ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν Πανεπιστήμιον Αθηνών
ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«Σχεδιασμός και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΙΤΛΟ

« Η οργάνωση και λειτουργία της επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας – αποτύπωση της παρούσας κατάστασης στην Ελλάδα και Διεθνής εμπειρία.»

Όνομα φοιτήτριας

Φινέ Ελένη – Ιορδανέτα

Αθήνα, 2020

HELLENIC REPUBLIC
National and Kapodistrian University of Athens
EST. 1837

ATHENS UNIVERSITY MEDICAL SCHOOL

MEDICAL DEPARTMENT

MSc STUDY PROGRAM

«Planning and Management of Health Services»

MASTER THESIS TITLE

«The organization and operation of emergency pre-hospital care - presentation of the current situation in Greece and of the International experience. »

Name of Student

Fine Eleni - Iordaneta

Athens, 2020

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής

Καϊτελίδου Δάφνη
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Δημόσιας Υγείας
(Επιβλέπουσα)

© Copyright
Φινέ Ελένη-Ιορδανέτα
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
Μικράς Ασίας 75, 11527, Γουδί, Αθήνα

Ευχαριστίες

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε ύστερα από τη φοίτηση μου στο Ελληνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών της Ιατρικής Σχολής και πιο συγκεκριμένα στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Σχεδιασμός και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας». Θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κα. Δάφνη Καϊτελίδου, η οποία μέσα από τις πολύτιμες συμβουλές καθώς και την αναλυτική καθοδήγηση που επέδειξε καθ' όλο το διάστημα της συγγραφής της εργασίας μου ,με οδήγησε στην ολοκλήρωση της.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου που με παρότρυνε να παρακολουθήσω το συγκεκριμένο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών, αλλά και τον αδερφό μου ο οποίος επέδειξε αμέριστη υποστήριξη και υπομονή μέσα από τις συμβουλές και υποδείξεις στο κομμάτι αυτό κατά τη διάρκεια της εκπόνησης μου.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαιτέρως τον σύζυγο μου για την απεριόριστη υπομονή και κατανόηση που επέδειξε τόσο κατά τη διάρκεια παρακολούθησης του Μεταπτυχιακού Προγράμματος όσο και κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας, καθότι μου έδινε συνεχώς κουράγιο και δύναμη αλλά και ορισμένες ιδέες για τον εμπλουτισμό της εργασίας μου μέσα από τα συμβάντα στα οποία έχει λάβει μέρος στην εργασιακή του καριέρα στο Πυροσβεστικό Σώμα.

« Η οργάνωση και λειτουργία της επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας – αποτύπωση της παρούσας κατάστασης στην Ελλάδα και Διεθνείς εμπειρίας.»

Περίληψη

Βασικός σκοπός της παρούσας εργασίας, είναι η συλλογή, αξιολόγηση και ανάλυση δεδομένων και στοιχείων, μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση διαφόρων πηγών (βιβλία, εφημερίδες, επιστημονικά άρθρα, ιντερνετικά άρθρα, εργασιακή εμπειρία, φοίτηση στη σχολή του Ι.Ε.Κ. Ε.Κ.Α.Β. Αθηνών κ.α.), με απώτερο σκοπό την παρουσίαση της οργάνωσης και λειτουργίας της Επείγουσας Προνοσοκομειακής Φροντίδας Υγείας, με αποτύπωση της παρούσας κατάστασης τόσο των χωρών Διεθνώς όσο και της Ελλάδας.

Η αποτύπωση των λειτουργιών και προβλημάτων του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας της Ελλάδας αλλά και των χωρών Διεθνώς είναι το κεντρικό αντικείμενο, με στόχο την διατύπωση προτάσεων, αφού σήμερα ο οργανισμός του Ε.Κ.Α.Β. παρουσιάζει αρκετές ελλείψεις τόσο στο προσωπικό από το οποίο στελεχώνεται όσο και στα μέσα τα οποία διαθέτει και αξιοποιεί. Ουσιαστικά το πρόβλημα του οργανισμού εντοπίζεται στην μεγάλη γεωγραφική έκταση που καλείται να ικανοποιήσει καθημερινά, με τα λιγοστά μέσα διακομιδής που του παρέχονται σε αναλογία με τον απαιτητικό πληθυσμό που συγκαταλέγεται στην χώρα μας.

Στην παρούσα εργασία παρουσιάζονται στατιστικά δεδομένα τα οποία δείχνουν το μεγάλο πρόβλημα που μαστίζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας και το οποίο χρήζει άμεσης επέμβασης για βελτίωση της δημόσιας υγείας των πολιτών. Μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζει η κατάχρηση των ασθενοφόρων του ΕΚΑΒ από πολίτες, προκειμένου να παρακάμψουν τη “σειρά” στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών στα εκάστοτε εφημερεύοντα νοσοκομεία της χώρας.

Τέλος, στη παρούσα μελέτη τίθενται συμπεράσματα που προκύπτουν μέσα από τη συγγραφή της, καθώς και ορισμένες προτάσεις με απώτερο σκοπό τη λύση των προβλημάτων που μαστίζουν την προ-νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα.

Λέξεις-Κλειδιά

Συστήματα Υγείας, Χαρακτηριστικά Συστήματος Υγείας, Σκοποί και Στόχοι Συστήματος Υγείας, Ευρωπαϊκά Συστήματα Υγείας, Ιταλικό Σύστημα Υγείας, Γερμανικό Σύστημα Υγείας, Σουηδικό Σύστημα Υγείας, Σύστημα Υγείας Ηνωμένου Βασίλειου, Γαλλικό Σύστημα Υγείας, Σύστημα Υγείας ΗΠΑ, Ελληνικό Σύστημα Υγείας, Επείγουσα Προνοσοκομειακή Φροντίδα, Scoop and Run, Stay and Play, Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ), Ειδικό Τμήμα Ιατρικής Καταστροφών (ΕΤΙΚ), Αεροδιακομιδές, Μοτοσυκλέτες Ταχείας Ανταπόκρισης ΕΚΑΒ, Ιστορική αναδρομή ΕΚΑΒ, Εκπαίδευση Ελλήνων Διασωστών, Μεταφορές Νεογνών, Kids Save Lives

«The organization and operation of emergency pre-hospital care - presentation of the current situation in Greece and of the International experience»

Abstract

The primary purpose of this dissertation is to collect, evaluate and analyze data, through bibliography review of various sources (books, newspapers, scientific articles, internet articles, working experience, studies at the Hellenic National Centre for Emergency Care/ EKAB Institute of Vocational Training in Athens, etc) aiming at the presentation of the organization and operation of Emergency Pre-hospital Healthcare, depicting the current situation in other countries internationally as well as in Greece.

The depiction of the operations and problems of the Hellenic National Centre for Emergency Care (EKAB) as well as of other countries internationally is the main subject, focusing on the presentation of suggestions as the EKAB Organization today lacks not only staff but also means and equipment provided and used. What is mainly detected as a problem is the large geographical area that the EKAB is asked to cover daily, with minimal means of operational fleet in relation to the population of Greece.

In this dissertation, there is presentation of statistic data which indicate the great extent of the problem by which the National Health System is plagued and which demands imminent solution for the improvement of the citizen national health. What is of great interest is the misuse of the EKAB ambulance fleet by citizens, who exploit the system in order to get round the waiting line in the country's on-duty hospitals.

Finally, in this study, there are conclusions drawn which derive from its writing as well as certain suggestions aiming at the solution to the problems that have been infesting pre-hospital care in Greece.

Keywords

Health Systems, Characteristics of Health System, Aims and Goals of the Health System, European Health Systems, Italian Health System, Germany Health System, Swedish Health System, United Kingdom Health System, French Health System, USA Health System, Greek Health System, Emergency Pre-hospital Care, Scoop and Run, Stay and Play, Hellenic National Centre for Emergency Care (EKAB)., Special Department for Medical Disaster (ETIK)., Air Ambulance Transportation, EKAB EMS Motorcycle Response Units, historical retrospection of the Hellenic National Centre for Emergency Care, Greek EMS Training, Neonatal Transportations, Kids Save Lives

Συντομογραφίες

- ΕΚΑΒ: Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
- ΕΣΥ: Εθνικού Συστήματος Υγείας
- ΠΟΥ: Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας
- ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
- NHS: Εθνικό Σύστημα Υγείας
- SHI: Δημόσια Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας
- PHI: Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας
- EMS: Συστήματος Άμεσης Υγειονομικής Παρέμβασης των ΗΠΑ
- EMT: Emergency Edical Technician
- Ι.Κ.Α: Ιδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
- Πε.Σ.Υ: Περιφερειακά Συστήματα Υγείας
- ΟΓΑ: Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
- ΟΑΕΕ: Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών
- ΟΠΑΔ: Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου
- ΗΠΑ: Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
- ΕΕΣ: Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός
- ΚΑΒ: Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
- ΕΠΙ: Επείγουσας Προνοσοκομειακής Ιατρικής
- ΚΙΜ: Κινητές Ιατρικές Μονάδες
- ΜΕΘ: Μονάδα εντατικής θεραπείας
- Π.Δ. :Προεδρικό διάταγμα
- ΦΕΚ: Φύλλα Εφημερίδας της Κυβέρνησης
- ΤΕΠ: Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών
- ΜΕΝΝ: Μονάδων Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών
- Υ.ΠΕ. Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής
- Ε.Σ.Κ.Ε: Ενιαίο Συντονιστικό Κέντρο Επιχειρήσεων
- ΙΕΚ: Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης
- ERC: European Research Council
- BLS: Basic life support
- ILS: Immediate Life Support
- ALS: Amyotrophic Lateral Sclerosis
- PHTLS: Prehospital Trauma Life Support

- PALS: Paediatric Advanced Life Support
- Π.Α- Πολεμική Αεροπορία
- Ε/Π: Ελικόπτερο
- Π.Ν: Πολεμικό Ναυτικό
- ΜΜΕ: Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης
- ΓΕΕΘΑ: Γενικό Επιτελείο Εθνικής Άμυνας
- ΓΕΑ: Γενικό Επιτελείο Αεροπορίας
- ΕΤΙΚ: Ειδικό Τμήμα Ιατρικής Καταστροφών
- UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund
- ΟΟΣΑ: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
- ΜΚΟ: Μη Κυβερνητική Οργάνωση-
- ΗΚΓ: Ηλεκτροκαρδιογράφημα
- Κ.Ο.Κ.: Κώδικας Οδικής Κυκλοφορίας
- ΙΣΝ: Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες vi
Περίληψη vii
Λέξεις-Κλειδιά viii
Abstract ix
Keywords x
Συντομογραφίες xi
Κατάλογος Εικόνων xv
Κατάλογος Διαγραμμάτων xvi
Κατάλογος Πινάκων xvi
Κεφάλαιο Πρώτο: Εισαγωγή στο προνοσοκομειακό σύστημα επείγουσας φροντίδας 17
Κεφάλαιο Δεύτερο: Συστήματα Υγείας 20
2.1 Συστήματα Υγείας 20
2.2 Σκοποί και στόχοι του Συστήματος Υγείας 22
2.3 Χαρακτηριστικά Συστήματος Υγείας 23
2.4 Οργανωτική δομή των συστημάτων υγείας 24
2.5 Ευρωπαϊκά Συστήματα Υγείας 24
2.5.1 Ιταλία 25
2.5.2 Γερμανία 27
2.5.3 Σουηδία 28
2.5.4 Ηνωμένο Βασίλειο 30
2.5.5 Γαλλία 32
2.6 Το Σύστημα Υγείας των ΗΠΑ 33
2.7 Ελληνικό Σύστημα Υγείας 35
Κεφάλαιο Τρίτο: Επείγουσα Προνοσοκομειακή Φροντίδα Υγείας 39
3.1 Επείγουσα Προνοσοκομειακή Φροντίδα Υγείας στην Ευρώπη 39
3.2 Επείγουσα Προνοσοκομειακή Φροντίδα Υγείας στην Αμερική 40
3.3 Scoop and Run vs. Stay and Play 44
Κεφάλαιο Τέταρτο: Προνοσοκομειακή Φροντίδα στον Ελλαδικό Χώρο 46
4.1 Ιστορική Αναδρομή 46
4.2 Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας 47
4.3 Επιχειρησιακό Κέντρο Επικοινωνίας και Συντονισμού του ΕΚΑΒ 54
4.4 Μοτοσυκλέτες Ταχείας Ανταπόκρισης στο Ε.Κ.Α.Β. 59

4.5 Εναέρια Μέσα Άμεσης Βοήθειας στο Ε.Κ.Α.Β. 64
4.6 Ειδικό Τμήμα Ιατρικής Καταστροφών - Ε.Τ.Ι.Κ. 68
4.6.1 Αποστολή Ε.Τ.Ι.Κ. 70
4.6.2 Στόχοι Ε.Τ.Ι.Κ. 72
4.6.3 Πεδίο Δράσης Ε.Τ.Ι.Κ. 72
4.7 Οργανισμός Λιμένα Πειραιά – Ο.Λ.Π. 72
4.8 Μεταφορές Νεογνών 73
4.9 Εκπαίδευση Διασωστών-Πληρωμάτων ΕΚΑΒ 79
4.10 Εκπαίδευση Κοινωνικών Ομάδων 82
4.11 Kids Save Lives 82
Κεφάλαιο Πέμπτο: Αποτύπωση της κατάστασης όσον αφορά στις διακομιδές ασθενών 85
Κεφάλαιο Έκτο: Συμπεράσματα - Συζήτηση 90
Βιβλιογραφικές Αναφορές 95
Ελληνική Βιβλιογραφία 95
Αγγλική Βιβλιογραφία 98
Ελληνικές Διαδικτυακές Αναφορές 98
Διεθνής Διαδικτυακές Αναφορές 102

Κατάλογος Εικόνων

Εικόνα 1:Τα πρώτα ασθενοφόρα στην Ελλάδα 47
Εικόνα 2:Εσωτερικός χώρος απλού ασθενοφόρου του Ε.Κ.Α.Β. 50
Εικόνα 3:Εσωτερικός χώρος & εξοπλισμός ασθενοφόρου Κινητής Ιατρικής Μονάδας του Ε.Κ.Α.Β. 51
Εικόνα 4:Επιχειρησιακό Κέντρο Επικοινωνίας και Συντονισμού Ε.Κ.Α.Β. Αθηνών 55
Εικόνα 5: Κάλυψη του 33ου Αυθεντικού Μαραθώνιου Αθηνών από τις Μοτοσυκλέτες Ταχείας Ανταπόκρισης του ΕΚΑΒ το 2015 61
Εικόνα 6: Ο Διασώστης - Ιερέας των Μοτοσυκλετών Ταχείας Ανταπόκρισης του ΕΚΑΒ 63
Εικόνα 7: Η 1η Ελληνίδα Διασώστρια της ομάδας μοτοσυκλετών Ταχείας Ανταπόκρισης του ΕΚΑΒ 64
Εικόνα 8:Αεροπλάνο που χρησιμοποιείται γενικά σε διακομιδές ασθενών από το ένα νοσοκομείο στο άλλο για αποστάσεις μεγαλύτερες από 150 μίλια 65
Εικόνα 9:Ελικόπτερο του Ε.Κ.Α.Β. τύπου Augusta Bell A109 Power 65
Εικόνα 10:Αεροδιακομιδή ασθενούς με αεροπλάνο της Πολεμικής Αεροπορίας C-130 και παραλαβή από ασθενοφόρο του Ε.Κ.Α.Β. 67
Εικόνα 11:Αεροδιακομιδή νεογέννητου βρέφους με θερμοκοιτίδα με επικεφαλή ιατρό πτήσης την αναισθησιολόγο Μαριόλα Άννα 68
Εικόνα 12: Δράση ΕΤΙΚ (1) 69
Εικόνα 13: Δράση ΕΤΙΚ (2) 69
Εικόνα 14: Δράση ΕΤΙΚ (3) 69
Εικόνα 15: Δράση ΕΤΙΚ (4) 69
Εικόνα 16: Σκηνή Διαλογής 70
Εικόνα 17: Σκηνή Σταθεροποίησης 70
Εικόνα 18: Σκηνές Προσωπικού 71
Εικόνα 19: Προσωπικό ΕΤΙΚ 71
Εικόνα 20: Κέντρο Διοίκησης (1) 71
Εικόνα 21: Κέντρο Διοίκησης (2) 71
Εικόνα 22: Κέντρο Διοίκησης (3) 71
Εικόνα 23: Αποθήκες Εξοπλισμού 71
Εικόνα 24: Μεταφορά νεογνού με φορητή θερμοκοιτίδα & αυτοκίνητο 74
Εικόνα 25:Ασθενοφόρα Κινητές Ιατρικές Μονάδες του "Χαμόγελου του Παιδιού" 78
Εικόνα 26: Κινητή Ιατρική Μονάδα Νεογνών του ΕΚΑΒ 79
Εικόνα 27: Εκπαίδευση σπουδαστών του ΙΕΚ ΕΚΑΒ στην αμφιθεατρική αίθουσα που διαθέτει από τον διασώστη Δάμκαλη Α. 80
Εικόνα 28: Εκπαίδευση σπουδαστή σε πρωτόκολλο αντιμετώπισης επείγοντος σε βρέφος από τον διασώστη Πουλίκο Φ. 81
Εικόνα 29: Εκπαίδευση σπουδαστών σε πρωτόκολλο αντιμετώπισης επείγοντος σε τροχαίο συμβάν με εγκλωβισμένο άνθρωπο από τον διασώστη Τάγκα Δ. 81
Εικόνα 30:Εκαπίδευση δασκάλων σχολικής μονάδας στο πρόγραμμα Kids Save Lives 84
Εικόνα 31:Εκπαίδευση ανήλικων μαθητών στο πρόγραμμα Kids Save Lives 84
Εικόνα 32: Απεγκλωβισμός ατόμου από ηλεκτρικό συρμό από τον διασώστη Δάμκαλη Α. και τους πυροσβέστες του 1ου Πυροσβεστικού Σταθμού. Αθηνών 91
Εικόνα 33:Απομάκρυνση παροπλισμένων ασθενοφόρων από τον νοσοκομείο "Σωτηρία" 94
Εικόνα 34: Ο διασώστης Καρακατσάνης Σ. κατά τη μεταφορά ασθενούς μετά από τροχαίο ατύχημα 104

