ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΟ Βήμα

www.pis.gr

ΤΕΥΧΟΣ 122 • ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ - ΜΑΡΤΙΟΣ - ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2010

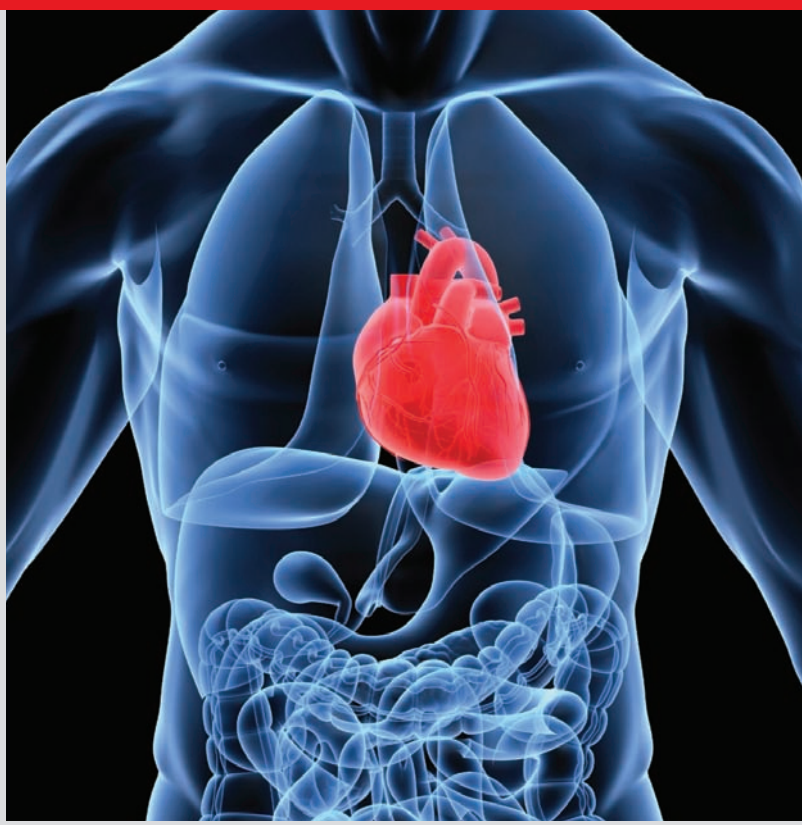
ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

- Έκτακτη Γενική Συνέλευση του Π.Ι.Σ. Σάββατο 10 - Κυριακή 11 Ιουλίου
- Σημαντικές αποφάσεις ελήφθησαν στην Τακτική Γενική Συνέλευση του Π.Ι.Σ.
- Ο Π.Ι.Σ. στηρίζει την Ο.Ε.Ν.Γ.Ε.

Κοινή διακήρυξη για την κρίση 10 προέδρων Επιστημονικών Φορέων και του Π.Ι.Σ.

Εγκύκλιος για τον έλεγχο των δαπανών του φαρμάκου στα δημόσια νοσοκομεία

Η αξιοποίηση των ανθρώπινων πόρων στο ΕΣΥ του μέλλοντος



ΙΑΤΡΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Αξονική Κολονοσκόπηση: τεχνική, ενδείξεις και περιορισμοί

Το Εισπνευστικό Έγκαυμα - Νόσος των Πολλών Ειδικοτήτων

Δερματικός Ερυθηματώδης Λύκος. *Μια ιστορική αναδρομή*

Το **ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ** στο Internet www.iatrikionline.gr

ISSN 1106-5249
ΚΩΔ. ΕΝΤΥΠΟΥ 2049
ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ ΤΕΛΟΣ
Ταχ. Γραφείο ΚΕΜΠΑ
Αριθμός Άδειας 262/1988
ΠΛΟΥΤΑΡΧΟΥ 3, 106 75 ΑΘΗΝΑ

ΤΟ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΣΕ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΜΕΝΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ – ΕΠΙΣΗΜΟ ΟΡΓΑΝΟ ΤΟΥ ΠΙΣ
ΕΚΔΟΣΗ: ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΥΚΑΣ

ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΟ Βήμα

ΤΕΥΧΟΣ 122 • ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ - ΜΑΡΤΙΟΣ - ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2010

ΔΙΜΗΝΙΑΙΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ
ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

ΙΔΡΥΤΗΣ - ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ
Πλουτάρχου 3 Αθήνα, 106 75 - Τηλ.: 210 72.58.660-1-2, Fax: 210 72.58.663

ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΑΠΟΣΤΕΛΛΕΤΑΙ Σ' ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΠΙΣ

ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ ..... ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ..... Γεν. Γραμματέας
ΜΠΑΣΚΟΖΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ ..... Α΄ Αντιπρόεδρος
ΡΟΚΑΔΑΚΗΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ..... Β΄ Αντιπρόεδρος
ΠΙΝΗΣ ΣΤΑΜΑΤΙΟΣ ..... Ταμίας

ΜΕΛΗ

ΒΑΣΙΑΔΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ..... Μέλος ΔΣ
ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ ΜΙΧΑΗΛ ..... Μέλος ΔΣ
ΖΑΧΑΡΙΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ..... Μέλος ΔΣ
ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ..... Μέλος ΔΣ
ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ..... Μέλος ΔΣ
ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ ΧΡΗΣΤΟΣ ..... Μέλος ΔΣ
ΠΑΠΑΠΟΛΥΧΡΟΝΙΑΔΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ..... Μέλος ΔΣ
ΠΑΣΑΚΙΩΤΟΥ - ΜΠΙΝΤΟΥΔΗ ΜΑΡΙΑ ..... Μέλος ΔΣ
ΤΣΟΥΚΑΛΟΣ ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ - ΝΑΠΟΛΕΩΝ ..... Μέλος ΔΣ
ΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ. ..... Μέλος ΔΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΝΟΜΟ
ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ..... Γεν. Γραμματέας ΠΙΣ

Τα ενυπόγραφα άρθρα και κείμενα απηχούν τις απόψεις των αρθρογράφων και δεν ταυτίζονται κατ' ανάγκη με την άποψη της συντακτικής επιτροπής του ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΒΗΜΑΤΟΣ

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΥΚΑΣ
KAFKAS PUBLICATIONS
ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 215, 115 25 ΑΘΗΝΑ - ΤΗΛ.: 210-67.77.590, FAX: 210-67.56.352
e-mail: kafkas@otenet.gr, website: kafkas-publications.com

ΕΚΔΟΤΗΣ ..... Ηλίας Καυκάς, Δερματολόγος
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ: Νατάσσα Παπαθανασίου
ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ: ..... Μαρία Μηττά, Έλενα Λαγανά
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: ..... Ηλίας Καυκάς
ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΥΛΗΣ: ..... Βάσω Χαλιώτη
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ: Νίκος Τζουρμέτης
ΕΚΤΥΠΩΣΗ: ..... ΝΙΚΗ εκδοτική

ΣΗΜΕΙΩΜΑ της ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Σε επίσχεση εργασίας προχώρησαν από το Μάρτιο οι νοσοκομειακοί ιατροί που εργάζονται σε Νοσοκομεία της Αθήνας και του Πειραιά, αλλά και στα Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας των περισσότερων πόλεων της χώρας, διαμαρτυρόμενοι για τις απλήρωτες εφημερίες των τελευταίων μηνών, που στα περισσότερα από τα Νοσοκομεία της χώρας δεν έχουν δοθεί από το Φθινόπωρο του περασμένου χρόνου. Έτσι, για μεγάλο χρονικό διάστημα, οι ιατροί προσέρχονται μεν κανονικά στα Νοσοκομεία, αλλά απέχουν από κάθε τακτική εργασία (προγραμματισμένα ραντεβού, χειρουργεία κ.λπ.).

Αν και δίνεται προτεραιότητα στα επείγοντα και σοβαρά περιστατικά, ωστόσο η ταλαιπωρία των ασθενών που έρχονται σε τακτική βάση προκειμένου να εξεταστούν σε προγραμματισμένα ραντεβού, τα οποία μάλιστα είχαν «κλείσει» αρκετούς μήνες πριν, είναι πολύ μεγάλη. Αυτό έχει αφενός σαν αποτέλεσμα την υποβάθμιση της ποιότητας υγείας στο ΕΣΥ και αφετέρου οδηγεί σε αγανάκτηση των πολιτών που στρέφονται ενάντια στους ιατρούς, όχι μόνο με λεκτικές επιθέσεις, αλλά και με φαινόμενα άσκησης σωματικής βίας, όπως τα τελευταία γεγονότα που πληροφορούμαστε από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. Η επιστημονική Κοινότητα εκφράζει την έντονη ανησυχία της για την καθημερινή απαξίωσή της δια της αντιμετωπίσεώς της τόσο με την επιλεκτική στοχοποίησή της που εκπορεύεται δια των ΜΜΕ και των εν γένει ελεγκτικών μηχανισμών, όσο και με το χαοτικό νομοθετικό πλαίσιο που διαμορφώνεται.

Καθημερινά, διαπομπεύονται συνάδελφοι ατομικά και στηλιτεύονται οι συλλογικοί τους φορείς. Προσωπικότητες και συνειδήσεις καταστρέφονται, χωρίς να υπάρχει η δυνατότητα αποτροπής της ζημιάς, ακόμη και αν η μεταχείριση αποδειχθεί άδικη.

Απαιτούμε τη διαφύλαξη της αξιοπρέπειας ενός εκάστου συναδέλφου που μια ευνομούμενη χώρα οφείλει να παρέχει. Και όχι η ίδια η Πολιτεία να γίνεται ο πολιορκητικός κλοιός κατάρρευσης κάθε αξίας. Καμία ανάκαμψη δεν θα μπορέσει να υπάρξει στη χώρα όταν παράλληλα στην οικονομική επέλθει και η ηθική χρεοκοπία.

Όλοι μας επιθυμούμε να συμβάλλουμε στη δημοσιονομική βελτίωση των πραγμάτων, με τρόπο συνταγματικά συμβατό, δηλαδή την αναλογική με τις δυνάμεις του καθενός επιβάρυνση και όχι με ανθρωποκυνηγητό κάποιων επαγγελματικών κλάδων με προεξάρχοντας τους ιατρούς. Η συσσωρευμένη οργή των πολιτών απέναντι στο σύστημα και στο κράτος βρίσκει σαν στόχο τον ιατρό, που είναι το εξιλαστήριο θύμα σε κάθε περίπτωση δυσαρέσκειας ενός ασθενούς ή συνοδού, με κίνδυνο για τη σωματική, αλλά και την ψυχική του υγεία, που φθείρονται καθημερινά στους διαδρόμους των Νοσοκομείων. Το γεγονός της επίσχεσης εργασίας είχε αντίκτυπο και στη συνεργασία μεταξύ των συναδέλφων, αφού υπάρχει διχογνωμία απόψεων για το συγκεκριμένο θέμα, οπότε όσοι ιατροί δουλεύουν κατηγορούν εκείνους που κάνουν επίσχεση και αντιστρόφως, με αποτέλεσμα να υπάρχει ένα γενικό κλίμα δυσαρέσκειας και παρεξηγήσεων και μια τάση διχασμού, που μόνο καλό δεν κάνει στον κλάδο μας. Ωστόσο, υπάρχει σε όλους τους ιατρούς η κοινή άποψη ότι το Σύστημα Υγείας λειτουργεί χάρη στο φιλότιμο και τον ηρωισμό του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, ενώ τα προβλήματα ολοένα αυξάνονται και η εργασιακή ανασφάλεια απασχολεί τον ιατρό όσο και τους άλλους εργαζομένους της χώρας. Δυστυχώς, σε όλα αυτά προστίθεται η παγιωμένη πεποίθηση των πολιτών ότι ο ιατρός ανήκει σε μια «ελίτ» επαγγελματιών και ότι οι αμοιβές του είναι τεράστιες, γεγονός που απέχει πολύ από την πραγματικότητα. Τόσο οι νοσοκομειακοί ιατροί, όσο και οι ελευθεροεπαγγελματίες ιατροί κάνουν σημαντικό αγώνα για τους ασθενείς τους με αυταπάρνηση και με ελάχιστες αμοιβές, ενώ πολλοί νέοι ιατροί και όχι μόνο, τα βγάζουν πέρα δύσκολα στην καθημερινότητά τους, καθώς το επάγγελμα του ιατρού δεν είναι προσοδοφόρο για τους περισσότερους, με λίγες εξαιρέσεις. Προσωπικό στοίχημα για όλους τους ιατρούς θα πρέπει να είναι η ανατροπή αυτού του κλίματος δυσαρέσκειας και η συμμαχία με τον ασθενή για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας στο δύσκολο περιβάλλον με τις έντονα αντίξοες συνθήκες, προκειμένου να επιτύχουμε τη βελτίωση της ποιότητας ζωής μας, να είμαστε όλοι αλληλέγγυοι και όχι διχασμένοι την περίοδο της κρίσης που διανύουμε και να ανακτήσουμε την ψυχική μας υγεία.

Δρ. Εμμανουήλ Γ. Καλοκαιρινός
Χειρουργός,
Πρόεδρος Π.Ι.Σ.

Σημαντικές αποφάσεις ελήφθησαν στην Τακτική Γενική Συνέλευση του Π.Ι.Σ.

Η κυβερνητική αλλαγή στη χώρα μας βρήκε τον ιατρικό κόσμο με άλυτα πολλά από τα προβλήματα που επί χρόνια ταλανίζουν το χώρο. Για το λόγο αυτό, ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος είναι αποφασισμένος να συνεχίσει αποφασιστικά και αταλάντευτα τον αγώνα, ώστε να υπάρξουν, επιτέλους, λύσεις, που και το ιατρικό σώμα θα ικανοποιούν και την υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα θα προάγουν.

Αυτό ήταν το πνεύμα μέσα στο οποίο διεξήχθη η Τακτική Γενική Συνέλευση του ΠΙΣ στην οποία τέθηκαν όλα τα προβλήματα του Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα της Υγείας, τα προβλήματα των ιατρών, αλλά και του συνόλου του Ελληνικού λαού. Το σώμα των ιατρών με συντριπτική πλειοψηφία ενέκρινε την εισήγηση του Δ.Σ. του ΠΙΣ και υπερψήφισε το πρόγραμμα δράσης του.

Στην εισήγηση επισημάνθηκε ότι « κατά το διάστημα από 1 Απριλίου 2009 έως 20 Οκτωβρίου, το ιατρικό σώμα αποστερήθηκε της φυσικής του ηγεσίας την οποία μόλις είχε εκλέξει (7 Φεβρουαρίου 2009), με συνέπεια ο ΠΙΣ, ο αντιπροσωπευτικότερος φορέας των ιατρών της Ελλάδας, υποβαθμίστηκε δραματικά σε μια σκιώδη υπηρεσιακή οντότητα του Υπουργείου με διορισμένη τη διοίκησή του. Εξαιτίας αυτής της τραυματικής εξέλιξης, δεν προωθήθηκαν οι αποφάσεις που είχαν ψηφιστεί στην προηγούμενη Γενική Συνέλευση».

Τα ζητήματα που απασχολούν τους ιατρούς διαχρονικά, αλλά και στη σημερινή συγκυρία, επανατοποθετήθηκαν στη Γενική Συνέλευση και τονίστηκε ότι ο ΠΙΣ θα υπερασπιστεί σθεναρά τα δικαιώματα και την αξιοπρεπή διαβίωση των ιατρών, την επιστημονική και εργασιακή τους αξιοπρέπεια και την ποιοτική αναβάθμιση της δημόσιας υγείας.

Η εισηγητική έκθεση για τον προϋπολογισμό του οικονομικού έτους 2010, μετά από εκτεταμένη συζήτηση, τέθηκε σε ψηφοφορία και υπερψηφίστηκε με 144 ψήφους. Κατά της εισήγησης ψήφισαν 30 και 17 λευκά.

Επιγραμματικά, τα θέματα που συζητήθηκαν κατά την διάρκεια της συνάντησης ήταν:

- Αλλαγή του αναχρονιστικού νομικού πλαισίου που διέπει τη λειτουργία των Ιατρικών Συλλόγων και του ΠΙΣ.
- Να σταματήσει η δυσφήμιση, διαστρέβλωση των προβλημάτων της υγείας από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και οι χαρακτηρισμοί που ακούγονται τελευταία για «εγκληματίες ιατρούς», «φοροφυγάδες», κ.λπ.
- Αποπληρωμή των οφειλομένων από τον ΟΠΑΔ στους συμβασιούχους ιατρούς όλων των ειδικοτήτων. Ανακοστολόγηση των ιατρικών αμοιβών και πράξεων.
- Παράταση προσαρμογής των παλαιών ιδιωτικών ιατρείων στο Π.Δ. 84/2004.
- Προκήρυξη όλων των κενών οργανικών θέσεων, με κύριο κριτήριο την προϋπηρεσία στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, μετατροπή των συμβάσεων έργου των ιατρών σε αορίστου χρόνου, και χορήγηση του επιδόματος βιβλιοθήκης.
- Υπογραφή Εθνικής Συλλογικής Σύμβασης Εργασίας των ελευθεροεπαγγελματιών ιατρών με τα διάφορα ταμεία.
- Κάλυψη όλων των κενών ιατρικών θέσεων του ΕΣΥ και των ήδη προκηρυγμένων θέσεων, σε επίπεδο υπηρεσιών του Υπουργείου. Διασφάλιση του συνεχούς πρωινού πενθημέρου ωραρίου όπως ορίζει ο νόμος. Θεσμοθέτηση νέου μισθολογίου με αναβαθμισμένες αποδοχές. Πρόσληψη νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού, κ.λπ.
- Ενδεχόμενη απόπειρα επιβολής ΦΠΑ στους ιατρούς, κατάργησης αυτοτελούς φορολόγησης εφημεριών και του επιδόματος της βιβλιοθήκης.
- Η ενσωμάτωση του ΤΣΑΥ στο νέο οργανισμό ΕΤΑΑ δεν έλυσε κανένα από τα προβλήματα για τα οποία ο ΠΙΣ και οι Ιατρικοί Σύλλογοι έδωσαν μεγάλους αγώνες. Πάγια διεκδικητική θέση του ΠΙΣ η αύξηση της κατώτερης βασικής σύνταξης των ιατρών στα 1700 ευρώ.

Το Δ.Σ. του ΠΙΣ έχει ήδη ζητήσει και αναμένεται να οριστεί συνάντηση με τις πολιτικές ηγεσίες των Υπουργείων Εργασίας και Οικονομικών προκειμένου να τεθούν ζητήματα που εμπίπτουν στις αρμοδιότητές τους.

Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.

Ο Πρόεδρος
Δρ. Εμμανουήλ Γ. Καλοκαιρινός

Ο Γεν. Γραμματέας
Δρ. Κώστας Ι. Αλεξανδρόπουλος

Έκτακτη Γενική Συνέλευση του Π.Ι.Σ.

Σάββατο 10 και Κυριακή 11 Ιουλίου

Κατά τη διάρκεια της 13ης Συνεδρίασης του Δ.Σ. του Π.Ι.Σ., αποφασίστηκε ομόφωνα η σύγκληση Έκτακτης Γενικής Συνέλευσης του Π.Ι.Σ. Σάββατο 10 και Κυριακή 11 Ιουλίου, στην Αθήνα. Θέματα της Έκτακτης Γενικής Συνέλευσης θα είναι η συμπλήρωση των κενών θέσεων του Ανώτατου Πειθαρχικού Συμβουλίου Ιατρών (Α.Π.Σ.Ι.) και Τρέχοντα Θέματα.

Ο Π.Ι.Σ. στηρίζει την Ο.Ε.Ν.Γ.Ε.

Οι νοσοκομειακοί ιατροί καταφεύγουν στο έσχατο αγωνιστικό όπλο της απεργίας, καθώς η κυβέρνηση έχει εγκαταλείψει το ΕΣΥ και κωφεύει στα δίκαια αιτήματά τους.

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος ενώνει μαζί τους τη φωνή του και απευθύνει αγωνιστικό κάλεσμα σε ολόκληρο τον ιατρικό κόσμο, να πάρει μαζικά μέρος στην 48ωρη απεργιακή κινητοποίηση (21 και 22 Απριλίου) των νοσοκομειακών ιατρών. Η Ομοσπονδία των Νοσοκομειακών Γιατρών (ΟΕΝΓΕ) δηλώνει την αντίθεσή της στα φορολογικά και ασφαλιστικά σχέδια της κυβέρνησης και τα προτεινόμενα μέτρα που θα προκαλέσουν πρωτοφανή μείωση στο ήδη ισχνό εισόδημά τους.

Η έλλειψη σοβαρής αντιμετώπισης με την οποία αντιμετωπίζονται τα προβλήματα του ΕΣΥ και οι νοσοκομειακοί ιατροί, αποδεικνύεται από το γεγονός ότι σε αρκετά νοσοκομεία δεν έχουν αποπληρωθεί ακόμη τα δεδουλευμένα του 2009. Παρά τις συχνές δημόσιες δηλώσεις τίποτα δεν αλλάζει.

Η φλυαρία και η αδιαφορία του αλήστου μνήμης πρόσφατου παρελθόντος παραμένει. Η κυβέρνηση οφείλει να αντιμετωπίσει ριζοσπαστικά τα προβλήματα και να εξυγιάνει το Σύστημα για να ανατραπεί ο ευτελισμός του Δημόσιου Συστήματος Υγείας και όχι να αδρανεί.

Αδιαφορία παρατηρείται και προς τους ελεύθερους επαγγελματίες ιατρούς. Το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ. ζητά ομόφωνα, για άλλη μια φορά, την άμεση καταβολή των δεδουλευμένων και οφειλομένων από μήνες στους συμβεβλημένους ελεύθερους επαγγελματίες ιατρούς. Ζητά επίσης την ανακοστολόγηση των ιατρικών αμοιβών και πράξεων.

Για το ΙΚΑ, ο Π.Ι.Σ απαιτεί την κατάργηση της απαράδεκτης σύμβασης έργου, την άμεση πρόσληψη όλων των συμβασιούχων ιατρών και προκήρυξη όλων των κενών οργανικών θέσεων. Οι ιατροί ανησυχούν για το αύριο, αγωνίζονται να επιβιώσουν επαγγελματικά και δεν αποδέχονται να βιάζονται τα δικαιώματα και τα κεκτημένα τους στο διηνεκές. Η κυβέρνηση οφείλει να δώσει άμεσα λύσεις στα πολυσυζητημένα και χρονίζοντα προβλήματα που μαστίζουν το χώρο της υγείας και τους λειτουργούς του.

Συμπαράσταση του Π.Ι.Σ. στην απεργία της 24ης Φεβρουαρίου

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος εκφράζει τη συμπαράστασή του στην 24ωρη Πανελλαδική απεργία της 24ης Φεβρουαρίου και καλεί τους ιατρούς να συμμετάσχουν σε αυτήν.

Ο Π.Ι.Σ., με την ευκαιρία αυτή, δηλώνει την αντίθεσή του σε οποιαδήποτε απόπειρα ανατροπής των κεκτημένων δικαιωμάτων που αφορούν μισθολογικά, ασφαλιστικά, συνταξιοδοτικά δικαιώματα και της επιχειρούμενης αυτοτελούς φορολόγησης των εφημεριών και του επιδόματος βιβλιοθήκης.

Ο Π.Ι.Σ. είναι ανένδοτος σε οποιαδήποτε απόπειρα καταστρατήγησης των δικαιωμάτων, που θα προκαλέσει πρωτοφανή μείωση των εισοδημάτων των ιατρών.

Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.

Ο Πρόεδρος
Δρ. Εμμανουήλ Γ. Καλοκαιρινός

Ο Γεν. Γραμματέας
Δρ. Κώστας Ι. Αλεξανδρόπουλος

Συμπαράσταση του Π.Ι.Σ. στις κινητοποιήσεις των Νοσοκομειακών Ιατρών

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος στηρίζει τις κινητοποιήσεις των νοσοκομειακών ιατρών για την πλήρωμή των δεδουλευμένων εφημεριών και τη σωτηρία του ΕΣΥ.
Καλεί την κυβέρνηση να υλοποιήσει τις δεσμεύσεις που προκύπτουν από το νόμο 3754/2009, τις κλαδικές συμφωνίες της με την Ομοσπονδία των Νοσοκομειακών Ιατρών και να προχωρήσει άμεσα σε προσλήψεις που προβλέπονται από τη συμφωνία.
Ο Π.Ι.Σ. καλεί την κυβέρνηση να σταματήσει να βάζει σε κίνδυνο την ομαλή λειτουργία των εφημεριών, γεγονός που θα οδηγήσει σε περαιτέρω απαξίωση των δημόσιων Νοσοκομείων.

Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.

Ο Πρόεδρος
Δρ. Εμμανουήλ Γ. Καλοκαιρινός

Ο Γεν. Γραμματέας
Δρ. Κώστας Ι. Αλεξανδρόπουλος

Ο Π.Ι.Σ. σε συμπαράταξη με Α.Δ.Ε.Δ.Υ, Γ.Σ.Ε.Ε. και Ο.Ε.Ν.Γ.Ε.

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος συμπαρατάσσεται με την Α.Δ.Ε.Δ.Υ., τη Γ.Σ.Ε.Ε. και την Ο.Ε.Ν.Γ.Ε. στα δίκαια αιτήματα για την επίλυση των σοβαρών και μακροχρόνιων προβλημάτων που μαστίζουν την Οικονομία, το Ασφαλιστικό Σύστημα της χώρας και την εξυγίανση του Δημόσιου Τομέα.
Τις δύσκολες αυτές ώρες, ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος καλεί τους ιατρούς όλης της χώρας να συμμετάσχουν μαζικά στις αγωνιστικές απεργιακές κινητοποιήσεις 4 και 5 Μαΐου, με το σύνολο του σκληρά δοκιμαζόμενου Ελληνικού Λαού.

