκευτικών και πολιτικών επιλογών του ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές, καθώς και τη συμμετοχή του σε πρόσφορες κοινωνικές δραστηριότητες, εφόσον αυτές δεν επηρεάζουν αρνητικά την ψυχική του κατάσταση ή δεν εμπλέκονται στην ψυχοπαθολογία του.

7. Ο ψυχίατρος οφείλει να συνεννοείται με τα πρόσωπα που αναφέρονται στο άρθρο 12, όταν ο άνθρωπος που πάσχει από ψυχικές διαταραχές δεν διαθέτει ικανότητα λήψης αποφάσεων, λόγω των διαταραχών αυτών.

8. Ο ψυχίατρος δεν χορηγεί καμία θεραπεία χωρίς τη θέληση του ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές, εκτός εάν η άρνηση θεραπείας θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του ίδιου και εκείνων που τον περιβάλλουν ή συνεπάγεται σοβαρή επιβάρυνση της πορείας της ψυχικής του διαταραχής. Αν καθίσταται επιτακτική η αναγκαστική νοσηλεία του ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές, αυτή πρέπει να είναι σύμφωνη με τους όρους και τις προϋποθέσεις που ορίζονται από την ισχύουσα νομοθεσία.

9. Δεν επιτρέπεται στον ψυχίατρο να επωφεληθεί από τη θεραπευτική του σχέση με τον άνθρωπο που πάσχει από ψυχικές διαταραχές και να επιτρέψει να υπεισέλθουν στη θεραπεία ανάρμοστες προσωπικές επιθυμίες, συναισθήματα, προκαταλήψεις και πεποιθήσεις, ούτε να χρησιμοποιήσει πληροφορίες που έχουν αποκτηθεί, κατά τη σχέση αυτή, για προσωπικούς λόγους, οικονομικά ή ακαδημαϊκά οφέλη. Επιτρέπεται η παραβίαση του απορρήτου, μόνον όταν η τήρησή του θα μπορούσε να επιφέρει σοβαρή σωματική ή ψυχική βλάβη σε αυτόν που πάσχει από ψυχικές διαταραχές ή σε τρίτο πρόσωπο.

10. Ο ψυχίατρος που καλείται να διατυπώσει μια εκτίμηση για ένα πρόσωπο με σκοπούς άλλους από τους θεραπευτικούς, όπως κατά τη διενέργεια ψυχιατροδικαστικής εκτίμησης, οφείλει πρώτα να το ενημερώσει και να το συμβουλευτεί για το σκοπό της εκτίμησης αυτής, τη χρήση των ευρημάτων και τις πιθανές επιπτώσεις της εκτίμησης.

11. Ο ψυχίατρος οφείλει, στις έρευνες που διεξάγονται σε ανθρώπους που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, να επιδεικνύει ιδιαίτερη προσοχή, ώστε να διαφυλάσσεται η αυτονομία τους, καθώς και η ψυχική και σωματική τους ακεραιότητα. Επίσης, οφείλει να ενημερώνει τους ανθρώπους αυτούς για τους σκοπούς της έρευνας και τις ενδεχόμενες ανεπιθύμητες επιδράσεις της και να εξασφαλίζει, μετά από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση, τη συγκατάθεση των ασθενών, αναφορικά με τη συμμετοχή τους σε ερευνητικό πρόγραμμα. Η προσπάθεια του ψυχιάτρου για την καλύτερη δυνατή θεραπεία ανθρώπου που

πάσχει από ψυχικές διαταραχές δεν θα πρέπει επ' ουδενί να επηρεάζεται από την άρνηση συμμετοχής του συγκεκριμένου ανθρώπου σε έρευνα του ψυχιάτρου.

12. Ο ψυχίατρος με κανέναν τρόπο δεν θα πρέπει να χρησιμοποιεί μέσα και μεθόδους του επαγγέλματός του, που πειθαναγκάζουν σε τροποποίηση ή αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών που σχετίζονται με πολιτικές ή και κοινωνικές πεποιθήσεις ή, γενικότερα, εξυπηρετούν άλλους σκοπούς πλην των θεραπευτικών και της προαγωγής της υγείας του ατόμου και της κοινωνίας.