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1:Μείωση της νεογνικής περιγεννητικής και βρεφικής θνησιμότητας στην Ελλάδα από το 1960 μέχρι το 2009 σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ 76
Διάγραμμα 2:Ένα από τα διαγράμματα που υπάρχουν στο "Σχέδιο για την οργάνωση των διακομιδών πρόωρων και προβληματικών νεογνών", ενδεικτικό της κίνησης της Μονάδας Μεταφορών Προβληματικών Νεογνών την περίοδο 1979-1991 77

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1:Μέσα Διακομιδής Ασθενών του Ε.Κ.Α.Β. 49
Πίνακας 2:Στατιστικά δεδομένα των διακομιδών ασθενών με ιδιωτικά σκάφη και σκάφη του Λιμενικού Σώματος Ακτοφυλακής κατά την περίοδο 2012-16..... 85
Πίνακας 3:Στατιστικά δεδομένα αεροδιακομιδών ασθενών κατά την περίοδο 2010-15 86
Πίνακας 4: Στατιστικά στοιχεία Μοτοσυκλετών Ταχείας Ανταπόκρισης ΕΚΑΒ κατά τον Αύγουστο 2019 88

Κεφάλαιο Πρώτο: Εισαγωγή στο προνοσοκομειακό σύστημα επείγουσας φροντίδας

Ως προνοσοκομειακό σύστημα επείγουσας φροντίδας μπορούμε να πούμε ότι ορίζεται ένα ολοκληρωμένο σύστημα με υψηλό επίπεδο οργάνωσης, χωρίς κενά ή αδυναμίες, ενώ παράλληλα για να είναι κατάλληλη, με την έννοια της ορθής και αποτελεσματικής παρέμβασης, απαιτεί επαρκές και καλά εκπαιδευμένο προσωπικό, σύγχρονο εξοπλισμό, κατάλληλο περιβάλλον εργασίας και τέλος σύνδεση όλων των κρίκων στην αλυσίδα παροχής άμεσης φροντίδας. Πιο συγκεκριμένα, για την αντιμετώπιση της υποκειμενικής ή αντικειμενικής ανάγκης του επείγοντος και προκειμένου να εξασφαλιστεί η παροχή ταχείας και αποτελεσματικής ιατρό-νοσηλευτικής φροντίδας σε αυτές τις απειλητικές περιπτώσεις, απαιτείται ένα σύγχρονο και Ολοκληρωμένο Σύστημα Επείγουσας Ιατρικής Φροντίδας (Ο.Σ.Ε.Ι.Φ.) για την οργανωμένη παροχή του συνόλου της άμεσης προνοσοκομειακής, ενδονοσοκομειακής και διανοσοκομειακής φροντίδας (Ασκητοπούλου, 2004). Στην εφαρμογή του συστήματος αυτού εντοπίζονται αρκετές διαφορές πάνω στο κομμάτι της εκπαίδευσης αλλά και τις αρμοδιότητες των διασωστών.

Η προνοσοκομειακή περίθαλψη είναι ένας αναπτυσσόμενος τομέας έκτακτης ανάγκης. Περιλαμβάνει μια ποικιλία τομέων επείγουσας περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των ασθενοφόρων και ιατρικών υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης, ιατρικής διάσωσης, αντίδρασης ιατρού και διασωστών πριν από το νοσοκομείο και ιατρικής κατεύθυνσης, ιατρικής ανάκτησης, αποστολής και επικοινωνίας, τηλεϊατρικής και ιατρικής καταστροφών. Όλο και περισσότερο, υπάρχει μεγαλύτερη αλληλεπίδραση μεταξύ διαφόρων αρχών έκτακτης ανάγκης, όπως πυροσβεστική, αστυνομία, πολιτική άμυνα, στρατιωτικές αρχές. Ενθαρρύνεται επίσης μεγαλύτερη αλληλεπίδραση με τα τμήματα έκτακτης ανάγκης του νοσοκομείου.

Το ΕΚΑΒ είναι πλέον ο αρμόδιος φορέας για τη διεξαγωγή των απαιτούμενων ενεργειών, με σκοπό την διακομιδή των βαρέων πάσχοντων ασθενών στα κατάλληλα νοσηλευτικά ιδρύματα. Σε αυτό, σημαντικό ρόλο παίζει το Επιχειρησιακό Κέντρο του ΕΚΑΒ, το οποίο μέσα από την ανάπτυξη και την εγκατάσταση σύγχρονων συστημάτων τόσο στις κεντρικές δομές του ΕΚΑΒ όσο και στις περιφερειακές δομές του, βοηθάει στην γρήγορη και αποτελεσματική κάλυψη των επειγόντων περιστατικών.

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας και το Άρθρο 29, σκοπός του ΕΚΑΒ είναι ο συντονισμός της παροχής σε έκτακτες περιπτώσεις άμεσης βοήθειας, επείγουσας ιατρικής φροντίδας στους πολίτες, η μεταφορά των πολιτών αυτών σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, ο συντονισμός της νοσοκομειακής και προνοσοκομειακής φροντίδας σε καταστάσεις έκτακτων αναγκών και κρίσεων και η παρακολούθηση και ο συντονισμός των συστημάτων εφημερίας των νοσοκομείων του ΕΣΥ (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Τεύχος Α΄ 161/16.10.2019).

Η Επείγουσα Ιατρική είναι μία ειδικότητα βασισμένη στη γνώση και τις δεξιότητες που απαιτούνται για την πρόληψη, τη διάγνωση και τη διαχείριση των έκτακτων και επειγόντων εκφράσεων των ασθενειών και του τραύματος, που αφορούν ασθενείς όλων των ηλικιακών ομάδων με ένα ευρύ φάσμα αδιαφοροποίητων διαταραχών της φυσιολογίας και της συμπεριφοράς. Είναι μια ειδικότητα στην οποία ο χρόνος είναι κρίσιμος (EuSEM, 2007).

Η πρακτική της Επείγουσας Ιατρικής περιλαμβάνει προνοσοκομειακή και ενδονοσοκομειακή διαλογή, αναζωογόνηση, αρχική εκτίμηση και διαχείριση αδιαφοροποίητων έκτακτων και επειγόντων περιστατικών, μέχρι την έξοδό τους ή τη μεταβίβασή τους στη φροντίδα άλλου ιατρού ή επαγγελματία υγείας. Επίσης, περιλαμβάνει συμμετοχή στην ανάπτυξη προνοσοκομειακών και ενδονοσοκομειακών συστημάτων Επείγουσας Ιατρικής (EuSEM, 2007).

Πολλές φορές ο προσδιορισμός του επείγοντος είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί από συμπτώματα, από αιτιάσεις του ίδιου του ασθενή ή από οικείους του. Ωστόσο, μέσα από σχετικές μελέτες, το 70% των ασθενών της επείγουσας ιατρικής πιστεύουν ότι χρειάζονται ιατρική περίθαλψη το πολύ μέσα σε δύο ώρες από την απόφαση τους να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια. Έτσι, δημιουργείται σύγχυση μεταξύ του τι ο ασθενής αποκαλεί ως επείγον και του κατά πόσον ο ιατρός αξιολογεί την κατάσταση του ως πραγματικά επείγουσα. Εκτός των παραπάνω, λαμβάνεται υπόψη ότι πολλά προβλήματα υγείας χρειάζονται 24-48 ώρες για να εξελιχθούν, ώστε να αναγνωρισθούν εκ των υστέρων ως πραγματικά επείγοντα ή να αποκαλυφθεί ο πραγματικός κίνδυνος για την ζωή του ασθενούς (Τσάκωνας Χ., 2015).

Η μεταφορά, όμως, της ιατρικής φροντίδας στο σημείο του έκτακτου συμβάντος είναι δυνατόν να περιλαμβάνει διαφόρων ειδών υπηρεσίες, με κύριο στόχο την παροχή πρώτων βοηθειών στο σημείο συμβάντος, προκειμένου να μειωθούν οι πιθανότητες εμφάνισης επιπλοκών αργότερα. Κομβικό σημείο σ' αυτό αποτελεί η επείγουσα προνοσοκομειακή φροντίδα, η οποία περιλαμβάνει όλη την ιατρική φροντίδα που λαμβάνει χώρα πριν την άφιξη του ασθενούς στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Ουσιαστικά, είναι μια επέκταση της επείγουσας ιατρικής

στην αναζωογόνηση, την πρόσβαση στο ΕΚΑΒ, την επείγουσα εκτίμηση και αντιμετώπιση από παραϊατρικό προσωπικό, την ασφαλή μεταφορά του ασθενούς στο τμήμα επειγόντων περιστατικών και την αντιμετώπιση των μαζικών καταστροφών (Κτενίδου Β. & Φαφούτη Π., 2017)

Παρόλα αυτά σήμερα, οι περισσότεροι δεν έχουν πρόσβαση σε προνοσοκομειακή φροντίδα. Στις περισσότερες χώρες, ελάχιστοι είναι αυτοί που λαμβάνουν θεραπεία αμέσως μετά τον τραυματισμό τους ή άλλων ειδών επιπλοκών της υγείας και ακόμη λιγότεροι είναι αυτοί που μπορούν να ελπίζουν να μεταφερθούν στο νοσοκομείο με ασθενοφόρο. Γι' αυτό και πολλές φορές, η μεταφορά παρέχεται συνήθως από συγγενείς, μη εκπαιδευμένους παρευρισκόμενους, οδηγούς ταξί ή οδηγούς φορτηγών ή αστυνομικούς. Ως εκ τούτου, πολλοί ασθενείς μπορεί να πεθάνουν άσκοπα στη διαδρομή ή κατά τις πρώτες ώρες μετά το συμβάν.

Με το πέρασμα των χρόνων, πολλές χώρες έχουν αναπτύξει όλο και πιο περίπλοκα συστήματα παροχής επείγουσας ιατρικής φροντίδας. Στις δυτικές χώρες, η νοσηλεία προσφέρεται συνήθως από επαγγελματίες του χώρου, ενώ οι κοινοτικοί εθελοντές με βασική εκπαίδευση μπορούν να παρέχουν υγειονομική φροντίδα σε αγροτικές ή αραιοκατοικημένες περιοχές. Σε άλλες χώρες, οι πυροσβέστες ή οι αστυνομικοί είναι συχνά οι πρώτοι που φτάνουν στο σημείο συμβάντος, παρέχοντας εξειδικευμένες πρώτες βοήθειες καθώς είναι εκπαιδευμένοι στις πρώτες βοήθειες. Συχνά ακολουθούνται από ένα ασθενοφόρο εξοπλισμένο για να παρέχει προχωρημένη φροντίδα, το οποίο στελεχώνεται από έναν ιατρό ή μη ιατρικό παραϊατρικό (Gomes, Araújo, Soares-Oliveira, 2004).

Κεφάλαιο Δεύτερο: Συστήματα Υγείας

2.1 Συστήματα Υγείας

Κατά καιρούς, πολλοί διανοούμενοι ερευνητές αποπειράθηκαν να δώσουν έναν ορισμό που να περιλαμβάνει όλα τα στοιχεία που διέπουν ένα σύστημα υγείας. Σύμφωνα, με τον Λιαρόπουλο (2007) σύστημα υγείας ορίζεται ως μια οποιαδήποτε ομάδα αλληλοσχετιζόμενων και αλληλεξαρτώμενων οντοτήτων ή διαδικασιών που συνδέονται για ένα συγκεκριμένο λόγο. Πιο συγκεκριμένα, ως σύστημα υγείας ορίζεται το σύνολο των ανθρώπινων, υλικών και χρηματικών πόρων, καθώς και των οργανισμών, ιδρυμάτων και φορέων που συνδέονται με τη χρηματοδότηση, ρύθμιση και επιτέλεση δραστηριοτήτων οι οποίες έχουν πρωταρχικό σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού (Καλογεροπούλου κ.α., 2007).

Ωστόσο, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) δόθηκε ένας κοινά αποδεχτός ορισμός για το σύστημα υγείας (2007), ο οποίος αναφέρει πως « *ένα σύστημα υγείας αποτελείται από όλες τις οργανώσεις, τους ανθρώπους και τις δράσεις των οποίων πρωταρχικός στόχος είναι η προώθηση, η αποκατάσταση ή η διατήρηση της υγείας. Αυτό περιλαμβάνει τις προσπάθειες που επηρεάζουν τους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας καθώς και τις άμεσες δραστηριότητες βελτίωσης της υγείας. Επομένως, ένα σύστημα υγείας είναι κάτι παραπάνω από την πυραμίδα δημόσιων εγκαταστάσεων που παρέχουν υπηρεσίες προσωπικής υγείας. Περιλαμβάνει, για παράδειγμα, μια μητέρα που φροντίζει για ένα άρρωστο παιδί στο σπίτι, ιδιωτικούς παρόχους υπηρεσιών, προγράμματα αλλαγής συμπεριφοράς, εκστρατείες ελέγχου φορέων, οργανώσεις ασφάλισης υγείας, τη νομοθεσία για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία* ».

Στις μέρες μας, έχει καθιερωθεί η έννοια του συστήματος υγείας να ταυτίζεται με το σύστημα ιατρικής περίθαλψης. Στην πραγματικότητα όμως, εννοούμε κάτι πολύ ευρύτερο του συστήματος ιατρικής περίθαλψης. Περιλαμβάνει όχι μόνο τη συμβατική ιατρική περίθαλψη αλλά και υπηρεσίες που έχουν σχέση με την πρόληψη και υγειονομική διαφώτιση, με τον οικογενειακό προγραμματισμό και διατροφή, με υπηρεσίες στέγης και υγιεινής της κατοικίας και εργασίας.

Συνεπώς, η ιατρική περίθαλψη αποτελεί ένα υποσύστημα του ευρύτερου συστήματος υγείας, όπου το σύνολο των υγειονομικών μονάδων που βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και λειτουργική αλληλεξάρτηση με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, επηρεάζονται από την κοινωνικό-οικονομική και πολιτική δομή μιας χώρας, από το

πολιτισμικό σύστημα που επικρατεί, από την οικολογική ισορροπία, από το επιδημιολογικό πρότυπο και τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού (Πιερράκος Γ., 2008).