Ο Πρόεδρος
Δρ. Εμμανουήλ Γ. Καλοκαιρινός

Ο Γεν.Γραμματέας
Δρ. Κώστας Ι. Αλεξανδρόπουλος

Ο Π.Ι.Σ. στο πλευρό της Πολιτείας για τις τεκμηριωμένες περιπτώσεις φοροδιαφυγής

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, εκφράζοντας ένα νευραλγικό κομμάτι της Επιστημονικής Κοινότητας, διαμαρτύρεται έντονα για τα φαινόμενα ηθικής απαξίωσης που παρατηρούνται σε στελέχη του επιστημονικού κόσμου.

Η διαπόμπευση και η στοχοποίηση συγκεκριμένων επαγγελματιών από τα Μ.Μ.Ε. πριν καν ολοκληρωθεί ο σχετικός έλεγχος των αρχών, προσβάλει την ηθική τάξη.

Ο ΠΙΣ καταδικάζει την αλόγιστη διοχέτευση «πληροφοριών» για φοροδιαφυγή μελών του ιατρικού κόσμου και ξεκαθαρίζει πως θα σταθεί στο πλευρό της Πολιτείας, μόνο στις τεκμηριωμένες περιπτώσεις φοροδιαφυγής.

Με την ευκαιρία της 24ωρης απεργιακής κινητοποίησης των νοσοκομειακών ιατρών την Πέμπτη 20 Μαΐου, ο ΠΙΣ συντάσσεται αποφασιστικά στο πλευρό τους και καλεί την Πολιτεία να σκύψει με σοβαρότητα και ευθύνη στο μεγάλο κοινωνικό πρόβλημα που λέγεται Δημόσια Υγεία.

Επιστολή του Π.Ι.Σ. προς την Υφυπουργό Υγείας και Κοιν. Αλληλεγγύης σχετικά με την αναπροσαρμογή των τιμών των ιατρικών πράξεων

Αξιότιμη Υφυπουργό Υγείας και Κοιν. Αλληλεγγύης,
κα Φώφη Γεννηματά

Αξιότιμη κυρία Υφυπουργέ,
Σε απάντηση του υπ΄ αριθμ. πρωτ. Υ4α/οικ.57345/12.5.2010, σας γνωρίζουμε ότι πάγιο αίτημα του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου είναι η αναπροσαρμογή των τιμών των ιατρικών πράξεων, οι οποίες είναι καθηλωμένες από το 1992 σε απαράδεκτα χαμηλά επίπεδα για τα σημερινά τιμαριθμικά δεδομένα. Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος επεχείρησε μέσω της τότε πολιτικής ηγεσίας του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοιν. Αλληλεγγύης και των συναρμοδίων Υπουργείων Οικονομικών και Απασχόλησης, την αναπροσαρμογή των πράξεων το 2005, όμως δυστυχώς, επετεύχθη την εποχή εκείνη μόνον η αύξηση της ιατρικής επίσκεψης από του ποσού των 6 ευρώ (1991) που ήτο καθηλωμένη, στο ποσό των 20 ευρώ.
Κατανοώντας τη δυσχερή οικονομική θέση στην οποία βρίσκεται η χώρα μας, συμπαριστάμεθα στην προσπάθεια και συμβάλλουμε σε αυτή, πλην όμως δεν είναι δυνατόν να απεμπολίσουμε την ανωτέρω διεκδίκηση. Ωστόσο, συμφωνούμε επί του παρόντος τουλάχιστον, μη δυνάμενοι να πράξουμε άλλως, σας παρακαλούμε να εκδώσετε το Προεδρικό Διάταγμα, το οποίο απαιτείται για την θεσμοθέτηση των τιμών αυτών, εις τρόπον ώστε να απεμπλακούμε από την εκκρεμότητα η οποία υπάρχει και να αποδοθούν τα οφειλόμενα εις τους ιατρούς και σε όλους τους εμπλεκόμενους υγειονομικούς φορείς.

Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.

Ο Πρόεδρος
Δρ. Εμμανουήλ Γ. Καλοκαιρινός

Ο Γεν. Γραμματέας
Δρ. Κώστας Ι. Αλεξανδρόπουλος

Ασφαλιστικό Ζήτημα και Πρωτοβάθμια Περίθαλψη

ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΒΑΣΙΑΔΗΣ, Μέλος Δ.Σ. Π.Ι.Σ.

Μεσούσης της μεγάλης δημοσιονομικής κρίσης που σοβεί, απειλεί σοβαρά το εισόδημα επιβίωσης των πολιτών και επηρεάζει δραματικά κάθε αναπτυξιακή δραστηριότητα στον τόπο, κυρίαρχα θέματα αναδεικνύονται και πάλι το ασφαλιστικό ζήτημα και η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Αποδεικνύεται ακόμη μια φορά η άμεση σχέση που υπάρχει μεταξύ αυτών των δυο ζητημάτων, ώστε κατά κανόνα να εγείρονται και να τίθενται ταυτόχρονα.

Εις ότι αφορά την πρόσφατη υπουργική εξαγγελία για την εν αναμονή διαμόρφωση ενιαίου συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης, δεν αποτελεί παρά μια επανάληψη του συγκεκριμένου μοντέλου, που στερεότυπα εντάσσεται στους σχεδιασμούς των εκάστοτε Υπουργών Υγείας από δεκαετιών. Η αναγγελθείσα, ήδη, επικείμενη νομοθέτηση για την ολοήμερη λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων, δε σημαίνει τίποτε άλλο από τη συνολική επιφόρτιση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων με τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, οι οποίες μέχρι τώρα στο μεγαλύτερο μέρος τους ήταν έργο της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Αυτή η εξέλιξη, αναπόφευκτα, θα προκαλέσει δραματική υποβάθμιση της δευτεροβάθμιας περίθαλψης, η οποία ήδη έχει περιέλθει σε δεινή κατάσταση, εξ αιτίας των επί χρόνια συσσωρευμένων προβλημάτων.

Το ζητούμενο στο πάγιο, με μικρές εκάστοτε παραλλαγές, σχέδιο οργάνωσης πρωτοβάθμιας περίθαλψης, είναι η χρηματοδότησή του. Και αναπόφευκτα, ως χρηματοδότες, αναδεικνύονται οι Δημόσιοι Ασφαλιστικοί Οργανισμοί και τα έσοδά τους. Είναι γνωστό, ότι στους διαμορφωθέντες Δημόσιους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς που προήλθαν από συνενώσεις Ταμείων επί μέρους επαγγελματικών κλάδων, υφίστανται ξεχωριστοί κλάδοι Σύνταξης και Περίθαλψης, με διαφορετικά έσοδα ο κάθε ένας εκ των ασφαλιστικών εισφορών των υπόχρεων. Φυσικώ τω λόγω οι ασφαλιστικές εισφορές των κλάδων περίθαλψης έπρεπε να διατίθενται για το σκοπό που εισπράττονται. Το ίδιο ισχύει και για τους κλάδους σύνταξης, καθώς και για τους άλλους επιμέρους κλάδους κάθε Οργανισμού. Δυσλειτουργίες όμως, και αδιέξοδες επιλογές ετών, έχουν οδηγήσει τους Οργανισμούς σε αδυναμία ανταπόκρισής τους στις υποχρεώσεις ανταπόκρισης των κλάδων σύνταξης. Αυτό έχει να κάνει με την υπέρμετρη αύξηση αριθμού συνταξιούχων, εκ των οποίων σημαντικός αριθμός δεν έχει καταβάλει τις οφειλόμενες ασφαλιστικές εισφορές, με την κατασπατάληση πόρων και με την καταγραφόμενη υπέρμετρη εισφοροδιαφυγή.

Μπροστά, επομένως, στην αναγγελθείσα, ήδη, δυσοίωνη προοπτική να μην υπάρξουν χρήματα για την τρέχουσα πληρωμή των συντάξεων, οι Ασφαλιστικοί Οργανισμοί μεταγγίζουν πόρους από τους κλάδους περίθαλψης στους κλάδους σύνταξης. Εκεί πρέπει να αναζητηθεί και η εξήγηση για τις υποχρηματοδοτήσεις για την υγεία, για την ενοχοποίηση των πραγματοποιούμενων δαπανών περίθαλψης και για τη συνολική κατασυκοφάντηση των λειτουργών υγείας. Η διαμόρφωση ενός ενιαίου συστήματος διαχείρισης των πόρων υγείας μέσω της συνένωσης των Κλάδων Περίθαλψης των Ασφαλιστικών Οργανισμών και της συνολικής υπαγωγής στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας, θα σημάνει αναπόφευκτα διακοπή της χρηματοδοτικής ροής προς το συνταξιοδοτικό σύστημα των Οργανισμών. Η αποτροπή επομένως, μιας ενδεχόμενης κατάρρευσης του συνταξιοδοτι-

κού συστήματος ελλείψει πόρων, επιτάσσει την αναζήτηση άλλων πηγών χρηματοδότησης δια της αναδιαχείρισης εκ των ενόντων. Εκεί αποσκοπούν και τα προς συζήτηση μέτρα, όπως η αύξηση των ορίων συνταξιοδότησης, η μείωση των συντάξεων, η αύξηση των ασφαλίστρων κ.λπ.

Φαίνεται ότι η εφαρμογή ενός ενιαίου συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης αποτελεί ουτοπία, χωρίς την ανάλογη αποδέσμευση από το ασφαλιστικό ζήτημα που επανέρχεται στην επικαιρότητα. Η ιστορική καταγραφή μας διδάσκει ότι ανάλογα εγχειρήματα στο παρελθόν έχουν ακυρωθεί με αποχώρηση από τα κυβερνητικά σχήματα των καθ ύλην αρμοδίων Υπουργών. Η επικαιροποίηση αυτών των ζητημάτων και η ευνοική για όλες τις πλευρές κατάληξή τους είναι το ζητούμενο, από το οποίο θα αναδειχθεί η ισχύς της πολιτικής βούλησης που απαιτείται για την επιτυχή διεκπεραίωσή τους.

Ευρωπαϊκό Δίκτυο για τον Έλεγχο του Καπνού

ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΗΣ ΑΘΗΝΑΣ 2009

Το Ευρωπαϊκό Δίκτυο για τον Έλεγχο του Καπνού, κατά τη Σύνοδό του στην Αθήνα τον Οκτώβριο του 2009, με βάση τις εισηγήσεις διακεκριμένων επιστημόνων, ειδικών σε θέματα χρήσης καπνού, επιβεβαίωσε για μια ακόμη φορά ότι απαγορεύσεις του καπνίσματος σε κλειστούς χώρους που δεν είναι καθολικές, αλλά περιέχουν εξαιρέσεις, αποτυγχάνουν να προστατεύσουν την υγεία ή να τροποποιήσουν την καπνιστική συμπεριφορά των πολιτών.

Παρουσιάστηκαν, επίσης, επιστημονικές αποδείξεις ότι νομοθεσίες που εξασφαλίζουν κλειστούς χώρους ελεύθερους καπνού, βελτιώνουν την υγεία μέσω πρόληψης των καρδιακών επεισοδίων, πρόληψης του καρκίνου και βελτίωσης της υγείας του αναπνευστικού συστήματος. Επιβεβαιώθηκε ότι ο εξαερισμός των εσωτερικών χώρων δεν είναι αποτελεσματική λύση. Τα οφέλη της υγείας, η προστασία του περιβάλλοντος και η διασφάλιση καθαρού αναπνεόμενου αέρα βελτιώνουν την υγιεινή και ασφάλεια στους χώρους εργασίας και συμβάλλουν στη μείωση κοινωνικών ανισοτήτων. Το Ευρωπαϊκό Δίκτυο για τον Έλεγχο του Καπνού καλεί όλες τις ευρωπαϊκές χώρες να δώσουν προτεραιότητα στη μείωση του καπνίσματος, να εκπληρώσουν τις υποχρεώσεις τους και να τιμήσουν το Σύμφωνο Πλαίσιο για τον Έλεγχο του Καπνού (Framework Convention for Tobacco Control) του ΠΟΥ και σύμφωνα με τις συστάσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης να θεσπίσουν σαφείς νομοθεσίες περί χώρων ελεύθερων καπνού.

Οι Υπουργοί Οικονομικών και Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης για τις εφημερίες των Ιατρών

Έχοντας υπόψιν τις διατάξεις:

1. α. Του Ν. 1397/83 (ΦΕΚ 143/Α/7-10-83)
β. Του Ν. 2071/92 (ΦΕΚ 123/Α/92)
γ. Του Ν. 2519/97 (ΦΕΚ 165/Α/21-8-97)
δ. Του Ν. 2606/98 (ΦΕΚ 89/Α/22-4-98)
ε. Του Ν. 2646/98 (ΦΕΚ 236/Α/20-10-98)
στ. Του Ν. 2676/99 (ΦΕΚ 1/Α/5-1-99)
ζ. Το άρθρο 40 του Ν. 849/78
η. Του Ν. 2703/99 (ΦΕΚ 72/Α/8-4-99)
θ. Του Ν. 2889/2001 (ΦΕΚ 37/τ.Α/2-3-2001)
ι. Του Ν. 2920/2001 (ΦΕΚ 131/τ.Α/27-6-2001)
ια. Του άρθρου 45 του Ν. 3205/2003 (ΦΕΚ 297/Α/23-12-2003)
ιβ. Του άρθρου 35 του Ν. 3252/2004 (ΦΕΚ 132/ΤΑ/16-7-2004)
ιγ. Του Ν. 3402/2005 (ΦΕΚ 258/ΤΑ/1-10-2005)
ιδ. Του Ν. 3329/2005 (ΦΕΚ 81/ΤΑ/4-4-2005)
ιε. Την με αρ.Υ3α/Γ.Π.οικ10559/25-1-2007 (ΦΕΚ 180/τβ/13-2-2007)
ιστ. Του Ν. 3754/2009 (ΦΕΚ 43/ΤΑ/11-3-2009).

2. Του ΠΔ 131/87 (ΦΕΚ 73/Α/25-5-87) άρθρο 1 παρ. β.

3. Τις υπ' αρ. Υ10α/Γ.Π./2552/29-1-2010 και Υ10α/Γ.Π./2090/29-1-2010 (ΦΕΚ 78/ΤΒ/29-1-2010, όπως διορθώθηκε στο ΦΕΚ 214/ΤΒ/2-3-2010) Κοινές Υπουργικές Αποφάσεις των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

4. Το γεγονός ότι το ύψος της δαπάνης που προκαλείται από την απόφαση αυτή ανέρχεται στο ποσό των 4.168.356,35 ευρώ για τους μήνες Ιανουαρίου και Φεβρουαρίου του οικονομικού έτους 2010, το οποίο θα καλυφθεί από τις πιστώσεις του ΚΑΕ 0562 του Φ210 του ΥΥΚΑ.

5. Την αριθμ. 2672/3-12-2009 (ΦΕΚ 2408/ΤΒ/3-12-2009) απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Οικονομικών «Καθορισμός αρμοδιοτήτων Υφυπουργού Οικονομικών Φίλιππου Σαχινίδη».

6. Την επιτακτική ανάγκη εύρυθμης λειτουργίας των Νοσοκομείων Β' και Γ' Ζώνης.

7. Το αριθμ. Πρωτοκόλλου 2/20248/31-3-2010 έγγραφο του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους, με το οποίο αυξάνεται ο γενικός προϋπολογισμός εξόδων του οικονομικού έτους 2010, Ειδικός Φόρος 210, που αφορά εφημερίες ιατρικού προσωπικού, ΚΑΕ

0562, κατά 10.000.000 ευρώ.

8. Το ΠΔ.187/2009 (ΦΕΚ 217/ΤΑ/7-10-2009).

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

Συμπληρώνουμε τις υπ' αρ. Υ10α/Γ.Π. 2552/29-1-2010 και Υ10α/Γ.Π. 2090/29-1-2010 (ΦΕΚ 78/ΤΒ/29-1-2010, όπως διορθώθηκε στο ΦΕΚ 214/ΤΒ/2-3-2010) Κοινές Αποφάσεις των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, για τις εφημερίες ιατρικού προσωπικού στην πίστωση των μηνών Ιανουαρίου και Φεβρουαρίου του οικονομικού έτους 2010 Νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας προσθέτουμε τα ποσά που φαίνονται στους πίνακες Β' και Γ' Ζώνης. Η αύξηση αυτή αποτελεί την τελική οριστικοποίηση των δαπανών για εφημερίες των μηνών Ιανουαρίου και Φεβρουαρίου του οικονομικού έτους 2010 και οποιαδήποτε νέα μεταβολή θα μπορεί να γίνει μόνο με ισόποση ανακατανομή πιστώσεων του ίδιου κωδικού. Κατά τα λοιπά ισχύουν οι προαναφερόμενες αποφάσεις ως έχουν. Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην εφημερίδα της Κυβέρνησης.

Υ.Δ.Ε.

Βεβαιώνεται η ύπαρξη πίστωσης στο Φ 15/210 ΚΑΕ 0562 ποσού 19.930.307 οικονομικού έτους 2010.

Ο ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ ΤΗΣ Υ.Δ.Ε.

Ο Υφυπουργός Οικονομικών
Φ. Σαχινίδης

Η Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
Μ. Ξενογιαννακοπούλου

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1. Υπουργείο Οικονομικών
- Α. 22η Διεύθυνση Μισθολογίου
- Β. 20η Διεύθυνση Προϋπολογισμού

2. Εθνικό Τυπογραφείο (για δημοσίευση)
3. Π.Ι.Σ.
4. ΚΗΥΚΥ
- Γ.Ν. Γιαννιτσών Τ.Κ. 58100
- Γ.Ν. Καρδίτσας Τ.Κ. 43100
- Γ.Ν. Χανίων «Άγιος Γεώργιος» Τ.Κ. 73100
- Γ.Ν. Λευκάδας Τ.Κ. 31100
- Γ.Ν. Κοζάνης Τ.Κ. 50100
- Γ.Ν. Δράμας Τ.Κ. 66100
- Γ.Ν. Λαμίας Τ.Κ. 35100
- Γ.Ν. Θηβών (Κ.Υ. Ερυθρών) Τ.Κ. 32200
- Γ.Ν. Έδεσσας Τ.Κ. 58200
- Γ.Ν. Άμφισσας Τ.Κ. 33100
- Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης Τ.Κ. 68100
- Γ.Ν. - Κ.Υ. Κυπαρισσίας Τ.Κ. 24500
- Γ.Ν. Ζακύνθου Τ.Κ. 29100
- Γ.Ν. Τρικάλων Τ.Κ. 42100
- Γ.Ν. Λάρισας Τ.Κ. 41110
- Γ.Ν. Ξάνθης Τ.Κ. 67100
- Γ.Ν. Καβάλας Τ.Κ. 65201
- Γ.Ν. Κεφαλληνίας Τ.Κ. 28100
- Γ.Ν. Νάουσας Τ.Κ. 59200
- Γ.Ν. Πύργου Τ.Κ. 27100
- Γ.Ν. Αμαλιάδας Τ.Κ. 27200
- Ψ.Ν. Κέρκυρας Τ.Κ. 49100
- Γ.Ν. Αγίου Νικολάου Λασιθίου Τ.Κ. 72100
- Γ.Ν. - Κ.Υ. Νεάπολης Κρήτης Τ.Κ. 72400
- Γ.Ν. Πρέβεζας Τ.Κ. 48100
- Γ.Ν. Νάξου Τ.Κ. 84300
- Γ.Ν. Πτολεμαΐδας Τ.Κ. 50200
- Γ.Ν. - Κ.Υ. Μολάων Τ.Κ. 23052
- Γ.Ν. Σάμου Τ.Κ. 83100
- Γ.Ν..- Κ.Υ. Λήμνου Τ.Κ. 81400
- Γ.Ν..- Κ.Υ. Κύμης Τ.Κ. 34003
- Γ.Ν. - Κ.Υ. Καρύστου Τ.Κ. 34001
- Γ.Ν. Ληξουρίου Τ.Κ. 28200

5. Όλες τις ΥΠΕ της χώρας

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
1. Γραφείο κ. Υπουργού
2. Γραφείο κ. Υφυπουργού
3. Γραφείο κ.κ. Γενικών Γραμματέων
4. Γραφείο κ. Προϊστ. Γενικής Διεύθυνσης Υγείας
5. Διεύθυνση Προσωπικού Ν.Π. - Τμήμα Α'
6. Διεύθυνση Οικονομικού

Β' ΖΩΝΗ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΗ ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ ΚΑΙ ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2010
Π.Γ.Ν. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ	197.847,41 €
Γ.Ν. ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ ΛΑΣΙΘΙΟΥ	59.263,20 €
Γ.Ν. ΑΓΡΙΝΙΟΥ	91.141,07 €
Γ.Ν. ΑΙΓΙΟΥ	19.338,23 €
Γ.Ν. ΑΜΑΛΙΑΔΑΣ	3.169,95 €
Γ.Ν. ΑΜΦΙΣΣΑΣ	14.855,48 €
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	8.007,79 €
Γ.Ν. ΒΕΡΟΙΑΣ	78.259,36 €
Γ.Ν. ΒΟΛΟΥ	206.903,37 €
Γ.Ν. ΑΡΤΑΣ	71.326,25 €
Γ.Ν. ΓΙΑΝΝΙΤΣΩΝ	37.555,62 €
Γ.Ν. ΔΙΔΥΜΟΤΕΙΧΟΥ	54.082,68 €
Γ.Ν. ΔΡΑΜΑΣ	32.052,34 €
Γ.Ν. ΕΔΕΣΣΑΣ	101.932,58 €
Γ.Ν. ΖΑΚΥΝΘΟΥ	6.679,73 €
Γ.Ν. ΘΗΒΩΝ	28.786,32 €
Γ.Ν. ΚΑΒΑΛΑΣ	130.210,94 €
Γ.Ν. ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	76.477,27 €
Γ.Ν. ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ	73.466,40 €
Γ.Ν. ΚΕΡΚΥΡΑΣ	58.448,61 €
Γ.Ν. ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ	55.718,99 €
Γ.Ν. ΚΙΛΚΙΣ	63.950,53 €
Γ.Ν. ΚΟΖΑΝΗΣ	60.816,29 €
Γ.Ν. ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ	0,00 €
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	106,861,69 €
Γ.Ν. ΛΑΜΙΑΣ	130.346,19 €
Γ.Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ	189.905,66 €
Γ.Ν. ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ	23.663,30 €
Γ.Ν. ΛΕΥΚΑΔΑΣ	0,00 €
Γ.Ν. ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ	43.186,48 €
Γ.Ν. ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ	79.437,49 €
Γ.Ν. ΝΑΟΥΣΑΣ	23.132,39 €
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	25.952,34 €
Γ.Ν. ΞΑΝΘΗΣ	89.918,69 €
Γ.Ν. ΠΟΛΥΓΥΡΟΥ	98.107,13 €
Γ.Ν. ΠΡΕΒΕΖΑΣ	16.464,61 €
Γ.Ν. ΠΥΡΓΟΥ	85.335,34 €
Γ.Ν. ΡΕΘΥΜΝΟΥ	100.329,98 €
Γ.Ν. ΡΟΔΟΥ	131.631,79 €
Γ.Ν. ΣΕΡΡΩΝ	64.924,91 €
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ	72.974,30 €
Γ.Ν. ΤΡΙΚΑΛΩΝ	110.885,87 €
Γ.Ν. ΤΡΙΠΟΛΗΣ	102.387,06 €
Γ.Ν. ΧΑΛΚΙΔΑΣ	120.039,20 €
Γ.Ν. ΧΑΝΙΩΝ Ο ΑΓΙΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	220.025,53 €
Ψ.Ν. ΠΕΤΡΑΣ ΟΛΥΜΠΟΥ	0,00 €

Ψ.Ν. ΚΕΡΚΥΡΑΣ	0,00 €
Ψ.Ν. ΤΡΙΠΟΛΗΣ	0,00 €
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΨΥΧΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΧΑΝΙΩΝ	0,00 €
Γ.Ν. ΚΡΕΣΤΕΝΩΝ	0,00 €
Γ.Ν. - Κ.Υ. ΙΕΡΑΠΕΤΡΑΣ	19.449,70 €
Γ.Ν. - Κ.Υ. ΚΥΠΑΡΙΣΣΙΑΣ	9.019,75 €
Γ.Ν. - Κ.Υ. ΝΕΑΠΟΛΗΣ ΚΡΗΤΗΣ	0,00 €
Π.Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ	229.492,51 €
ΣΥΝΟΛΟ Β' ΖΩΝΗΣ	3.623.762,32 €

Γ' ΖΩΝΗ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΗ ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ ΚΑΙ ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2010
Γ.Ν. ΓΡΕΒΕΝΩΝ	9.820,23 €
Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	55.936,93 €
Γ.Ν. ΚΑΡΠΕΝΗΣΙΟΥ	9.154,16 €
Γ.Ν. ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	37.917,82 €
Γ.Ν. ΛΗΞΟΥΡΙΟΥ	0,00 €
Γ.Ν. ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑΣ	43.872,53 €
Γ.Ν. ΣΑΜΟΥ	54.814,02 €
Γ.Ν. ΣΥΡΟΥ	101.837,06 €
Γ.Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ	0,00 €
Γ.Ν. ΧΙΟΥ	62.370,57 €
Γ.Ν. - Κ.Υ. ΛΗΜΝΟΥ	41.740,44 €
Γ.Ν. - Κ.Υ. ΓΟΥΜΕΝΙΣΣΑΣ	5.340,98 €
Γ.Ν. - Κ.Υ. ΙΚΑΡΙΑΣ	7.989,99 €
Γ.Ν. - Κ.Υ. ΚΑΛΑΒΡΥΤΩΝ	5.248,20 €
Γ.Ν. - Κ.Υ. ΚΑΛΥΜΝΟΥ	2.625,23 €
Γ.Ν. - Κ.Υ. ΚΑΡΥΣΤΟΥ	17.397,10 €
Γ.Ν. - Κ.Υ. ΚΥΘΗΡΩΝ	5.902,66 €
Γ.Ν. - Κ.Υ. ΚΥΜΗΣ	12.300,00 €
Γ.Ν. - Κ.Υ. ΚΩ	0,00 €
Κ.Θ. - Κ.Υ. ΛΕΡΟΥ	0,00 €
Γ.Ν. - Κ.Υ. ΜΟΛΑΩΝ	5.294,05 €
Γ.Ν. - Κ.Υ. ΣΗΤΕΙΑΣ	7.357,12 €
Γ.Ν. - Κ.Υ. ΦΙΛΙΑΤΩΝ	57.674,94 €
Γ.Ν. - Κ.Υ. ΝΑΞΟΥ	0,00 €
ΕΚΑΒ	0,00 €
ΣΥΝΟΛΟ Γ' ΖΩΝΗΣ	544.594,03 €
ΣΥΝΟΛΟ Β' ΚΑΙ Γ' ΖΩΝΗΣ	4.168.356,35 €

Έχοντας υπόψιν τις διατάξεις:

1. α. Του Ν. 1397/83 (ΦΕΚ 143/Α/7-10-83)
β. Του Ν. 2071/92 (ΦΕΚ 123/Α/92)
γ. Του Ν. 2519/97 (ΦΕΚ 165/Α/21-8-97)
δ. Του Ν. 2606/98 (ΦΕΚ 89/Α/22-4-98)
ε. Του Ν. 2646/98 (ΦΕΚ 236/Α/20-10-98)
στ. Του Ν. 2676/99 (ΦΕΚ 1/Α/5-1-99)
ζ. Το άρθρο 40 του Ν. 849/78
η. Του Ν. 2703/99 (ΦΕΚ 72/Α/8-4-99)
θ. Του Ν. 2889/2001 (ΦΕΚ 37/τ.Α/2-3-2001)
ι. Του Ν. 2920/2001 (ΦΕΚ 131/τ.Α/27-6-2001)
ια. Του άρθρου 45 του Ν. 3205/2003 (ΦΕΚ 297/Α/23-12-2003)
ιβ. Του άρθρου 35 του Ν. 3252/2004 (ΦΕΚ 132/ΤΑ/16-7-2004)
ιγ. Του Ν. 3402/2005 (ΦΕΚ 258/ΤΑ/1-10-2005)
ιδ. Του Ν. 3329/2005 (ΦΕΚ 81/ΤΑ/4-4-2005)
ιε. Την με αρ.Υ3α/Γ.Π.οικ10559/25-1-2007 (ΦΕΚ 180/τβ/13-2-2007)
ιστ. Του Ν. 3754/2009 (ΦΕΚ 43/ΤΑ/11-3-2009).