13. Ο ψυχίατρος πρέπει να φροντίζει ώστε οι ψυχικά πάσχοντες να παρουσιάζονται στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε.) με τρόπο που, αφ' ενός μεν προστατεύει την τιμή και την αξιοπρέπειά τους, αφ' ετέρου δε μειώνει το στίγμα και τη διάκριση εναντίον τους. Ο ψυχίατρος δεν πρέπει να κάνει ανακοινώσεις στα Μ.Μ.Ε. για την υποτιθέμενη ψυχοπαθολογία οποιουδήποτε ατόμου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Θ΄ ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Άρθρο 29

Ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής.

1. Ο ιατρός, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό της στάδιο, ακόμη και αν εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια, οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενή. Του προσφέρει παρηγορητική αγωγή και συνεργάζεται με τους οικείους του ασθενή προς αυτήν την κατεύθυνση. Σε κάθε περίπτωση, συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος της ζωής του και φροντίζει ώστε να διατηρεί την αξιοπρέπειά του μέχρι το σημείο αυτό.

2. Ο ιατρός λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες που είχε εκφράσει ο ασθενής, ακόμη και αν, κατά το χρόνο της επέμβασης, ο ασθενής δεν είναι σε θέση να τις επαναλάβει.

3. Ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει ότι η επιθυμία ενός ασθενή να πεθάνει, όταν αυτός βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο, δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση για τη διενέργεια πράξεων οι οποίες στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου.

Άρθρο 30

Ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή.

1. Ο ιατρός οφείλει να παράσχει στον ενδιαφερόμενο κάθε χρήσιμη πληροφορία σχετικά με το θέμα της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και της αντισύλληψης.

2. Ο ιατρός συζητά, ενημερώνει για τις θετικές και αρνητικές συνέπειες και ενθαρρύνει την προσφυγή στις μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε συγκεκριμένες περιπτώσεις ιατρικής αδυναμίας απόκτησης παιδιών με φυσικό τρόπο ή προκειμένου να αποφευχθεί η μετάδοση σοβαρής ασθένειας στο παιδί. Η εφαρμογή των μεθόδων αυτών διέπεται από το σεβασμό

στην προσωπικότητα του ανθρώπου και την ελεύθερη και σοβαρή βούλησή του, όπως αυτή σχηματίζεται μετά από πλήρη και τεκμηριωμένη ενημέρωση. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός απέχει από κάθε επιχείρηση ή προσπάθεια βιομηχανοποίησης της διαδικασίας της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

3. Οποιαδήποτε παρέμβαση στο έμβρυο, η οποία γίνεται στο πλαίσιο εφαρμογής των μεθόδων ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, πρέπει να είναι σύμφωνη με τις διατάξεις για την προστασία της γενετικής ταυτότητας και την απαγόρευση τροποποιήσεων του ανθρώπινου γονιδιώματος, που είναι δυνατόν να μεταβιβασθούν στην επόμενη γενιά.

4. Η κλωνοποίηση ως μέθοδος αναπαραγωγής ανθρώπου απαγορεύεται.

5. Ο ιατρός μπορεί να επικαλεσθεί τους κανόνες και τις αρχές της ηθικής συνείδησής του και να αρνηθεί να εφαρμόσει ή να συμπράξει στη διαδικασία της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Άρθρο 31

Τεχνητή διακοπή κύησης.

1. Ο ιατρός μπορεί να επικαλεσθεί τους κανόνες και τις αρχές της ηθικής συνείδησής του και να αρνηθεί να εφαρμόσει ή να συμπράξει στη διαδικασία τεχνητής διακοπής της κύησης, εκτός εάν υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της υγείας της. Στην περίπτωση αυτή, αιταιείται σύμφωνη και αιτιολογημένη γνώμη του κατά περίπτωση αρμόδιου ιατρού.