Το σύστημα υγείας αποτελείται από τρία υποσυστήματα, τα οποία βρίσκονται σε δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ τους και ταυτόχρονα επηρεάζονται από το εξωτερικό περιβάλλον, την εξέλιξη της επιστήμης και τεχνολογίας, τη βελτίωση θεραπευτικών μεθόδων, την άνοδο του προσδόκιμου ζωής κ.α.. Τα τρία υποσυστήματα ταξινομούνται ως εξής (Θεοδώρου Μ. κ.α., 2001):

1. Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και η εξέλιξή του
2. Η παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών υγείας
3. Οι μηχανισμοί κάλυψης δαπανών

Πιο αναλυτικά, το πρώτο υποσύστημα αφορά την έρευνα και τις μετρήσεις της κατάστασης υγείας του γενικού πληθυσμού. Το δεύτερο υποσύστημα αφορά το σύνολο των υγειονομικών μονάδων που βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και λειτουργική αλληλεπίδραση, με σκοπό τη προστασία, διατήρηση και προαγωγή της υγείας και υγιεινής του γενικού πληθυσμού. Το υποσύστημα αυτό επηρεάζεται από οικονομικό-τεχνικούς παράγοντες που προσδιορίζουν την παραγωγική διαδικασία στην οικονομία. Έτσι, η διάρθρωση του υποσυστήματος αυτού διακρίνεται από τις παρακάτω υποδομές (Γιαννακοπούλου Ε., 2020):

- Τις εισροές οι οποίες είναι η κτηριακή υποδομή, ο εξοπλισμός, το ανθρώπινο κεφάλαιο και οι οικονομικοί πόροι
- Τη διαδικασία, η οποία προσδιορίζεται με την έννοια ότι ο ασθενής που προσέρχεται στο σύστημα προκαλεί μια παραγωγική διαδικασία (λήψη ιστορικού, εργαστηριακός και κλινικός έλεγχος, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση, και επανέλεγχος)
- Τις εκροές, οι οποίες είναι η διάρκεια νοσηλείας, οι εισαγωγές, οι εξετάσεις κ.λπ.
- Τα αποτελέσματα, τα οποία αφορούν στο επίπεδο και την εξέλιξη των δεικτών της θνησιμότητας, νοσηρότητας κ.ά., βάσει των οποίων μετριέται η βελτίωση και εξέλιξη του επιπέδου υγείας του γενικού πληθυσμού

Το τρίτο υποσύστημα, το οποίο είναι και το πιο σημαντικό από τα τρία υποσυστήματα, λαμβάνει υπόψιν του τις παρακάτω παραμέτρους (Γιαννακοπούλου Ε., 2020):

- Τις δαπάνες υγείας, οι οποίες αυξάνονται με ραγδαίους ρυθμούς και θέτουν σε

πραγματικό κίνδυνο την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη όλων των χωρών του κόσμου

- Την υγεία, η οποία θεωρείται κοινωνικό αγαθό με καταναλωτικό και επενδυτικό χαρακτήρα, που ικανοποιεί άμεσα ανάγκες και επενδύει μεσοπρόθεσμα στην παραγωγική ανάπτυξη

- Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, το οποίο αναπτύχθηκε σημαντικά μέσω των εισφορών και κάλυψε μεγάλο μέρος των δαπανών υγείας, καθότι αποτέλεσε λύση στο πρόβλημα της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας και απαιτεί την εύρυθμη λειτουργία των μηχανισμών είσπραξης εσόδων του κράτους

Συμπερασματικά, το ολοκληρωμένο σύστημα υγείας είναι ένας συγκεκριμένος τρόπος οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα της υγείας, που μέσα από την προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών στοχεύει στη μεγιστοποίηση της στάθμης υγείας του πληθυσμού, στο πλαίσιο των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας (Χλέτσος, 2011)

2.2 Σκοποί και στόχοι του Συστήματος Υγείας

Η αναγκαιότητα ύπαρξης και λειτουργίας ενός συστήματος καθορίζεται από τη χρησιμότητα των σκοπών του και από την ικανότητα να επιτυγχάνει τους στόχους που θέτει για να εκπληρώσει τους σκοπούς του. Συγκεκριμένα, ένα σύστημα υγείας θεωρείται ολοκληρωμένο, όταν μπορεί να εκτιμά την αποτελεσματικότητά του στην επίτευξη των στόχων του, επανακαθορίζει τους στόχους του, σχεδιάζει και προγραμματίζει τα μέσα για την επίτευξή τους, προκειμένου να μπορεί να λειτουργήσει και να αναπτυχθεί στον μέγιστο βαθμό του (Γιαννακοπούλου Ε., 2020).

Σκοπός λοιπόν ενός συστήματος υγείας, σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποίησε ο ΠΟΥ μεταξύ των συστημάτων υγείας των χωρών μελών του, είναι (Γιαννακοπούλου Ε., 2020):

- Η διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου υγείας, με απώτερο σκοπό την ισότιμη διάχυση της καλής υγείας μεταξύ του πληθυσμού

- Η ανταπόκριση στις προσδοκίες των πολιτών για βελτίωση της ανταποκρισιμότητας του συστήματος, μέσω της ισότητας μεταξύ των πολιτών ανεξάρτητα από τις κοινωνικό-οικονομικές διαφορές

- Η οικονομική προστασία έναντι του κόστους της ασθένειας, μέσα από τη δικαιοσύνη

στην κατανομή του χρηματοδοτικού βάρους των υπηρεσιών υγείας.

Τόσο όμως οι σκοποί όσο και οι στόχοι πρέπει να προσδιορίζονται με σαφή κριτήρια, προκειμένου να είναι δυνατή η μέτρηση τους. Για το λόγο αυτό, χρησιμοποιούνται δείκτες υγείας για την εκτίμηση του επιπέδου υγείας και δείκτες προσφοράς και χρησιμοποίησης κατανάλωσης προϊόντων και υπηρεσιών υγείας, για την παραγωγή και διανομή υπηρεσιών και αγαθών υγείας (Γιαννακοπούλου Ε., 2020).

2.3 Χαρακτηριστικά Συστήματος Υγείας

Ανεξάρτητα από τη μορφή που έχει ένα σύστημα υγείας, είναι απαραίτητο να συγκροτείται από τα εξής κύρια γνωρίσματα (Θεοδώρου Μ. κ.α., 2001):

- **Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας**: Η δυνατότητα του συστήματος να προσφέρει τις υπηρεσίες του στον πληθυσμό χωρίς εμπόδια και χρονικούς περιορισμούς
- **Προσπελασιμότητα των υπηρεσιών υγείας**: Κάθε άτομο οποιασδήποτε κοινωνικό-οικονομικής θέσης, πρέπει να έχει τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας. Αυτό προϋποθέτει ισότιμη κατανομή των πόρων και υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού
- **Συνέχεια στη προσφορά υπηρεσιών υγείας**: Η προσφορά υπηρεσιών υγείας προς τον πληθυσμό δεν περιορίζεται μόνο στο στάδιο της θεραπευτικής αντιμετώπισης μιας ασθένειας, αλλά καλύπτει και τα στάδια πριν και μετά την εμφάνιση της νόσου
- **Ισότητα στη χρήση των υπηρεσιών**: Η ισότητα στη χρήση των υπηρεσιών υγείας καθορίζεται από δύο εννοιολογικούς προσδιορισμούς. Ο ένας αφορά την ίση μεταχείριση μεταξύ ίσων (οριζόντια ισότητα), όπου μόνον όταν οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας είναι ίσοι, επιτυγχάνεται ισότητα. Ενώ, ο δεύτερος αφορά την άνιση μεταχείριση μη ίσων ατόμων (κάθετη ισότητα). Σε αυτήν την περίπτωση υπάρχει ανομοιογένεια στην ικανοποίηση των αναγκών υγείας και το αποτέλεσμα είναι η αυξανόμενη ανισότητα
- **Το οργανωτικό επίκεντρο του συστήματος**: Κάθε σύστημα υγείας δίνει ιδιαίτερο βάρος στην ανάπτυξη ενός συγκεκριμένου τύπου υπηρεσιών υγείας, ο οποίος λειτουργεί ως επίκεντρο γύρω από τον οποίο αναπτύσσεται το σύστημα υγείας στο σύνολό του. Άλλα συστήματα υγείας έχουν ως επίκεντρο το νοσοκομείο της δευτεροβάθμιας περίθαλψης και άλλα οργανώνονται και διαρθρώνονται με επίκεντρο την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Τα συστήματα υγείας με επίκεντρο το νοσοκομείο δίνουν έμφαση στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ασθένειας, ενώ τα συστήματα υγείας με επίκεντρο την πρωτοβάθμια

περίθαλψη δίνουν ιδιαίτερο βάρος στην πρόληψη της ασθένειας και στην αποκατάσταση μετά τη θεραπεία.

2.4 Οργανωτική δομή των συστημάτων υγείας

Η εύρυθμη λειτουργία των συστημάτων υγείας επιτυγχάνεται μέσα από την καλή οργάνωση. Όλα τα συστήματα υγείας διακρίνονται από δυο μορφές περίθαλψης και από τέσσερα επίπεδα οργάνωσης. Συγκεκριμένα, η πρώτη μορφή περίθαλψης προσδιορίζεται ως έξω-νοσοκομειακή και περιλαμβάνει πρωτοβάθμιες υπηρεσίες. Απ' την άλλη, η δεύτερη μορφή περίθαλψης προσδιορίζεται ως νοσοκομειακή ή κλειστή περίθαλψη, όπου εντάσσεται το δευτεροβάθμιο και το τριτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης, δηλαδή οι υπηρεσίες που παρέχονται μέσα στα νοσοκομεία.

Σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες, η οργάνωση των συστημάτων υγείας συντάσσεται σε τέσσερα επίπεδα περίθαλψης και εκφράζει τη σύγχρονη δομή και λειτουργία των συστημάτων υγείας (Βολιτάκη Σ., 2014). Πιο αναλυτικά, τα επίπεδα οργάνωσης χωρίζονται ως εξής:

1. **Στο πρώτο επίπεδο**, το οποίο περιλαμβάνει τις υπηρεσίες υγείας στο επίπεδο της οικογένειας
2. **Στο δεύτερο επίπεδο**, όπου βρίσκεται η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) και αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής μεταξύ του πολίτη και του συστήματος υγείας
3. **Στο τρίτο επίπεδο**, όπου περιλαμβάνεται η Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας και παρέχεται κατά βάση στις νοσοκομειακές μονάδες, καθότι καλύπτονται βασικά προβλήματα υγείας που απαιτούν ενδονοσοκομειακή περίθαλψη
4. **Στο τέταρτο επίπεδο**, όπου βρίσκεται η Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και μέσα από την οποία αντιμετωπίζονται πολύπλοκα ή εξειδικευμένα προβλήματα υγείας.

2.5 Ευρωπαϊκά Συστήματα Υγείας

Η υγειονομική περίθαλψη στην Ευρώπη παρέχεται μέσω ενός ευρέος φάσματος διαφορετικών συστημάτων που λειτουργούν σε μεμονωμένα εθνικά επίπεδα. Τα συστήματα υγείας που απαρτίζουν τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, συμβάλλουν καθοριστικά στην υψηλού βαθμού κοινωνική προστασία και συνοχή που απολαμβάνει η Ευρώπη (Θεματικό Ενημερωτικό Δελτίο Ευρωπαϊκού Εξαμήνου, 2017).

Σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες το σύστημα Επείγουσας Ιατρικής χρηματοδοτείται από κυβερνητικά κονδύλια, που παρά τις διαφορές ως προς την οργάνωση και τη χρηματοδότηση, θεμελιώνονται σε κοινές αξίες, καθολικότητα, ισότητα και αλληλεγγύη. Έτσι, με βάση τον τρόπο οργάνωσης, χρηματοδότησης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας τα συστήματα υγείας διακρίνονται σε τρείς βασικές μορφές: το ιδιωτικό, το κρατικό ή δημόσιο και το σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης (Τούντας, 2002).

Συγκεκριμένα, το ιδιωτικό μοντέλο ασφάλισης χαρακτηρίζεται από ιδιωτική ασφάλιση υγείας που βασίζεται είτε στον εργαζόμενο είτε σε μεμονωμένα άτομα και χρηματοδοτείται από ατομικές και εργοδοτικές εισφορές. Η παροχή και χρηματοδότηση των υπηρεσιών ανήκει σε ιδιωτικούς φορείς που λειτουργούν στα πλαίσια μίας ελεύθερης αγοράς (Καστανίωτη Α., 2018).

Ένα από τα πιο χαρακτηριστικά μοντέλα Εθνικών Συστημάτων Υγείας είναι το κρατικό ή δημόσιο μοντέλο ασφάλισης, γνωστό ως Beveridge. Χαρακτηρίζεται από καθολική κάλυψη της υγειονομικής περίθαλψης όλων των πολιτών από την κεντρική κυβέρνηση, ενώ χρηματοδοτείται από τη γενική φορολογία. Οι πάροχοι υγειονομικής φροντίδας είναι είτε κρατικοί είτε ελεγχόμενοι από το κράτος, τοπικά ή κεντρικά , καθώς η κατανομή και οι πληρωμές των υπηρεσιών υγείας ελέγχονται από το κράτος (Καστανίωτη Α., 2018).

Ένα ακόμα μοντέλο είναι αυτό της κοινωνικής ασφάλισης, γνωστό και ως Bismarck. Χαρακτηρίζεται από υποχρεωτική ασφαλιστική κάλυψη και χρηματοδοτείται από τις εισφορές του εργοδότη και του εργαζόμενου. Οι συντελεστές παραγωγής υγείας ελέγχονται από το κράτος αλλά μπορεί να ανήκουν στο κράτος ή σε ιδιωτικούς φορείς. Έτσι, η χρηματοδότηση προέρχεται από τους φόρους απασχόλησης και ανήκει σε ξεχωριστά κονδύλια (Καστανίωτη Α., 2018).

2.5.1 Ιταλία

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ιταλίας (NHS) στηρίζεται στο μοντέλο Beveridge, το οποίο παρέχει δωρεάν υπηρεσίες σε κάθε δικαιούχο. Η χρηματοδότηση των τομέων υγείας καλύπτεται κατά κύρια βάση από τη γενική φορολογία σε ποσοστό 67% και τις ιδιωτικές δαπάνες σε ποσοστό 33%. Το σύστημα υγείας της Ιταλίας είναι αποκεντρωμένο και αποφασιστικό ρόλο στη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας κατέχουν οι αρχές κάθε περιφέρειας, με αποτέλεσμα η ιδιωτική ασφάλιση να έχει συμπληρωματικό ρόλο (Τούντας, 2002).

Αναλυτικότερα, το NHS της Ιταλίας χρηματοδοτείται κυρίως μέσω της γενικής φορολογίας, που συμπληρώνεται από τα έσοδα των περιφερειακών επιχειρήσεων, από μεμονωμένους φόρους των εισοδημάτων και από συγχρηματοδοτήσεις που καταβάλλονται απευθείας από ασθενείς. Οι διαφορετικές δημοσιονομικές ικανότητες και τα επίπεδα αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας σε όλες τις περιφέρειες, δημιουργούν ανησυχίες σχετικά με την ικανότητα των φτωχότερων ή χαμηλότερων εισοδηματικών περιφερειών να παρέχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης υψηλής ποιότητας χωρίς αύξηση των περιφερειακών φόρων. Ωστόσο, μέσω των πολύ στενών ελέγχων των δαπανών, οι περισσότερες περιφέρειες κατάφεραν να διατηρήσουν τους προϋπολογισμούς υγείας τους ισορροπημένους τα τελευταία χρόνια. Έτσι το 2017, μόνο επτά από τις 20 περιοχές της Ιταλίας υπόκεινται σε εθνικά ελεγχόμενα σχέδια αποκατάστασης (OECD, Italy, 2019).