2. Του ΠΔ 131/87 (ΦΕΚ 73/Α/25-5-87) άρθρο 1 παρ. β

3. Τις υπ' αρ. Υ10α/Γ.Π./2552/29-1-2010 και Υ10α/Γ.Π./2090/29-1-2010 (ΦΕΚ 78/ΤΒ/29-1-2010, όπως διορθώθηκε στο ΦΕΚ 214/ΤΒ/2-3-2010) Κοινές Υπουργικές Αποφάσεις των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

4. Το γεγονός ότι το ύψος της δαπάνης που προκαλείται από την απόφαση αυτή ανέρχεται στο ποσό των 5.831.643,65 ευρώ για τους μήνες Ιανουαρίου και Φεβρουαρίου του οικονομικού έτους 2010, το οποίο θα καλυφθεί από τις πιστώσεις του ΚΑΕ 0562 του Φ210 του ΥΥΚΑ.

5. Την αριθμ. 2672/3-12-2009 (ΦΕΚ 2408/ΤΒ/3-12-2009) απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Οικονομικών «Καθορισμός αρμοδιοτήτων Υφυπουργού Οικονομικών Φίλιππου Σαχινίδη».

6. Την επιτακτική ανάγκη εύρυθμης λειτουργίας των Νοσοκομείων Α' Ζώνης.

7. Το αριθμ. Πρωτοκόλλου 2/20248/31-3-2010 έγγραφο του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους, με το οποίο αυξάνεται ο γενικός προϋπολογισμός εξόδων του οικονομικού έτους 2010, Ειδικός Φόρος 210, που αφορά εφημερίες ιατρικού προσωπικού, ΚΑΕ 0562, κατά 10.000.000 ευρώ.

8. Το ΠΔ.187/2009 (ΦΕΚ 217/ΤΑ/7-10-09).

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

Συμπληρώνουμε τις υπ' αρ. Υ10α/Γ.Π. 2552/29-1-2010 και Υ10α/Γ.Π. 2090/29-1-2010 (ΦΕΚ 78/ΤΒ/29-1-2010, όπως διορθώθηκε στο ΦΕΚ 214/ΤΒ/2-3-2010) Κοινές Αποφάσεις των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, για τις εφημερίες ιατρικού προσωπικού στην πίστωση των μηνών Ιανουαρίου και Φεβρουαρίου του οικονομικού έτους 2010 Νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας προσθέτουμε τα ποσά που φαίνονται στον πίνακα Α' Ζώνης.

Η αύξηση αυτή αποτελεί την τελική οριστικοποίηση των δαπανών για εφημερίες των μηνών Ιανουαρίου και Φεβρουαρίου του οικονομικού έτους 2010 και οποιαδήποτε νέα μεταβολή θα μπορεί να γίνει μόνο με ισόποση ανακατανομή πιστώσεων του ίδιου κωδικού.

Κατά τα λοιπά ισχύουν οι προαναφερόμενες αποφάσεις ως έχουν.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην εφημερίδα της Κυβέρνησης.

Υ.Δ.Ε.

Βεβαιώνεται η ύπαρξη πίστωσης στο Φ15/210 ΚΑΕ 0562 ποσού 19.930.307 ευρώ οικονομικού έτους 2010.

Ο ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ ΤΗΣ Υ.Δ.Ε.

Ο Υφυπουργός Οικονομικών
Φ. Σαχινίδης

Η Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
Μ. Ξενογιαννακοπούλου

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1. Υπουργείο Οικονομικών
Α. 22η Διεύθυνση Μισθολογίου
Β. 20η Διεύθυνση Προϋπολογισμού
2. Εθνικό Τυπογραφείο (για δημοσίευση)
3. Όλες τις Υ.Π.Ε. της χώρας
4. Π.Ι.Σ.
5. ΚΗΥΚΥ
Ψ.Ν.Α. «Δρομοκαΐτειο» Τ.Κ. 12461
Γ.Ν. Παίδων «Η Αγία Σοφία» Τ.Κ. 11527
Γ.Ν. Παίδων «Παν. και Αγλ. Κυριακού» Τ.Κ. 11527
Γ.Ν. «Παμμακάριστος» Τ.Κ. 11144
Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο» Τ.Κ. 11527
Γ.Ν. «Λαϊκό» Τ.Κ. 11527
Γ.Ν.Α. «Αμαλία Φλέμινγκ» Τ.Κ. 15127
Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένειο – Μπενάκειο» Τ.Κ. 11526
Νοσοκομείο Ειδικών Παθήσεων Θεσσαλονίκης Τ.Κ. 54638
Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Παπανικολάου» Τ.Κ. 57010
Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο – Πανάνειο» Τ.Κ. 71001
Ψ.Ν. Θεσσαλονίκης Τ.Κ. 56429
Γ.Ν.Α. «Γεννηματάς» Τ.Κ. 11527
Γ.Ν. Πατησίων Τ.Κ. 11143
Π.Π.Γ.Ν. Ρίου Πάτρας Τ.Κ. 26504
Γ.Ν. Ιωαννίνων «Χατζηκώστα» Τ.Κ. 45001
Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας – Κ.Υ. Βάρης Τ.Κ. 16673
Παιδοψυχιατρικό νοσοκομείο Αττικής Τ.Κ. 19009
Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο» Τ.Κ. 18536
Νοσοκομείο Αφροδίσιων και Δερματικών νοσημάτων «Α. Συγγρός» Τ.Κ. 16121
Α.Ν.Θ. «Θεαγένειο» Τ.Κ. 54007
Γ.Ν. Παίδων Πάτρας «Καραμανδάνειο» Τ.Κ. 26331
Γ.Ν.Α. «Σωτηρία» Τ.Κ. 11527
Γ.Ν. «Σισμανόγλειο» Τ.Κ. 14233
Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» Τ.Κ. 26226
ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν. Ηρακλείου Τ.Κ. 71001
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής Τ.Κ. 12462
Γ.Ν.Α. «Η Αγία Βαρβάρα» Τ.Κ. 12351
ΠΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας» Τ.Κ. 11522
Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης Τ.Κ. 15236

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
1. Γραφείο κ. Υπουργού
2. Γραφείο κ. Υφυπουργού
3. Γραφείο κ.κ. Γενικών Γραμματέων
4. Γραφείο κ. Προϊστ. Γενικής Διεύθυνσης Υγείας
5. Διεύθυνση Προσωπικού Ν.Π. – Τμήμα Α'
6. Διεύθυνση Οικονομικού

Α' ΖΩΝΗ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΗ ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ ΚΑΙ ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2010
Γ.Ν.Α. ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	346.025,81 €
Γ.Ν.Α. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»	232.339,75 €
Ψ.Ν.Α. ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ	22.335,13 €
ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΑΣ	0,00 €
ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «Η ΑΓΙΑ ΕΛΕΝΗ»	0,00 €
Γ.Ν.Α. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	153.978,13 €
Γ.Ν.Α. ΚΑΤ	213.537,09 €
Γ.Ν.Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»	248.442,37 €
Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»	157.516,13 €
Γ.Ν.Α. «ΣΩΤΗΡΙΑ»	143.834,35 €
Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»	185.451,64 €
Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ «Π. & Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ»	143.309,75 €
Γ.Ν.Α. «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»	64.096,09 €
Γ.Ν. ΠΕΙΡΑΙΑ «ΤΖΑΝΕΙΟ»	181.319,63 €
Γ.Ν. «ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ» ΒΟΥΛΑΣ	166.468,21 €
ΠΑΟΝΑ «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»	89.894,77 €
Γ.Ν. ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ «ΘΡΙΑΣΙΟ»	169.822,07 €
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ	28.154,80 €
Γ.Ν. ΜΕΛΙΣΣΙΩΝ «ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΝΓΚ»	66.748,54 €
Γ.Ν. ΠΕΙΡΑΙΑ «ΜΕΤΑΞΑ»	69.057,07 €
Γ.Ν.Α. «Η ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ»	24.122,63 €
Γ.Ν.Α. «Η ΕΛΠΙΣ»	56.840,77 €
Γ.Ν.Α. ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ	42.272,40 €
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ & ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ «Α. ΣΥΓΓΡΟΣ»	10.419,73 €
Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ	35.862,25 €
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΑΣ «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ»	35.099,59 €
Γ.Ν. «ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ»	29.893,94 €
Γ.Ν. «ΠΑΤΗΣΙΩΝ»	24.931,33 €
Γ.Ν.Ν. ΙΩΝΙΑΣ «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ»	120.748,25 €
Γ.Ν.Α. «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ»	111.272,88 €
Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»	263.311,76 €
Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ»	67.318,10 €
Α.Ν.Θ. «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ»	69.500,89 €
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	29.975,82 €
Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ»	57.940,71 €
Γ.Ν.Θ. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»	78.026,38 €
Γ.Ν.Θ. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	341.287,41 €
Γ.Ν.Θ. «ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»	279.057,18 €
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	0,00 €
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ & ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	0,00 €
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΠΑΤΡΑΣ	0,00 €
Γ.Ν. ΠΑΤΡΑΣ «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»	131.278,04 €
Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΤΡΑΣ «ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ»	13.304,76 €
Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ «ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ»	130.608,59 €
ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	199.547,02 €
Π.Π.Γ.Ν. ΡΙΟΥ ΠΑΤΡΑΣ	225.574,11 €
ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	152.129,45 €
Γ.Ν. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ – ΠΑΝΑΝΕΙΟ»	179.327,37 €
Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ»	278.218,69 €
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ	0,00 €
Π.Γ.Ο.Ν. ΚΗΦΙΣΙΑΣ «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»	0,00 €
Ε.Ι.Α.Α.	0,00 €
Π.Γ.Ν.Α «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ»	161.442,27 €
ΣΥΝΟΛΟ	**5.831.643,65 €**

Αξονική Κολονοσκόπηση: τεχνική, ενδείξεις και περιορισμοί

■ ΦΩΤΙΟΣ ΛΑΣΠΑΣ, ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΚΕΧΑΓΙΑΣ, ΡΩΞΑΝΗ ΕΥΘΥΜΙΑΔΟΥ, ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΦΙΛΛΙΠΗ, ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΚΡΗΤΙΚΟΣ, ΔΕΣΠΟΙΝΑ ΣΑΒΒΙΔΟΥ, ΑΡΚΑΔΙΟΣ ΡΟΥΣΑΚΗΣ, ΙΩΑΝΝΗΣ ΑΝΔΡΕΟΥ
Τμήμα Αξονικού-Μαγνητικού Τομογράφου
Διαγνωστικό και Θεραπευτικό Κέντρο Αθηνών «Υγεία»

Περίληψη: *Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί μια σημαντική αιτία θανάτου στις αναπτυγμένες χώρες και για το λόγο αυτό η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του έχει ιδιαίτερη σημασία. Η Αξονική Κολονοσκόπηση (ΑΚ) είναι μια ταχέως εξελισσόμενη, μη επεμβατική μέθοδος, για την ανάδειξη πολυπόδων του παχέος εντέρου. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η ΑΚ είναι συγκρίσιμη με την κλασική κολονοσκόπηση στην ανεύρεση πολυπόδων ≥10mm, ενώ επιπλέον, αναδεικνύει κλινικώς σημαντικά ευρήματα εκτός του παχέος εντέρου, τα οποία δε φαίνονται με την κλασική κολονοσκόπηση. Η υψηλή αρνητική προγνωστική αξία της ΑΚ μπορεί να βοηθήσει στη διαλογή των ασθενών που έχουν πολύποδες στο παχύ έντερο και συνεπώς να μειώσει σημαντικά τον αριθμό των αρνητικών κλασικών κολονοσκοπήσεων.*

Λέξεις ευρετηρίου: *κολονοσκόπηση, αξονική τομογραφία, πολύποδας.*

Εισαγωγή

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι η δεύτερη σε συχνότητα αιτία θανάτου από κακοήθεια στο δυτικό κόσμο[1]. Οι περισσότεροι καρκίνοι αναπτύσσονται στο έδαφος αδενωματώδους πολύποδα. Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου είναι ανάλογος του μεγέθους του πολύποδα: περίπου 1% για πολύποδες <10mm, περίπου 10% για πολύποδες 10-20mm και περισσότερο από 40% για πολύποδες >20mm[2]. Όταν ο καρκίνος του παχέος εντέρου διαγιγνώσκεται σε πρώιμο στάδιο, έχει μεγάλες πιθανότητες ίασης, με ποσοστό 5ετούς επιβίωσης 90%, ενώ σε περίπτωση που υπάρχουν μεταστάσεις, το αντίστοιχο ποσοστό είναι 10%[3]. Ο χρόνος που μεσολαβεί για να αναπτυχθεί, σε φυσιολογικό παχύ έντερο χωρίς βλάβες, διηθητικός καρκίνος, εκτιμάται στα 10 έτη και ο αντίστοιχος χρόνος για την ανάπτυξη αδενωματώδους πολύποδα είναι 5 έτη[1]. Το μακρύ αυτό μεσοδιάστημα, δίνει τη δυνατότητα πρόληψης του καρκίνου του παχέος εντέρου, με την προϋπόθεση ότι οι πολύποδες ανευρίσκονται και εξαιρούνται πριν εξαλλαχθούν σε κακοήθη νόσο.

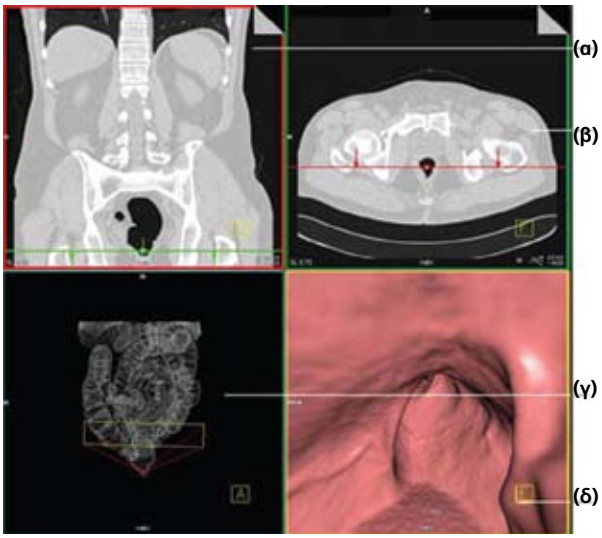
Η ΑΚ είναι μια ταχέως εξελισσόμενη, μη επεμβατική τεχνική, που χρησιμοποιείται εναλλακτικά της κλασικής κολονοσκόπησης, για την ανάδειξη πολυποειδών βλαβών στο παχύ έντερο. Στη μελέτη αυτή, θα περιγράψουμε το πρωτόκολλο της ΑΚ, θα αναδείξουμε τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της μεθόδου και θα αναφερθούμε στις εφαρμογές και τους περιορισμούς αυτής.

Τεχνική

Ο καθαρισμός του εντέρου πριν από την ΑΚ είναι υποχρεωτικός, αφού η σωστή προετοιμασία του εντέρου διευκολύνει την ανάδειξη βλαβών και ελαχιστοποιεί τα ψευδώς θετικά αποτελέσματα. Η προετοιμασία είναι γενικά η ίδια με αυτή που απαιτείται στην κλασική κολονοσκόπηση και περιλαμβάνει υδρική δίαιτα και χρήση καθαρτικού φαρμάκου[4]. Η σήμανση των υγρών και των κοπράνων με τη λήψη ιωδιούχου σκιαγραφικού από το στόμα και βαρίου, επιτρέπει τη διάκριση ενός πολύποδα από κόπρανα κολλημένα στο εντερικό τοίχωμα[4,5].

Αρχικά, τοποθετείται στο ορθό καθετήρας που χρησιμεύει για διάταση του εντέρου με τη χορήγηση (με αντλία ή χειροκίνητα) αέρα ή διοξειδίου του άνθρακα. Γενικά, προτιμάται η χορήγηση διοξειδίου του άνθρακα με αντλία, γιατί επιτυγχάνεται σταθερή πίεση, προκαλώντας λιγότερο εντερικό σπασμό και συνεπώς καλύτερη διάταση του εντέρου, ενώ το διοξείδιο του άνθρακα απορροφάται ευκολότερα και δημιουργεί λιγότερη δυσφορία στον ασθενή μετά το τέλος της εξέτασης[6]. Στη συνέχεια, λαμβάνονται εικόνες (τομή 1,25mm) με πολυτομικό αξονικό τομογράφο σε πρηνή και ύπτια θέση. Η δεύτερη σειρά εικόνων (ύπτια θέση) λαμβάνεται μετά την ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικού μέσου, γιατί φαίνεται ότι η χρήση σκιαγραφικού μέσου ενδοφλεβίως βοηθά στην καλύτερη ανάδειξη των μικρότερων πολυπόδων, των επίπεδων αλλοιώσεων, καθώς και της διήθησης του εντερικού τοιχώματος[7,8].

Αφού ληφθούν τα δεδομένα σε πρηνή και ύπτια θέση, μεταφέρονται σε σταθμό επεξεργασίας για την ανακατασκευή των εικόνων. Συνήθως η οθόνη του σταθμού επεξεργασίας είναι χωρισμένη σε 4 τμήματα και εμφανίζονται εικόνες αξονικής τομογραφίας δύο διαστάσεων (σε στεφανιαία και εγκάρσια τομή), προβολή volume rendering technique-VRT και πανοραμική προβολή του εσωτερικού του κόλου (τρισδιάστατη εικονική κολονοσκόπηση) (Εικόνα 1). Οι βλάβες που αναδεικνύονται στον έλεγχο της εικονικής κολονοσκόπησης ,μελετώνται στη συνέχεια στις εικόνες δύο διαστάσεων προς επιβεβαίωση. Η συσχέτιση των ευρημάτων σε ύπτια και πρηνή θέση είναι απαραίτητη, για να αποδειχθεί εάν μία μάζα είναι ελεύθερη ή προσκολλημένη στο τοίχωμα, ενώ επιτρέπει τη μελέτη των περιοχών του κόλου που δεν απεικονίστηκαν στην αντίθετη λήψη λόγω υπολειμματικών υγρών ενδοαυλικά. Τέλος, γίνεται ανακατασκευή των δεδομένων σε τομές πάχους 5mm για τη μελέτη δομών εκτός παχέος εντέρου.



Εικόνα 1. *Η οθόνη του σταθμού επεξεργασίας είναι χωρισμένη σε 4 τμήματα και εμφανίζονται εικόνες αξονικής τομογραφίας σε στεφανιαία (α) και εγκάρσια τομή (β), προβολή VRT (γ) και τρισδιάστατη εικονική κολονοσκόπηση (δ).*

Κλινικές εφαρμογές

Η ΑΚ ενδείκνυται ως μέθοδος προληπτικού ελέγχου του γενικού πληθυσμού (screening test) για την ανεύρεση πολύποδα (Εικόνα 2) ή καρκίνου (Εικόνα 3), καθώς και στις περιπτώσεις ατελούς ή αντένδειξης της κλασικής κολονοσκόπησης[9-12]. Η ευαισθησία της αξονικής κολονοσκόπησης για την ανάδειξη καρκίνου του παχέος εντέρου είναι 95%, για την ανάδειξη πολύποδα ≥10mm είναι 90% και για την ανάδειξη πολύποδα <10mm πέφτει στο 75%, ενώ η ειδικότητα της μεθόδου προσεγγίζει το 100%[1]. Σε μία μελέτη που δημοσιεύτηκε στο «New England Journal of Medicine»[13], 1233 ασυμπτωματικοί ενήλικες υπεβλήθηκαν την ίδια ημέρα σε ΑΚ και σε κλασική κολονοσκόπηση. Η ακρίβεια της ΑΚ στην ανεύρεση πολυπόδων ≥10mm ήταν μεγαλύτερη από την αντίστοιχη της κλασικής κολονοσκόπησης (92 vs 88%). Ωστόσο, η κλασική κολονοσκόπηση υπερτερούσε στην ανάδειξη πολυπόδων όταν ως κριτήριο θεωρούνταν μέγεθος ≥6mm (90 vs 86%). Επιπλέον, στην ΑΚ διαγνώστηκαν 5 (0,4%) κακοήθειες εκτός του εντέρου. Στόχος των προληπτικών ελέγχων είναι η ανάδειξη των δυνητικά κακοήθων αδενωμάτων[10,14].

Πρόκειται για καλοήθεις βλάβες που θεωρείται ότι σχετίζονται με υψηλό ποσοστό εξαλλαγής σε κακοήθεια. Ως δυνητικά κακοήθη αδενώματα, ορίζονται οι πολύποδες που πληρούν ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω κριτήρια: μέγεθος ≥10mm, παρουσία θηλώδους συστατικού, παρουσία υψηλού βαθμού δυσπλασίας[10]. Ο Kim και οι συνεργάτες του[14], σε μελέτη του 2007, υποστηρίζουν ότι η ΑΚ και η κλασική κολονοσκόπηση είχαν ανάλογα ποσοστά ανάδειξης των δυνητικά κακόηθων αδενωμάτων, αλλά οι επιπλοκές ήταν σημαντικά λιγότερες στην ΑΚ. Ωστόσο, πλεονέκτημα της κλασικής κολονοσκόπησης αποτελεί η δυνατότητα λήψης υλικού για παθολογοανατομική εξέταση[4].

Η ΑΚ είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε ασθενείς που η κλασική κολονοσκόπηση αντενδείκνυται (αντιπηκτική αγωγή, καταστάσεις που αυξάνουν τον κίνδυνο από την καταστολή) ή δεν ολοκληρώθηκε (λόγω έντονου σπασμού, συμφύσεων, δολιχόκολο, έντονη γωνίωση εντερικών ελίκων, εκκολπωμάτωση). Μπορεί η κλασική κολονοσκόπηση να θεωρείται ακόμα ως μέθοδος εκλογής για προληπτικό έλεγχο και για διερεύνηση αναιμίας ή συμπτωμάτων από το κατώτερο πεπτικό, ωστόσο αναφέρεται σε ποσοστό έως και 10%, ότι η εξέταση είναι τεχνικά δύσκολη και παραμένει ατελής, ακόμα και για έμπειρους ενδοσκοπιστές[12]. Ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους ασθενείς, το αντίστοιχο ποσοστό ανέρχεται σε μελέτες έως 33%[11]. Επιπλέον, σε ασθενείς με αποφρακτικό καρκίνο του παχέος εντέρου περιφερικά, η κλασική κολονοσκόπηση δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί και η πιθανή ύπαρξη σύγχρονου καρκίνου κεντρικότερα (ποσοστό 2-7,1%) δεν ελέγχεται[15]. Στις περιπτώσεις αυτές, η προεγχειρητική εκτίμηση του ασθενούς με ΑΚ είναι απαραίτητη.