2. Ο ιατρός οφείλει να παρέχει συμβουλευτική υποστήριξη στη γυναίκα που ζητεί την παροχή των υπηρεσιών του, πριν προχωρήσει στη διακοπή της κύησης.

Άρθρο 32

Μεταμόσχευσεις ιστών και οργάνων.

1. Ο ιατρός οφείλει να ενθαρρύνει τις μεταμόσχευσεις ιστών και οργάνων που γίνονται για θεραπευτικούς λόγους, παρέχοντας σωστή ενημέρωση και συνεργαζόμενος με τους αντίστοιχους φορείς και υπηρεσίες.

2. Ο ιατρός δεν παρέχει τις υπηρεσίες του εάν η μεταμόσχευση γίνεται ή επιχειρείται να γίνει με οποιοδήποτε αντάλλαγμα ή υποκρύπτει τέτοιο. Η καταβολή των δαπανών που είναι απαραίτητες για τη μεταμόσχευση δεν συνιστά αντάλλαγμα.

3. Ο ιατρός προστατεύει, με κάθε τρόπο, το απόρρητο της ταυτότητας του δότη και του λήπτη.

Άρθρο 33 **Αιμοδοσία.**

1. Ο ιατρός ενθαρρύνει πάντοτε την εθελοντική και μη αμειβόμενη αιμοδοσία. Το οικονομικό όφελος δεν πρέπει ποτέ να αποτελεί κίνητρο ούτε για τους αιμοδότες ούτε για τους υπεύθυνους συλλογής αίματος.
2. Ο ιατρός, εκτός από τη μέριμνα του αιμολήπτη, έχει και τη μέριμνα του αιμοδότη. Η μέριμνα για την υγεία και την ασφάλεια του αιμοδότη είναι διαρκής.
3. Ο ιατρός γνωρίζει στον αιμοδότη όλους τους κινδύνους που εμπεριέχει η διαδικασία της αιμοδοσίας.
4. Ο ιατρός λαμβάνει κάθε μέτρο για την τήρηση της ανωνυμίας μεταξύ αιμοδοτών και αιμοληπτών, εκτός εάν συντρέχουν ειδικοί εξαιρετικοί λόγοι, όπως η διασφάλιση της υγείας του αιμολήπτη ή λόγοι ηθικής ευπρέπειας ή συγγενικής ή κοινωνικά πρόσφορης αλληλεγγύης.

Άρθρο 34 **Προστασία γενετικής ταυτότητας.**

1. Παρεμβάσεις του ιατρού οι οποίες οδηγούν στην τροποποίηση του ανθρώπινου γονιδιώματος μπορούν να γίνουν μόνο για προληπτικούς, διαγνωστικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς. Σε καμία περίπτωση η τροποποίηση αυτή δεν μπορεί να μεταφέρεται στο γονιδίωμα της επόμενης γενεάς.
2. Δεν επιτρέπεται η χρησιμοποίηση της γενετικής τεχνολογίας για πολιτικούς ή στρατιωτικούς σκοπούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ' **ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ**

Άρθρο 35 **Σχέσεις ιατρού προς τον Ιατρικό Σύλλογο.**

1. Ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να εκπληρώνει πρόθυμα και απροφάσιστα όλα τα επιβεβλημένα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις προς τον Ιατρικό Σύλλογο του οποίου είναι μέλος.
2. Ο ιατρός οφείλει να εγγραφεί ως μέλος του Ιατρικού Συλλόγου στην περιφέρεια του οποίου έχει την επαγγελματική του εγκατάσταση.
3. Ο ιατρός οφείλει να προσέρχεται ανελλιπώς στις γενικές συνελεύσεις και να συμβάλλει με τις γνώσεις και το ζήλο του στην προαγωγή και ολοκλήρωση των σκοπών του Συλλόγου, να αναλαμβάνει και να εκτελεί ενόρκως και ευσυνείδητα

κάθε υπηρεσία που του ανατίθεται, να εκπληρώνει τις οικονομικές του υποχρεώσεις τακτικά και έγκαιρα, να μετέχει στις ψηφοφορίες για την εκλογή των καταλληλότερων, κατά την κρίση του, οργάνων διοίκησης, να βοηθά το Σύλλογο όταν καλείται και να προσέρχεται σε κάθε περίπτωση, καθώς και να υπακούει στις αποφάσεις του Συλλόγου που λαμβάνονται νόμιμα και είναι δεσμευτικές για το σύνολο.