Παρ' όλα αυτά, οι διάφορες περιοχές της Ιταλίας μπορούν να επιλέξουν να προσφέρουν υπηρεσίες υγείας πέρα από τη λίστα πακέτων παροχών, τις οποίες όμως πρέπει να τις χρηματοδοτήσουν οι ίδιες. Η σημαντική διαπεριφερειακή κινητικότητα των ασθενών είναι ένας δείκτης ανισοτήτων στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε ολόκληρη τη χώρα. Μάλιστα, το ποσοστό των ασθενών που υποβλήθηκαν σε θεραπεία σε διαφορετική περιοχή από αυτήν της κατοικίας τους, αυξήθηκε από 7% το 2001 σε περίπου 8,5% το 2016 (OECD, Italy, 2019).

Αν και το ιταλικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από μια αποκεντρωμένη, περιφερειακή εθνική υπηρεσία υγείας (NHS), η κεντρική κυβέρνηση διοχετεύει τα γενικά φορολογικά έσοδα για την υγειονομική περίθαλψη και χρηματοδοτείται από το δημόσιο, το οποίο και καθορίζει το πακέτο παροχών (που είναι γνωστό ως livelli essenziali di assistenza,) και ασκεί τη συνολική επιμέλεια. Ωστόσο, κάθε περιοχή είναι υπεύθυνη για την οργάνωση και παροχή υπηρεσιών υγείας μέσω των τοπικών μονάδων υγείας, των δημόσιων και των διαπιστευμένων ιδιωτικών νοσοκομείων. Η υγειονομική υπηρεσία καλύπτει όλους τους πολίτες , ακόμα και τους μόνιμους κατοίκους του εξωτερικού. Η κάλυψη είναι αυτόματη και καθολική και η φροντίδα είναι γενικά δωρεάν για νοσοκομειακές και ιατρικές υπηρεσίες. Οι παράτυποι μετανάστες έχουν το δικαίωμα πρόσβασης σε επείγουσες και βασικές υπηρεσίες από το 1998 (OECD, Italy, 2019).

Η ΠΦΥ παρέχεται κατά βάση από γενικούς γιατρούς, οι οποίοι είναι ιδιώτες. Λόγω της περιορισμένης δυνατότητας άμεσης προσφυγής σε αρκετές ειδικότητες, οι γενικοί γιατροί ασκούν έλεγχο στη χρήση παροχής υπηρεσιών (gatekeeping) (Τούντας, 2002). Έτσι, οι γενικοί γιατροί αμείβονται μέσα από ένα μικτό σύστημα πληρωμής, το οποίο βασίζεται σε κατά

κεφαλή αποδοχές ανάλογα με το μέγεθος της λίστας του κάθε γιατρού και σε αμοιβές κατά πράξη.

Ο ιδιωτικός τομέας υγειονομικής περίθαλψης είναι μια πολύ δημοφιλής επιλογή στην Ιταλία. Για περισσότερες επιλογές, μικρότερους χρόνους αναμονής και πιο άνετο περιβάλλον, πολλοί πολίτες επιλέγουν να χρησιμοποιούν ιδιωτικές εγκαταστάσεις οι οποίες μπορεί να είναι αρκετά δαπανηρές (Worldsecrets, 2018).

2.5.2 Γερμανία

Η Γερμανία διαθέτει ένα σύστημα υγείας βασιζόμενο σε ασφαλιστικά ταμεία υγείας, τα οποία συνδιοικούν το σύστημα υγείας μαζί με τις ενώσεις των συμβεβλημένων με τα ταμεία γιατρών και νοσοκομείων. Στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, η χώρα ίδρυσε το Εθνικό Σύστημα Υγείας στηριγμένη στο μοντέλο Bismarck, με τις δαπάνες υγείας να προέρχονται από την κοινωνική ασφάλιση σε ποσοστό 56%, από τη γενική φορολογία σε ποσοστό 19% και από ιδιωτικές δαπάνες σε ποσοστό 24,5% (Τούντας, 2002).

Συγκεκριμένα, η ασφάλιση υγείας στη Γερμανία είναι υποχρεωτική, γι' αυτό και προσφέρει σχεδόν καθολική κάλυψη. Το γερμανικό σύστημα υγείας χωρίζεται σε δημόσια κοινωνική ασφάλιση υγείας (SHI) και ιδιωτική ασφάλιση υγείας (PHI), με ορισμένα κριτήρια που καθορίζουν το ποιος είναι ασφαλισμένος. Οι εργαζόμενοι συνήθως είναι ασφαλισμένοι στο SHI, όμως άτομα των οποίων το εισόδημα υπερβαίνει ένα καθορισμένο κατώτατο όριο ή άτομα που ανήκουν σε μια συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα, π.χ. αυτοαπασχολούμενοι ή δημόσιοι υπάλληλοι, μπορούν να επιλέξουν να εγγραφούν στο PHI για πλήρη ασφάλιση (OECD, Germany, 2019).

Το σύστημα SHI πολλαπλών πληρωμών αποτελείται σήμερα από 109 ταμεία ασθενείας που καλύπτουν το 87% του πληθυσμού και περίπου το 11% του πληθυσμού καλύπτεται με μία από τις 41 ιδιωτικές εταιρείες ασφάλισης υγείας. Άλλες συγκεκριμένες ομάδες (π.χ. στρατιώτες, αστυνομία, πυροσβεστική) καλύπτονται από ειδικά σχέδια. Αν και η κάλυψη είναι καθολική για όλους τους νόμιμους κατοίκους, εξακολουθούν να υπάρχουν κενά λόγω οικονομικών ή διοικητικών εμποδίων (OECD, Germany, 2019).Έτσι, η εισαγωγή στα γερμανικά νοσοκομεία γίνεται ύστερα από παραπομπή γενικού ή ειδικού γιατρού και παρέχεται η δυνατότητα σε κάθε ασφαλισμένο πολίτη να επιλέγει ελεύθερα το γιατρό του από τη λίστα των συμβεβλημένων γιατρών με το ταμείο του (Worldsecrets, 2018).

Οι αρμοδιότητες για τη διακυβέρνηση του συστήματος υγείας θεωρούνται αρκετά περίπλοκες και γι' αυτό το λόγο χωρίζονται σε τρία επίπεδα (OECD, Germany, 2019):

1. **Ομοσπονδιακό επίπεδο**: είναι υπεύθυνο για τη χάραξη πολιτικής, δηλαδή την ανάπτυξη νόμων και τη σύνταξη διοικητικών κατευθυντήριων γραμμών.

2. **Κρατικό επίπεδο (Länder):** είναι υπεύθυνο για τον προγραμματισμό νοσοκομείων και τη χρηματοδότηση επενδύσεων σε νοσοκομεία.

3. **Όργανα αυτό-διακυβέρνησης**: όπως είναι οι ενώσεις ταμείων ασθενείας και παροχών, και ενώνονται στην Ομοσπονδιακή Μικτή Επιτροπή, η οποία είναι υπεύθυνη για τη μετάφραση των νομοθετικών στόχων σε συγκεκριμένους κανονισμούς. Η Ομοσπονδιακή Μικτή Επιτροπή εκδίδει οδηγίες για παρόχους, πληρωτές, ασθενείς και κατασκευαστές που αφορούν τα οφέλη που καλύπτονται από τα ταμεία SHI.

Το SHI χρηματοδοτείται πρωτίστως μέσω των υποχρεωτικών εισερχόμενων εισφορών που αφαιρούνται από εργοδότες και εργαζομένους αλλά και από φορολογικά έσοδα. Οι συνεισφορές του SHI συγκεντρώνονται στο Κεντρικό Ταμείο Υγείας (Gesundheitsfonds) και ανακατανέμονται στα ταμεία ασθενείας σύμφωνα με ένα πρόγραμμα προσαρμογής κινδύνου βάσει νοσηρότητας (National Association of Statutory Health Insurance Physicians, 2018).

Απ' την άλλη, τα ασφάλιστρα του PHI εξαρτώνται από μεμονωμένες ασθένειες για την υγεία. Για την παροχή περιπατητικής υπηρεσίας, υπάρχουν διαφορετικά συστήματα πληρωμής τα οποία καλύπτονται από το SHI και το PHI, παρά το γεγονός ότι η θεραπεία ασθενών του PHI είναι γενικά πολύ πιο επικερδής για τους γιατρούς. Αυτό οδηγεί σε ανισότητες, με τους ασθενείς του SHI να εκτίθενται σε μεγαλύτερους χρόνους αναμονής απ' ότι οι ασθενείς του PHI (National Association of Statutory Health Insurance Physicians, 2018).

Το σύστημα υγείας της Γερμανίας θεωρείται από τα αρτιότερα του κόσμου και αποτελείται από ένα πολυπληθές δίκτυο άριστα εκπαιδευμένων γιατρών, οι οποίοι αμείβονται κατά πράξη, με τιμές που καθορίζονται κατόπιν διαπραγματεύσεων των ταμείων υγείας με τα τοπικά ιατρικά σωματεία σε ετήσια βάση (Worldsecrets, 2018).

2.5.3 Σουηδία

Το σύστημα υγείας της Σουηδίας στηρίζεται στο μοντέλο Beveridge, όπου ισχύει η υποχρεωτική ασφάλιση σε συνδυασμό, με την καθολική κάλυψη του πληθυσμού και με την

αυξημένη κρατική παρέμβαση. Βασικός στόχος του συστήματος είναι η καλή υγεία και οι καλές υπηρεσίες που θα παρέχονται δωρεάν στο μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού. Η χρηματοδότηση και η διοίκηση των υπηρεσιών υγείας ασκείται από τις τοπικές αρχές, καθότι χρηματοδοτείται από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση σε ποσοστό 78% και από ιδιωτικές πληρωμές σε ποσοστό 22% (Τούντας, 2002).

Στις αρχές της δεκαετίας του ’90, παρατηρήθηκε ένα φλέγον ζήτημα το οποίο αφορούσε την προσβασιμότητα στην φροντίδα υγείας και τους χρόνους αναμονής για την εξυπηρέτηση των πολιτών. Έτσι το 2018, η κυβέρνηση επένδυσε 1 δισεκατομμύριο κορώνες (100 εκατομμύρια ευρώ) για τη βελτίωση της πρόσβασης στη φροντίδα υγείας, με στόχο τη παροχή θεραπείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα και την ανάπτυξη «συμβάσεων ασθενών», τα οποία συμβάλλουν στην (OECD, Σουηδία, 2019) :

- Αύξηση του συντονισμού φροντίδας, θεραπείας και προσπάθειας πρόληψης για ασθενείς με πολλαπλή υγειονομική περίθαλψη.
- Εξασφάλιση ότι όλοι οι ασθενείς λαμβάνουν τη φροντίδα που έχουν ανάγκη εντός εύλογου χρονικού διαστήματος.
- Εξασφάλιση ότι οι ασθενείς λαμβάνουν μια επισκόπηση της προγραμματισμένης φροντίδας, προκειμένου να προβούν σε ανάλογες ερωτήσεις.
- Αύξηση της συνεργασίας μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και μεταξύ των επαρχιακών συμβουλίων και δήμων για τον συντονισμό περίθαλψης.

Ωστόσο, η νέα κυβέρνηση ανακοίνωσε τον Ιανουάριο του 2019 ότι έχει δρομολογηθεί ένα σχέδιο που αφορά τη μείωση των χρόνων αναμονής για την επιλεκτική χειρουργική επέμβαση και το οποίο θα προετοιμαζόταν σε συνεργασία με τα περιφερειακά κομμητειακά συμβούλια. Η κυβέρνηση θα εφαρμόσει μια μεταρρύθμιση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη για την ενίσχυση της, αλλά και τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας για τους παρόχους πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Επίσης, ειδική προτεραιότητα δίνεται στην παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε αγροτικές περιοχές, όπως και σε τομείς που περιλαμβάνουν την ενίσχυση φροντίδας έκτακτης ανάγκης, φροντίδας του καρκίνου, φροντίδας της μητρότητας, ψυχιατρική περίθαλψη και πρόληψη αυτοκτονιών (OECD, Σουηδία, 2019) .

Οι Σουηδοί είναι ελεύθεροι να επιλέξουν τους παρόχους πρωτοβάθμιας περίθαλψης και να επικοινωνήσουν με ειδικούς στις περισσότερες περιοχές. Συγκεκριμένα, στη Σουηδία ο νόμος προβλέπει άμεση επικοινωνία με το κέντρο πρωτοβάθμιας φροντίδας την ίδια ημέρα για να

λάβουν ιατρική αξιολόγηση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη εντός τριών ημερών, επίβλεψη από τον γενικό γιατρό εντός 7 ημερών, με πρώτη επίσκεψη για εξειδικευμένη φροντίδα, χειρουργική επέμβαση ή θεραπεία εντός 90 ημερών. Όταν ξεπεραστούν αυτά τα κατώτατα όρια για τους χρόνους αναμονής, τα οποία υπερβαίνονται σε πολλές περιπτώσεις, οι ασθενείς καταφεύγουν για περίθαλψη στον ιδιωτικό τομέα, η οποία πληρώνεται από την περιοχή τους (OECD, Σουηδία, 2019).

Το Σουηδικό σύστημα υγείας συγκαταλέγεται στα πιο δαπανηρά συστήματα υγείας παγκοσμίως, με την υψηλότερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας. Ένα μεγάλο ποσοστό γιατρών αμείβεται με μισθό, ενώ ένα μικρότερο ποσοστό ιδιωτών γιατρών αμείβεται κατά πράξη (Τούντας, 2002). Παρά όμως τα προβλήματα που υπάρχουν, όπως το υψηλό κόστος συντήρησης του συστήματος και οι μεγάλες λίστες αναμονών, η Σουηδία κατατάσσεται σε ένα από τα αποτελεσματικότερα συστήματα υγείας παγκοσμίως, καταβάλλοντας προσπάθειες επίλυσης των προβλημάτων για βελτίωση του συστήματος.

2.5.4 Ηνωμένο Βασίλειο

Στο Ηνωμένο Βασίλειο μέχρι το 1900 δεν υπήρχε κανενός είδος κοινωνικής ασφάλισης και την υγειονομική φροντίδα παρείχε αποκλειστικά η εκκλησία. Στις αρχές του 1910 συστάθηκε ο εθνικός οργανισμός ασφάλισης υγείας μέσα από τις εισφορές των εργαζομένων. Έκτοτε, εφαρμόστηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) με καθολική κάλυψη του πληθυσμού σε υγειονομική φροντίδα (Worldsecrets, 2018).

Από το 1999, η υγειονομική περίθαλψη αποτελεί αποκεντρωμένη ευθύνη των τεσσάρων εθνών του Ηνωμένου Βασιλείου και ο τρόπος με τον οποίο οι υπηρεσίες οργανώνονται και πληρώνονται αποκλίνει σημαντικά, καθώς οι αποκεντρωμένες κυβερνήσεις έχουν επιλέξει διαφορετικούς τρόπους αντιμετώπισης των ζητημάτων υγείας. Ωστόσο, όλα τα έθνη διατηρούν το μοντέλο NHS που χρηματοδοτείται από το φόρο, παρά το γεγονός ότι κάθε έθνος έχει τα δικά του πλαίσια προγραμματισμού και παρακολούθησης και τις δικές του υπηρεσίες δημόσιας υγείας, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται διαφορές σε ορισμένους τομείς της πολιτικής (OECD, United Kingdom, 2019).

Η κεντρική κυβέρνηση διαθέτει άμεσα τα χρήματα για την υγειονομική περίθαλψη στην Αγγλία και παρέχει επιχορηγήσεις στις χώρες (Σκωτία, Ουαλία και Βόρεια Ιρλανδία), οι οποίες στη συνέχεια καθορίζουν τους δικούς τους προϋπολογισμούς για την υγεία και το πώς θα χρησιμοποιηθούν οι επιχορηγήσεις. Οι τοπικοί φορείς ανάθεσης στην Αγγλία λαμβάνουν

αποφάσεις σχετικά με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τις συνήθεις υπηρεσίες που πρέπει να παρέχονται, λαμβάνοντας υπόψη τους δημοσιονομικούς περιορισμούς και τις εθνικές οδηγίες. Οι εξειδικευμένες υπηρεσίες υψηλού κόστους ανατίθενται σε εθνικό ή περιφερειακό επίπεδο και πρέπει να ακολουθούν συστάσεις από το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Αριστείας Φροντίδας (NICE). Ωστόσο, ορισμένες υπηρεσίες εξακολουθούν να υπόκεινται σε διαφοροποίηση της κάλυψης. Οι λίστες αναμονής για εκλεκτικές χειρουργικές επεμβάσεις διαφέρουν μεταξύ των περιοχών και των εθνών ανάλογα με τις πιέσεις που αντιμετώπισαν οι αντίστοιχες υπηρεσίες (OECD, United Kingdom, 2019).