Πρέπει επίσης να σημειώσουμε, ότι η ανάδειξη επιπέδων μη πολυποειδών αλλοιώσεων, είναι δύσκολη στην ΑΚ και αποτελεί συχνή αιτία ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων. Πρόκειται για βλάβες με ύψος ≤2mm από το ύψος του γειτονικού φυσιολογικού

Εικόνα 2. *Τρισδιάστατη εικονική κολονοσκόπηση (α) και η εγκάρσια δύο διαστάσεων εικόνα (β) αναδεικνύουν πολύποδα στο εγκάρσιο κόλο.*

βλεννογόνου, οι οποίες αν και σπάνιες, μπορεί να εξαλλαχθούν ή να αναπτύξουν δυσπλασία. Οι βλάβες αυτές δύσκολα αναδεικνύονται και στην κλασική κολονοσκόπηση που συχνά απαιτείται και η χρήση χρωστικών ουσιών. Στην ΑΚ οι βλάβες αυτές φαίνονται καλύτερα στην τρισδιάστατη μελέτη και μετά τη χορήγηση σκιαγραφικού μέσου ενδοφλεβίως[8].

Περιορισμοί

Ένας από τους κύριους περιορισμούς της ΑΚ είναι η δόση ακτινοβόλησης, η οποία είναι σχετικά υψηλή, επειδή η εξέταση πραγματοποιείται σε πρηνή και ύπτια θέση και με λεπτές τομές. Η χρήση ειδικών πρωτοκόλλων, που επιτρέπει η υψηλή αντίθεση μεταξύ του ενδοαυλικού αέρα και του εντερικού τοιχώματος και η εξέλιξη των πολυτομικών τομογράφων, συντελούν στη σημαντική μείωση της ακτινοβολίας (σε επίπεδα μικρότερα της διαγνωστικής αξονικής τομογραφίας), χωρίς να επηρεάζεται η διαγνωστική ακρίβεια[6].

Η προετοιμασία του εντέρου πριν από την ΑΚ προκαλεί επίσης δυσφορία στους ασθενείς. Ωστόσο, ο καθαρισμός του εντέρου εί-

Εικόνα 3. *Τρισδιάστατη εικονική κολονοσκόπηση (α) και η οβελιαία δύο διαστάσεων εικόνα (β) αναδεικνύουν στενωτικό καρκίνο στο αγιόν κόλο. Χαρακτηριστική εικόνα «φαγωμένου μήλου» απεικονίζεται στη VRT προβολή (γ).*

ναι απαραίτητος, τόσο για την ΑΚ όσο και για την κλασική κολονοσκόπηση και η διαδικασία που ακολουθείται είναι παρόμοια.

Όσον αφορά τις αντενδείξεις της ΑΚ , σε αυτές περιλαμβάνονται η οξεία κοιλία, η πρόσφατη επέμβαση στην πυελική κοιλότητα, η πρωκτίτιδα, το τοξικό μεγάκολο και το ιστορικό διάτρησης του παχέος εντέρου[16]. Οι περιπτώσεις αυτές αυξάνουν τον κίνδυνο για διάτρηση του εντέρου, που αποτελεί σχεδόν τη μοναδική επιπλοκή της διαδικασίας. Σε μελέτη του Sonsa και των συνεργατών του[17], αναφέρεται ότι σε 11.870 ΑΚ που πραγματοποιήθηκαν σε 11 διαφορετικά ιατρικά κέντρα, παρουσιάστηκαν 7 περιπτώσεις διάτρησης του παχέος εντέρου (0,059%), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό κατά την κλασική κολονοσκόπηση υπολογίζεται περίπου 0,1-0,2%[18].Περισσότερο σημαντικό είναι ότι οι περιπτώσεις διάτρησης του εντέρου που οφείλονται στην κλασική κολονοσκόπηση, καταλήγουν συχνότερα στη χειρουργική επέμβαση ή ακόμα και στο θάνατο, σε σύγκριση με τις αντίστοιχες της ΑΚ[18].

Συμπέρασμα

Η Αξονική Κολονοσκόπηση (ΑΚ) είναι μια μη επεμβατική και ασφαλής μέθοδος για την απεικόνιση του παχέος εντέρου. Η πρόοδος της τεχνολογίας και η αυξανόμενη εμπειρία των ακτινολόγων βελτιώνουν συνεχώς τη διαγνωστική ακρίβεια της μεθόδου. Τα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά και πιστεύουμε ότι πρέπει να κατέχει σημαντικό ρόλο στον προληπτικό έλεγχο και γενικότερα στη μελέτη του παχέος εντέρου.

Summary

Computed Tomography Colonography: technique, limitations and applications.

F. Laspas, D. Kechagias, R. Efthimiadou, V. Filippi, N. Kritikos, D. Savvidou, A. Rousakis, J. Andreou

Colorectal carcinoma is a significant cause of death from cancer in the modern societies, and early detection and treatment are critical. Computed Tomography Colonography (CTC) is an emerging noninvasive technique for colorectal polyp detection. The results show that CTC is at least equal to conventional colonoscopy in the detection of polyp ≥10mm moreover CTC depicts clinically significant extracolonic abnormalities not shown by colonoscopy. The high negative predictive value of CTC can be used to exclude the presence of colorectal polyps in the majority of patients and thus to reduce the number of negative - result optical colonoscopies performed.

Key words: *colonography, computed tomography, polyp.*

Βιβλιογραφία

1. Geenen RW, Hussain SM, Cademartiri F, Poley JW, Siersema PD, Krestin GP. CT and MR colonography: scanning techniques, postprocessing, and emphasis on polyp detection. Radiographics 2004; 24(1): 18.
2. Wolfgang Schima and Thomas Mang. CT colonography in cancer detection: methods and results. Cancer Imaging 2004; 4:33–41.
3. Silva AC, Hara AK, Leighton JA, Heppell JP. CT colonography with intravenous contrast material: varied appearances of colorectal carcinoma. Radiographics 2005; 25(5):1321-34.
4. Silva AC, Vens EA, Hara AK, Fletcher JG, Fidler JL, Johnson CD. Evaluation of benign and malignant rectal lesions with CT colonography and endoscopic correlation. Radiographics 2006; 26(4):1085-99.
5. Johnson CD, Manduca A, Fletcher JG, et al. Non-cathartic CT colonography with stool tagging: performance with and without electronic stool subtraction. AJR 2008; 190(2):361-6.
6. Pickhardt PJ. Screening CT colonography: how I do it. AJR 2007; 189(2):290-8.
7. Morrin MM, Farrell RJ, Kruskal JB, Reynolds K, McGee JB, Raptopoulos V. Utility of intravenously administered contrast material at CT colonography. Radiology 2000; 217(3):765-71.
8. Park SH, Lee SS, Choi EK, et al. Flat colorectal neoplasms: definition, importance, and visualization on CT colonography. AJR 2007; 188(4):953-9.
9. Pickhardt PJ, Taylor AJ, Kim DH, Reichelderfer M, Gopal DV, Pfau PR. Screening for colorectal neoplasia with CT colonography: initial experience from the 1st year of coverage by third-party payers. Radiology 2006; 241(2):417-25.
10. Kim DH, Pickhardt PJ, Taylor AJ. Characteristics of advanced adenomas detected at CT colonographic screening: implications for appropriate polyp size thresholds for polypectomy versus surveillance. AJR 2007; 188(4):940-4.
11. Yucel C, Lev-Toaff AS, Moussa N, Durrani H. CT colonography for incomplete or contraindicated optical colonoscopy in older patients. AJR 2008;190(1):145-50.
12. Copel L, Sosna J, Kruskal JB, Raptopoulos V, Farrell RJ, Morrin MM. CT colonography in 546 patients with incomplete colonoscopy. Radiology 2007; 244(2):471-8.
13. Pickhardt PJ, Choi JR, Hwang I, et al. Computed tomographic virtual colonoscopy to screen for colorectal neoplasia in asymptomatic adults. N Engl J Med 2003; 349(23):2191-200.
14. Kim DH, Pickhardt PJ, Taylor AJ, et al. CT colonography versus colonoscopy for the detection of advanced neoplasia. N Engl J Med 2007; 357(14):1403-12.
15. Fenlon HM, McAneny DB, Nunes DP, Clarke PD, Ferrucci JT. Occlusive colon carcinoma: virtual colonoscopy in the preoperative evaluation of the proximal colon. Radiology 1999; 210(2):423-8.
16. Summerton S, Little E, Cappell MS. CT colonography: current status and future promise. Gastroenterol Clin North Am 2008; 37(1):161-89.
17. Sosna J, Blachar A, Amitai M, et al. Colonic perforation at CT colonography: assessment of risk in a multicenter large cohort. Radiology 2006; 239(2):457-63.
18. Pickhardt PJ. Incidence of colonic perforation at CT colonography: review of existing data and implications for screening of asymptomatic adults. Radiology 2006; 239(2):313-6.

Το Εισπνευστικό Έγκαυμα - Νόσος των πολλών ειδικοτήτων

■ ΣΟΦΙΑ Μ. ΠΑΡΑΡΑ[1], ΕΥΓΕΝΙΑ ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΥ[1], ΕΛΙΣΣΑΒΕΤ ΚΑΤΣΙΟΥΛΑ[2], ΜΗΝΑΣ ΖΕΡΒΑΣ[3]
[1]Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής και Εγκαυμάτων, [2]Α΄ Μονάδα Εντατικής Θεραπείας,
[3]Τμήμα Φυσιοθεραπείας και Αποκατάστασης, ΓΝΑ ΚΑΤ - Κηφισιά

Περίληψη: *Το εισπνευστικό έγκαυμα είναι από τις σοβαρότερες μορφές τραύματος και προκαλείται από εισπνοή βλαβερών αερίων, ατμών και υγρασίας που αιωρούνται μέσα στον καπνό. Η αναπνευστική ανεπάρκεια που προκαλείται από τα εισπνεόμενα αέρια μπορεί να οδηγήσει σε μια ποικιλία συμπτωμάτων, μέχρι και κώμα. Η θεραπευτική προσέγγιση του αρρώστου απαιτεί εναρμόνιση τουλάχιστον 3 ειδικοτήτων: Εντατικολογίας, Πλαστικής Χειρουργικής και Φυσιοθεραπείας. Παρά την έγκαιρη και συνετή αντιμετώπιση της θεραπευτικής ομάδας που αναλαμβάνει έναν ασθενή με εισπνευστικό έγκαυμα, οι επιπλοκές είναι συχνές και υπεύθυνες για την αυξημένη θνητότητα της νόσου.*

Λέξεις ευρετηρίου*: Εισπνευστικό έγκαυμα, εισπνεόμενα αέρια, αναπνευστική ανεπάρκεια.*

Εισαγωγή

Το έγκαυμα είναι από τις σοβαρότερες μορφές τραύματος. Οι συστηματικές επιπλοκές της εγκαυματικής νόσου και κυρίως από το αναπνευστικό σύστημα, καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό τη νοσηρότητα και τη θνητότητα στο σοβαρό εκτεταμένο έγκαυμα. Οι κύριοι παράγοντες που καθορίζουν τη θνητότητα στον εγκαυματία ασθενή είναι, η παρουσία εισπνευστικού εγκαύματος, η έκταση του δερματικού εγκαύματος και η μεγάλη ηλικία.

Μέσα σε ένα έτος (1/1/2009-1/1/2010), 11 περιπτώσεις εισπνευστικού εγκαύματος διακομίσθηκαν στο νοσοκομείο μας, 8 άνδρες και 3 γυναίκες. Από τους ασθενείς αυτούς, οι 8 διασωληνώθηκαν και μεταφέρθηκαν στη ΜΕΘ, 5 με θερμικό έγκαυμα προσώπου και άνω άκρων με ΟΕΣ (ολική επιφάνεια σώματος) ως 15% και 3 με καθολικά εγκαύματα. Από τους 8 διασωληνωμένους ασθενείς, οι 3 ιάθηκαν πλήρως και οι 5 απεβίωσαν. Από τους 3 μη διασωληνωμένους ασθενείς, οι 2 ιάθηκαν πλήρως και ο 1 απεβίωσε.

Το εισπνευστικό έγκαυμα προκαλείται από εισπνοή βλαβερών αερίων, ατμών και υγρασίας που αιωρούνται μέσα στον καπνό. Επιδημιολογικά αναφέρεται ότι σε εγκαύματα 5% ΟΕΣ συνυπάρχει εισπνευστικό έγκαυμα κατά 10%, ενώ σε εκείνα >85% κατά 80% εισπνευστικό έγκαυμα.

Σημασία Λήψης Λεπτομερούς Ιστορικού

Η υποψία εισπνευστικού εγκαύματος τίθεται από το ιστορικό, όταν ο ασθενής ή οι συγγενείς αναφέρουν φωτιά σε κλειστό χώρο, η οποία αυξάνει την πιθανότητα εισπνευστικής βλάβης. Στη λήψη του ιστορικού, παίζει ρόλο η παρουσία συγκεκριμένων υλικών των οποίων η καύση είναι ιδιαιτέρως ασφυξιογόνος. Πρέπει να λαμβάνουμε υπ'όψιν ότι η μέτρηση του μονοξειδίου του άνθρακα (CO) συσχετίζεται πιο αξιόπιστα με τα επίπεδα τοξικότητας στον τόπο του ατυχήματος, παρά στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Τέλος, νόσοι του αναπνευστικού συστήματος, όπως άσθμα ή ΧΑΠ (χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια) σε συνδυασμό με εισπνευστικό έγκαυμα, προδιαθέτουν σε αναπνευστική ανεπάρκεια και πρέπει να εκμαιεύονται απαραιτήτως από το αναμνηστικό του ασθενούς.

Αιτιολογία

Βιβλιογραφικώς, αναφέρεται ότι τα συνηθέστερα αίτια πρόκλησης βλάβης στο εισπνευστικό έγκαυμα προέρχονται από τα εισπνεόμενα αέρια, που προκαλούν αναπνευστική ανεπάρκεια με 3 βασικούς μηχανισμούς:

α) εκτοπίζοντας το οξυγόνο από τον ατμοσφαιρικό αέρα και δημιουργώντας υποξικό εισπνεόμενο μείγμα (ασφυξιογόνος δράση),
β) προκαλώντας φλεγμονή των αεραγωγών και
γ) λειτουργώντας σαν συστηματικές τοξίνες.

Τα υδατοδιαλυτά αέρια (χλωρίνη, αμμωνία, υδροχλωρικό οξύ, θειϊκό οξύ) συνήθως προκαλούν άμεσο ερεθισμό και φλεγμονή των ανώτερων αεραγωγών, αφού ο ιδιαίτερα υγρός βλεννογόνος των ανώτερων αεραγωγών αποτελεί χώρο εναπόθεσης υψηλών συγκεντρώσεών τους. Αντιθέτως, τα αέρια με χαμηλό δείκτη διαλυτότητας (φωσγένιο, διοξείδιο του αζώτου) αποκτούν πρόσβαση στον πνευμονικό ιστό. Το μονοξείδιο του άνθρακα (CO) και τα κυανίδια (CN) είναι οι δύο σημαντικότερες εισπνεόμενες συστηματικές τοξίνες. Το CO αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου στο 75% των πυροπαθών. Η σημαντικώς αυξημένη συγγένειά του με την αιμοσφαιρίνη, καθιστά ιδιαίτερα επικίνδυνες ακόμη και τις ελάχιστες συγκεντρώσεις του (<0,1%). Η αντιμετώπιση της δηλητηρίασης με CO βασίζεται στην εξασφάλιση επαρκούς μεταφοράς οξυγόνου στους ιστούς και στη χρησιμοποίηση υψηλών μειγμάτων οξυγόνου για τη διευκόλυνση της αποβολής του CO. Ο σχηματισμός κυανιδίων προέρχεται από καύση ξύλου, nylon, μετάξης ή πολυουρεθάνης σε κλειστό χώρο. Η σύν- ⇨

δεση κυανιδίων με το κυτόχρωμα προκαλεί κυτταροτοξική υποξία.

Συμπτωματολογία

Ο ασθενής με υποψία εισπνευστικού εγκαύματος εμφανίζει μερική από την ακόλουθη συμπτωματολογία: Δακρύρροια, επιπεφυκίτιδα, έγκαυμα ρωθώνων, έγκαυμα βλεννογόνων στόματος και ρινός, εγκαύματα προσώπου, τραχήλου, επίμονο μεταλλικό βήχα, απόχρεμψη μαύρης απόχρωσης, βράγχος φωνής, δύσπνοια, εισπνευστικό συριγμό, βρογχόσπασμο, άγχος, αποπροσανατολισμό, έκπτωση του επιπέδου συνείδησης, κώμα.

Παθοφυσιολογία του Εισπνευστικού Εγκαύματος

Άμεσες βλάβες – Μηχανισμοί αναπνευστικής ανεπάρκειας:

- Δημιουργία υποξικού εισπνεόμενου μείγματος (ασφυξιογόνος δράση) λόγω απομάκρυνσης του O_2 από τον ατμοσφαιρικό αέρα.
- Φλεγμονή των αεραγωγών.
- Συστηματικές τοξίνες.
- Άμεση οξεία πνευμονική βλάβη (direct ALI).
- Βλάβη της τριχοειδοκυψελιδικής μεμβράνης.
- Παρεμπόδιση της ανταλλαγής των αερίων και της μηχανικής λειτουργίας των πνευμόνων.
- Φλεγμονή: πνευμονικό οίδημα, διαταραχές του επιφανειοδραστικού παράγοντα, οξείδωση των λιπών, μεταβολές της αντιοξειδωτικής δραστηριότητας, διήθηση από ουδετερόφιλα.

Αναλυτικώς, το εισπνευστικό έγκαυμα προκαλεί φλεγμονώδη αντίδραση και άμεση οξεία πνευμονική βλάβη (direct ALI), που συνοδεύεται από σημαντική βλάβη στην τριχοειδοκυψελιδική μεμβράνη και εκδηλώνεται με επιδείνωση στην ανταλλαγή των αερίων και τη μηχανική των πνευμόνων.

Έτσι πυροδοτείται, σε τοπικό επίπεδο, ένας καταρράκτης φλεγμονωδών αντιδράσεων, που προκαλούν πνευμονικό οίδημα, διαταραχές του επιφανειοδραστικού παράγοντα, οξείδωση των λιπών και μεταβολές της αντιοξειδωτικής δραστηριότητας, ως και διήθηση από ουδετερόφιλα. Το τελικό αποτέλεσμα των αντιδράσεων αυτών καθορίζεται από την ισορροπία των μηχανισμών που προκαλούν και ενισχύουν την φλεγμονή (φλεγμονώδης δράση) και αυτών που προσπαθούν να την ελέγξουν και να την περιορίσουν (αντιφλεγμονώδης δράση).

Εικόνα 1. *Θερμικό έγκαυμα προσώπου, τραχήλου και θώρακος. Εισπνευστικό έγκαυμα χωρίς ανάγκη διασωλήνωσης.*

Εικόνα 2. *Θερμικό έγκαυμα προσώπου και εισπνευστικό έγκαυμα, 4η μετεγκαυματική ημέρα.*

Διάγνωση

Το παθογνωμονικό σημείο του εισπνευστικού εγκαύματος είναι η παρουσία αιθάλης κάτω από τις φωνητικές χορδές, που διαπιστώνεται με βρογχοσκόπηση. Η 1ου βαθμού βλάβη ορίζεται ως ερυθρότητα και οίδημα στην τραχεία ή στους κύριους βρόγχους. Η 2ου βαθμού βλάβη εμφανίζεται με φυσαλίδες στην τραχεία ή στους κύριους βρόγχους και η 3ου βαθμού βλάβη με ελκώσεις και ισχαιμία στις προαναφερθείσες ανατομικές περιοχές.

Η παρουσία ανθρακυλαιμοσφαιρίνης >5% (δηλαδή αιμοσφαιρίνης συνδεδεμένης με CO) κατά την εισαγωγή του αρρώστου αποδεικνύει τη σοβαρότητα της αναπνευστικής προσβολής. Μία φυσιολογική ακτινογραφία θώρακα κατά την εισαγωγή του ασθενούς δεν αποκλείει το εισπνευστικό έγκαυμα, καθότι η συγκεκριμένη εξέταση έχει μόνο 8% ευαισθησία για την προκειμένη νόσο. Επίσης, οι φυσιολογικές τιμές PaO_2 κατά την αρχική εκτίμηση δεν αποκλείουν το εισπνευστικό έγκαυμα. Ο φυσιολογικός κορεσμός O_2 δεν αποκλείει την έκθεση σε CO ή την μεθαιμοσφαιριναιμία, διότι η μέθοδος αυτή ανιχνεύει μόνο την οξυγονωμένη ή μη αιμοσφαιρίνη και όχι οποιαδήποτε άλλη μορφή της.

Αντιμετώπιση

Η θεραπευτική προσέγγιση του αρρώστου απαιτεί εναρμόνιση τουλάχιστον 3 ειδικοτήτων: Εντατικολογίας, Πλαστικής Χειρουργικής και Φυσιοθεραπείας.

Το βασικό μέλημα για τη διάσωση της ζωής του ασθενούς είναι η εξασφάλιση του αεραγωγού, η οποία με την πάροδο του χρόνου και το οίδημα των αεραγωγών που εγκαθίσταται μπορεί να εξελιχθεί σε εξαιρετικά επείγουσα κατάσταση. Οι ασθενείς με 2ου ή 3ου βαθμού εγκαύματα του προσώπου ή του τραχήλου πρέπει να διασωληνώνονται το νωρίτερο δυνατό.

Ο ασθενής που φτάνει στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας τίθεται σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής, σύμφωνα με τους βασικούς κανόνες υποστήριξης του πνεύμονα με οξεία πνευμονική βλάβη. Κύριο χαρακτηριστικό του εγκαυματικού πνεύμονα είναι η λειτουργική ανομοιογένεια των κυψελίδων[2]. Η ύπαρξη ανοιχτών κυψελίδων, κυψελίδων δυνητικά επιστρατεύσιμων, αλλά και κλειστών κυψελίδων, που δεν ανταποκρίνονται καθόλου στις μεταβολές της χορηγούμενης πίεσης, έχουν σαν αποτέλεσμα, η χορήγηση ενός συγκεκριμένου αναπνεόμενου όγκου, να μην επηρεάζει καθόλου τις κλειστές κυψελίδες και να υπερδιατείνει, μέχρι καταστροφής, τις

ήδη ανοιχτές. Έχουμε, δηλαδή, ένα μικρό ποσοστό από το συνολικό πνευμονικό παρέγχυμα, να μπορεί να υποδέχεται τον αναπνεόμενο όγκο ('baby lung')[2]. Όταν αερίζουμε μηχανικά εγκαυματία με ALI / ARDS, οφείλουμε να του προστατεύσουμε τον πνεύμονα αποφεύγοντας υψηλούς τελοεισπνευστικούς όγκους από ενδεχόμενη υπερδιάταση και βλάβη. Σαν απλός κανόνας χρησιμοποιείται το όριο των τελοεισπνευστικών πιέσεων στα 35cmH_2O (όταν η ενδοτικότητα του θωρακικού τοιχώματος δεν είναι επηρεασμένη). Προτεινόμενοι αναπνεόμενοι όγκοι 4-6ml/kg ιδανικού βάρους. Αποδεκτή επίσης, προκειμένου να αποφευχθεί η υπερδιάταση, είναι η έννοια της επιτρεπόμενης υπερκαπνίας (permissive hypercapnia), όπου βέβαια το επιτρέπει η γενική κατάσταση των ασθενών[5,10].

Ο μηχανικά αεριζόμενος εγκαυματίας στην Εντατική παρουσιάζει πολλές δυσκολίες. Οι επιπλοκές στα σοβαρά εισπνευστικά εγκαύματα οφείλονται στην άμεση βλάβη του πνεύμονα με την προσβολή του κυψελιδικού επιθηλίου. Από την άλλη, η παρουσία εκτεταμένων εγκαυματικών επιφανειών προκαλεί συστηματική φλεγμονή που μπορεί να προσβάλλει την τριχοειδοκυψελιδική μεμβράνη λόγω αγγειακής βλάβης (έμμεση πνευμονική βλάβη). Στα ανωτέρω, επιπροστίθενται και οι επιπλοκές από μηχανική αναπνοή, όπως πνευμονικές ή συστηματικές λοιμώξεις, εισροφήσεις, ατελεκτασίες, εμβολές κ.λπ. Η προσεκτική παρακολούθηση της ανταλλαγής των αερίων και των παραμέτρων από τη μηχανική αναπνοή μπορεί να μας προσφέρει επαρκή ανταλλαγή αερίων και προστασία του πνευμονικού παρεγχύματος[2,9].