4. Κάθε παράλειψη ή παράβαση των υποχρεώσεων του ιατρού προς τον Ιατρικό Σύλλογο, καθώς και κάθε απείθεια προς τις αποφάσεις του, επισύρει πειθαρχικές κυρώσεις σε βάρος του υπεύθυνου ιατρού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΑ΄ ΤΕΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 36 Κυρώσεις.

1. Κάθε παράβαση των διατάξεων του παρόντος τιμωρείται πειθαρχικά από τα αρμόδια πειθαρχικά όργανα.

2. Επιπλέον ο ιατρός που παραβιάζει τις διατάξεις των άρθρων 6 παράγραφοι 4 και 5, 19 παράγραφοι 5, 6 και 7, 24 παράγραφος 4, 28 παράγραφος 9 και 30 παράγραφος 4, τιμωρείται με προσωρινή ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος και προσωρινή παύση από θέση που τυχόν κατέχει στο Δημόσιο για τουλάχιστον δύο (2) έτη και πρόστιμο ποσού πενήντα χιλιάδων (50.000,00) έως και διακοσίων χιλιάδων (200.000,00) ευρώ. Η ποινή επιβάλλεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μετά από γνώμη του Εθνικού Συμβουλίου Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας, η οποία εκδίδεται μέσα σε προθεσμία είκοσι (20) ημερών από την αποστολή σχετικού ερωτήματος. Σε περίπτωση τελέσεως εκ νέου μίας από τις ανωτέρω παραβάσεις, επιβάλλεται υποχρεωτικά, με όμοια απόφαση, οριστική ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος και οριστική παύση.

3. Ο ιατρός έχει δικαίωμα σε αποκατάσταση, αποζημίωση και επανόρθωση κάθε οικονομικής ή ηθικής βλάβης ή ζημίας που υπέστη από την εναντίον του άσκηση κάθε είδους αβάσιμης αναφοράς από φυσικά ή νομικά πρόσωπα. Κάθε ιατρός ο οποίος κατηγορείται στο πλαίσιο αστικής, ποινικής ή πειθαρχικής διαδικασίας έχει δικαίωμα απόλυτου σεβασμού της προσωπικότητάς του.

Άρθρο 37 Καταργητική διάταξη

Από την έναρξη ισχύος του παρόντος καταργείται το β.δ. της 25.5/6.7.1955 (ΦΕΚ 171 Α΄).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΒ΄ ΛΟΙΠΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 38**Τροποποιήσεις του ν. 1026/1980 (ΦΕΚ 48 Α').**

1. Στο άρθρο 4 του ν. 1026/1980 προστίθεται παράγραφος 5, η οποία έχει ως εξής:
 «5. Οδοντίατροι βουλευτές, στους οποίους απαγορεύεται η άσκηση οδοντιατρικού επαγγέλματος, μπορούν να παραμείνουν μέλη του Οδοντιατρικού Συλλόγου στον οποίο ήταν εγγεγραμμένοι μέχρι την απόκτηση της βουλευτικής ιδιότητας, δεν έχουν όμως το δικαίωμα του εκλέγειν και εκλέγεσθαι.»

2. Η παρ. 1 του άρθρου 5 του ν. 1026/1980 αντικαθίσταται ως εξής:
 «1. Τα μέλη του Οδοντιατρικού Συλλόγου υποχρεούνται σε ετήσια εισφορά προς το Σύλλογο, η οποία καθορίζεται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου κάθε Συλλόγου, κατ' έτος, και γνωστοποιείται στην Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία. Η απόφαση λαμβάνεται το μήνα Δεκέμβριο και ισχύει για το επόμενο έτος.»