Φαίνεται όμως, ότι το αγγλικό σύστημα υγείας αντιμετωπίζει σημαντικά προβλήματα που απορρέουν από την δυσκολία πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες του, στοχοποιώντας τις λίστες αναμονής στις χειρουργικές επεμβάσεις και τις εισαγωγές στα νοσοκομεία. Έτσι, οι ασθενείς που επιλέγουν την ιδιωτική περίθαλψη είναι χιλιάδες, αφού από τον Απρίλιο του 2008 τα ιδιωτικά νοσοκομεία παρείχαν τη δυνατότητα δωρεάν νοσηλείας (Worldsecrets, 2018).

Το σύστημα υγείας που χρησιμοποιείται είναι τύπου Beveridge και η χρηματοδότηση του προέρχεται κατά βάση από τον προϋπολογισμό της γενικής φορολογίας σε ποσοστό 79%, από την κοινωνική ασφάλιση σε ποσοστό 16% και από ιδιωτικές πληρωμές σε ποσοστό 5%. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται από τους γενικούς γιατρούς, οι οποίοι αμείβονται κατά πράξη, ενώ οι νοσοκομειακοί γιατροί αμείβονται με μισθό ή σε ομαδική βάση (Τούντας, 2002). Ωστόσο, σε αρκετές περιπτώσεις η ΠΦΥ παρέχεται από ομάδες νοσοκόμων και μερικές φορές από άλλους συναφείς επαγγελματίες υγείας οι οποίοι παρέχουν το πρώτο σημείο επαφής και θεραπείας για κοινές παθήσεις (OECD, United Kingdom, 2019).

Παρ’ όλα αυτά, ένα μεγάλο μέρος της δευτεροβάθμιας περίθαλψης παρέχεται στα νοσοκομεία του NHS. Οι υπηρεσίες τριτοβάθμιας περίθαλψης, οι οποίες προσφέρουν εξαιρετικά εξειδικευμένη περίθαλψη για πιο περίπλοκες περιπτώσεις αλλά και σπάνιες ασθένειες, τείνουν να είναι τα μεγαλύτερα νοσοκομεία τα οποία συνδέονται με ιατρικές σχολές. Στην Αγγλία, οι περικοπές στους προϋπολογισμούς των τοπικών συμβουλίων και οι ελλείψεις των εργαζομένων φροντίδας υγείας ασκούν μεγάλη πίεση στον κλάδο κοινωνικής μέριμνας του τομέα της μακροχρόνιας περίθαλψης, με πολλούς παρόχους να κλείνουν καθώς δεν ήταν πλέον οικονομικά βιώσιμοι (OECD, United Kingdom, 2019).

2.5.5 Γαλλία

Το Γαλλικό σύστημα υγείας είναι ένα από τα πιο επιτυχημένα και αποτελεσματικά στην Ευρώπη, καθώς χρησιμοποιεί το μοντέλο Bismarck. Η ασφάλιση υγείας καλύπτει συνεχώς όλο και μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού, καθώς στηρίζεται στη χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης χωρίς να απουσιάζει ο κυβερνητικός έλεγχος (Τούντας, 2002).

Παρόλο που το σύστημα υγείας της Γαλλίας βασίζεται κυρίως σε ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υγείας (SHI) το οποίο διακατέχει ισχυρό ρόλο για το κράτος, το σύστημα ενός πληρωτή βασίζεται όλο και περισσότερο σε φορολογικά έσοδα προκειμένου να διασφαλίσει την οικονομική βιωσιμότητα των ταμείων ασφάλισης υγείας. Τις δύο τελευταίες δεκαετίες, το κράτος έχει εμπλακεί όλο και περισσότερο στον έλεγχο των δαπανών υγείας που χρηματοδοτούνται από το σύστημα SHI. Έτσι από το 2009, οι περιφερειακοί οργανισμοί υγείας έχουν διαδραματίσει διευρυνόμενο ρόλο στη διαχείριση της παροχής υγειονομικής περίθαλψης σε τοπικό επίπεδο.

Η Εθνική Στρατηγική Υγείας 2018-22, που υιοθετήθηκε το 2017, θέτει φιλόδοξους στόχους για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας και για τη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας. Συγκεκριμένα, διαρθρώνεται πάνω σε τέσσερις κύριες προτεραιότητες (OECD, France, 2019):

- Να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στις πολιτικές προωθήσεις και προλήψεις της υγείας, καθ' όλη τη διάρκεια ζωής σε όλες τις κοινωνικό-οικονομικές ομάδες.
- Την αντιμετώπιση των κοινωνικών και γεωγραφικών ανισοτήτων στην πρόσβαση της υγειονομικής περίθαλψης.
- Να διασφαλίσει την ποιότητα, την ασφάλεια και την καταλληλότητα της υγειονομικής περίθαλψης.
- Να ανοίξει νέο έδαφος στη μετατροπή του συστήματος υγείας επιβεβαιώνοντας εκ νέου το ρόλο των χρηστών του.

Το σύστημα ασφάλισης της Γαλλίας καλύπτει περίπου το 85% των μισθωτών σε διαφορετικούς κλάδους εργαζομένων. Έτσι, το 90% της νοσοκομειακής χρηματοδότησης προέρχεται από το κράτος, ενώ το υπόλοιπο καλύπτεται από τις πληρωμές ιδιωτών. Όλοι οι ασφαλισμένοι έχουν τη δυνατότητα επιλογής γιατρού, ακόμα και ειδικευμένους γιατρούς, παρά το γεγονός ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από ιδιώτες γιατρούς (Worldsecrets, 2018).

Το γαλλικό πακέτο παροχών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι ευρύ όσον αφορά τα καλυπτόμενα αγαθά και υπηρεσίες, αφού συμπεριλαμβάνει τόσο τη νοσοκομειακή περίθαλψη στους εξωτερικούς ασθενείς, όσο και τη χορήγηση φαρμακευτικών προϊόντων, ιατρικών συσκευών, ιατρικών μεταφορών, ψυχικής φροντίδας και οδοντιατρικής περίθαλψης (OECD, France, 2019).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η Γαλλία κατέχει την 1η θέση παγκοσμίως στην απόδοση του συστήματος υγείας της, καθώς έχει καταφέρει να ενοποιήσει τα δημόσια και ιδιωτικά συστήματα υγείας μέσω μεταρρυθμίσεων. Χαρακτηριστικό στοιχείο της κοινωνικής ασφάλισης του συστήματος είναι ότι αποτελείται από τρείς πυλώνες: το βασικό (την κύρια ασφάλιση), το συμπληρωματικό (επικουρική ασφάλιση) και τον υπερ-συμπληρωματικό, με τους δύο πρώτους να είναι υποχρεωτικοί, ενώ ο τρίτος να είναι προαιρετικός. Έτσι, το γαλλικό σύστημα μπορεί να χαρακτηριστεί ως το πιο φιλελεύθερο στην αυτονομία των ασθενών και γιατρών σε παγκόσμιο επίπεδο (Worldsecrets, 2018).

2.6 Το Σύστημα Υγείας των ΗΠΑ

Οι ΗΠΑ αποτελούν ένα από τα κράτη παγκοσμίως που παρουσιάζουν το μεγαλύτερο πρόβλημα στην παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στους πολίτες της, καθότι αντιπροσωπεύει μια παραλλαγή του μοντέλου Bismarck με έμφαση στην ιδιωτική ασφάλιση αντί στην κοινωνική (Τούντας, 2002). Το σύστημα υγείας χρηματοδοτείται από έναν συνδυασμό του δημοσίου και ιδιωτικού εισοδήματος. Έτσι, το βασικό εισόδημα προέρχεται από την κυβερνητική φορολόγηση και καταλήγει να συμπληρώνεται από συνδρομές και πληρωμές που προκύπτουν από παροχή υπηρεσιών. Ο τρόπος χρηματοδότησης διαφέρει από πολιτεία σε πολιτεία, συνεπώς σε πολιτείες που η χρηματοδότηση προέρχεται από τον δημόσιο φορέα η πηγή των χρημάτων, εκτός της φορολόγησης, μπορεί να προέρχεται και από αλλού, όπως από τα ένσημα των διπλωμάτων οδήγησης ή από τις κλήσεις των οδικών παραβάσεων και άλλα (Ανθόπουλος Γ., 2001).

Τα προγράμματα των συνδρομών επιτρέπουν στο κοινό να προπληρώνει τις υπηρεσίες του Συστήματος Άμεσης Υγειονομικής Παρέμβασης των ΗΠΑ (EMS) με έναν ή δύο τρόπους. Μια συνδρομή, εξαρτώμενη και από το πρόγραμμα, το οποίο είναι ένα συμβόλαιο για παροχή υπηρεσιών από το EMS χωρίς επιπλέον χρέωση, ή σταθεροποίηση του κόστους υπηρεσιών από το EMS, οπότε σε περίπτωση ιδιωτικής ασφάλισης, η υπηρεσία προπληρώνεται και σε

περίπτωση ανάγκης κάλυψης κάποιας δαπάνης από την ασφάλεια, αυτή αφαιρείται από την συνδρομή (Ανθόπουλος Γ., 2001).

Το εισόδημα προέρχεται από επί πληρωμή υπηρεσίες και πηγάζει από 5 βασικούς τομείς (Ανθόπουλος Γ., 2001):

1. **Medicare**: Ομοσπονδιακή δημόσια φροντίδα ηλικιωμένων.
2. **Medicaid**: Ομοσπονδιακή δημόσια φροντίδα απόρων.
3. **Blue Shield & Blue Cross**: Ιδιωτικές ασφαλίσεις για Πρωτοβάθμια και Νοσοκομειακή φροντίδα.
4. **HMO (Health Maintenance Organization)**: Οργανισμός ασφάλισης υγείας με πλήρη κάλυψη φροντίδας.
5. **VA (Veterans Administration):** Οργανισμός δημόσιας φροντίδας για βετεράνους.

Γενικά το ασφαλιστικό σύστημα είναι έτσι οργανωμένο, ώστε να αναγνωρίζει και να πληρώνει μόνο την μεταφορά και τα μέσα που χρειάστηκαν για αυτή και όχι τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που έγιναν πριν από αυτή. Όμως, όσο αφορά τη δημόσια μορφή του EMS, η χρηματοδότηση είναι ανεξάρτητη από το υπόλοιπο σύστημα υγείας, διότι θεωρείται ανεξάρτητη υπηρεσία όπως η αστυνομία (Ανθόπουλος Γ., 2001).

Στο EMS οι άνθρωποι που το στελεχώνουν, προέρχονται από διάφορες κατηγορίες επαγγελματικής κατάρτισης, νοσηλευτές, ιατροί, ειδικοί πρώτων βοηθειών, ειδικοί στις τηλεπικοινωνίες και διοικητικοί. Η πλειοψηφία της εκτός νοσοκομείου παρέμβασης γίνεται από ειδικό παραϊατρικό προσωπικό που κατέχει τον τίτλο του Τεχνικού Ιατρικών Υπηρεσιών (emergency medical technician-EMT) (Ανθόπουλος Γ., 2001).

Στις ΗΠΑ υπάρχουν πάνω από 40 διαφορετικά διπλώματα EMT, όμως ο εθνικός φορέας στην εκπαίδευση των EMT έχει θεσπιστεί σε τέσσερα επίπεδα (Ανθόπουλος Γ., 2001):

1. First Responder: Εξουσιοδοτημένος για πρώτες βοήθειες.
2. Basic EMT: Τεχνικός Ιατρικών Υπηρεσιών βασικού επιπέδου.
3. Intermediate EMT: Τεχνικός Ιατρικών Υπηρεσιών μέσου επιπέδου.
4. Paramedic EMT: Ειδικευμένος Τεχνικός Ιατρικών Υπηρεσιών.

Οι νοσηλευτές συμμετέχουν στο EMS σε επίπεδο διοικητικό και εκπαιδευτικό, αλλά και σε επίπεδο παροχής φροντίδας, όταν το περιστατικό το απαιτεί, όπως στις αεροδιακομιδές, όπου υπάρχει πάντα μία ειδικευμένη νοσηλεύτρια στα επείγοντα περιστατικά (Ανθόπουλος Γ., 2001).

Σημαντικό ρόλο στο EMS των ΗΠΑ διαδραματίζει η Πυροσβεστική Υπηρεσία της χώρας, η οποία συνεργάζεται με τους οργανισμούς που παρέχουν πρώτες βοήθειες, καθώς οι πυροσβέστες εκπαιδεύονται στις πρώτες βοήθειες, αλλά και οι διασώστες EMT σε θέματα πυροσβεστικής ώστε η συνεργασία να είναι πλήρης και αποτελεσματική. Η συνεργασία αυτή επιτεύχθηκε, διότι η πυροσβεστική είναι η υπηρεσία με την πιο γρήγορη πρόσβαση στα ατυχήματα (Ανθόπουλος Γ., 2001).

Για το λόγο αυτό, η επικοινωνία έκτακτης ανάγκης στην Αμερική γίνεται μέσω ενός κοινού αριθμού για όλες τις υπηρεσίες (αστυνομία, πυροσβεστική, πρώτες βοήθειες). Η βασικότερη πληροφορία που λαμβάνεται κατά την ώρα της επείγουσας κλήσης είναι η τοποθεσία του ατόμου που έχει ανάγκη από βοήθεια. Κάτι το οποίο οδήγησε στην ανάπτυξη ενός συστήματος για την αυτόματη εύρεση της τοποθεσίας από την οποία γίνεται η επείγουσα κλήση. Έτσι, σε συνδυασμό με τις κινητές μονάδες που φέρουν ειδικά συστήματα εντοπισμού τους από το κέντρο άμεσης βοήθειας, βελτιώνεται ο χρόνος και η ποιότητα στην προσφορά βοήθειας (Ανθόπουλος Γ., 2001).

2.7 Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα βασίζεται στο μοντέλο Beveridge, με την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) το 1983, από την πρώτη Κυβέρνηση Ανδρέα Παπανδρέου, στα πλαίσια μιας μεταρρύθμισης και αναβάθμισης της δημόσιας υγείας αλλά και της λειτουργικής ενοποίησης των δημόσιων υποδομών περίθαλψης με στόχο την ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική κάλυψη των αναγκών του ελληνικού πληθυσμού μέσω της παροχής δωρεάν υπηρεσιών (Βικιπαιδεία, Εθνικό Σύστημα Υγείας Ελλάδας).

Καθοριστικό ρόλο στο σύστημα υγείας κατέχει τόσο η κοινωνική ασφάλιση όσο και το κεντρικά χρηματοδοτούμενο ΕΣΥ, κατατάσσοντας το ως μεικτό σύστημα. Με το νόμο 1397/83 εισήχθη μια μεταρρύθμιση μέσα από την οποία αιχμή του συστήματος ήταν η δημιουργία Κέντρων Υγείας, περιφερειακών και νομαρχιακών Νοσοκομείων στην Ελλάδα. Κύριος φορέας της κοινωνικής ασφάλισης ανακηρύσσεται στις αρχές του 2000 το ΙΚΑ,

συμπεριλαμβανομένων και άλλων μικρότερων φορέων όπως ο Οίκος Ναύτου, οι τραπεζοϋπάλληλοι κ.α., οι οποίοι παρέχουν δικές τους υπηρεσίες υγείας σε μεγάλο αριθμό ασφαλισμένων.

Τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας στην Ελλάδα υπάγονται διοικητικά στα 17 Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (Πε.Σ.Υ.), των οποίων η χρηματοδότηση προέρχεται από τη γενική φορολογία κατά 60% και από πληρωμές της κοινωνικής ασφάλισης και των ιδιωτών κατά 40%. Έτσι, η ΠΦΥ παρέχεται από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, από πολυιατρεία του ΙΚΑ, από κέντρα υγείας του ΕΣΥ και από ιδιώτες γιατρούς (Τούντας, 2002).

Στις αρχές του 2010 ξεκίνησαν σαρωτικές διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις, αλλά και μεταρρυθμίσεις με γνώμονα την αποδοτικότητα στο πλαίσιο του προγράμματος οικονομικής προσαρμογής της χώρας. Έκτοτε, τον Μάρτιο του 2011 η χώρα προχώρησε σε μια καθοριστική μεταρρύθμιση με τη δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), καθορίζοντας τον ως κύριο αγοραστή υπηρεσιών υγείας. Η μεταρρύθμιση αυτή συμπεριλάμβανε τη συγχώνευση των κλάδων υγείας των κύριων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης βάσει επαγγέλματος (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ, Οίκος Ναύτου, μισθωτούς εργαζόμενους, γεωργούς, αυτοαπασχολούμενους, δημόσιους υπαλλήλους), στο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών. Ωστόσο, τα σχέδια για μεταβίβαση περισσότερων αρμοδιοτήτων στις περιφερειακές υγειονομικές αρχές είχαν μικρότερο αντίκτυπο και ο τομέας της υγείας εξακολουθεί να χαρακτηρίζεται από μεγάλο βαθμό συγκέντρωσης.

Παρόλα αυτά, η υγειονομική ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού στην Ελλάδα συνδέονταν κυρίως με το καθεστώς απασχόλησης μέσω της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Συγκεκριμένα, ο ασφαλισμένος έχει πρόσβαση σε μια ενοποιημένη δέσμη παροχών υπηρεσιών υγείας, η οποία όμως περιλαμβάνει τη πρωτοβάθμια φροντίδα, τις διαγνωστικές εξετάσεις καθώς και την εξειδικευμένη εξωνοσοκομειακή και ενδονοσοκομειακή περίθαλψη. Έτσι από το 2012, προκειμένου να αντιμετωπιστεί η προκλητή ζήτηση, επιβλήθηκαν στους ιατρούς όρια στον αριθμό των αποζημιωμένων από τον ΕΟΠΥΥ στις καθημερινές, εβδομαδιαίες και μηνιαίες επισκέψεις. Ωστόσο, αυτή η επιβολή σε ορισμένες περιπτώσεις είχε ως αποτέλεσμα οι ασθενείς να καθυστερούν την αναζήτηση φροντίδας και να στρέφονται σε εναλλακτικό πάροχο ή να πληρώνουν απευθείας την επίσκεψη με άμεση πληρωμή, είτε επίσημα είτε «κάτω από το τραπέζι» (OECD, 2019).

Αργότερα, κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, αναδείχθηκε το μεγάλο κενό στην πληθυσμιακή υγειονομική κάλυψη για τους ανέργους και τα εξαρτώμενα μέλη τους, με

περισσότερα από 2 εκατομμύρια άτομα να μην μπορούν να έχουν πρόσβαση στις χρηματοδοτούμενες από το κράτος υπηρεσίες έως το 2015. Ύστερα από μια σειρά νομοθετικών και διοικητικών προσπαθειών που ξεκίνησαν το 2013, και παρά το γεγονός ότι το 2014 θεσπίστηκε με νόμο η καθολική πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη σε όλους τους Έλληνες πολίτες, δίνοντας τους το δικαίωμα πρόσβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, το πρόβλημα της υγειονομικής κάλυψης φαίνεται να επιλύθηκε με επιτυχία το 2016, όταν τελικά διατέθηκε επιπλέον χρηματοδότηση για την κάλυψη προηγούμενων ανασφάλιστων (OECD, 2017, 2019).

Με την Ελλάδα να προσφέρει πλέον καθολική κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης, το Υπουργείο Υγείας κηρύσσεται υπεύθυνο για την ευρεία ρύθμιση όλου του συστήματος. Οι περιφερειακές αρχές αναμένεται να διαδραματίζουν ολοένα και μεγαλύτερο ρόλο στον συντονισμό της πρωτοβάθμιας φροντίδας, αν και στην πράξη δεν διαθέτουν επί του παρόντος ούτε εξουσία ούτε πόρους (ΟΟΣΑ, 2019).

Εν συνεχεία, με μεταγενέστερη νομοθεσία θεσπίστηκε η δωρεάν πρόσβαση στα δημόσια νοσοκομεία και το δικαίωμα της φαρμακευτικής περίθαλψης για τους ανασφάλιστους, με τους ίδιους όρους και τις ίδιες συμμετοχές στις πληρωμές που ίσχυαν για τους ασφαλισμένους. Ωστόσο, εξαιτίας διαφόρων διοικητικών εμποδίων τα μέτρα αυτά αποδυναμώθηκαν σημαντικά. Αποτέλεσμα αυτού, ήταν το 2016 να απαιτηθεί νέα δράση που οδηγούσε στη θέσπιση νέας νομοθεσίας, η οποία πλέον καθιστά το δικαίωμα της πρόσβασης όλων των Ελλήνων πολιτών στην υγειονομική περίθαλψη και παρέχει ολοκληρωμένη κάλυψη όχι μόνο σε αυτούς αλλά και στους παράτυπους μετανάστες και πρόσφυγες (OECD, 2017).

Αξιοσημείωτη είναι μια σημαντική μεταρρύθμιση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας που αποσκοπεί στην κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού, η οποία ξεκίνησε στο τέλος του 2017 πιλοτικά και η πλήρης εφαρμογή της εκτείνεται σε διάρκεια τριών ετών. Συγκεκριμένα, έχει αναπτυχθεί σταδιακά ένα ολοκληρωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας, καθώς και ένας μηχανισμός υποχρεωτικής παραπομπής στους ειδικούς ιατρούς μέσω του γενικού ιατρού (gatekeeping), με την ίδρυση μικρότερων τοπικών μονάδων υγείας και μεγαλύτερων κέντρων υγείας. Οι δομές αυτές προσφέρουν από κοινού πλήρες φάσμα υπηρεσιών, το οποίο περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, εξειδικευμένες εξωνοσοκομειακές και διαγνωστικές υπηρεσίες, οδοντιατρική περίθαλψη, φροντίδα της μητέρας και του παιδιού, βασική επείγουσα περίθαλψη και προληπτικές δραστηριότητες(ΟΟΣΑ, 2019).

Μέχρι και σήμερα, η μεγαλύτερη πρόκληση είναι η προσέλκυση αρκετών γενικών ιατρών προκειμένου να επιτευχθεί η παραπάνω επέκταση. Παρόλα αυτά όμως, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα βρίσκεται σε μεταβατικό στάδιο και η λειτουργία του μηχανισμού υποχρεωτικών παραπομπών (gatekeeping) έχει αναβληθεί. Γι' αυτό και η παραπομπή σε ειδικό ιατρό δεν είναι ακόμη υποχρεωτική και οι πολίτες εξακολουθούν να μπορούν να έχουν απευθείας πρόσβαση σε υπηρεσίες ειδικών ιατρών, ανεξάρτητα από το αν έχουν εγγραφεί σε γενικό ιατρό ή όχι. Η απευθείας πρόσβαση σε ειδικούς ιατρούς θα καταργηθεί σταδιακά, με την προσδοκία ότι οι γενικοί ιατροί θα γίνουν το πρώτο σημείο επαφής για όλους τους κατοίκους (ΟΟΣΑ, 2019).

Κεφάλαιο Τρίτο: Επείγουσα Προνοσοκομειακή Φροντίδα Υγείας

3.1 Επείγουσα Προνοσοκομειακή Φροντίδα Υγείας στην Ευρώπη

Η παροχή επείγουσας προνοσοκομειακής περίθαλψης ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των χωρών της Ευρώπης και σε ορισμένες περιπτώσεις μεταξύ των διαφορετικών περιοχών της ίδιας χώρας, εξαιτίας των διαθέσιμων πόρων και της άνισης γεωγραφικής κατανομής που διέπει την κάθε χώρα.

Η Επείγουσα Ιατρική είναι μία ειδικότητα βασισμένη στη γνώση και τις δεξιότητες που απαιτούνται για την πρόληψη, τη διάγνωση και τη διαχείριση των έκτακτων και επειγόντων εκφράσεων των ασθενειών και του τραύματος, που αφορούν ασθενείς όλων των ηλικιακών ομάδων με ένα ευρύ φάσμα αδιαφοροποίητων διαταραχών της φυσιολογίας και της συμπεριφοράς. Είναι μια ειδικότητα στην οποία ο χρόνος είναι κρίσιμος. Η πρακτική της Επείγουσας Ιατρικής περιλαμβάνει προνοσοκομειακή και ενδονοσοκομειακή διαλογή, αναζωογόνηση, αρχική εκτίμηση και διαχείριση αδιαφοροποίητων έκτακτων και επειγόντων περιστατικών μέχρι την έξοδό τους ή τη μεταβίβασή τους στη φροντίδα άλλου ιατρού ή επαγγελματία υγείας. Επίσης, περιλαμβάνει τη συμμετοχή στην ανάπτυξη προνοσοκομειακών και ενδονοσοκομειακών συστημάτων Επείγουσας Ιατρικής (EuSEM, 2007).

Η Επείγουσα Ιατρική αλλά και το σύνολο αυτών που ασχολούνται με την επείγουσα προνοσοκομειακή περίθαλψη στην Ευρώπη, περιλαμβάνουν την άμεση παροχή πρώτων βοηθειών και τη θεραπεία που παρέχεται επί τόπου οπουδήποτε συμβεί ή κατά τη μεταφορά στο νοσοκομείο, σε κάθε έκτακτη περίπτωση λόγω ατυχήματος ή ασθένειας. Στόχος, είναι να δημιουργηθούν οι καλύτερες δυνατές συνθήκες μέσα από ένα ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας και επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας, που θα προετοιμάσουν τον ασθενή και θα τον βάλουν σε όσο το δυνατόν καλύτερη κατάσταση για το επόμενο τμήμα της αλυσίδας υγειονομικής περίθαλψης.

Αποτελείται κυρίως από την ιατρική περίθαλψη, την επείγουσα περίθαλψη, τη διατήρηση στη ζωή ενός ασθενή ή τραυματία ή ενός ατόμου σε κίνδυνο και τη μεταφορά του σε ασφαλή τοποθεσία με ασθενοφόρα, καθώς και τις πράξεις διάσωσης στο χώρο μιας καταστροφής. Οι κλήσεις έκτακτης ανάγκης στα Τηλεφωνικά Κέντρα Άμεσης Βοήθειας αποτελούν μέρος του προνοσοκομειακού συστήματος υγείας στην Ευρώπη. Οι φορείς έκτακτης ανάγκης, πρέπει να δώσουν προτεραιότητα στις κλήσεις έκτακτης ανάγκης μετά από πραγματοποίηση αξιολόγησης με βάση τις πληροφορίες που παρέχονται από τον καλούντα, σχετικά με την

παρούσα κατάσταση υγείας του ατόμου που βρίσκεται σε κίνδυνο η υγεία του. Επιπλέον, παρέχονται συμβουλές στον καλούντα μέχρις ότου καταφθάσει το εξειδικευμένο προσωπικό και ταυτοχρόνως ενημερώνουν επαρκώς το προσωπικό ασθενοφόρων για το τι πρόκειται να αντιμετωπίσουν.

Παρά το γεγονός ότι ο στόχος της επείγουσας ιατρικής παγκοσμίως παραμένει ο ίδιος, ο τρόπος εφαρμογής της δεν είναι ενιαίος. Δύο είναι τα βασικά συστήματα το Άγγλο-Αμερικάνικο και το Γάλλο-Γερμανικό μοντέλο, με το καθένα να έχει διαφορετική φιλοσοφία και συγκεκριμένους παράγοντες που επηρεάζουν την λειτουργία τους (Ανθόπουλος, 2001).

Το Άγγλο- Αμερικάνικο μοντέλο στηρίζεται σε παραϊατρικό προσωπικό και δεν συμμετέχουν ιατροί. Ο ασθενής μεταφέρεται όσο γίνεται γρηγορότερα στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου όπου παρέχεται ολοκληρωμένη αντιμετώπιση από τους ιατρούς Επείγουσας Ιατρικής. Η Επείγουσα Ιατρική είναι μια αυτόνομη ειδικότητα, η οποία παρέχεται και ελέγχεται από τους ιατρούς του τμήματος επειγόντων. Στα περισσότερα κράτη που αναπτύσσεται τώρα το σύστημα προνοσοκομειακής επείγουσας ιατρικής ακολουθείται αυτό το μοντέλο (Ανθόπουλος, 2001).

Το Γάλλο - Γερμανικό μοντέλο στηρίζεται σε ιατρούς κυρίως αναισθησιολόγους και γενικούς ιατρούς, σύμφωνα με το οποίο παρέχεται εξειδικευμένη υποστήριξη στον τόπο του συμβάντος. Στόχος του συστήματος αυτού είναι να φέρνει το νοσοκομείο κοντά στον βαρέως πάσχοντα ασθενή με απώτερο σκοπό την καλύτερη αντιμετώπιση όσον γίνεται γρηγορότερα. Η εκπαίδευση των ιατρών που συμμετέχουν στο σύστημα αυτό είναι διετής και περιλαμβάνει εκπαίδευση στην επείγουσα ιατρική και την ιατρική των καταστροφών υπό την μορφή ολιγόωρων σεμιναρίων. Ωστόσο, η Επείγουσα Ιατρική μέχρι και σήμερα δεν αποτελεί αυτόνομη ειδικότητα και συνήθως ελέγχεται από τους αναισθησιολόγους ιατρούς (Ανθόπουλος, 2001).

3.2 Επείγουσα Προνοσοκομειακή Φροντίδα Υγείας στην Αμερική

Η Επείγουσα Προνοσοκομειακή Φροντίδα Υγείας και η μεταφορά αρρώστων και τραυματιών στην Αμερική, αποτελείται από μια ομάδα επαγγελματιών φροντίδας υγείας και συγκροτεί το σύστημα υπηρεσιών επείγουσας ιατρικής (EMS). Είναι υπεύθυνη για κάθε περιοχή ή όρια δικαιοδοσίας της και είναι μέρος του τοπικού ή περιφερειακού συστήματος υπηρεσιών Επείγουσας Ιατρικής. Τα πρότυπα της προνοσοκομειακής επείγουσας φροντίδας και των ατόμων που την παρέχουν, καθορίζονται από τους νόμους κάθε πολιτείας και ρυθμίζονται

τυπικά από το πολιτειακό γραφείο (Ρούσσος Χ. και συν., 2014).

Η ιστορία του EMS ξεκινάει με την πρώιμη χρήση αυτοκινούμενων οχημάτων σε συνθήκες πολέμου, αλλά και ομάδες εθελοντών τραυματιοφορέων που οργανώθηκαν και εστάλησαν με σκοπό να προσφέρουν φροντίδα στους τραυματίες του Α΄ Παγκοσμίου πολέμου. Κατά τη διάρκεια του Β΄ Παγκοσμίου πολέμου, ο στρατός εκπαίδευσε ειδικό σώμα για την παροχή φροντίδας στο πεδίο της μάχης και τη μεταφορά των θυμάτων σε σταθμούς βοήθειας, οι οποίοι ήταν στελεχωμένοι με νοσηλευτές και ιατρούς. Έκτοτε, στη περίοδο του πολέμου της Κορέας, το EMS άρχισε να εξελίσσεται στην παροχή ιατρικής πεδίου και την άμεση μεταφορά μέσω ελικοπτέρων στις πλησιέστερες κινητές μονάδες στρατιωτικής χειρουργικής κλινικής, όπου υπήρχε άμεση χειρουργική παρέμβαση (Ρούσσος Χ. και συν., 2014).