Η καλή παροχέτευση των βρογχικών εκκρίσεων, που συχνά απαιτεί βρογχοσκόπηση, αλλά και η καλή ύγρανση, αποτελεί ουσιαστικό μέρος της αναπνευστικής φροντίδας του εγκαυματία. Ειδικά το πρώτο 15ήμερο, η αποφολίδωση του αναπνευστικού επιθηλίου είναι τόσο μεγάλη, που προκαλεί αύξηση της ποσότητας και του ιξώδους των βρογχικών εκκρίσεων και μπορεί να φτάσει μέχρι την απόφραξη του τραχειοσωλήνα. Επίσης, το θωρακικό τοίχωμα μπορεί να επηρεάσει άμεσα τη μηχανική του αναπνευστικού συστήματος. Εγκαύματα στο θώρακα μπορεί να λειτουργήσουν σαν «επίδεσμοι», μειώνοντας σημαντικά την ενδοτικότητα του

Εικόνα 3. *Θερμικό έγκαυμα προσώπου και εισπνευστικό έγκαυμα που χρειάστηκε διασωλήνωση στα ΤΕΠ του ΚΑΤ.*

πνεύμονα, ώστε να απαιτηθούν ακόμη και σχάσεις στα εγκαύματα ολικού πάχους, ειδικά στο θώρακα, από πλαστικό χειρουργό, ώστε να υποβοηθηθεί ο αερισμός. Το ίδιο αποτέλεσμα μπορεί να έχουν και οι πολύ αυξημένες ενδοκοιλιακές πιέσεις. Η πρηνής θέση επιτρέπει ευκολότερη παροχέτευση, βελτιώνει τον αερισμό στα οπίσθια τμήματα του πνεύμονα και διορθώνει τις σχέσεις αερισμού - αιμάτωσης. Αν και αποτελεί την καλύτερη επιλογή για εγκαυματίες με ARDS είναι δύσκολη η εφαρμογή της.

Η χορήγηση επιφανειοδραστικού παράγοντα αποτελεί πολλά υποσχόμενη παρέμβαση, αν και ακόμη είναι υπό παρατήρηση. Η σημασία της σωστής αντιμετώπισης του αναπνευστικού συστήματος στο έγκαυμα είναι μεγάλη. Οποιαδήποτε τοπική φλεγμονή στον πνεύμονα μπορεί πολύ εύκολα να προσλάβει συστηματικό χαρακτήρα και να οδηγήσει σε πολυοργανική ανεπάρκεια και οι συστηματικές επιπλοκές να οδηγήσουν σε θάνατο[1].

Σημαντικό ρόλο στην όλη διαδικασία αντιμετώπισης έχει και ο χειρουργικός καθαρισμός των εγκαυματικών επιφανειών προκειμένου να ελεγχθούν οι λοιμώξεις. Επιβάλλεται ακόμη, η αντιμετώπιση των ελλειμμάτων, είτε με αυτόλογη μεταμόσχευση δέρματος ή με αλλομοσχεύματα.

Η φυσιοθεραπευτική παρέμβαση στην αντιμετώπιση του εισπνευστικού εγκαύματος στοχεύει σε:

- Διατήρηση ή βελτίωση του πνευμονικού αερισμού, στην καλή ανταλλαγή των αερίων και στη σχέση αερισμού – αιμάτωσης (V/Q)[3,5,14].
- Πρόληψη ή λύση των ατελεκτασιών και πρόληψη εμφάνισης αναπνευστικών λοιμώξεων[1,3].
- Διατήρηση ή βελτίωση της καρδιοαναπνευστικής ικανότητας και μείωση του αναπνευστικού έργου[5,10,14].

Τα μέσα τα οποία χρησιμοποιούνται για την επίτευξη των στόχων αυτών είναι:

Θέσεις βρογχικής παροχέτευσης: Συνίσταται στην υποβοήθηση της μετακίνησης των πνευμονικών εκκρίσεων, με τη βοήθεια της βαρύτητας, δια της τοποθέτησης του ασθενούς σε ειδικές θέσεις, για την παροχέτευση κάθε λοβού[3,4,10,14]. Υπάρχουν 12 βασικές θέσεις στις οποίες μπορούν να τοποθετηθούν οι ασθενείς για βρογχική παροχέτευση. Οι περισσότερες από αυτές τις θέσεις όμως είναι δύσκολο να εφαρμοστούν πρακτικά, λόγω της γενικότερης βαρύτητας του περιστατικού, ή συγκεκριμένων αντενδείξεων, όπως υπέρταση, πνευμονικό οίδημα κ.λπ. Έχει αποδειχθεί, μάλιστα, ότι συγκεκριμένες θέσεις, όπως η θέση Trendelenburg, μπορεί να προκαλέσουν επιδείνωση της υποξαιμίας[7,10]. Στην καθημερινή πρακτική, οι ασθενείς, για την υποβοήθηση της κινητοποίησης των βρογχικών εκκρίσεων, συνήθως τοποθετούνται σε ημικαθιστή ή πλάγια θέση, με τον ασθενή να αλλάζει πλευρό κάθε δύο ώρες[7,9,12].

Ειδικοί χειρισμοί (πλήξεις, δονήσεις): Πρόκειται για ειδικούς χειρισμούς οι οποίοι, σε συνδυασμό με τη σωστή τοποθέτηση του ασθενούς, βοηθούν στην μετακίνηση των εκκρίσεων σε μεγαλύτερους και κεντρικότερους βρόγχους, όπου μπορούν πιο εύκολα να απομακρυνθούν με βήχα ή βρογχοαναρρόφηση[3,7,9,11,13]. Την εφαρμογή αυτών των τεχνικών δυσκολεύει η ύπαρξη εγκαυμάτων ή πρόσφατων μοσχευμάτων στο θώρακα, ή άλλες καταστάσεις που απαγορεύουν την εφαρμογή τους, όπως κατάγματα πλευρών, καρδιαγγειακές παθήσεις κ.λπ.[3,13].

Αναρρόφηση: Η βρογχοαναρρόφηση εφαρ-

μόζεται στη ΜΕΘ, όταν ο ασθενής είναι διασωληνωμένος, οπότε αδυνατεί να απομακρύνει τις εκκρίσεις με βήχα[4,12,14]. Βασικές προϋποθέσεις για την εφαρμογή της βρογχοαναρρόφησης, είναι να προηγείται οξυγόνωση του ασθενούς, να πραγματοποιείται άσπτα και χωρίς τραυματισμούς και να μη γίνονται άσκοπες αναρροφήσεις[4,8].

Εκπαίδευση πρόκλησης βήχα: Ο αποτελεσματικός βήχας επιτυγχάνει την απομάκρυνση των εκκρίσεων από την τραχεία, τους στελεχιαίους βρόγχους, μέχρι και την τέταρτη γενιά των τμηματικών βρόγχων[7]. Ο βήχας μπορεί να είναι είτε αντανακλαστικός είτε εκούσιος. Η αποτελεσματικότητά του μπορεί να επηρεαστεί από αδυναμία των αναπνευστικών μυών, πόνο ή μειωμένο επίπεδο συνείδησης[4,10]. Εάν ο ασθενής έχει επαρκές επίπεδο συνείδησης, τότε εκπαιδεύεται πως να βήχει αποτελεσματικά, μέσω ειδικών αναπνευστικών ασκήσεων (επαναλαμβανόμενες εισπνοές – εκπνοές, εισπνοή – κράτημα – βίαιη εκπνοή με ανοιχτό στόμα, τεχνική βίαιης εκπνευστικής προσπάθειας κ.ά.)[3,4,11]. Εάν ο ασθενής δεν έχει επαρκές επίπεδο συνείδησης, το αντανακλαστικό του βήχα μπορεί να προκληθεί με ήπιο ερεθισμό της τραχείας πάνω από τη μηνοειδή εντομή της λαβής του στέρνου[7,9].

Εκπαίδευση διαφραγματικής αναπνοής: Είναι η πιο αποτελεσματική, οικονομική και ξεκούραστη μέθοδος αερισμού[3,4,9]. Με τον τρόπο αυτό, οι ασθενείς εκπαιδεύονται να χρησιμοποιούν το κατώτερο μέρος του θώρακα, με αποτέλεσμα τον καλύτερο αερισμό των πνευμονικών βάσεων. Επίσης, μειώνουν το αναπνευστικό έργο, αφού δε χρειάζεται να επιστρατεύουν τους επικουρικούς αναπνευστικούς μυς, ενώ ταυτόχρονα, επιτελούν πιο απαιτητικές δραστηριότητες χωρίς να αυξάνουν το αναπνευστικό έργο και να δυσπνοούν. Η διαφραγματική αναπνοή έχει ιδιαίτερη σημασία όταν υπάρχουν εγκαύματα στην περιοχή του θώρακα, οπότε η αποτελεσματική αναπνοή περιορίζεται λόγω πόνου.

Γρήγορη κινητοποίηση του ασθενούς: Η όσο το δυνατόν γρηγορότερη κινητοποίηση (καθιστή και όρθια θέση) έχει πολλαπλά οφέλη για τον ασθενή[4,7,8,13,14]. Του επιτρέπει να αναπνεύσει σε περιοχές των πνευμόνων που υποαερίζονταν, με αποτέλεσμα να βελτιώνει τους πνευμονικούς όγκους, την ενδοτικότητα των πνευμόνων, να μειώνει τον κίνδυνο πνευμονικής εμβολής και να διατηρεί το μυικό τόνο και την ισχύ των αναπνευστικών μυών.

Κινησιοθεραπεία: Αποσκοπεί κυρίως στη διατήρηση εύρους κίνησης του θώρακα και των άκρων, στην ενδυνάμωση των κύριων μυικών ομάδων και στην αερόβια άσκηση για βελτίωση της αντοχής και της καρδιοαναπνευστικής ικανότητας του ασθενούς[5,6,11,13,14,15,16].

Επιπλοκές

Παρά την έγκαιρη και συνετή αντιμετώπιση της θεραπευτικής ομάδας που αναλαμβάνει έναν ασθενή με εισπνευστικό έγκαυμα, οι επιπλοκές είναι συχνές και υπεύθυνες για την αυξημένη θνητότητα της νόσου[1]. Κυρίως οι επιπλοκές από το αναπνευστικό σύστημα είναι συχνή αιτία πρώιμου θανάτου στους εγκαυματίες[1,2,17]. Αυτές συμβαίνουν σύμφωνα με πέντε βασικούς μηχανισμούς:

α) Απόφραξη των αεραγωγών.
β) Εισπνοή τοξινών.
γ) Αύξηση του μεταβολισμού και των αναγκών σε αερισμό.
δ) Διαταραχή των αμυντικών μηχανισμών και ανάπτυξη λοιμώξεων σε δεύτερο χρόνο.
ε) Όψιμη ανάπτυξη περιοριστικού ή αποφρακτικού τύπου πνευμονοπαθειών.

Βιβλιογραφικώς, κατατάσσονται σε πρώιμες και όψιμες[17]. Στις πρώιμες επιπλοκές του αναπνευστικού συστήματος, σε ασθενείς με εισπνευστικό έγκαυμα, συμπεριλαμβάνονται: Πνευμονία, πνευμοθώρακας, πολύποδες βρόγχων, εισρόφηση, ατελεκτασίες και εμβολή.

Στις όψιμες επιπλοκές του αναπνευστικού συστήματος, σε ασθενείς με εισπνευστικό έγκαυμα, συμπεριλαμβάνονται: Στένωση γλωττίδας, στένωση τραχείας, τραχειο-οισοφαγικό συρίγγιο, ουλοποίηση τραχείας, λαρυγγο- τραχειο- μαλακία, ΧΑΠ, ΧΠΠ, ARDS, θάνατος[17].

Συμπεράσματα

Τα τελευταία χρόνια, η πρόγνωση των ασθενών με εισπνευστικό έγκαυμα είναι σημαντικά βελτιωμένη. Αυτό οφείλεται στην καλύτερη οργάνωση της εντατικοποιημένης επείγουσας ιατρικής, καθώς και στην κατανόηση της παθοφυσιολογίας και των εξελίξεων στο μηχανικό αερισμό. Είναι γεγονός, πως η επιτυχής και αγαστή συνεργασία των ειδικοτήτων, οδηγούν στην έγκαιρη έναρξη της εντερικής σίτισης, στην πρώιμη τραχειοστομία, στην καλύτερη αντιμετώπιση της σήψης, πράξεις οι οποίες σε συνδυασμό με τη φυσιοθεραπεία, εγγυώνται την καλύτερη δυνατή πρόγνωση των ασθενών που πάσχουν από εισπνευστική βλάβη ως απότοκο της εγκαυματικής νόσου. Τόσο οι πλαστικοί χειρουργοί, όσο και οι εντατικολόγοι και οι φυσιοθεραπευτές, θα πρέπει να ανταλλάσσουν απόψεις, ειδικά στο θέμα της θεραπευτικής αντιμετώπισης, ώστε να επιτυγχάνεται η ασφαλής διάσωση του ασθενούς.

Βιβλιογραφία

1. Brusselaers N, Hoste E, Monstrey S, et al. Outcome and changes over time in survival following severe burns from 1985 to 2004. Intensive Care Med 2005; 31:1648-53.
2. Ventilation with lower tidal volumes as compared with traditional tidal volumes for acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome. The Acute Respiratory Distress Syndrome Network. N Engl J Med 2000; 342:1301-1308.
3. Γραμματοπούλου Ε., Βαβουράκη Ε.: Αναπνευστική φυσικοθεραπεία. Τ.Ε.Ι. Αθήνας 1999.
4. Γραμματοπούλου Ε.: Φυσικοθεραπεία ασθενούς υπό μηχανικό αερισμό. Από: Μηχανική Υποστήριξη της Αναπνοής στην Επείγουσα Ιατρική και Εντατική Θεραπεία. σελ.290-297 Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης 2005.
5. Edgar D: Respiratory Management. In: Burn Survivor Rehabilitation: Principles and Guidelines for the Allied Health Professional. 2007 Australian and New Zealand Burn Association (ANZBA).
6. Celis M, Suman O, Huang T, Yen P, Herndon D: Effect of a supervised exercise and physiotherapy program on surgical interventions in children with thermal injury. J Burn Care Rehab 2003; 24:57-61.
7. Ciesla N: Chest physical therapy for patients in the Intensive Care Unit. Physical Therapy 1996; 76:609-625.
8. Kigin C: Breathing exercises for the medical patient: the art and the science. Physical Therapy 1990; 70:700-706.
9. Mlack R, Suman O, Herndon D: Respiratory management of the inhalation injury. Burns 2007; 33:2-13.
10. Mlack R, Cortiella J, Desai M, Herndon D: Lung compliance, airway resistance and work of breathing in children after inhalation injury. J Burn Care Rehab 1997; 18:531-531.
11. Okhovatian F, Zoubine N: A comparison between two burn rehabilitation protocols. Burns 2007; 33:429-434.
12. Raoof S, Chowdhery N, Raoof Sa, Feuerman M, King A, Sriraman R, Khan F: Effects of combined kinetic therapy and percussion therapy on the resolution of atelectasis in critically ill patients. Chest 1999; 115:1658-1666.
13. Simons M, King S, Edgar D: Occupational therapy and physiotherapy for the patient with burns: principles and management guidelines. J Burn Care Rehab 2003; 24:323-335.
14. Stiller K: Physiotherapy in Intensive Care. Towards an evidence-based practice. Chest 2000; 118:1801-1813.
15. Suman O, Mlack R, Herndon D: Effect of exercise training on pulmonary function in children with thermal injury. J Burn Care Rehab 2002; 23:288-293.
16. Suman O, Spies R, Celis M, Mlack R, Herndon D: Effects of a 12-wk resistance exercise program on skeletal muscle strength in children with burn injuries. J Appl Physiol 2001; 91:1168-1175.
17. Color atlas of burn care. JP Barret, DN Herndon, WB Saunders 2001.

IB

Δερματικός Ερυθηματώδης Λύκος

Μια ιστορική αναδρομή

■ Π.Γ. ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ, Α. ΘΕΡΙΑΝΟΥ, Γ. ΑΥΓΕΡΙΝΟΥ, Ε. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΙΔΟΥ, Α. ΚΑΤΣΑΜΠΑΣ
Ιατρείο Αυτοάνοσων Δερματοπαθειών, Α΄ Κλινική Δερματικών και Αφροδίσιων Νόσων
Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός»

Ο όρος lupus erythemateaux (ερυθηματώδης λύκος, ΕΛ) χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Cazénave το 1851 για να διακρίνει τις μη λοιμώδεις μορφές της νόσου από τη δερματική φυματίωση (lupus vulgaris).

Ο Cazénave, στην αρχική του δημοσίευση αναφέρθηκε σε προηγούμενη σχετική εργασία του Biett, όπου η οντότητα ονομαζόταν «Κεντρομόλο ερύθημα» (erytheme centrifuge). Αυτός ο όρος σχετίζεται με αυτό που στις μέρες μας ονομάζουμε discoid lupus erythematosus (δισκοειδής ερυθηματώδης λύκος). Επίσης, το 1845, ο Hebra περιέγραψε με ακρίβεια τις συστηματικές εκδηλώσεις του ΕΛ σε ασθενείς με το κλασικό ερύθημα «πεταλούδας», το οποίο και ονόμασε «συμφορητική σμηγματόρροια». Καθώς οι αρχικές περιγραφές ανέφεραν τον ΕΛ στα πλαίσια της δερματικής φυματίωσης, θεωρείται επίτευγμα η διάκριση από τον Cazénave της νόσου από την κλινικά τουλάχιστον προσομοιάζουσα λοιμώδη νόσο. Στη συγκεκριμένη διάκριση βασίζεται όλη η μετέπειτα εντατική έρευνα για τον ΕΛ. Το κύριο αντικείμενο μελέτης αποτέλεσε διαχρονικά η σχέση μεταξύ της αμιγούς δερματικής και της συστηματικής μορφής της νόσου. Ο Kaposi αναγνώρισε τη σχέση του ΔΕΛ με τον συστηματικό ΕΛ (ΣΕΛ) και περιέγραψε αναλυτικά το ερύθημα «πεταλούδας» ως δερματική εκδήλωση του ΣΕΛ στο πρόσωπο. Έτσι, μέσω της συνεχούς του έρευνας (σχετικές δημοσιεύσεις κατά το διάστημα 1869-1880), ο Αυστριακός δερματολόγος θεωρείται στις μέρες μας ο πρώτος που περιέγραψε τον ΣΕΛ. Το 1872, ο Kaposi ανέφερε τον ΣΕΛ ως αιφνίδιο εμπύρετο εξάνθημα, με θορυβώδη επώδυνη αρθραλγία και χαρακτηριστικό ερύθημα προσώπου, που ονόμασε "erysipelas perstans faciei" (έμμονο ερυσίπελας του προσώπου). Η πιο αναλυτική περιγραφή των συστηματικών εκδηλώσεων του ΕΛ αποδίδεται στον Osler το 1895, στην εργασία του με τίτλο «Σπλαχνικές επιπλοκές του πολύμορφου εξοιδηματικού ερυθήματος». Παρά το ότι δεν είχε υιοθετήσει τον όρο ΕΛ από τους Ευρωπαίους συναδέλφους του, στήριξε την ερευνά του στις μελέτες τους και έτσι η μελέτη πάνω σ' αυτή τη σύνθετη νόσο πέρασε στη Βόρεια Αμερική περί τα τέλη του 19ου αιώνα.

Σε ένα άρθρο που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό της Αμερικάνικης Ιατρικής Εταιρείας το 1923, ο Goeckerman εστίασε στη συστηματική φύση του ΕΛ («Ο ερυθηματώδης λύκος ως μια συστηματική νόσος»). Στην Ευρώπη, ο Hutchinson στα τέλη του 19ου αιώνα έδωσε έμφαση στην πολυσυστηματική πλευρά του ΕΛ και στις διαφορετικές παραλλαγές της νόσου, όσον αφορά δερματικές και συστηματικές εκδηλώσεις συγκεκριμένων ασθενών.

Συμπερασματικά, η σύνθετη νόσος του ΕΛ αρχικά αναγνωρίστηκε και εκτιμήθηκε με βάση τις κλασικές δερματικές εκδηλώσεις και αργότερα, η ανάλυση των συστηματικών εκδηλώσεων καθιέρωσε την πολυσυστηματική φύση της νόσου.

Κλινική και ιστολογική κατάταξη του Ερυθηματώδους Λύκου

Με την ομόφωνη καθιέρωση της αντίληψης ότι ο ΕΛ αποτελεί ενιαία νόσο, αλλά με ετερογενείς εκδηλώσεις, έγιναν προσπάθειες για την ανάπτυξη μιας κλινικής ταξινόμησης των διαφορετικών κλινικά μορφών του ΕΛ.

Το 1921, ο Brocq ταξινόμησε τον ΕΛ σε δύο διαφορετικές μορφές: τον κατά πλάκας ΕΛ και τον ΣΕΛ. Το 1934, ο O' Leary ανέπτυξε περαιτέρω την ταξινόμηση, σε μια προσπάθεια να συνδέσει τις δερματικές με συγκεκριμένες συστηματικές εκδηλώσεις. Τόνισε το γεγονός ότι η κατά πλάκας κλινική μορφή αντιπροσώπευε τη μετάβαση από την εντοπισμένη δερματική νόσο σε μια πολυσυστηματική πάθηση, τον ΣΕΛ. Μέχρι τότε, κανένας ορολογικός δείκτης ορού αίματος δεν είχε ταυτοποιηθεί, ενώ αργότερα, η χρήση τους συνέβαλε στο χαρακτηρισμό των διαφορετικών κλινικών υποτύπων του ΣΕΛ. Το φάσμα της νόσου καθορίστηκε τελικά από τους Dubois και Tuffanelli, οι οποίοι και περιέγραψαν αναλυτικά 520 ασθενείς με ΣΕΛ. Ειδικότερα, περιέγραψαν με ακρίβεια τις διάφορες δερματικές και συστηματικές εκδηλώσεις της νόσου, καταγράφοντας την πορεία της πάθησης, από τις σχετικά καλοήθεις μορφές της περιορισμένης δερματικής μορφής (όπως ο εντοπισμένος ΔΕΛ), στη δυνητικά θανατηφόρα πλήρη εκδήλωση του ΣΕΛ. Μεταξύ αυτών των δύο ακραίων μορφών της πάθησης, αναγνωρίστηκε ένα εύρος χαρακτηριστικών εκδηλώσεων (κλινικών, ιστοπαθολογικών, ορολογικών και ανοσολογικών) που έθεσαν τις βάσεις για την εξειδικευμένη διάγνωση των πολλαπλών υποτύπων του ΕΛ, με την ανάλογη προγνωστική αξία.

Η σύγχρονη και γενικώς αποδεκτή ταξινόμηση του ΕΛ βασίζεται κυρίως στην έρευνα των Gilliam, Sontheimer και συνεργατών. Με βάση την έννοια του φάσματος της νόσου, όπως τέθηκε από τον Dubois, οι παραπάνω μελέτησαν και καθόρισαν τις σχέσεις μεταξύ των διαφόρων δερματικών και συστηματικών εκδηλώσεων του ΕΛ. Κλινικές, ιστοπαθολογικές, φωτοβιολογικές, ανοσολογικές και γενετικές μελέτες οδήγησαν ειδικά τους Gilliam και Sontheimer σε μια αναλυτική περιγραφή του ανοσογενετικά καθορισμένου υποτύπου του ΕΛ, με την ονομασία υποξεία μορφή δερματικού ΕΛ (ΥΔΕΛ). Η έρευνα αυτή οδήγησε στη σύγχρονη τα- ⇨

ξινόμηση του ΕΛ, η οποία και έχει τύχει ευρείας αποδοχής. Η συγκεκριμένη εξέλιξη έγινε δυνατή χάρη στην ταχεία ανάπτυξη των τομέων της βιοχημείας, ανοσολογίας και μοριακής βιολογίας, όπου οι ανάλογες ανακαλύψεις ενσωματώθηκαν στην κλινική πράξη και κατέστησαν δυνατή τη μελέτη των διαφόρων φαινοτυπικών μορφών της νόσου.

Η ανακάλυψη και η ταυτοποίηση των διαφόρων αντισωμάτων οδήγησε στην καλύτερη κατανόηση των διαφορετικών μορφών του ΕΛ, με βάση ανάλογες υποθέσεις για το ρόλο τους στην παθογένεια της νόσου.

Παραδείγματα, αποτελούν η ανακάλυψη του κυτταρικού παράγοντα ΕΛ από τον Hargraves και συνεργάτες το 1948, καθώς και η ανάπτυξη της εξέτασης για το αντιπυρηνικό αντίσωμα το 1957 από τον Friou.

Ο ρόλος της ηλιακής ακτινοβολίας διαχρονικά στην παθογένεια της νόσου

Από τους διάφορους εξωγενείς παράγοντες που έχουν καθοριστικά αποτελέσματα στη δραστηριότητα της νόσου, η ηλιακή ακτινοβολία έχει μελετηθεί καλύτερα. Ήδη, στην αρχική περιγραφή του Cazénave, είχε αναφερθεί ότι εργάτες της υπαίθρου ήταν προδιατεθειμένοι στη νόσο και η επιδείνωση της ασθένειας συσχετίστηκε με περιβαλλοντικούς παράγοντες. Ο Hutchinson ανέφερε στα Χαρβειανά συγγράματά του για τον ΕΛ, δημοσιευμένα το 1888, ότι οι ασθενείς με τη νόσο δεν ανέχονταν την έκθεση στον ήλιο. Το 1915, ο Pusey περιέγραψε μια γυναίκα με ΕΛ που πρωτοπαρουσιάστηκε αφότου έπαιξε πολλές ώρες γκολφ κατά την καλοκαιρινή περίοδο. Τα εξανθήματα υποχώρησαν μετά από αυστηρή αποφυγή του ήλιου, παρ' όλα αυτά ξαναεμφανίστηκε το επόμενο καλοκαίρι μετά από ένα τουρνουά γκολφ. Ο Freund αξιολόγησε σε μια μελέτη από το 1920 έως το 1927 τους ασθενείς με ΕΛ στη Δερματολογική κλινική του Πανεπιστημίου του Βερολίνου. Παρουσίασε τον επιπολασμό καινούριων περιστατικών ΕΛ το Μάιο και τον Ιούνιο, καταλήγοντας στο ότι οι κλιματολογικοί παράγοντες είναι υπεύθυνοι γι' αυτήν την κλιμάκωση του αριθμού των νέων ασθενών με τη νόσο.