3. Η παρ. 1 του άρθρου 19 του ν. 1026/1980 αντικαθίσταται ως εξής:
 «1. Το Διοικητικό Συμβούλιο συγκαλείται από τον Πρόεδρό του. Ο Πρόεδρος υποχρεούται να συγκαλέσει το Συμβούλιο εντός δεκαπέντε (15) ημερών, εφόσον αυτό ζητηθεί εγγράφως από δύο μέλη του επί πενταμελών Συμβουλίων, τρία μέλη επί επταμελών, πέντε μέλη επί ενδεκαμελών και έξι μέλη επί δεκατριαμελών Συμβουλίων.»

4. Το άρθρο 26 του ν. 1026/1980 αντικαθίσταται ως εξής:

«Άρθρο 26

Ενστάσεις κατά του κύρους της εκλογικής διαδικασίας εκδικάζονται σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 267 έως και 272 του Κώδικα Διοικητικής Δικονομίας (ν. 2717/ 1999, ΦΕΚ 97 Α').»

5. Η παρ. 1 και το πρώτο εδάφιο της παρ. 2 του άρθρου 27 του ν. 1026/1980 αντικαθίστανται ως εξής:

«1. Ο λαβών τις περισσότερες ψήφους από τα εκλεγέντα μέλη του Δ.Σ. καλεί, εντός οκτώ (8) ημερών, όλους τους εκλεγέντες συμβούλους, για εκλογή κατά σειρά Προέδρου, Αντιπροέδρου, Γραμματέα και Ταμία, ανεξαρτήτως υποβολής ενστάσεων κατά της εκλογικής διαδικασίας. Για την εκλογή απαιτείται η παρουσία των τριών τετάρτων, τουλάχιστον, των εκλεγέντων μελών του Διοικητικού Συμβουλίου, θεωρείται δε εκλεγείς αυτός που συγκεντρώνει την απόλυτη πλειοψηφία αυτών.

2. Αν δεν υπάρχει απαρτία, όπως προβλέπεται ανωτέρω, η συνεδρίαση επαναλαμβάνεται την ίδια ημέρα και ώρα της επόμενης εβδομάδας και απαιτείται η ίδια απαρτία. Αν και πάλι δεν υπάρχει απαρτία, η συνεδρίαση επαναλαμβάνεται την ίδια ημέρα και ώρα της επόμενης εβδομάδας και απαιτείται η παρουσία του μισού πλέον ενός τουλάχιστον των εκλεγέντων μελών.»

6. Το άρθρο 32 του ν. 1026/1980 αντικαθίσταται ως εξής:

«Άρθρο 32

Τα μέλη του Οδοντιατρικού Συλλόγου υποχρεούνται στην καταβολή ετήσιας εισφοράς προς την Ε.Ο.Ο., το ύψος της οποίας καθορίζεται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου της Ε.Ο.Ο. κατ' έτος. Η απόφαση λαμβάνεται το μήνα

Νοέμβριο, γνωστοποιείται στους Συλλόγους και ισχύει για το επόμενο έτος. Η εισφορά καταβάλλεται στον οικείο Σύλλογο εντός του πρώτου τριμήνου κάθε έτους και αποδίδεται στην Ε.Ο.Ο. μέχρι το τέλος Απριλίου, με επιμέλεια του Προέδρου και του Γραμματέα κάθε Συλλόγου. Αν δεν καταβληθεί εμπροθέσμως η εισφορά, ισχύουν αναλογικά τα προβλεπόμενα στην παράγραφο 2 του άρθρου 5 του νόμου αυτού. Στην περίπτωση αυτή, οι εισφορές καταβάλλονται από τον οικείο Σύλλογο στην Ε.Ο.Ο., εντός μηνός από την είσπραξη τους.»