Ωστόσο, οι πρόοδοι που σημειώθηκαν στην άμεση φροντίδα των τραυματιών ήταν αποτέλεσμα των εμπειριών με τα θύματα των πολέμων της Κορέας και του Βιετνάμ. Κάτι τέτοιο όμως δεν συνέβαινε στους κατοίκους των ΗΠΑ , καθώς δεν είχε εξελιχθεί ακόμα η επείγουσα φροντίδα των τραυματιών και αρρώστων σε αντίστοιχο επίπεδο. Στις αρχές του 1960, άρχισε να παρατηρείται η μεγάλη διαφοροποίηση της επείγουσας υπηρεσίας ασθενοφόρων μεταξύ των περιοχών των ΗΠΑ. Πιο συγκεκριμένα, στα περισσότερα μέρη, οι υπηρεσίες παρέχονταν από αρκετά καλά εκπαιδευμένες ομάδες πρώτων βοηθειών, οι οποίες είχαν στη κατοχή τους εφοδιασμένα ασθενοφόρα. Στις αστικές περιοχές, προσφέρονταν από δίκτυα ασθενοφόρων που ανήκανε σε νοσοκομεία και τα οποία επανδρώνονταν από βοηθούς ή ειδικευόμενους ιατρούς. Όμως σε πολλές περιοχές, η μόνη επιλογή για επείγουσα υπηρεσία ασθενοφόρων προερχότανε από το τοπικό γραφείο κηδειών, όπου μέσω τροποποίησης της νεκροφόρας μπορούσε να μεταφερθεί ένα φορείο και να χρησιμεύσει ως ασθενοφόρο. Σε άλλες πάλι περιοχές, το ρόλο αναλάμβανε η αστυνομία ή η πυροσβεστική, χρησιμοποιώντας ειδικό φορτηγό, το οποίο διέθετε ένα φορείο και ένα κουτί πρώτων βοηθειών. Τα συγκεκριμένα οχήματα και των δυο υπηρεσιών, επανδρώνονταν από τον οδηγό και έναν φροντιστή, ο οποίος κατείχε τη βασική εκπαίδευση στις πρώτες βοήθειες (Ρούσσος Χ. και συν., 2014).

Παρόλα αυτά, με το πέρασμα των χρόνων φαίνεται ότι πολλές κοινότητες των ΗΠΑ δεν διέθεταν κάποιο επίσημο σχέδιο προνοσοκομειακής επείγουσας φροντίδας ή μεταφοράς. Συγκεκριμένα, οι τραυματίες δέχονταν τις πρώτες βοήθειες από την αστυνομία ή τους πυροσβέστες στη σκηνή του συμβάντος και μεταφέρονταν στο νοσοκομείο με κάποιο περιπολικό της αστυνομίας ή όχημα της πυροσβεστικής. Απ’ την άλλη όμως, οι ασθενείς που διακρίνονταν με οξεία ασθένεια, μεταφέρονταν στο νοσοκομείο με τη βοήθεια ενός συγγενή ή

γείτονα και αντιμετωπίζονταν από οικογενειακό ή νοσοκομειακό ιατρό. Εν συνεχεία, αξιολογούνταν η κατάσταση του ασθενούς από το συγκεκριμένο ιατρό και επιστράτευε τα ειδικά στελέχη του χειρουργείου σε περίπτωση που έκρινε ότι ήταν απαραίτητο (Ρούσσος Χ. και συν., 2014).

Οι υπηρεσίες Επείγουσας Ιατρικής, εκτός από τα μεγάλα αστικά κέντρα, δεν ήτανε όπως τις γνωρίζουμε σήμερα. Μια δημοσίευση του 1966 *«Θάνατος και Αναπηρία από Ατυχήματα: Το παραμελημένο νόσημα στη μοντέρνα κοινωνία»*, έκανε εμφανή στο ευρύ κοινό τη μεγάλη ανεπάρκεια της προνοσοκομειακής επείγουσας φροντίδας και μεταφοράς που υπήρχε σε πολλές περιοχές της χώρας. Μέσα από αυτήν την αναφορά προτάθηκαν σημαντικά μέτρα, μερικά από τα οποία αναφέρονται παρακάτω (Ρούσσος Χ. και συν., 2014):

- Ανάπτυξη σειράς μαθημάτων σε εθνικό επίπεδο, για προνοσοκομειακή επείγουσα φροντίδα και μεταφορά από την αστυνομία, την πυροσβεστική, τις ομάδες διάσωσης και το προσωπικό των ασθενοφόρων.
- Ανάπτυξη και δημιουργία εθνικά αποδεκτών εγχειριδίων και εκπαιδευτικών βοηθημάτων για την ανωτέρω σειρά μαθήματων.
- Ανάπτυξη ομοσπονδιακών κανόνων για το σχεδιασμό των ασθενοφόρων και τον εξοπλισμό που αυτά φέρουν.
- Ανάπτυξη και υιοθέτηση γενικής πολιτικής και κανονισμών αναφορικά με τις υπηρεσίες ασθενοφόρων, τα προσόντα και την επίβλεψη του προσωπικού των ασθενοφόρων σε κάθε πολιτεία.
- Υιοθέτηση από τον κάθε δήμο, περιφέρεια ή κομητεία, όσο αναφορά τα μέσα για την παροχή της σωστής προνοσοκομειακής ιατρικής φροντίδας και μεταφοράς στα όρια της δικαιοδοσίας του.
- Εγκαθίδρυση τμημάτων επειγόντων στα νοσοκομεία, στελεχωμένα από ιατρούς, νοσηλευτές και άλλο προσωπικό εκπαιδευμένο στην αναζωογόνηση και την άμεση φροντίδα των σοβαρά τραυματισμένων και αρρώστων.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1970, το Υπουργείο Μεταφορών προχώρησε στην ανάπτυξη και δημοσίευση του πρώτο εθνικού πρότυπου προγράμματος μαθημάτων με υποδείξεις για την εκπαίδευση των διασωστών. Έτσι, το 1971 η Αμερικανική Ακαδημία Ορθοπεδικών Χειρουργών ετοίμασε και δημοσίευσε το πρώτο εγχειρίδιο ΕΜΤ *«Η επείγουσα φροντίδα και μεταφορά των ασθενών και τραυματιών»*, με σκοπό να ενισχύσει τη σειρά μαθημάτων ΕΜΤ.

Σήμερα, το εγχειρίδιο αυτό βρίσκεται στην ένατη έκδοση αυτής της δημοσίευσης και είναι απαραίτητος οδηγός για όλους τους διασώστες σε όλο το κόσμο (Ρούσσος Χ. και συν., 2014).

Συνεχίζοντας και κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970, κάθε πολιτεία ανέπτυξε το δικό της κατάλληλο νομικό πλαίσιο και το σύστημα επείγουσων ιατρικών υπηρεσιών εμφανίστηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες. Κατά την ίδια περίοδο, η Επείγουσα Ιατρική έγινε αναγνωρισμένη ιατρική ειδικότητα και τα πλήρως στελεχωμένα τμήματα επειγόντων περιστατικών έγιναν το αποδεκτό πρότυπο φροντίδας (Ρούσσος Χ. και συν., 2014).

Στις αρχές του 1980, το υπουργείο μεταφορών ανέπτυξε και πρότεινε ένα εθνικό πρότυπο προγράμματος μαθημάτων για την εκπαίδευση παραϊατρικού προσωπικού επείγουσας φροντίδας. Επιπροσθέτως, προσδιόρισε ένα μέρος της σειράς των μαθημάτων για την εκπαίδευση των βασικών διασωστών, εγκαθιδρύοντας έτσι το σύστημα EMS σε πανεθνικό επίπεδο. Το συγκεκριμένο σύστημα βασιζόταν στις δύο ακόλουθες αλλαγές (Ρούσσος Χ. και συν., 2014):

1. Την εισαγωγή νομοθεσίας που καθιστούσε υπεύθυνους τους δήμους, τις διοικητικές περιοχές, τις κομητείες ή τη χώρα για την παροχή ορθής προνοσοκομειακής επείγουσας φροντίδας και μεταφοράς εντός των ορίων τους.

2. Την ίδρυση αναγνωρισμένων και ελεγχόμενων προτύπων για την εκπαίδευση του προσωπικού των ασθενοφόρων και τον εξοπλισμό που απαιτείται σε κάθε ασθενοφόρο.

Οι παραπάνω αλλαγές εξασφάλιζαν ότι ανεξάρτητα από τον τόπο όπου ένα άτομο θα τραυματιζόταν ή θα αρρώσταινε οξέος, θα ήταν σε θέση να λάβει έγκαιρη και ορθή επείγουσα φροντίδα και μεταφορά στο νοσοκομείο.

Προχωρώντας στη δεκαετία του 1980, πολλές περιφέρειες ενίσχυσαν το εθνικό πρότυπο προγράμματος μαθημάτων, μέσω της προσθήκης διασωστών με ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης και οι οποίοι θα μπορούσαν να παρέχουν βασικά πρωτόκολλα της προχωρημένης υποστήριξης της ζωής (ALS). Όμως, ο τρόπος με τον οποίο λειτουργεί το σύστημα EMS είναι δυνατόν να διαφέρει από γεωγραφική περιοχή σε περιοχή και φυσικά ανάλογα με τον εξυπηρετούμενο πληθυσμό. Έτσι, ανεξάρτητα από την περιοχή οπού διαδραματίζεται ένα τέτοιο συμβάν, η Εθνική Αρχή Ασφάλειας Κυκλοφορίας των Εθνικών Οδών είναι σε θέση να αξιολογήσει τα συστήματα EMS βασισμένη στα ακόλουθα 10 κριτήρια που βρίσκονται στα Πρότυπα Αξιολόγησης του Προγράμματος Τεχνικής Βοήθειας (Ρούσσος Χ. και συν., 2014):

1. Ρύθμιση και πολιτική

2. Διαχείριση πόρων
3. Ανθρώπινη πόροι και εκπαίδευση
4. Εξοπλισμός μεταφοράς και σύστημα
5. Ιατρικές και υποστηρικτικές εγκαταστάσεις
6. Συστήματα επικοινωνίας
7. Δημόσια πληροφόρηση και εκπαίδευση
8. Ιατρική διοίκηση
9. Σύστημα τραύματος και αξιοποίηση
10. Αξιολόγηση

3.3 Scoop and Run vs. Stay and Play

Ένα από τα πολυσυζητημένα ζητήματα που απασχολεί την επείγουσα προνοσοκομειακή περίθαλψη είναι η ταχύτητα του συστήματος διάσωσης ανάμεσα στο «Scoop and Run» και στο «Stay and Play».

Το σύστημα «Scoop and Run», αναφέρεται στη γρήγορη άφιξη του ασθενοφόρου στον τόπο του συμβάντος, παραλαβής του ασθενή χωρίς στοιχειώδης ιατρικές επείγουσες ενέργειες και την μεταφοράς του όσο το δυνατόν γρηγορότερα στον πλησιέστερο καταλληλότερο Υγειονομικό Σχηματισμό (Ανθόπουλος, 2001).

Απ' την άλλη, το σύστημα «Stay and Play» αναφέρεται σε περιπτώσεις όπου έχουμε βαρέως τραυματισμένους ασθενείς ή άτομα που η ζωή τους βρίσκεται σε κίνδυνο, και είναι ωφέλιμη η εφαρμογή ορισμένων επειγόντων ιατρικών πράξεων στον τόπο του συμβάντος όπως η υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών, η εξασφάλιση αεραγωγού, η εξασφάλιση φλεβικής γραμμής, η χορήγηση υγρών, η αντιμετώπιση ενός πνευμοθώρακα κ.α., προκειμένου να ελαχιστοποιηθούνε οι σχετιζόμενες με την κάκωση δευτεροπαθείς βλάβες (Ανθόπουλος, 2001).

Η διαφωνία λοιπόν για το πιο από τα δυο συστήματα επείγουσας διάσωσης είναι πιο ορθό κατά τη χρήση του, έχει να κάνει με την πρόσβαση στον τόπο του συμβάντος. Στην πραγματικότητα όμως, αυτό εξαρτάται από διάφορους παράγοντες όπως είναι ο τόπος που συμβαίνει, η χρονική

στιγμή και το μέσον που χρησιμοποιείται, αλλά κυρίως και με τη συνολική αντιμετώπιση (Ανθόπουλος, 2001).

Ωστόσο, πολλοί επικεντρώνονται στη χρονική στιγμή που συμβαίνει το επείγον περιστατικό, καθώς ο χρόνος προσεγγίσεως είναι δυνατόν είτε να αυξηθεί είτε να μειωθεί κατά ένα λεπτό στα μεγάλα αστικά κέντρα μέσα στη διάρκεια της ημέρας. Σε περιοχές όμως που είναι απομακρυσμένες, ο χρόνος προσεγγίσεως αυξάνεται κατά πολύ λόγω της έλλειψης διαθέσιμων πόρων και της άνισης γεωγραφικής κατανομής (Ανθόπουλος, 2001).

Αυτό λοιπόν που πρέπει να ερευνηθεί και να εκτιμηθεί, είναι αν ένα γρήγορο «Scoop and Run» στον πλησιέστερο καταλληλότερο Υγειονομικό Σχηματισμό χωρίς να επεκτείνεται σε προνοσοκομειακή ιατρική φροντίδα, μπορεί να είναι μεγαλύτερου συμφέροντος για τον ασθενή. Ένα μεγάλο ποσοστό των διαφωνιών επικεντρώνεται στην προτίμηση του «Scoop and Run» και προέρχεται από τις ΗΠΑ. Συγκεκριμένα, έρευνες που πραγματοποιήθηκαν δείχνουν ξεκάθαρα ότι στην περίπτωση σοβαρών αιμορραγιών η γρήγορη μεταφορά στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του κοντινότερου Νοσοκομείου προτιμάτε συχνότερα (Ανθόπουλος, 2001).

Στην Ευρώπη απ’ την άλλη, φαίνεται να προτιμάται κυρίως το «Stay and Play», καθότι έρευνες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η εφαρμογή του «Scoop and Run» σε ασθενείς με απειλητικά για την ζωή τραύματα ή με επιπλοκές της υγείας, χειροτέρευε την κατάσταση των ασθενών μέχρι την άφιξη τους στο νοσοκομείο και καθυστερούσε την ανάρρωση των ασθενών (Ανθόπουλος, 2001).

Περαιτέρω σφαιρικές εκτιμήσεις φαίνεται πως δεν είναι αρκετές ώστε να απαντήσουν πιο πρωτόκολλο είναι καλύτερο. Αυτό συμβαίνει διότι το προφίλ ασθενών μεταξύ ΗΠΑ και Ευρώπης που εξετάζεται στις έρευνες απέχει κατά πολύ. Ένα άλλο μεγάλο ζήτημα που εμπλέκεται στην προτίμηση των συστημάτων αυτών, είναι η διαφορετική εκπαίδευση που κατέχουν οι διασώστες πάνω στις θεραπευτικές επεμβατικές επείγουσες πράξεις καθώς και τα νομικά πλαίσια που απαρτίζουν την κάθε χώρα (Ανθόπουλος, 2001).

Κεφάλαιο Τέταρτο: Προνοσοκομειακή Φροντίδα στον Ελλαδικό Χώρο

4.1 Ιστορική Αναδρομή

Από τη δεκαετία του 1970, και ιδιαίτερα μετά το τέλος της περιόδου της χούντας, άρχισε να γίνεται μια προσπάθεια ανάπτυξης και οργάνωσης του υγειονομικού συστήματος της Ελλάδας. Τη χρονική περίοδο αυτή, οι συγκυρίες δεν κατέστησαν ευνοϊκές για την ελληνική κοινωνία και την οικονομία της. Η οικονομική αδυναμία που διακατείχε τον ελλαδικό χώρο μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, όπου επικρατούσανε πολιτικές αστάθειες λόγω των αυταρχικών κυβερνήσεων που κυβερνούσανε, είχε ως αποτέλεσμα τη μεγάλη καθυστέρηση της ανάπτυξης του συστήματος υγείας της Ελλάδας (Βελονάκη Β. και συν, 2006).

Έκτοτε, προωθείται μια μεταρρύθμιση του υγειονομικού συστήματος που στοχεύει στη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, δηλαδή στη λειτουργική ενοποίηση των δημοσίων υποδομών περίθαλψης. Η μεταρρύθμιση αυτή εισάγεται με το νόμο 1397/83, όπου το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και προβλέπει ότι το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από το ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας. του υγειονομικού συστήματος. (Βελονάκη Β. και συν, 2006).