Σύντομα, μετά από αυτές τις παρατηρήσεις, έγινε ξεκάθαρο ότι ακόμα και οι τεχνητές πηγές φωτός ήταν ικανές να προκαλέσουν ΕΛ. Ο Jesionek, πρωτοπόρος της φωτοθεραπείας, προειδοποίησε τους κλινικούς ιατρούς το 1916 να μη χρησιμοποιούν τη μέθοδο της φωτοθεραπείας σε ασθενείς με ΕΛ. Περιέγραψε δύο περιστατικά στα οποία η φωτοθεραπεία προκάλεσε δραματική έξαρση της νόσου με συστηματική συμμετοχή, ενώ πριν παρουσίαζαν εντοπισμένο ΔΕΛ. Το 1929, ο Fuhs ανέφερε έναν ασθενή ο οποίος εμφάνισε ΥΔΕΛ μετά από ακτινοβολία με τεχνητή πηγή φωτός. Πιθανόν αυτή να είναι η πρώτη περιγραφή της εμπλοκής της υπεριώδους ακτινοβολίας στην παθογένεια του ΥΔΕΛ. Ο συγγραφέας ανεπιτυχώς προσπάθησε να καθορίσει το φάσμα και τις δόσεις που οδήγησαν στην επαγωγή της νόσου.

Ο Epstein ήταν ο πρώτος ερευνητής που εισήγαγε την επαναλαμβανόμενη τεχνική έκθεσης στην υπεριώδη ακτινοβολία, που τον κατέστησε ικανό μαζί με τους συνεργάτες του να προκαλέσουν εξανθήματα του ΕΛ σε 5 από τους 25 ασθενείς. Ο Baer και ο Harber μελέτησαν επίσης έναν περιορισμένο αριθμό ασθενών, και ο Freeman και οι συνεργάτες του, όπως και ο Cripps και ο Rankin, παρουσίασαν για πρώτη φορά μελέτες με χρήση μονοχρωματικής (μονοφασματικής) ακτινοβολίας. Σαν επακόλουθο, το φάσμα που προκαλεί ΕΛ αποδόθηκε στη Β υπεριώδη ακτινοβολία (UVB). Το 1990, η ομάδα του Lemann έδειξε ότι η φασματική βλαπτική δράση για τον ΕΛ φτάνει στην περιοχή της UVA. Στη μελέτη αυτή, 128 ασθενείς με ΕΛ εξετάστηκαν χρησιμοποιώντας ένα συγκεκριμένο πρωτόκολλο για φωτοτέστ.

Η μελέτη επεκτάθηκε και τα επόμενα 15 χρόνια, 405 ασθενείς με ΕΛ εξετάστηκαν με τεχνικές φωτός, ενώ και άλλες ομάδες επιβεβαίωσαν τα δημοσιευμένα αποτελέσματα. Κατά τη διάρκεια των μελετών αυτών, μια σπάνια μορφή του δερματικού ΕΛ, ο επηρμένος ΕΛ (lupus tumidus), κατέληξε να θεωρείται ακόμα πιο φωτοευαίσθητος από τον ΥΔΕΛ. Ο επηρμένος ΕΛ αναφέρθηκε πρώτα από τους Gougerot και Burnier το 1930, αλλά από τότε σπάνια τεκμηριώθηκε στη βιβλιογραφία.

Το 1981,ο Provost και η ομάδα του περιέγραψαν τα αυτοαντισώματα anti-Ro/SSA σαν ορολογικό δείκτη για τον νεογνικό ΕΛ και τα συσχέτισαν με μια ομάδα ασθενών με ΕΛ και έντονη φωτοευαισθησία. Τελευταία, ο Norris και οι συνεργάτες του ανέδειξαν πως η UV ακτινοβολία ρυθμίζει την έκφραση των αυτοαντιγόνων Ro/SSA από τα επιδερμιδικά κερατινοκύτταρα. Για πρώτη φορά, παρουσιάστηκε μια μοριακή εξήγηση για τη φωτοευαισθησία των ασθενών με ΕΛ. Δέκα χρόνια αργότερα, το 1994, οι Casciola και Rosen μελέτησαν την απόπτωση (προγραμματισμένο κυτταρικό θάνατο) των επιδερμιδικών κυττάρων λόγω της UV ακτινοβολίας στους ασθενείς με ΕΛ. Συγκεκριμένα, διασπώμενα συστατικά των νουκλεοσωμάτων στην επιφάνεια των «κενών περιοχών» (blebs) των αποπτωτικών επιδερμιδικών κυττάρων δημιουργούν μια ποικίλη ομάδα νεοαντιγονικών στοιχείων, που θεωρείται το πρώτο βήμα για τον καταρράκτη της αυτοάνοσης αντίδρασης, με κλινικό επακόλουθο την εμφάνιση των τυπικών δερματικών βλαβών του ΥΔΕΛ. Η έρευνα βέβαια βρίσκεται σε πλήρη εξέλιξη.

Βιβλιογραφία

1. Αυγερινού Γ., Σταυρόπουλος Π.Γ., Κατσάμπας Α.Δ. Δερματικός Ερυθηματώδης Λύκος, Εκδόσεις Καυκάς, υπό έκδοση βιβλίο. Αθήνα 2010.
2. Cazénave PLA (1851). Lupus erythemateux (erytheme centrifuge). Ann Mal Syph 3:297-299.
3. Hebra F (1845). Bericht uber die Leistungen in der Dermatologie. In :Jahresbericht uber die. Fortschritte der gesamten Medizin in allen Landern. Enke Verlag, Erlangen:226-227.
4. Kaposi M (1869). Zum Wesen und zur Therapie des Lupus erythematodes Arch Dermatol Syph.
5. Brocq L (1921). Precis-atlas de practique dermatologique. G Doin, Paris:468-477.
6. Gilliam JN. Sontheimer RD (1981a). Distinctive cutaneous subset in the spectrum of lupus erythematosus. J Am Acad Dermatol 4:471-475.
7. Gilliam JN, Sotheimer RD (1981b). Skin manifestation of SLE. Clin Rheum Dis 8:207-218.
8. Gilliam JN, Sotheimer RD (1982). Subacute cutaneous lupus erythematosus. Glin Rheum Dis 8:343-352.
9. Gilliam JN, Sotheimer RD (1983). Clinically and immunologically defined subset of lupus erythematosus Dermatol Clin 2:147-165.
10. Provost TT (1983). Neonatal lupus erythematosus. Arch Dermatol 119:619-622.
11. Provost TT, Reichlin M (1981). Antinuclear antibody-negative systemic lupus erythematosus. J Am Acad Dermatol 4:84-89.
12.Provost TT, Arnett TC, Reichlin M (1983). Homozygous C2 deficiency, lupus erythematosus, and anti-Ro(SS-A) antibodies. Arthritis Rheum 26:1279-1281.
13. Provost TT, Herrera-Esparza R, Diaz LA (1985). Nucleoprotein autoantibodies in lupus eryth-matosus. J Invest Dermatol 85:133-139.
14. LeFeber WP, Norris DA, Ran SR, Lee LA, Huff JC, Kubo M, Boyce ST, Kotzin BL, Weston WL (1984). Ultraviolet light induces binding of antibodies to selected nuclear antigens on cultures of human keratinocytes. J Clin Invest 74:1545.
15. Norris DA, Lee LA (1985). Antibody-dependent cellular cytotoxicity and skin disease. J Invest Dermatol 85:165S-175S.
16. Stauropoulos PG, Goules D, Avgerinou G, et al Immunopathogenesis of subacute cutaneous lupus erythematosus JEADV 2008; 5(1):131-138.

Κοινή διακήρυξη για την κρίση 10 προέδρων Επιστημονικών Φορέων και του Π.Ι.Σ.

Εμείς οι εκπρόσωποι των επιστημονικών φορέων.

Διαπιστώνουμε.

Ζούμε μία κρίση, χωρίς προηγούμενο μετά τη μεταπολίτευση.

Μια κρίση που ξέσπασε το 2008. Απλώθηκε σε όλο τον πλανήτη. Και σήμερα απειλεί με χρεοκοπία τους αδύνατους του συστήματος και φυσικά και τη χώρα μας.

Τα σταθεροποιητικά προγράμματα της Ε.Ε. δεν μπόρεσαν να αναχαιτίσουν την κρίση. Στηρίζονται σε περιοριστικές πολιτικές, που διευρύνουν τη λιτότητα και την ύφεση.

Τα περισσότερα κράτη της Ε.Ε., έχουν δημοσιονομικά ελλείμματα μεγαλύτερα του 3% και χρέη μεγαλύτερα του 60% του ΑΕΠ.

Άλλα έχουν μικρότερες αποκλίσεις από τα κριτήρια του Μάαστριχτ και άλλα πολύ μεγαλύτερες. Το σταθεροποιητικό πρόγραμμα έχει παραβιαστεί από τις περισσότερες χώρες της Ε.Ε. Η Βρετανία έχει μεγαλύτερο δημοσιονομικό έλλειμμα από την Ελλάδα. Το έλλειμμά της ανέρχεται στο 12,9%.

Διερωτόμαστε και επισημαίνουμε

Γιατί λοιπόν τόσος δημοσιονομικός πανικός; Γιατί απώλεια εθνικής κυριαρχίας; Γιατί αυτός ο εκφοβισμός;

Διαρκής και μόνιμη λιτότητα η σκληρή πραγματικότητα που βιώνουν οι εργαζόμενοι, το επιστημονικό δυναμικό, οι συνταξιούχοι, οι χαμηλές και μεσαίες εισοδηματικές τάξεις, της χώρας μας. Διαρκής, αυστηρή επιτήρηση με μια ασφαλή και εύκολη γι' αυτούς συνταγή:

- τον αποπληθωρισμό αμοιβών και τιμών,
- την απρογραμμάτιστη και χωρίς μεθόδευση και αρχές απελευθέρωση των αγορών,
- τη μείωση των αποδοχών των δημοσίων υπαλλήλων και τη μείωση του αριθμού των εργαζομένων στο δημόσιο,
- την αύξηση των ορίων ηλικίας για συνταξιοδότηση,
- την παραπέρα ελαστικοποίηση των εργασιακών σχέσεων,
- την άφρονα ιδιωτικοποίηση της κρατικής περιουσίας, που κεφαλαιοποίησε τους κόπους και τις καταθέσεις πολλών γενεών στην πορεία του ανεξάρτητου ελληνικού κράτους,
- την επαναμόρφωση του ασφαλιστικού συστήματος,
- την περικοπή των κοινωνικών δαπανών για παιδεία, υγεία, πρόνοια,
- την αύξηση των άμεσων και έμμεσων φόρων.

Αυτά τα μέτρα έχουν ήδη επιβληθεί. Αυτά και όμοιά τους θα επιβληθούν στο άμεσο μέλλον. Τα θεωρούν μέτρα άμεσης απόδοσης για να ξεπεραστεί η κρίση, που προκλήθηκε από τον τρόπο διαχείρισης, διακυβέρνησης της χώρας τα τελευταία χρόνια, με το στρεβλό αναπτυξιακό και καταναλωτικό μοντέλο της χώρας και τις μεταρρυθμίσεις, εκσυγχρονισμούς και επανιδρύσεις του κράτους, που έμειναν στα χαρτιά.

Αυτή η διαχείριση, αυτή η διακυβέρνηση και αυτές οι πολιτικές προκάλεσαν τα ελλείμματα και διεύρυναν το δημόσιο χρέος. Κατασκεύασαν μία οικονομία με «γυάλινα πόδια». Με συνθήκες μεγάλης πιστοληπτικής υποβάθμισης.

Η πολιτική «νέων συμπληρωματικών μέτρων», με την «τεχνογνωσία» του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου, θα προκαλέσει νέα καταιγίδα. Επίταση και νέα ύφεση. Νέο και βαθύτερο βύθισμα της πραγματικής οικονομίας.

Με την τεχνογνωσία του ΔΝΤ και την εγκατάλειψη των προγραμματικών στόχων της αλληλεγγύης μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δοκιμάζεται η ίδια η δημοκρατική αντίληψη και διάρθρωση της Ελληνικής Πολιτείας. Υφίσταται μια γενικευμένη κρίση πια. Το τελευταίο διάστημα ακυρώθηκε ο ουσιαστικός δημόσιος διάλογος.

Επιχειρείται προκλητικά η ακύρωση της δημιουργικής διαβούλευσης των κοινωνικών εταίρων.

Αναβαθμίζοντας την παρέμβαση των επιστημονικών φορέων της χώρας, προωθούμε το «Συντονιστικό Συμβούλιο Επιστημονικών Φορέων Ελλάδας» για να

ΟΙ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΙ ΦΟΡΕΙΣ
ΟΛΟΜΕΛΕΙΑ ΔΙΚΗΓΟΡΙΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ Δημήτρης Παξινός
ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ Κώστας Βλαχάκης
ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΔΙΚΑΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΜΕΛΗΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ Ευθύμιος Πρεκετές
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ Μανώλης Καλοκαιρινός
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ Αθανάσιος Κατσίκης
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ Δημήτρης Βαγιωνάς
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Κωνσταντίνος Λουράντος
ΓΕΩΤΕΧΝΙΚΟ ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΡΙΟ ΕΛΛΑΔΟΣ Θεόδωρος Μαρκόπουλος
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΡΙΟ ΕΛΛΑΔΟΣ Πελοπίδας Καλλίρης
ΤΕΧΝΙΚΟ ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΡΙΟ ΕΛΛΑΔΟΣ Γιάννης Αλαβάνος

συμβάλλουμε στην ολοκληρωμένη και σφαιρική προσέγγιση των θεμάτων που αφορούν θεμελιώδη δικαιώματα του Έλληνα Πολίτη, την ανάπτυξη της χώρας.

Στις κρίσιμες αυτές στιγμές προτείνουμε: επιθετική πολιτική με νέα αναπτυξιακά μέτρα, άμεσης απόδοσης και μακρόπνοης λογικής

- ενίσχυση της ρευστότητας των επιχειρήσεων και των αυτοαπασχολούμενων επιτηδευματιών, που είναι η ραχοκοκαλιά της ελληνικής οικονομίας,
- ενίσχυση της εγχώριας παραγωγής και των συγκριτικών πλεονεκτημάτων,
- στήριξη και ενίσχυση της ελληνικής γεωργίας, του πρωτογενούς τομέα ευρύτερα και της ελληνικής περιφέρειας,
- στήριξη μιας ελληνικής βιομηχανίας υψηλής προστιθέμενης αξίας και υψηλής εξειδίκευσης,
- χρήση νέων τεχνολογιών και εισαγωγή καινοτομικών μεθόδων,
- ενίσχυση του διαθέσιμου εισοδήματος του εργατικού και επιστημονικού δυναμικού, για να στηριχθεί η συνολική ζήτηση,
- αλλαγή του καταναλωτικού προτύπου που οδήγησε στην αύξηση των εξαγωγών και μείωση των εισαγωγών,
- αξιοποίηση του επιστημονικού δυναμικού της χώρας.

Μια νέα δημοσιονομική πολιτική με μέτρα και αυτά άμεσης απόδοσης.

- με χτύπημα της παραοικονομίας, της φοροδιαφυγής, της εισφοροδιαφυγής,
- των μεσαζόντων και της κρατικής σπατάλης,
- με ανακατανομή του Εθνικού Εισοδήματος,
- με δημόσιες επενδύσεις σε έργα υποδομών για τη δημιουργία νέων θέσεων εργασίας και
- τη δημιουργία νέας φορολογικής συνείδησης στον πολίτη.

Δηλώνουμε το δυναμικό και δημιουργικό παρόν μας.

- Για να προασπίσουμε την εύρυθμη λειτουργία των δημοκρατικών θεσμών.
- Για να υποδείξουμε και να σταθούμε αρωγοί στις απαιτούμενες νέες αποτελεσματικές κυβερνητικές πολιτικές.
- Για να προασπίσουμε τα δικαιώματα του έλληνα πολίτη στην ακώλυτη προσφυγή στη δικαιοσύνη.
- Για να κατοχυρώσουμε την ασφάλεια των συναλλαγών και των περιουσιακών δικαιωμάτων του.
- Για να προασπίσουμε το δικαίωμά του και την πρόσβαση στην υγεία και πρόνοια, στην προστασία του περιβάλλοντος και του δημόσιου πλούτου, στην ακώλυτη οικονομική του δραστηριότητα και όλα τα άλλα συνταγματικά προστατευόμενα αγαθά.
- Για να προασπίσουμε την Ελληνική Παιδεία και εκπαίδευση, αποτρέποντας την ισοπέδωση της πανεπιστημιακής παιδείας και τη φαλκίδευση των επαγγελματικών και επιστημονικών δικαιωμάτων των αποφοίτων της.

Αυτό επιβάλλει το ελάχιστο χρέος μας απέναντι στη χώρα και τις επόμενες γενιές. IB

Η αξιοποίηση των ανθρώπινων πόρων στο ΕΣΥ του μέλλοντος

ΚΩΣΤΑΣ Ι. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ
Διευθυντής Ψυχίατρος στον Ψυχιατρικό Τομέα του ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»
Γενικός Γραμματέας του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου

Η ίδρυση του ΕΣΥ ταυτίστηκε με την εποχή της πολιτικής και οικονομικής ανάκαμψης της χώρας, τις δεκαετίες '80-'90. Κατασκευάστηκαν πολλά σύγχρονα Νοσοκομεία και Κ.Υ. κυρίως στην περιφέρεια, όπου υπήρχε μεγάλη έλλειψη σύγχρονης υποδομής. Το μεγάλο αυτό κατασκευαστικό πρόγραμμα έδωσε νέα όψη, στο λαό, για τη Δημόσια Υγεία και υπερηφάνεια στους εργαζόμενους που θεωρούσαν τιμή την εργασία τους στο ΕΣΥ. Μετά από 25 χρόνια λειτουργίας το ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας φαίνεται εγκαταλελειμμένο στην τύχη του. Οι ασθενείς δεν είναι ευχαριστημένοι και σύμφωνα με τις μελέτες του ΟΟΣΑ το 2007, μόνο το 16% των πολιτών δηλώνουν ικανοποιημένοι από τις προσφερόμενες υπηρεσίες, τοποθετώντας την Ελλάδα στη 17η θέση του Οργανισμού αυτού.

Το μέγεθος του προβλήματος

Για να γίνει αντιληπτό το μέγεθος του προβλήματος, πρέπει να ληφθεί υπόψιν η έκταση του Συστήματος. Το Δημόσιο Σύστημα Υγείας αποτελεί τη μεγαλύτερη δημόσια επιχείρηση της χώρας, η λειτουργία της οποίας δε σταματά ποτέ, αλλά σε υψηλό βαθμό διαρκούς ετοιμότητας οφείλει να αντιμετωπίζει επιτυχώς τους ασθενείς πολίτες, ιδίως στην ώρα της μεγάλης ανάγκης για επιβίωση.

Το ΕΣΥ, για να ανταποκριθεί στο ρόλο του, διαθέτει μία αρκετά ανεπτυγμένη υποδομή 146 Δημόσιων Νοσοκομείων, με σύνολο 34.000 κλινών. Σχετικά καλό εξοπλισμό με πολλούς αξονικούς και λιγότερους μαγνητικούς τομογράφους, οι οποίοι αθροιζόμενοι με τους ιδιωτικούς συνιστούν τη μεγαλύτερη, αναλογικά, πυκνότητα βαρέων μηχανημάτων ιατρικής τεχνολογίας στην Ευρώπη. Διαθέτει 25.965 ιατρούς μέτριου έως άριστου επιπέδου, αλλά ανισοκατανεμημένους. Σε κάποιες περιοχές της χώρας, οι ιατροί περισσεύουν προκλητικά, ενώ σε περιοχές απομακρυσμένες παρουσιάζονται τραγικές ελλείψεις. Διαθέτει 38.814 νοσηλευτές συμπεριλαμβανομένων και 1.067 βοηθών κατηγορίας ΥΕ, όπου κι αυτοί παρέχουν και νοσηλευτικό έργο και 485 επισκέπτριες. Στα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας (ΕΣΥΕ) του 2007 αναφέρονται, επίσης, διοικητικοί – τεχνικοί άλλοι 8.658 εργαζόμενοι. Το γενικό σύνολο είναι 25.965 + 47.742 = 73.707 εργαζόμενοι.

Έχουν, επίσης, κατασκευαστεί περίπου 250 Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.) που αποτελούν το ευρύτερο δίκτυο Κ.Υ. της Ευρώπης. Ουδείς γνωρίζει, όμως, τον ακριβή αριθμό των εργαζομένων στα Νοσοκομεία και τα Κ.Υ., που σύμφωνα με στοιχεία του ΥΥΚΑ, ίσως υπερβαίνει τους 110.000 εργαζόμενους!

Το ετήσιο κόστος λειτουργίας του Δημόσιου Τομέα Υγείας είναι περίπου 5,3% του ΑΕΠ, επί συνόλου δαπανών για Δημόσιο και Ιδιωτικό Τομέα Υγείας 9,2%, ενώ κάθε 3 χρόνια το ΕΣΥ χρεώνεται με περίπου 3 δις. ευρώ, μεγάλο μέρος των οποίων οφείλεται σε ανεξόφλητες οφειλές των Ασφαλιστικών Ταμείων που ανήκουν στην ευθύνη της Κεντρικής Κυβέρνησης. Επί ΠΑΣΟΚ, από τον Απρίλιο του 2001 έως το Δεκέμβριο του 2004, στη διάρκεια 44 μηνών, το χρέος ανήλθε στα 2,2 δις για τα οποία έγινε νομοθετική ρύθμιση. Επί ΝΔ, από τον Ιανουάριο του 2005 έως το Σεπτέμβριο του 2009, το χρέος ανήλθε σε 6,3 δις ευρώ.

Οι εργαζόμενοι, που αποτελούν το σημαντικότερο τμήμα του ΕΣΥ, έχουν χαμηλές οικονομικές απολαβές και κακές συνθήκες εργασίας, λόγω και της έλλειψης προσωπικού, κυρίως νοσηλευτικού, που επηρεάζει όμως, το σύνολο της λειτουργίας των Μονάδων. Από την ενθουσιώδη και ιδεολογικά παραγωγική περίοδο της πρώτης δεκαετίας, μεγάλο ποσοστό εργαζομένων έχει περάσει στην επαγγελματική εξουθένωση (burnout). Οι προσπάθειες που έγιναν για τη μεταρρύθμιση του ΕΣΥ, μετά το 2000, δεν απέδωσαν και όπως λειτουργεί μέχρι σήμερα, εκτός του ότι δεν ικανοποιεί ούτε τους ασθενείς ούτε τους απασχολούμενους σε αυτό, συμβάλει και στην επιδείνωση της εθνικής οικονομίας. Το πρόβλημα είναι μεγάλο, αφορά «το όλον ΕΣΥ» και απαιτεί πλέον θαρραλέα και άμεση αντιμετώπιση.

Η πολιτική ηγεσία, με μέση διάρκεια παραμονής στο ΥΥΚΑ τα 2 χρόνια, απέφυγε να αναλάβει πρωτοβουλίες στο πιο περίπλοκο και ευαίσθητο τμήμα του ΕΣΥ, που είναι οι εργαζόμενοι σε αυτό. Οι εκάστοτε Υπουργοί υποτίμησαν και δεν αξιοποίησαν όπως έπρεπε τους ανθρώπινους πόρους, που αποτελούν την κρίσιμη μάζα που θα δώσει την καλή ή την κακή και μη αποδοτική διάσταση του Συστήματος. Τα τελευταία 5 χρόνια, η συνήθης διολίσθηση έλαβε τα στοιχεία κατάρρευσης. Ο προηγούμενος Υπουργός έφυγε, αφήνοντας πίσω του 16 «Σχέδια Εθνικής Δράσης» επί χάρτου, πλήρη δυσπιστία και θετικό ουδέν. Η νέα πολιτική ηγεσία έχει να αντιμετωπίσει ένα ΕΣΥ που χαρακτηρίζεται από απουσία ελέγχου, απουσία ικανής κεντρικής και περιφερειακής διοίκησης, απουσία διαφάνειας, αξιοκρατίας και νομιμότητας.

Απουσία ορθής διαχείρισης των ανθρώπινων πόρων

Οι πολίτες δεν ασχολούνται με τις διοικητικές διεργασίες, αλλά κρίνουν το αποτέλεσμα και εύλογα ερωτούν: εφόσον υπάρχει καλή υποδομή, καλός εξοπλισμός και στη μεγάλη πλειοψηφία τους φιλότιμοι εργαζόμενοι, γιατί το αποτέλεσμα δεν είναι ικανοποιητικό;

Η απάντηση είναι ότι η πολιτική ηγεσία, ούτε κατά την έναρξη της λειτουργίας του

ΕΣΥ, ούτε στη συνέχεια ασχολήθηκε με τη θεσμοθέτηση και εγκατάσταση ενός αποτελεσματικού επιχειρησιακού τρόπου οργάνωσης, διοίκησης και διαχείρισης αυτού του τεράστιου και πολύπλοκου Συστήματος. Οι άνθρωποι του ΕΣΥ, οι εργαζόμενοι όλων των κλάδων, οι σχέσεις εργασίας τους, η εκπαίδευση και μετεκπαίδευσή τους, οι ηθικές και οικονομικές απολαβές τους, δεν απετέλεσαν αντικείμενο μελέτης και στρατηγικού σχεδιασμού για τον έλεγχο και την οικονομική αποδοτικότητα του Συστήματος. Αντίστοιχα, κατά την προσωπική μου άποψη και οι Συνδικαλιστικές ηγεσίες δεν τοποθέτησαν έγκαιρα τα θεσμικά θέματα της ποιοτικής εξέλιξης του ΕΣΥ ψηλά στη διεκδικητική ατζέντα. Αφού, διαχρονικά, οι υπουργοί απέφυγαν να ασχοληθούν με το ποιοτικό στοιχείο της λειτουργίας, σταδιακά, για την εκτόνωση πιέσεων και την πρόσκαιρη ικανοποίηση αιτημάτων, εξάντλησαν τα ποσοτικά όρια ανοχής και οικονομίας του Συστήματος. Έτσι π.χ., αφού φθάσαμε σιγά-σιγά να έχουμε 26.000 ιατρούς σε 34.000 κλίνες, πρόσφατα οι διευθυντές πολλαπλασιάστηκαν "δια βοής" για να εκτονωθεί η επιστημονική φιλοδοξία και να ικανοποιηθούν οικονομικά αιτήματα, με τη συνήθη μέθοδο της «ποσοτικής διεύρυνσης» που οδήγησε στην πλήρη αποτελμάτωση. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, ίσως να μη μπορούσε να γίνει διαφορετικά, λαμβάνοντας υπόψη και τις πιέσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την εφαρμογή ανθρώπινης εβδομάδας εργασίας 48 ωρών για τους ειδικευμένους και 56 ωρών για τους ειδικευόμενους ιατρούς.