7. Στο τέλος της παρ. 1 του άρθρου 33 του ν. 1026/1980 προστίθεται εδάφιο ως εξής:

«Η εκλογή γίνεται με κοινό ψηφοδέλτιο με τους υποψηφίους του Διοικητικού Συμβουλίου.»

8. Στο άρθρο 44 του ν. 1026/1980 προστίθεται εδάφιο ως εξής:

«Ενστάσεις κατά του κύρους της εκλογικής διαδικασίας εκδικάζονται σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 267 έως και 272 του Κώδικα Διοικητικής Δικονομίας.»

9. Η παρ. 2 του άρθρου 45 του ν. 1026/1980 αντικαθίσταται ως εξής:

«2. Αν δεν υπάρχει απαρτία, όπως προβλέπεται ανωτέρω, η συνεδρίαση επαναλαμβάνεται την ίδια ημέρα και ώρα της επόμενης εβδομάδας και απαιτείται η ίδια απαρτία. Αν και πάλι δεν υπάρχει απαρτία, η συνεδρίαση επαναλαμβάνεται την ίδια ημέρα και ώρα της επόμενης εβδομάδας και απαιτείται η παρουσία του μισού πλέον ενός τουλάχιστον των εκλεγέντων μελών.»

10. Η παρ. 1 του άρθρου 52 του ν. 1026/1980 αντικαθίσταται ως εξής:

«1. Οι επιβαλλόμενες από το Π.Σ. ποινές είναι:

α) έγγραφη επίπληξη,

β) πρόστιμο,

γ) προσωρινή παύση εξασκήσεως του οδοντιατρικού επαγγέλματος, από δεκαπέντε (15) ημέρες έως έξι (6) μήνες και

δ) οριστική παύση εξασκήσεως οδοντιατρικού επαγγέλματος.»

11. Στο άρθρο 52 του ν. 1026/1980 προστίθεται παράγραφος 3 η οποία έχει ως εξής:

«3. Η ποινή της οριστικής παύσης ασκήσεως του οδοντιατρικού επαγγέλματος μπορεί να επιβληθεί εάν ο οδοντίατρος:

α) τιμωρηθεί, εντός τριετίας, από το Πειθαρχικό Συμβούλιο με δύο τουλάχιστον πειθαρχικές ποινές προσωρινής παύσης εξασκήσεως οδοντιατρικού επαγγέλματος,

β) καταδικάστηκε με αμετάκλητη απόφαση ποινικού δικαστηρίου για κακούργημα,

γ) καταδικάστηκε με δύο τουλάχιστον αμετάκλητες αποφάσεις ποινικού δικαστηρίου για πλημμέλημα κατά την άσκηση ή με αφορμή την άσκηση του επαγγέλματός του.»

12. Το πρώτο εδάφιο της παρ. 3 του άρθρου 66 του ν.1026/1980 αντικαθίσταται ως εξής:

«3. Η έφεση πρέπει να συνοδεύεται, επί ποινή απαραδέκτου, από παράβολο είκοσι πέντε (25) ευρώ, εφόσον η εκκαλούμενη απόφαση επιβάλλει επίπληξη ή πρόστιμο, και πενήντα (50) ευρώ σε κάθε άλλη περίπτωση. Με απόφαση του Διοικητικού

Συμβουλίου του οικείου Συλλόγου μπορούν να αναπροσαρμίζονται τα ως άνω ποσά.»

13. Οι παράγραφοι 1 και 2 του άρθρου 73 του ν. 1026/1980 αντικαθίστανται ως εξής:

«1. Οποιος ασκεί το επάγγελμα του οδοντίατρου, χωρίς να έχει πτυχίο Οδοντιατρικής Σχολής ημεδαπού Πανεπιστημίου ή Πανεπιστημίου κράτους?μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή πτυχίο αλλοδαπής Οδοντιατρικής Σχολής, αναγνωρισμένο ως ισότιμο και αντίστοιχο, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι (6) μηνών και χρηματική ποινή τουλάχιστον δύο χιλιάδων (2.000,00) ευρώ. Με τις ίδιες ποινές τιμωρούνται και οι οδοντοτεχνίτες ή οι συνταξιούχοι οδοντοτεχνίτες που διενεργούν οδοντιατρικές πράξεις. Με τις ίδιες ποινές τιμωρούνται και οι διαχειριστές ή νόμιμοι εκπρόσωποι νομικών προσώπων που παρέχουν πρωτοβάθμια οδοντιατρική περίθαλψη, χωρίς να έχουν συσταθεί νόμιμα, σύμφωνα με τις διατάξεις του προεδρικού διατάγματος 84/2001 (ΦΕΚ 70 Α'), καθώς και οι οδοντίατροι που προσφέρουν με οποιονδήποτε τρόπο υπηρεσίες σε αυτά.

2. Με φυλάκιση μέχρι έξι (6) μηνών και με χρηματική ποινή μέχρι τριακόσια (300,00) ευρώ τιμωρείται ο πτυχιούχος Οδοντιατρικής Σχολής Ελληνικού Πανεπιστημίου ή Πανεπιστημίου κράτους?μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή άλλης ισότιμης και αντίστοιχης αλλοδαπής Οδοντιατρικής Σχολής, ο οποίος ασκεί την οδοντιατρική χωρίς την απαιτούμενη από την κείμενη νομοθεσία άδεια εξασκήσεως οδοντιατρικού επαγγέλματος, ή για όσο χρόνο η άδεια τελεί σε νόμιμη αναστολή ή έχει ανακληθεί, ή χωρίς να είναι εγγεγραμμένος στον οικείο Οδοντιατρικό Σύλλογο ή χωρίς να έχει λάβει την απαιτούμενη άδεια λειτουργίας οδοντιατρείου. Με τις ίδιες ποινές τιμωρούνται και οι διαχειριστές ή νόμιμοι εκπρόσωποι νομικών προσώπων που, ενώ έχουν συσταθεί νόμιμα, σύμφωνα με τις διατάξεις του π.δ. 84/2001 (ΦΕΚ 70 Α'), δεν έχουν λάβει τις προβλεπόμενες άδειες λειτουργίας ή και ίδρυσης, καθώς και οι οδοντίατροι που προσφέρουν με οποιονδήποτε τρόπο υπηρεσίες σε αυτά.»

Άρθρο 39

Οι οδοντίατροι που παρακολούθησαν από την 27η Αυγούστου 1999 ή παρακολουθούν, κατά την ημερομηνία δημοσίευσης του παρόντος, τα μεταπτυχιακά προγράμματα των Ορθοδοντικών Τμημάτων των Οδοντιατρικών Σχολών Αθηνών και Θεσσαλονίκης, σύμφωνα με το π.δ. 235/1988 (ΦΕΚ 100 Α'), μπορούν να αποκτήσουν τον τίτλο της Οδοντιατρικής ειδικότητας της Ορθοδοντικής κατόπιν εξετάσεων, σύμφωνα με τις ισχύουσες για τη χορήγηση τίτλου ειδικότητας διατάξεις.

Άρθρο 40

Ενίσχυση εσόδων Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.)

Στην παρ. 1 του άρθρου 11 του ν. 2768/1999 (ΦΕΚ 273 Α') προστίθεται περίπτωση δ' ως εξής:

«δ. Έσοδα από παρακράτηση, τα οποία απορρέουν από συμβάσεις που συνάπτει ο Οργανισμός με προμηθευτές Υγείας και από προγραμματικές συμβάσεις με

άλλους Οργανισμούς, μη επιχορηγούμενους άμεσα ή έμμεσα από τον Κρατικό Προϋπολογισμό, καθώς και έσοδα από τα πρόστιμα που επιβάλλει ο Ο.Π.Α.Δ. Τα ανωτέρω έσοδα μπορούν να διατίθενται, με απόφαση του Δ.Σ. του Ο.Π.Α.Δ. που εγκρίνεται από τους Υπουργούς Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, για τις λειτουργικές και στεγαστικές ανάγκες του Οργανισμού, για την ανάπτυξη του πληροφορικού του συστήματος και για τη χορήγηση πρόσθετων παροχών στους τακτικούς υπαλλήλους του Οργανισμού. Το ύψος των πρόσθετων παροχών και κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για την εφαρμογή της παρούσας διάταξης ρυθμίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.»

Άρθρο 41

Τροποποίηση του άρθρου 82 του ν. 2071/1992

Το πρώτο εδάφιο της παρ. 3 του άρθρου 82 του ν.2071/ 1992 (ΦΕΚ 123 Α΄) αντικαθίσταται ως εξής:

«3. Ειδικευόμενοι ιατροί που πάσχουν από τις ασθένειες που αναφέρονται στην παρ. 11 του άρθρου 20 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α΄) και δεν μπορούν, για αυτόν το λόγο, να συνεχίσουν την ειδικότητά τους, είναι δυνατόν, με αίτησή τους, να τοποθετηθούν ως υπεράριθμοι σε άλλη ειδικότητα.»

Άρθρο 42

Τροποποίηση του άρθρου 83 του ν. 2071/1992

Η παρ. 4 του άρθρου 83 του ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123 Α΄) αντικαθίσταται ως εξής:

«4. Οι ιατροί που τοποθετούνται στις ανωτέρω θέσεις για εξειδίκευση, εφόσον υπηρετούν στο Δημόσιο, σε Ν.Π.Δ.Δ. ή σε Ν.Π.Ι.Δ., διατηρούν τις αποδοχές της οργανικής τους θέσης, οι δε λοιποί είναι άμισθοι, εκτός των εξειδικευομένων σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) ή σε Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας (Μ.Ε.Ν.) νεογνών.»

Άρθρο 43

Τροποποίηση του άρθρου 17 του ν. 3209/2003

Το τελευταίο εδάφιο του άρθρου 17 του ν. 3209/2003 αντικαθίσταται ως εξής:

«Με την ίδια απόφαση καθορίζονται τα προσόντα που απαιτούνται για την κατάληψη των ανωτέρω θέσεων.»

Άρθρο 44

1. Στο τέλος της παρ. 2 του άρθρου 27 του ν. 3293/2004 (ΦΕΚ 231 Α΄) προστίθεται εδάφιο ως εξής:

«Στην περίπτωση Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας όπου δεν υπάρχει Διευθυντής Διοικητικής Υπηρεσίας, στην ως άνω επιτροπή συμμετέχει ο αρχαιότερος υπάλληλος κατηγορίας ΠΕ και, ελλείψει αυτού, ο αρχαιότερος υπάλληλος κατηγορίας ΤΕ.»

2. Στο τέλος της παρ. 3 του άρθρου 7 του ν. 3106/2003 (ΦΕΚ 30 Α΄) προστίθεται εδάφιο ως εξής:

«Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζεται ο τρόπος, η διαδικασία και οι λοιπές προϋποθέσεις για την ανάδειξη του αιρετού εκπροσώπου των εργαζομένων στο Δ.Σ. του Ι.Κ.Π.Α.»

3. Οι προθεσμίες προσαρμογής των ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας προς τις διατάξεις του π.δ. 84/2001 (ΦΕΚ 70 Α΄) οι οποίες προβλέπονται στην παρ. 15 του άρθρου 19 του ν. 3106/2003 (ΦΕΚ 30 Α΄) παρατείνονται μέχρι τη 10η Απριλίου 2006.

Άρθρο 45

Ως πρώτη ημέρα έναρξης της προθεσμίας που αναφέρεται στο δεύτερο εδάφιο της παραγράφου 2 του άρθρου 4 ε του ν. 3388/2005 ορίζεται η 1η Ιανουαρίου 2006. Η ισχύς του παρόντος αρχίζει από 12 Σεπτεμβρίου 2005.

Άρθρο 46

Έναρξη ισχύος

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός αν ορίζεται διαφορετικά σε επί μέρους διατάξεις του. Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως νόμου του Κράτους.