Στο Σύστημα, όπως λειτουργεί σήμερα, η γνώση, οι δεξιότητες, η προσωπικότητα και η συμπεριφορά των εργαζόμενων όλων των κλάδων, ιατρών, νοσηλευτών, διοικητικών, τεχνικών και βοηθητικών υπηρεσιών δεν αξιολογείται, δεν αναγνωρίζεται, δεν επιβραβεύεται, αντιθέτως, αγνοείται αρκετές φορές προκλητικά. Η εργασία που προσφέρεται ισοπεδώνεται και παρασύρει συχνά σε ισοπέδωση και την εργασιακή συμπεριφορά.

Όλοι μιλούν για πιστοποίηση, αλλά ακόμη και οι εκθέσεις αξιολόγησης του προσωπικού αποτελούν τυπική ετήσια διαδικασία, όπου ο Προϊστάμενος διευκολύνει τη ζωή του βαθμολογώντας τους συνεργάτες του, επιτροχάδην, με πολύ καλούς βαθμούς ή άριστα. Άλλωστε το Σύστημα δεν επιτρέπει να αξιοποιούνται οι εργαζόμενοι με εξατομικευμένο και δίκαιο τρόπο. Τα ιδιαίτερα εργασιακά χαρακτηριστικά, που κάνουν τη διαφορά, παραβλέπονται. Απαξιώνεται και η εργασία και ο εργαζόμενος. Οι υπερωρίες σε πολλές Μονάδες μοιράζονται, ισομερώς, σε όλους τους εργαζόμενους είτε τις δικαιούνται είτε όχι, σαν ενίσχυση του χαμηλού μισθού. Έχει υιοθετηθεί από χρόνια η αδιάφορη, μακροσκοπική και ουσιαστικά άδικη παρακολούθηση της λειτουργίας των Υγειονομικών Μονάδων. Κανένας δεν ελέγχει το κόστος λειτουργίας της Μονάδας, κανένας δεν ελέγχει τον τρόπο λειτουργίας της, κανένας δεν θέτει τους ετήσιους στόχους Τμημάτων και Μονάδων. Δεν έχει θεσμοθετηθεί ενιαία μέθοδος καταγραφής και αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών και των άλλων στοιχείων λειτουργίας των ομοειδών Μονάδων. Κανείς δεν αναζητά και κανείς δεν παραδίδει προς επεξεργασία τα πολύτιμα απολογιστικά στοιχεία λειτουργίας μιας μικρής, μεγαλύτερης ή και πάρα πολύ μεγάλης Μονάδας για να αξιολογηθεί το έργο της. Σαν να είναι τα αποτελέσματα των Υπηρεσιών Υγείας προσωπικά δεδομένα ή κρατικά μυστικά. Τα στοιχεία λειτουργίας και αποδοτικότητας ακολουθούν τη λογική των «greek statistics» και οι κεντρικές υπηρεσίες, αν συμβεί και τα αναζητήσουν, δε γνωρίζουν πως να τα επεξεργαστούν ή να τα συγκρίνουν με τοπικά ή διεθνή δεδομένα για να εξάγουν χρήσιμα συμπεράσματα και να ασκήσουν τον επιτελικό τους ρόλο.

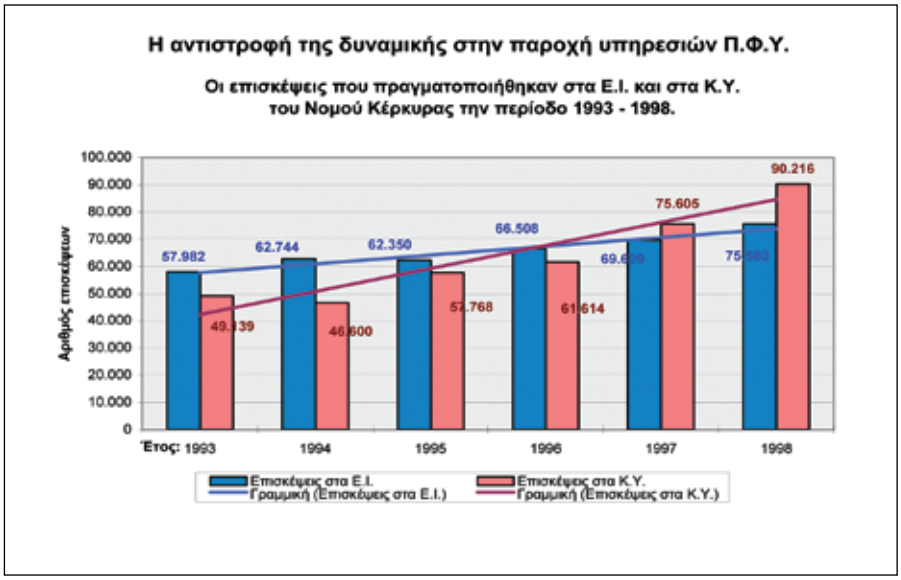
Αυτή είναι η πραγματική κατάσταση και όλοι γνωρίζουν ότι το ΥΥΚΑ δεν διαθέτει αξιόπιστα στοιχεία για τις Μονάδες που διοικεί. Κατά συνέπεια, ο κεντρικός προγραμματισμός γίνεται κατά προσέγγιση, η στελέχωση γίνεται με κριτήρια ποιός πιέζει περισσότερο, ποιό νοσοκομείο έχει περισσότερο απαιτητικούς ασθενείς (Νοσοκομείο Κέντρου/Νοσοκομεία-Κ.Υ.) ή το κριτήριο των πελατειακών πολιτικών σχέσεων, ενώ ένα πρόσθετο κριτήριο για την επίλυση των προβλημάτων είναι οι καταγγελίες στα ΜΜΕ. Προσλαμβάνονταν και προσλαμβάνονται εργαζόμενοι ανάλογα με την επαγγελματική δύναμη και την πίεση που ασκούν για να εξασφαλίσουν εργασία. Παραδείγματος χάρη: α) στα τέσσερα Κ.Υ. ενός νομού, 8 χρόνια μετά την έναρξη λειτουργίας τους υπηρετούσαν 5-7 ιατροί, 2-3 νοσηλευτές, 3-4 άτομα ακόμη στο καθένα, αλλά καμία καθαρίστρια, τεχνολόγοι μικροβιολόγοι και ακτινολόγοι για απλές εργαστηριακές εξετάσεις και υπολειτουργούσαν, και β) μία εβδομάδα πριν τις εθνικές εκλογές (2009), κλήθηκα από το διοικητή του Νοσοκομείου που εργάζομαι να γνωρίσω τους 5 ψυχολόγους (stagers) που προσλήφθηκαν αιφνίδια και αυθημερόν έπρεπε να ενταχθούν στις εργασίες του Τμήματός μας. Δεν είχαμε ζητήσει ως Νοσοκομείο ψυχολόγους, ενώ ζητούμε χρόνια νοσηλευτικό προσωπικό και δεν ικανοποιείται το αίτημα.

Θα ήταν παράλειψη, επίσης, η μη αναφορά στην απουσία ορθής αξιοποίησης της Υπηρεσίας Επιθεώρησης του ΥΥΚΑ, η οποία λαμβάνει εντολές, αποκλειστικά, από το Γραφείο του Υπουργού Υγείας. Όπως έχει δείξει η εμπειρία, οι Επιθεωρητές Υγείας «χρησιμοποιούνται» περισσότερο, για να συγκαλύπτουν παρά να αποκαλύπτουν ζητήματα και κακώς κείμενα. Πρόκειται για ένα ακόμη δείγμα της στρεβλής αντίληψης και πρακτικής της ηγεσίας σχετικά με τη διοίκηση του ΕΣΥ. Ποτέ τα Πορίσματα των επιθεωρητών υγείας δεν αξιοποιήθηκαν για να βελτιωθεί η λειτουργικότητα του Συστήματος, όπως επιβάλλει ο σκοπός λειτουργίας της Υπηρεσίας αυτής. Όλα τα μεγάλα προβλήματα του Κρατικού Τομέα, συμπεριλαμβανομένων των πολιτικών πελατειακών σχέσεων και της ισοπεδωτικής δημοσιοϋπαλληλικής αντίληψης, έχουν πλήξει καίρια το ανθρώπινο δυναμικό του ΕΣΥ.

Μπορεί να αναστραφεί η κατάσταση; Η απάντηση είναι ΝΑΙ, εφόσον: α) σε πολιτικό επίπεδο βασικές αποφάσεις που έπρεπε να έχουν ληφθεί από καιρό λήφθούν άμεσα και κυρίως, υλοποιηθούν αποτελεσματικά και β) την πολιτική αδιαφορία και υποκρισία που τα τελευταία χρόνια περίσσεψε την αντικαταστήσουν οι καθαρές λύσεις, η υπεύθυνη πολιτική πρακτική και η συνεργασία με τους εργαζόμενους. Προϋπόθεση για μία ριζοσπαστική πολιτική για την υγεία είναι η συνειδητοποίηση από την πολιτική ηγεσία ότι το ΕΣΥ πέρασε από τη "φάση της κατασκευής και των εγκαινίων" των νοσοκομείων στη δύσκολη περίοδο που απαιτεί ορθή διαχείριση και αποδοτική λειτουργία.

Προτάσεις

Για να ανασυγκροτηθεί το ΕΣΥ και να αποδώσουν στο μέγιστο δυνατό βαθμό οι Υπηρεσίες του πρέπει να αξιοποιηθεί ⇨



ανάλογα με τις ικανότητές του το ανθρώπινο δυναμικό του. Οι προτάσεις είναι οι ακόλουθες:

1. Θεσμοθέτηση σύγχρονης Διοίκησης και Διαχείρισης του Δημόσιου Συστήματος Υγείας, από το Υπουργείο Υγείας μέχρι τα Νοσοκομεία και τα Κ.Υ., απαλλαγμένη από πολιτικές πελατειακές σχέσεις.

2. Μετασχηματισμός της Κεντρικής Διοίκησης του Υπουργείου σε αποκλειστικά Επιτελικό - Ελεγκτικό Μηχανισμό Διοίκησης.

3. Ενίσχυση των ΔΥΠΕ με μεταφορά προσωπικού και τεχνογνωσίας από την Κεντρική Διοίκηση του Υπουργείου στις ΔΥΠΕ. Οι ΔΥΠΕ πρέπει να αναδειχτούν σε επιτελικά όργανα διοίκησης – διαχείρισης στα οποία θα ανατεθεί ο σχεδιασμός ανάπτυξης και ο έλεγχος ενιαία του Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα της Υγείας.

4. Ενιαίος προγραμματισμός ανάπτυξης των Υπηρεσιών Υγείας Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα για να μην αναπτύσσεται ανεξέλεγκτα και με αποκλειστικά οικονομικά κίνητρα ο ιδιωτικός τομέας, ούτε να δημιουργούνται συνθήκες για προκλητή ζήτηση υπηρεσιών υγείας και αθέμιτου ανταγωνισμού. Ο ενιαίος σχεδιασμός, η χωροθέτηση, βάση υγειονομικών κριτηρίων και η συνεργασία, σε κάποιους τομείς, του δημόσιου και του ιδιωτικού Τομέα μπορεί να αποβεί χρήσιμη για τους ασθενείς και οικονομικά επωφελής για το Σύστημα Υγείας.

5. Ενεργός συμμετοχή των πολιτών στη διοίκηση και τον έλεγχο των Υπηρεσιών Υγείας σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα (Μ. Βρετανία, Σκανδιναβικές χώρες). Δεν πρόκειται για εκπροσώπους – πολιτευόμενους της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, αλλά για άτομα που προέρχονται από Ενώσεις και Δίκτυα πολιτών και εθελοντών που ενδιαφέρονται ενεργά για το Σύστημα της Δημόσιας Υγείας και ελέγχουν και υποστηρίζουν τη λειτουργία του.

6. Αξιοποίηση στο μέγιστο βαθμό των νέων Νοσοκομείων της περιφέρειας, τα περισσότερα των οποίων υπολειτουργούν. Απαιτούνται άμεσα νέοι σύγχρονοι Οργανισμοί Λειτουργίας και επαρκής στελέχωση των Τμημάτων, με στόχο η σύνθεση της υγειονομικής ομάδας να είναι ικανή: α) να λειτουργήσει αυτόνομα, τουλάχιστον στον τομέα εξειδίκευσής της και β) να ανταποκριθεί στα αιτήματα συνεργασίας. Συστηματική εκπαίδευση του προσωπικού στις σύγχρονες τεχνολογίες ιατρικών μηχανημάτων και αυτοματισμών για να αποδώσουν περισσότερο ως οικονομικές και κοινωνικές επενδύσεις.

7. Αξιολόγηση όλων των δομών του ΕΣΥ. Σε όσες Μονάδες η σημερινή οργάνωση της ζωής δεν προσφέρει ρόλο ύπαρξης, επιβάλλεται η αναπροσαρμογή του ρόλου τους και η επανεκπαίδευση του προσωπικού σε νέες δεξιότητες. Η συντήρηση παλιών, αναχρονιστικών Μονάδων Υγείας, χρήσιμων τις δεκαετίες '50 - '60 στον τοπικό πληθυσμό λόγω της έλλειψης δρόμων, στερεί προσωπικό και μέρος εξοπλισμού από σύγχρονες μονάδες που υπολειτουργούν λόγω ελλείψεων στη στελέχωση. Οι παλιές Μονάδες συντηρούνται αποκλειστικά για λόγους «πολιτικού κόστους» και καταγγέλλονται ως «καιάδες» απώλειας χρημάτων, όχι απλά «πιράνχας», σε βάρος της Οικονομίας της Υγείας. Η οικονομία, ακόμη και των ισχυρότερων κρατών, δεν αντέχει να συντηρεί συγχρόνως, "το παλιό" και "το νέο" που κατασκευάστηκε για να το υποκαταστήσει. Επίσης, αρκετές από τις παλιές δομές είναι επικίνδυνες για την υγεία των πολιτών, διότι δεν πληρούν τους όρους «ασφαλούς και καλής λειτουργίας» μιας σύγχρονης μονάδας υγείας. Αρκετές δομές με την ταμπέλα «Νοσοκομείο – Κ.Υ.» είναι επιζήμιες για τους πολίτες, διότι δεν είναι ούτε νοσοκομεία, ούτε Κ.Υ. Αυτή η λειτουργική και οργανωτική ασάφεια δημιουργεί μείζονα προβλήματα: π.χ. α) ο χαρακτηρισμός «Νοσοκομείο - Κ.Υ.» τυπικά επιτρέπει σε κάποιο ιατρό εκπαιδευμένο στις λαπαροσκοπικές επεμβάσεις να εκτελεί τέτοιες επεμβάσεις, ενώ ο χώρος στον οποίο τις πραγματοποιεί δεν διαθέτει τις δυνατότητες για την υποστήριξη τέτοιων χειρουργικών θεραπειών (βλ. κατάργηση κέντρων βηματοδότησης σε νοσοκομεία με μη επαρκή υποδομή) και β) η γραφειοκρατία επιβάλει τα επείγοντα περιστατικά πρώτα να περάσουν με το ασθενοφόρο του ΕΚΑΒ από ένα Νοσοκομείο - Κ.Υ., όπου ο μοναδικός εφημερεύων ειδικευόμενος ή αγροτικός ιατρός δηλώνει - σχεδόν πάντα - αδυναμία να αντιμετωπίσει το περιστατικό, προκειμένου να προωθηθεί ο ασθενής στο νομαρχιακό νοσοκομείο της περιοχής. Η καθυστέρηση είναι κρίσιμη για τη ζωή του βαρέως πάσχοντος, προκαλεί ταλαιπωρία στον αγωνιώντα ασθενή και τους συγγενείς του και δεσμεύει περισσότερο χρόνο, το ένα από τα 1-2 ασθενοφόρα το πολύ, που συνήθως εξυπηρετούν έναν ολόκληρο Νομό.

8. Στοχευμένη Ενίσχυση των Κ.Υ. για την ενεργοποίησή τους στην ΠΦΥ: α) πρόσληψη προσωπικού με συγκεκριμένες επαγγελματικές υποχρεώσεις, πολλαπλών καθηκόντων: τεχνικοί ιατρικών εργαστηρίων, οδηγοί – διασώστες, γραμματέας – τηλεφωνητής/τρια – υπάλληλος διοίκησης, για καταλυτική ενεργοποίηση των Μονάδων αυτών, β) νέοι Οργανισμοί Λειτουργίας των Κ.Υ., ώστε να μην προσλαμβάνονται τραπεζοκόμες, μάγειροι και προσωπικό εσωτερικής νοσηλείας ασθενών, αφού στα περισσότερα Κ.Υ. δεν πα-

ρέχεται εσωτερική νοσηλεία, γ) αναπροσαρμογή της λειτουργίας των Κ.Υ. με ενίσχυση της διασύνδεσης με τις κατοικίες των ασθενών, τα Κ.Υ. και τα νοσοκομεία για γρήγορη διακίνηση των περιστατικών επί 24ώρου βάσεως και αποτελεσματική κατ' οίκον νοσηλεία, προληπτική ιατρική και άλλες σύγχρονες υπηρεσίες ΠΦΥ. «Ντοκουμέντο» επιτυχημένης παρέμβασης, που υποδεικνύει, ότι επιβάλλεται, επιτέλους, η πλήρης αξιοποίηση των 250 περίπου Κ.Υ., αποτελεί η στοχευμένη ενίσχυση των τεσσάρων Κ.Υ. του Νομού Κέρκυρας. Σε καθένα από αυτά τοποθετήθηκαν 4 εργαζόμενοι, τεχνολόγος, ακτινολόγος και μικροβιολόγος, καθαρίστρια, κ.λπ. Οι επισκέψεις των ασθενών διπλασιάστηκαν σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια και συγκριτικά προς τις επισκέψεις στα Εξ. Ιατρεία του Νοσοκομείου του Νομού (βλ. σχεδιάγραμμα). (Έκδοση "ΕΣΥ: Εμπειρία Περιφερειακής Ανάπτυξης – Πενταετές Πρόγραμμα Αναμόρφωσης του ΕΣΥ στο Ν. Κέρκυρας", 2001, β΄ εκδ.).

9. Αξιολόγηση του ανώτερου στελεχιακού δυναμικού. Κυρίως του ιατρικού προσωπικού και του υψηλόβαθμου Διοικητικού, Τεχνικού και Νοσηλευτικού με θέσπιση νέων σύγχρονων κριτηρίων αξιολόγησης και αποτελεσματικότητας.

10. Σχέση πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, οικονομικές απολαβές ιατρών. Μία ολόκληρη γενιά ιατρών αγωνίστηκε επίμονα στις αρχές του '80 και θεώρησε ιδεολογική νίκη τη θέσπιση της "πλήρους και αποκλειστικής" απασχόλησης στο ΕΣΥ. Η προϊούσα όμως αποτελμάτωση του Συστήματος, η υποβάθμιση και ισοπέδωση του ιατρικού δυναμικού και η χρόνια καθήλωση των ιατρικών αμοιβών έχουν μετατρέψει αυτή την "ιδανική" σχέση εργασίας, σε ένα ανελαστικό πλαίσιο διαφθοράς και παραοικονομίας. Η "πλήρης και αποκλειστική" απασχόληση, όπως έχει εξελιχθεί, και ιδιαίτερα για κάποιες ιατρικές ειδικότητες, επιβαρύνει σημαντικά την οικονομία του ΕΣΥ και δημιουργεί μείζονα προβλήματα ανισοτήτων, συγκρούσεων και ηθικής στο ίδιο το σώμα των νοσοκομειακών ιατρών.

11. Συστηματικές προσλήψεις ιατρών με στρατηγικό σχεδιασμό για την αντιμετώπιση των ελλειμμάτων στη στελέχωση και την αναβάθμιση της λειτουργίας των Μονάδων και όχι "κάτω από πίεση" για την αντιμετώπιση προβλημάτων αιχμής, όπως π.χ. είναι οι εφημερίες. Στα περισσότερα κεντρικά νοσοκομεία υπάρχουν ανάγκες μόνο για την αντιμετώπιση της υπερωριακής απασχόλησης - εφημεριών. Λόγω της πλήρους, όμως, έλλειψης θεσμικής ευελιξίας θα προσληφθούν αναγκαστικά, χιλιάδες μόνιμοι ιατροί που δεν είναι απαραίτητοι στο Σύστημα για την κανονική πρωινή απασχόληση (δεν υπάρχουν πλέον ούτε χώροι - γραφεία για να τοποθετηθούν). Η "πλήρης και αποκλειστική" απασχόληση δεν επιτρέπει τη συνεργασία για εφημερίες ή άλλες ειδικές υπηρεσίες, με νέους ιδιώτες ιατρούς, πολλοί από τους οποίους είναι άνεργοι έλληνες πολίτες. Παράλληλα, ενισχύει την ανισοκατανομή των ιατρών. Στα περιφερειακά νοσοκομεία απαιτούνται καλά σχεδιασμένες προσλήψεις για τη συμπλήρωση των σημαντικών κενών της Ιατρικής Υπηρεσίας, ενώ από την άλλη πλευρά υπάρχει ανάγκη για την πρόσληψη εκατοντάδων ιατρών για να αναπτυχθούν, επιτέλους, νέες σύγχρονες Υπηρεσίες στο Δημόσιο, όπως είναι οι Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας και άλλες που αναφέρονται στα διάφορα νομοσχέδια και νόμους για την ανάπτυξη της Π.Φ.Υ.

12. Εφαρμογή συστημάτων μηχανοργάνωσης, σύγχρονου συστήματος προμηθειών και οικονομικού – λογιστικού ελέγχου. Εκπαίδευση του προσωπικού των αντίστοιχων ειδικοτήτων για τη σωστή εισαγωγή αυτών των μεθόδων σε όλη την έκταση του Συστήματος.

13. Παύση των πολιτικών πελατειακών σχέσεων και παρεμβάσεων που δημιουργούν αδικίες και προσθέτουν βάρη στην καλή λειτουργία, την οικονομία και την ανάπτυξη του ΕΣΥ. Χαρακτηριστικές είναι οι σκανδαλώδεις παρεμβάσεις Υπουργών στα Συμβούλια Κρίσεων και Επιλογής των Ιατρών και των άλλων στελεχών του Συστήματος. Με πολιτικές παρεμβάσεις, επιτυγχάνεται επίσης η «μεταμόρφωση» τραπεζοκόμων, καθαριστριών ή άλλων βοηθητικών υπαλλήλων σε «κατ' όνομα» γραμματείς ή διοικητικό προσωπικό. Η τακτική αυτή υποδεικνύει ύβρη στην πιστοποιημένη επαγγελματική κατάρτιση, υποτίμηση της σοβαρότητας των επαγγελμάτων υγείας και εγκληματική αδιαφορία για την ποιοτική υποβάθμιση της κλινικής ή της διοικητικής ομαδικής εργασίας. Με τις «ρουσφετολογικές αναβαθμίσεις» εξυπηρετούνται «οι ημέτεροι» σε βάρος της λειτουργίας του ΕΣΥ, αφού στελεχώνεται ο λειτουργικός μηχανισμός με προσωπικό που δεν διαθέτει τα κατάλληλα προσόντα. Συχνά, οι παρεμβάσεις αυτές παρουσιάζονται ως δήθεν αθώες ή ακόμη και φιλεργατικές. Χωρίς να λαμβάνεται ως πρότυπο και μόνο για την εξαγωγή συμπερασμάτων, αξίζει να λεχθεί ότι τέτοιες παρεμβάσεις δεν πραγματοποιούνται στον «αμαρτωλό» Ιδιωτικό Τομέα, όπου κριτήριο είναι η συγκεκριμένη γνώση του εργαζόμενου που έχει ως στόχο την αύξηση της παραγωγικότητας των υπηρεσιών που προσφέρονται στον ασθενή και το κέρδος της επιχείρησης και όχι η ρουσφετολογική επιβάρυνσή της.

14. Ανάπτυξη των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας από άκρη σε άκρη της χώρας σε Νομαρχιακό – Περιφερειακό Επίπεδο. Στελέχωση της Υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας με ιατρούς και λοιπό προσωπικό. Η καθυστέρηση της δημιουργίας νέων υπηρεσιών, όπως είναι η Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας που είναι ενταγμένη στα Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών, η οποία σήμερα υπολειτουργεί απασχολώντας ιατρούς από το ΕΣΥ και αγροτικούς ιατρούς, δημιουργεί ταλαιπωρία στους πολίτες, διαφθορά, παραοικονομία και δεν εγγυάται τη δημόσια υγεία και ασφάλεια.

15. Σύνταξη Χάρτη Υγείας. Για την ουσιαστική κάλυψη όλων των περιοχών της χώρας πρέπει να περιλαμβάνει την πραγματική στελέχωση των Μονάδων, για να αναδειχθεί η ικανότητα ή η αδυναμία αντιμετώπισης ουσιαστικών προβλημάτων.

16. Προγραμματισμός παραγωγής στελεχών Υγείας σε όλους τους κλάδους για τον αποπληθωρισμό του ιατρικού πληθυσμού και την παραγωγή ικανών νοσηλευτικών, τεχνικών και διοικητικών στελεχών, η εργασία των οποίων έχει αναβαθμιστεί και πρέπει να αναγνωριστεί.

17. Συστηματική, συνεχιζόμενη και ουσιαστική εκπαίδευση σε σύγχρονα εκπαιδευτικά αντικείμενα για όλους τους εργαζόμενους.

Σ.Σ. Από εισήγηση του Κ. Αλεξανδρόπουλου, σε Ημερίδα του ΙΣΤΑΜΕ, στην οποία μίλησε η υπουργός Υγείας κα Μ. Ξενογιαννακοπούλου, όπως επίσης και οι γενικοί Γραμματείς κ.κ. Ν. Πολύζος και Α. Δημόπουλος, στο ΕΒΕΑ στην Αθήνα, 15-12-2009.

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Εγκύκλιος για τον έλεγχο των δαπανών του φαρμάκου στα δημόσια νοσοκομεία

Στο πλαίσιο του εξορθολογισμού και του ελέγχου των δαπανών του φαρμάκου στα δημόσια νοσοκομεία, η Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Μαριλίζα Ξενογιαννακοπούλου απέστειλε προς όλες τις μονάδες υγείας του ΕΣΥ την ακόλουθη εγκύκλιο:

Στο πλαίσιο της προσπάθειας υλοποίησης μιας αποτελεσματικής διαδικασίας διαχείρισης των φαρμάκων εντός του Νοσοκομείου, η οποία στοχεύει στη βέλτιστη αξιοποίηση των πόρων, από 12/4/2010 να εφαρμοσθούν τα ακόλουθα:

1. Τα αποθέματα κάθε είδους φαρμάκου (πρωτότυπο ή αντίγραφο) στα φαρμακευτικά τμήματα δε θα πρέπει να υπερβαίνουν την ποσότητα, η οποία απαιτείται για την κάλυψη των αναγκών του νοσοκομείου, για τριάντα (30) ημέρες για τα νοσοκομεία της Β΄ και Γ΄ Ζώνης και για είκοσι (20) ημέρες για τα νοσοκομεία της Α΄ Ζώνης. Επίσης, δεν επιτρέπεται η δημιουργία μεγαλύτερου αποθέματος και για τα χρονικά διαστήματα των εορτών των Χριστουγέννων και του Πάσχα. Για την κάλυψη του Αυγούστου, και για όσες εταιρείες παραμένουν κλειστές, οι παραγγελίες δε θα πρέπει να υπερβαίνουν τις ανάγκες ενός μηνός και τα αποθέματα θα επανέρχονται στα προηγούμενα όρια, το αμέσως επόμενο τρίμηνο. Κάθε τρίμηνο, τα φαρμακευτικά τμήματα θα πρέπει να ενημερώνουν για το ύψος του λογιστικού αποθέματος τη διοίκηση του νοσοκομείου, και εκείνη τη διοίκηση της αρμόδιας Υ.Πε.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στο ύψος των υπαρχόντων αποθεμάτων ενόψει της αναμενόμενης ανακοστολόγησης των φαρμάκων, η οποία θα επιφέρει μείωση στην τιμή των φαρμάκων. Τα αποθέματα φαρμάκων στα νοσηλευτικά τμήματα δεν πρέπει να υπερβαίνουν τις 15 ημέρες σε ό,τι αφορά φάρμακα γενικού συνταγολογίου. Τα φάρμακα που προμηθεύονται τα νοσηλευτικά τμήματα με ατομική συνταγή αφορούν κάλυψη ημερήσιας δόσης, συνεπώς δεν πρέπει να παραμένουν αδιάθετα ή θα επιστρέφονται μετά το πέρας της νοσηλείας. Σε αυτή την περίπτωση, ή σε αλλαγή ή διακοπή θεραπείας ή νοσηλείας του ασθενούς, πρέπει να επιστρέφονται στο φαρμακείο συνοδευμένα με την ατομική χρέωση για να γίνουν διορθώσεις και να χρεωθεί ο ασθενής την ποσότητα που πραγματικά έλαβε.

2. Επιπρόσθετα, ο Διοικητής της Υ.Πε. θα ορίζει το νοσοκομείο φύλαξης του ορίου (stock) ασφαλείας ορισμένων υψηλού κόστους φαρμάκων ανά ομάδα Νοσοκομείων (όπως μονοκλωνικά και φάρμακα εισαγωγής μέσω ΙΦΕΤ), ώστε να μην υπάρχουν πολλαπλά αποθέματα και συνεπώς συσσώρευση χρεών στα νοσοκομεία. Τα επιπλέον φάρμακα θα αγοράζονται από το Νοσοκομείο Αναφοράς και θα διοχετεύονται στα Νοσοκομεία της ομάδας του. Στη συνέχεια, τα Νοσοκομεία που προμηθεύτηκαν τα φάρμακα θα αγοράζουν με τη σειρά τους τα αντίστοιχα φάρμακα τα οποία και θα στέλνουν στο Νοσοκομείο Αναφοράς. Το Νοσοκομείο Αναφοράς θα είναι και Νοσοκομείο Φύλαξης και η παράδοση των φαρμάκων στα νοσοκομεία κατανάλωσης θα γίνεται με αποκλειστικό δελτίο εξαγωγής. Οι διαδικασίες προμήθειας, χρέωσης και εσωτερικής διακίνησης θα καθοριστούν με απόφαση του Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας, κατόπιν εισήγησης των διοικήσεων των νοσοκομείων, εντός του Απριλίου 2010.

3. Ο αριθμός φαρμάκων με την ίδια δραστική ουσία (πρωτότυπα και αντίγραφα) τα οποία υπάρχουν στο φαρμακευτικό τμήμα δε θα πρέπει να υπερβαίνει τα τέσσερα (4). Μέχρι τη σχετική νομοθετική ρύθμιση που προωθείται για τη διεξαγωγή ανάλογων διαγωνισμών, η Επιτροπή Φαρμάκου του κάθε Νοσοκομείου δύναται να εισηγείται τεκμηριωμένα εάν χρειάζεται να υπάρχουν περισσότερα και η Διοίκηση αποφασίζει. Με εισήγηση της Επιτροπής Φαρμάκων και απόφαση της Διοίκησης του Νοσοκομείου ορίζονται εντός του Απριλίου 2010 τα κριτήρια με τα οποία διατηρούνται στην κυκλοφορία τα συγκεκριμένα μέχρι τέσσερα (4) φάρμακα εντός του νοσοκομείου. Ιδιοσκευάσματα για τα οποία προσφέρεται έκπτωση πέραν της νοσοκομειακής τιμής [σύμφωνα με την αριθμ. Α3/3525 (2) Τροποποίηση του κεφαλαίου 27 «ΦΑΡΜΑΚΑ» ΑΔ 14/89, αρ. 439, παρ. 2 (ΦΕΚ Β 1869/ 30-12-2005)], επιλέγονται για την κυκλοφορία τους στο νοσοκομείο. Επίσης, επιλέγονται ιδιοσκευάσματα για τα οποία λόγω μεγαλύτερης συσκευασίας, προκύπτει χαμηλότερη τιμή ανά δόση.

4. Για την εισαγωγή νέων φαρμάκων, απαιτείται αιτιολογημένη αίτηση Διευθυντή Τμήματος Ιατρικής Υπηρεσίας, ο οποίος συμπληρώνει συγκεκριμένη φόρμα (ενιαία ανά Υ.Πε. ή/και Νοσοκομείο) και την υποβάλει στην Επιτροπή Φαρμάκων. Για το σκοπό αυτό, οι Επιτροπές Φαρμάκων συνεδριάζουν δυο φορές κατ' έτος (μια ανά εξάμηνο) για να εξετάσουν περιπτώσεις πρωτότυπων φαρμάκων που κυκλοφορούν για πρώτη φορά και μία φορά κατ' έτος για να εξετάσουν περιπτώσεις αντιγράφων που αιτούνται να εισαχθούν στο νοσοκομείο. Τηρούν πλήρη και αναλυτικά πρακτικά, τα οποία μετά από κάθε απόφαση υπογράφονται, και το αντίγραφο της απόφασης υποβάλλεται στη διοίκηση του νοσοκομείου προς έλεγχο και τελική εφαρμογή, σύμφωνα με τα προαναφερθέντα. Δεν επιτρέπεται εισαγωγή νέου φαρμάκου, εάν το φάρμακο με την ίδια δραστική ουσία υπάρχει σε αριθμό μεγαλύτερο των τεσσάρων (4) ιδιοσκευασμάτων.

Στην περίπτωση που αιτείται η εισαγωγή νέου φαρμάκου, που ήδη υπάρχει σε αριθμό ιδιοσκευασμάτων μεγαλύτερο των τεσσάρων, η Επιτροπή Φαρμάκων μπορεί να αποφασίσει την εισαγωγή του νέου με την ταυτόχρονη απόσυρση ενός υπάρχοντος, κατόπιν εισήγησης του αρμοδίου Διευθυντή Ιατρικού τμήματος σύμφωνα με τα προαναφερθέντα. Η αίτηση για εισαγωγή νέου φαρμάκου ή η απόφαση για την απόσυρση ενός ήδη υπάρχοντος φαρμάκου από το νοσοκομείο πρέπει να είναι πλήρως αιτιολογημένη. Ιδιοσκευάσματα για τα οποία προσφέρεται έκπτωση πέραν της νοσοκομειακής τιμής, [σύμφωνα με την αριθμ. Α3/3525 (2) Τροποποίηση του κεφαλαίου 27 «ΦΑΡΜΑΚΑ» ΑΔ 14/89, αρ. 439, παρ. 2 (ΦΕΚ Β 1869/ 30-12-2005)], επιλέγονται για την κυκλοφορία του ιδιοσκευάσματος στο νοσοκομείο. Επίσης, επιλέγονται ιδιοσκευάσματα για τα οποία λόγω μεγαλύτερης συσκευασίας, προκύπτει χαμηλότερη τιμή ανά δόση.

Οι Επιτροπές Φαρμάκων, μετά από συνεργασία με το Επιστημονικό Συμβούλιο, μπορούν να εισηγηθούν την ομαδοποίηση δραστικών ουσιών που διακινούνται στο νοσοκομείο σε μεγάλες ποσότητες ή αξίες, και να ορίσουν ομάδες φαρμάκων της ίδιας φαρμακολογικής κατηγορίας με περισσότερες δραστικές

ουσίες. Διαπραγμάτευση τιμών μπορεί να γίνεται και στα φάρμακα ομάδας δραστικών ουσιών, όχι μόνο στις ομάδες με την ίδια δραστική ουσία. Οι σχετικές διαδικασίες θα καθοριστούν από τις Διοικήσεις των Υγειονομικών Περιφερειών, σε συνεργασία με την Ε.Π.Υ., εντός του Απριλίου 2010.

5. Η χορήγηση φαρμάκων από το Φαρμακευτικό Τμήμα κάθε Νοσοκομείου γίνεται με ατομική συνταγή για φαρμακευτική αγωγή ενός εικοσιτετραώρου, σύμφωνα με το Π.Δ. 108/1993, αρ. 3, παρ. 2 και αρ. 9, παρ. 1 (ΦΕΚ Α 50/ 7-4-1993). Χορήγηση φαρμάκων πέραν του εικοσιτετραώρου επιτρέπεται μόνο για τα Σαββατοκύριακα και τις αργίες, καθώς και στις περιπτώσεις όπου διευκολύνεται η λειτουργία των τμημάτων, πάντα με την προϋπόθεση ότι η ποσότητα φαρμάκου είναι ανάλογη της ημερήσιας δόσης και ότι σε καμία περίπτωση δε θα πρέπει να υπερβαίνει την ποσότητα η οποία απαιτείται για φαρμακευτική αγωγή δύο εικοσιτετραώρων. Ατομική συνταγή χειρόγραφη ή ηλεκτρονική, η οποία δε φέρει το όνομα του ιατρού (σφραγίδα και υπογραφή για τις χειρόγραφες), τη διάγνωση και την ημερήσια δοσολογία του φαρμάκου δε θα εκτελείται από το νοσοκομειακό φαρμακείο. Φάρμακα τα οποία χορηγούνται με γενικό συνταγολόγιο εξυπηρετούν μόνο τις ελάχιστες γενικές ανάγκες του τμήματος και σε καμία περίπτωση δεν υποκαθιστούν την υποχρέωση που έχει το Φαρμακευτικό Τμήμα να χορηγεί φάρμακα με ατομικό συνταγολόγιο. Σε κάθε νοσηλευόμενο που λαμβάνει εξιτήριο, του χορηγείται επίσημο αντίγραφο του συνόλου της φαρμακευτικής αγωγής της πρόσφατης νοσηλείας του. Η συνολική καταγραφή των ατομικών συνταγών γίνεται ανά ημέρα και μήνα στις καρτέλες ασθενούς, οι οποίες πρέπει να καταχωρούνται και ηλεκτρονικά εντός του τρέχοντος έτους.

6. Σε εξωτερικούς ασθενείς (ασθενείς με βιβλιάρια οικονομικής αδυναμίας και ασφαλισμένων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης) η χορηγούμενη ποσότητα φαρμάκων ανά συνταγή δεν μπορεί να υπερβαίνει τις τριάντα ημέρες θεραπείας. Εξαιρούνται τα χρόνια νοσήματα, όπου εφαρμόζεται η επαναλαμβανόμενη συνταγή, όπως προβλέπεται στο π.δ. 67/2000 (Ν. 3457/2006, αρ.8, παρ. 2, ΦΕΚ Α/93/ 8-5-2006). Συνταγές στις οποίες δε θα αναγράφεται η διάγνωση και η ημερήσια δοσολογία, καθώς και συνταγές που έχουν εκδοθεί από ιατρό και περιέχουν φάρμακα εκτός συγκεκριμένης ειδικότητας, δε θα εκτελούνται από το νοσοκομειακό φαρμακείο. Απαγορεύεται, με ευθύνη του θεράποντος ιατρού, η συνταγογράφηση φαρμάκων εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων και δοσολογίας, όπως αυτά καθορίζονται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος που συνοδεύει το φάρμακο (Ν. 3457/2006, αρ.8, παρ. 4, ΦΕΚ Α/93/ 8-5-2006).

7. Η χορήγηση φαρμάκων σε εξωτερικούς ασθενείς (ασθενείς με βιβλιάρια οικονομικής αδυναμίας και ασφαλισμένων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης), στην περίπτωση που το φάρμακο έχει συνταγογραφηθεί σε νοσοκομείο, γίνεται από το ίδιο το νοσοκομείο και στην περίπτωση που δεν υπάρχει το φάρμακο στο νοσοκομειακό φαρμακείο, τότε ο ασθενής απευθύνεται στο πλησιέστερο νοσοκομείο. Με ευθύνη της Διοίκησης κάθε Νοσοκομείου και σε συνεργασία με το Φαρμακευτικό Τμήμα, ορίζονται οι ημέρες και οι ώρες όπου θα προσέρχονται οι εξωτερικοί ασθενείς στο Φαρμακείο του Νοσοκομείου, με στόχο την καλύτερη εξυπηρέτησή τους, αλλά και την εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομειακού φαρμακείου. Η απόφαση αυτή της Διοίκησης ανακοινώνεται σε εμφανές σημείο των Εξωτερικών Ιατρείων και έξω από το Φαρμακείο. Η εκτέλεση συνταγών των βιβλιαρίων οικονομικά αδυνάτων είναι υποχρεωτική στα νοσοκομεία στα οποία συνταγογραφούνται και όχι από άλλα νοσοκομεία. Οι ιατροί οφείλουν να ενημερώνονται για τα φάρμακα που διαθέτει το νοσοκομειακό φαρμακείο και να συνταγογραφούν μόνο αυτά, ώστε να αποφεύγεται η ταλαιπωρία των ασθενών. Όλοι οι με κάθε τρόπο εργαζόμενοι ιατροί του ΕΣΥ από 12/4/2010 και εφεξής αναγράφουν στα συνταγολόγια όλων των με κάθε τρόπο ασφαλισμένων κοινωνικής ασφάλισης, τον ΑΜΚΑ ιατρού στη θέση του κωδικού ιατρού και τον ΑΜΚΑ του ασφαλισμένου στην ανάλογη θέση. Τα ανωτέρω ισχύουν και για τη συνταγογράφηση των ιατρών των Κέντρων Υγείας και περιφερειακών ή αγροτικών ιατρείων. Επισημαίνεται ότι με την Κ.Υ.Α. των Υπουργών Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εργασίας & Κοινωνικής Ασφάλισης και Οικονομίας, Ανταγωνιστικότητας & Ναυτιλίας που θα εκδοθεί βάσει του Ν. 3816/2010 (ΦΕΚ Α΄ 6) θα εγκριθεί κατάλογος με τα φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα για θεραπεία σοβαρών ασθενειών.

8. Με ευθύνη της διοίκησης του νοσοκομείου, ορίζονται οι χώροι και η ημέρα όπου θα γίνεται η ενημέρωση του επιστημονικού προσωπικού του νοσοκομείου από τους ιατρικούς επισκέπτες (σύμφωνα με τη σχετική τελευταία εγκύκλιο του Γεν. Γραμματέα ΥΥΚΑ). Δεν επιτρέπεται η παροχή εσωτερικών στοιχείων του νοσοκομείου (διαχειριστικά, οικονομικά, ιατρικού φακέλου, προσωπικά δεδομένα, στοιχεία συνταγογράφησης ιατρών και κλινικών κ.λπ.) προς τους ιατρικούς επισκέπτες.

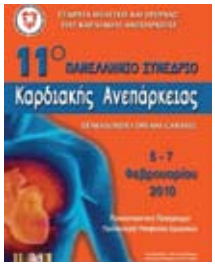
9. Στα νοσοκομεία που γίνονται χημειοθεραπείες, το νοσοκομειακό φαρμακείο εξοπλίζεται με ειδικό λογισμικό πρόγραμμα με το οποίο ελέγχει όλες τις χημειοθεραπείες σύμφωνα με τα εγκεκριμένα πρωτόκολλα. Το προαναφερθέν λογισμικό θα δημιουργηθεί υπό το συντονισμό των Διοικήσεων της κάθε Υ.Πε. με τη συνεργασία ιατρών (Ογκολόγος και Παθολόγος), φαρμακοποιών και στελεχών κλάδου ΠΕ – Πληροφορικής, εντός του τρέχοντος εξαμήνου. Το νοσοκομειακό φαρμακείο ελέγχει τη χορήγηση κυτταροστατικών και ενημερώνει κάθε εβδομάδα την Επιτροπή Φαρμάκων. Η Επιτροπή Φαρμάκων ενημερώνει κάθε μήνα τη Διοίκηση. Η Διοίκηση του Νοσοκομείου ενημερώνει αντίστοιχα τη Διοίκηση της αρμόδιας Υ.Πε. η οποία ενημερώνει ανά τρίμηνο τον Ε.Ο.Φ.

10. Η Επιτροπή Λοιμώξεων ορίζει υπεύθυνο ιατρό, κατά προτίμηση λοιμωξιολόγο, και αν δεν υπάρχει η ειδικότητα αυτή παθολόγο, για την έγκριση της χορήγησης αντιβιοτικών φαρμάκων σε συνεργασία με το νοσοκομειακό φαρμακοποιό.

11. Οι Διοικήσεις των Νοσοκομείων οφείλουν να κάνουν μηνιαίους δειγματοληπτικούς ελέγχους για το εάν εφαρμόζονται τα αναφερόμενα στην παρούσα εγκύκλιο και να ενημερώνουν εγγράφως για τα αποτελέσματα τις αντίστοιχες Υ.Πε. και αυτές με τη σειρά τους το ΥΥΚΑ (Γεν. Γραμματέα ΥΥΚΑ, Δ/νση Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας και Δ/νση Φαρμάκων και στον Ε.Ο.Φ.). Οι Διευθυντές των Κλινικών, μέσω του Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας, θα υποβάλλουν στο Διοικητή του Νοσοκομείου τριμηνιαία αναφορά των δαπανών κατανάλωσης φαρμάκων και λοιπών ειδών φαρμακείου της κάθε κλινικής και θα αιτιολογούν τυχόν αύξηση σε σύγκριση με τα περιστατικά νοσηλείας.

Τέλος, οι Διοικήσεις των Νοσοκομείων θα πρέπει να συνδράμουν με κάθε τρόπο τα Φαρμακευτικά Τμήματα, ώστε να βελτιωθεί η λειτουργία και η αποτελεσματικότητά τους στην κατεύθυνση που περιγράφεται από την παρούσα εγκύκλιο.

Η Υπουργός Υγείας
& Κοινωνικής Αλληλεγγύης
Μαρία-Ελίζα Ξενογιαννακοπούλου



11ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιακής Ανεπάρκειας

5-7 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2010, DIVANI CARAVEL

Το Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιακής Ανεπάρκειας διοργανώνεται κάθε χρόνο το πρώτο Παρασκευο-Σαββατο-Κύριακο του Φεβρουαρίου από την Εταιρεία Μελέτης και Έρευνας της Καρδιακής Ανεπάρκειας.

Φέτος πραγματοποιήθηκε 5-7 Φεβρουαρίου στο ξενοδοχείο Divani Caravel στην Αθήνα με επιτυχία, φιλοξενώντας δεκατέσσερεις ξένους διακεκριμένους επιστήμονες, μεταξύ των οποίων ήταν ο Dr. M. Capecchi, καθ. Γενετικής Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Γιούτα των ΗΠΑ, που κατέκτησε το βραβείο Nobel 2007. Στο συνέδριο συζητήθηκαν θέματα όπως: οι νέες υπερηχοκαρδιογραφικές τεχνικές στη θεραπεία και την πρόγνωση των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια από την κα Κ. Αγγελή, λέκτορα καρδιολογίας του Παν/μίου Αθηνών, η κολπική μαρμαρυγή σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια από τον καθ. J. Mason του Παν/μίου της Utah, η χρήση συσκευής VAD σε ασθενείς με τελικού σταδίου καρδιακή ανεπάρκεια από τον R. Hetzer από το Βερολίνο, οι νέες ενδείξεις καρδιακού επανασυγχρονισμού από τον κ. Μ. Εφραιμίδη από το εργαστήριο ηλεκτροφυσιολογίας Β' καρδιολογικής κλινικής του Νοσ. «Ευαγγελισμός», ο ρόλος παλιών και νέων ινότροπων φαρμάκων σε ασθενείς με οξεία και χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια από τον Η. Sabbah, καθ. ιατρικής στο Ντιτρόιτ του Μίσιγκαν, τα νεότερα δεδομένα στη διαβητική μυοκαρδιοπάθεια από τον αναπληρωτή καθ. καρδιολογίας του Παν/μίου Αθηνών, Δ. Τουσούλη, η διαχείριση ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και κολπική μαρμαρυγή από τον κ. Ε. Λιβάνη, υποδιευθυντή της Β' καρδιολογικής κλινικής στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, η χρησιμότητα των βιοδεικτών στη θεραπεία ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια από την κα Τ. Mc Donagh, πρόεδρο της Βρετανικής εταιρείας για την καρδιακή ανεπάρκεια στο Λονδίνο, η θέση των β-αποκλειστών στην οξεία απορρύθμιση της χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας από την κα Α. Αυγεροπούλου, διευθύντρια του ΕΣΥ στο καρδιολογικό τμήμα του Ιπποκράτειου Νοσ. Αθηνών, η επιλογή των ασθενών για χρόνια μηχανική υποβοήθηση καρδιάς από την κα Α. Γκουζιούτα, καρδιολόγο στη Β' καρδιολογική μονάδα μεταμοσχεύσεων και μηχανικής υποστήριξης στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, η υψηλής έντασης αερόβια διαλειμματική άσκηση από τον κ. Σ. Δημόπουλο, ιατρό διδάκτωρ της ιατρικής σχολής Παν/μίου Αθηνών και επιστημονικό συνεργάτη του τμήματος εργοσπιρομετρίας και καρδιοαναπνευστικής αποκατάστασης στην Α' κλινική εντατικής θεραπείας του Ευγενίδειου θεραπευτηρίου, η αναστολή του συστήματος ρενίνης - αγγειοτενσίνης - αλδοστερόνης από τον κ. Δ. Καρατζά, επιμελητή της Β' Παν/μιακής καρδιολογικής κλινικής του Νοσ. «Αττικόν», τα τελευταία δεδομένα για τη θέση των στατινών στην καρδιακή ανεπάρκεια από τον κ. Κ. Δαβό, ερευνητή στο εργαστήριο καρδιάς - αγγείων του ιδρύματος ιατροβιολογικών ερευνών Ακαδημίας Αθηνών, η θέση των διουρητικών στην καρδιακή ανεπάρκεια από τον κ. Α. Θεοχάρη, αναπληρωτή διευθυντή στο Νοσ. «Παμμακάριστος».