Συγκεκριμένα, η παραπάνω μεταρρύθμιση του νόμου 1397/83 χαρακτηρίζεται ως μία προσπάθεια εξ ορθολογισμού της λειτουργίας των υγειονομικών υποδομών, εκσυγχρονισμού των υποδομών, αναβάθμισης των παρεχόμενων υπηρεσιών και αποκατάστασης κοινωνικής δικαιοσύνης στην πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, ο νόμος αυτός παρουσίασε αρκετές σημαντικές ελλείψεις, οι οποίες συμπληρώνονται με μεταγενέστερο νόμο, το Ν. 1579/85 *«Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και την ανάπτυξη του ΕΣΥ».* Ο νόμος αυτός ρυθμίζει θέματα που ανέκυψαν από την προσπάθεια εφαρμογής της υγειονομικής μεταρρύθμισης (Βελονάκη Β. και συν, 2006).

Μεταγενέστερες κυβερνητικές αλλαγές το 1990, προχωρούν σε μια νέα μεταρρυθμιστική πρωτοβουλία στο χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας. Συντάσσοντας το νόμο 2071/92, επιχειρούν σημαντικές αλλαγές στο Ν. 1397/83, διατηρώντας όμως την ιδέα ανάπτυξης ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Εν συνεχεία, δημοσιεύεται ο νόμος 2519/97 ο οποίος διέπεται από μια μεταρρυθμιστική σαφήνεια για την οργάνωση υπηρεσιών δημόσιας υγείας τόσο σε κεντρικό επίπεδο όσο και στην περιφέρεια (Βελονάκη Β. και συν, 2006).

Πέρα των ανωτέρων όμως που αναφέρθηκαν, σημαντική διαβάθμιση αποτέλεσε η υγειονομική μεταρρύθμιση που πραγματοποιήθηκε με το νόμο 2889 του 2001. Με το νόμο αυτό επαναφέρονται τα Πε.Σ.Υ. του Ν. 1397/83, δίνοντας σε αυτά, πέρα από την ευθύνη χάραξης της πολιτικής υγείας στην περιφέρειά τους, και αρμοδιότητες διοίκησης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της περιοχής τους. Ωστόσο, όπως γίνεται αντιληπτό από τη σημερινή κατάσταση που επικρατεί στο χώρο της υγείας, η μεταρρυθμιστική προσπάθεια του 2001 δεν έχει ολοκληρωθεί ακόμα, καθώς εκκρεμεί η ολοκλήρωση ενός νομοσχεδίου για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού ιατρού (Βελονάκη Β. και συν, 2006).

4.2 Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας

Μέσα από μια ιστορική αναδρομή, στα μέσα της δεκαετίας του ’80 άρχισε να οργανώνεται η επείγουσα προνοσοκομειακή φροντίδα κάνοντας τα πρώτα της βήματα. Συγκεκριμένα, το 1915 δημιουργήθηκε ένας σταθμός πρώτων βοηθειών κοντά στη Βουλή των Ελλήνων, από το σωματείο «Σωτήρ», όπου διαθέτονταν τρία οχήματα ασθενοφόρων. Έκτοτε, το 1931 διαλύεται το σωματείο αυτό και από το 1931 έως και το 1988 ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός (ΕΕΣ) σε συνεργασία με τους Σαμαρείτες του ιδρύουν σταθμούς πρώτων βοηθειών με δικά τους ασθενοφόρα (Εικόνα 1) στην Αθήνα, τη Θεσσαλονίκη και την Πάτρα (Papaspyrou E., et al., 2004).

Εικόνα 1:Τα πρώτα ασθενοφόρα στην Ελλάδα
Πηγή: Ο Διασώστης στην Προνοσοκομειακή Επείγουσα Ιατρική, Βάγγος Γεώργιος, Διασώστης ΕΚΑΒ Θεσσαλονίκης

Κατά το έτος 1975, ιδρύεται το Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΚΑΒ) στην Αθήνα με βάση του το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών και με αριθμό κλήσης το 166, όπως παραμένει έως και σήμερα. Παράλληλα όμως, υπήρχαν διαφορετικοί αριθμοί κλήσης για τα ασθενοφόρα του ΕΕΣ και του ΙΚΑ. Έτσι, στα τέλη του 1986 πραγματοποιήθηκε συγχώνευση του ΕΕΣ και του ΙΚΑ στο ΚΑΒ, με αποτέλεσμα το 1987 την καθιέρωση ενός νέου φορέα, το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) με το 166 να γίνεται ο εθνικός αριθμός έκτακτης κλήσης (Papaspyrou E., et al., 2004).

Συγκεκριμένα, ο οργανισμός του ΕΚΑΒ συστήθηκε το 1985, από τον τότε Υπουργό Υγείας Γιώργο Γεννηματά, με τον Νόμο 1579/1985 (Βικιπαίδεια, Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας). Έκτοτε, καθιερώνεται με το ΠΔ 376/1988 και το οποίο τροποποιείτε με το ΠΔ 348/1996, αποτελώντας τον μοναδικό θεσμοθετημένο εκπρόσωπο παροχής προνοσοκομειακής φροντίδας στην χώρα μας, καθότι λειτουργεί υπό την ευθύνη του Υπουργείου Υγείας. Σύμφωνα με νεότερο νόμο 4633/2019, κύριος σκοπός του ΕΚΑΒ είναι (ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 4633/2019, ΦΕΚ 161/Α/16-10-2019, Άρθρο 29):

1. Ο συντονισμός της παροχής, σε έκτακτες περιπτώσεις άμεσης βοήθειας, επείγουσας ιατρικής φροντίδας στους πολίτες.
2. Η μεταφορά των πολιτών αυτών σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας.
3. Ο συντονισμός της νοσοκομειακής και προνοσοκομειακής φροντίδας σε καταστάσεις εκτάκτων αναγκών και κρίσεων.
4. Η παρακολούθηση και ο συντονισμός των συστημάτων εφημερίας των νοσοκομείων του ΕΣΥ.

Το ΕΚΑΒ χρηματοδοτείται εξολοκλήρου από το κράτος και υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας. Τα κεντρικά του βρίσκονται στην Αθήνα και διαθέτει βάσεις στις μεγάλες πόλεις όπως η Θεσσαλονίκη, η Πάτρα, η Κρήτη, η Αλεξανδρούπολη κ.α. Βασικός αριθμός εξυπηρέτησης παραμένει το 166 σε όλη τη χώρα σε συνδυασμό με το 112 που είναι Ευρωπαϊκός αριθμός έκτακτης ανάγκης (Papaspyrou E., et al., 2004).

Όλοι οι σταθμοί και υποσταθμοί του ΕΚΑΒ διαθέτουν το δικό τους προσωπικό, δηλαδή ιατρούς, διασώστες, εξοπλισμό, τηλεφωνικά κέντρα και επικοινωνίες, ασθενοφόρα και διαχείριση. Πέρα όμως από αυτά, διαθέτονται και μοτοσυκλέτες για την γρηγορότερη ανταπόκριση και εναέρια μέσα ώστε να πραγματοποιούνται αεροδιακομιδές σε νησιά ή δυσπρόσιτες περιοχές(Papaspyrou E., et al., 2004).

Σκοπός της Επείγουσας Προνοσοκομειακής Ιατρικής (ΕΠΙ) είναι η άμεση παροχή επιτόπιας εξειδικευμένης ιατρικής φροντίδας σε κάθε έκτακτη περίπτωση, καθώς και η εξασφάλιση έγκαιρης και ασφαλούς διακομιδής του πάσχοντος στον καταλληλότερο και πλησιέστερο υγειονομικό σχηματισμό (ΕΚΑΒ, 2019). Σήμερα, η Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική (EMS) αποτελείται από 12 σταθμούς ΕΚΑΒ στις μεγάλες ελληνικές πόλεις και από πολλούς υποσταθμούς στις μικρότερες πόλεις, οι οποίοι ελέγχονται από έναν κεντρικό σταθμό καλύπτοντας το μεγαλύτερο ποσοστό των αστικών περιοχών. Καθοριστικό ρόλο στην υποστήριξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρέχει το σύστημα EMS, το οποίο εποπτεύει και παρέχει συμβουλές στους σταθμούς ΕΚΑΒ (Papaspyrou E., et al., 2004).

Κατά συνέπεια, οι σταθμοί και οι υποσταθμοί του ΕΚΑΒ διαθέτουν τους διαχειριστές του ιατρικού προσωπικού και το τηλεφωνικό κέντρο. Οι λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης ασκούνται από πιστοποιημένους διασώστες και ιατρούς έκτακτης ανάγκης (EMTs). Επιπλέον, κάθε σταθμός διαθέτει ασθενοφόρα και ιατρικό εξοπλισμό.

Πίνακας 1:Μέσα Διακομιδής Ασθενών του Ε.Κ.Α.Β.

Μέσα Διακομιδής	**Αριθμός**
Ασθενοφόρα	735
Ειδικές Κινητές Μονάδες Επείγουσας Προνοσοκομειακής Ιατρικής	102
Μοτοσυκλέτες	25
Μικρά οχήματα ταχείας πρόσβασης (smart, saxo)	4
Ελικόπτερα	3
Αυτοκινούμενα Συντονιστικά Κέντρα	2
Οχήματα Αντιμετώπισης Καταστροφών	2
Ασθενοφόρα που έχουν παραχωρηθεί από το ΕΚΑΒ και χρησιμοποιούνται από Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας	350

Πηγή: https://www.ekab.gr/mesa-diakomidis/

Στον παραπάνω πίνακα (Πίνακας 1) απεικονίζονται τα μέσα διακομιδής που διαθέτει το ΕΚΑΒ πανελλαδικά προκειμένου να αποστείλει γρήγορα εξειδικευμένο προσωπικό στον τόπο του συμβάντος και με ασφαλή και γρήγορο τρόπο να διακομίσει τον πάσχοντα στον πλησιέστερο καταλληλότερο Υγειονομικό Σχηματισμό (ΕΚΑΒ, 2019).

Το ΕΚΑΒ διαθέτει δύο τύπους ασθενοφόρων, τα οποία στελεχώνονται από προσωπικό έκτακτης ανάγκης και χρησιμοποιούνται για μεταφορές έκτακτης ανάγκης. Ο ένας τύπος είναι το βασικό ασθενοφόρο (Εικόνα 2), το οποίο επανδρώνεται αποκλειστικά από δύο διασώστες (απόφοιτοι του ΙΕΚ ΕΚΑΒ) και διαθέτει τυπικό ιατρικό εξοπλισμό για πρωτοβάθμιες διαδικασίες διαχείρισης αεραγωγών και παροχή οξυγόνου όπως εξαερισμός σάκου-μάσκας, συμπληρώματα οξυγόνου και φορητή αναρρόφηση. Επιπλέον, είναι εξοπλισμένο με έναν αυτόματο εξωτερικό απινιδωτή (AED), προμήθειες πρώτων βοηθειών για τραύματα, κιτ ενδοφλέβιας πρόσβασης και εξοπλισμό ακινητοποίησης.

Εικόνα 2:Εσωτερικός χώρος απλού ασθενοφόρου του Ε.Κ.Α.Β.
Πηγή: Euronews - «ΕΚΑΒ be S.A.F.E.», 2020

Ο δεύτερος τύπος ασθενοφόρων είναι οι Κινητές Ιατρικές Μονάδες (ΚΙΜ) (Εικόνα 3), τα οποία στελεχώνονται από εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό στην ΕΠΙ και εκπαιδευμένα πληρώματα-διασώστες (απόφοιτοι του ΙΕΚ ΕΚΑΒ) και είναι εφοδιασμένες με εξειδικευμένο εξοπλισμό και φάρμακα για προχωρημένη υποστήριξη και σταθεροποίηση των ζωτικών λειτουργιών του πάσχοντος και εξειδικευμένους θεραπευτικούς χειρισμούς. Η ΚΙΜ χρειάζεται να παρεμβαίνει σε συμβάντα στα οποία οι ασθενείς βρίσκονται σε εξαιρετικά κρίσιμη κατάσταση, όπως πχ. πολυτραυματίες από ατυχήματα, ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, ασθενείς με οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια καθώς επίσης σε περιπτώσεις μαζικών ατυχημάτων ή καταστροφών. (ΕΚΑΒ, 2019).

Αυτές οι μονάδες χρησιμοποιούνται κυρίως στις μεγάλες αστικές πόλεις όπως η Αθήνα και η Θεσσαλονίκη, όπου λόγω των μεγάλων συνθηκών κυκλοφορίας, αυτές οι μονάδες μπορούν να παρέχουν προηγμένη υποστήριξη ζωής πολύ πιο γρήγορα από ένα απλό ασθενοφόρο. Αυτό

συμβαίνει διότι ξεκινούν την επείγουσα προνοσοκομειακή περίθαλψη εξοικονομώντας έτσι πολύτιμο χρόνο κατά τη θεραπεία ασθενών (ΕΚΑΒ, 2019).

Εικόνα 3:Εσωτερικός χώρος & εξοπλισμός ασθενοφόρου Κινητής Ιατρικής Μονάδας του Ε.Κ.Α.Β.
Πηγή: www.kavalanews.gr

Σε μια ΚΙΜ περιλαμβάνεται όλος ο εξοπλισμός που περιέχεται σ' ένα απλό ασθενοφόρο, καθώς και ο επιπλέον εξειδικευμένος εξοπλισμός (ΕΚΑΒ, 2019):

1. Σταθερό πιεσόμετρο
2. Αναπνευστήρας
3. Ηλεκτροκαρδιογράφος - Απινιδωτής (με δυνατότητα εξωτερικής βηματ/σης)
4. Παλμικό Οξύμετρο
5. Φορείο-Φαράσι (Scoop-strecher)
6. Στρώμα πολυτραυματία
7. Γιλέκο απεγκλωβισμού
8. Αερονάρθηκες
9. Κηδεμόνας κεφαλής
10. Συσκευή αναρρόφησης (σταθερή και φορητή)
11. Μάσκα ambu
12. Φορητό στηθοσκόπιο

13. Λαρυγγοσκόπιο με τρεις λάμες
14. Glucotest - Σακχαρόμετρο
15. Ισοθερμική κουβέρτα
16. Φαρμακευτικός εξοπλισμός

Με την ύπαρξη του παραπάνω εξειδικευμένου εξοπλισμού οι Κινητές Ιατρικές Μονάδες αποτελούν ουσιαστικά μια μικρογραφία κινούμενης ΜΕΘ. Οι ενέργειες δε και η παροχή εξειδικευμένης προνοσοκομειακής φροντίδας σε τραυματίες και ασθενείς που βρίσκονται σε απειλητική για την ζωή τους κατάσταση, είναι ουσιαστικές και άμεσες από το ιατρικό προσωπικό της ΚΙΜ (ΕΚΑΒ, 2019).

Σήμερα στο λεκανοπέδιο Αττικής λειτουργούν σε καθημερινή βάση δεκατρείς (13) ΚΙΜ. Από αυτές οι οκτώ είναι 24ωρης λειτουργίας με τρεις βάρδιες (πρωί-μεσημέρι-βράδυ) και οι τομείς ευθύνης τους είναι(ΕΚΑΒ, 2019):

- Μονάδα Ιλίου
- Μονάδα Ηλιούπολης
- Μονάδα Χαϊδαρίου
- Μονάδα Πειραιά
- Μονάδα Κορυδαλλού
- Μονάδα Αρτέμιδος
- Μονάδα Λαυρίου
- Μονάδα Σαλαμίνος

Ενώ, οι υπόλοιπες πέντε είναι 16ωρης λειτουργίας (08.00-23.00) με δυο βάρδιες (πρωί-μεσημέρι) και οι τομείς ευθύνης τους είναι (ΕΚΑΒ, 2019):

- Μονάδα Αγίας Παρασκευής
- Μονάδα Βούλας
- Μονάδα Βορείων Προαστίων
- Μονάδα Γαλατσίου
- Μονάδα Θησείου

Τα επαγγελματικά καθήκοντα του «Διασώστη - Πληρώματος Ασθενοφόρου», σύμφωνα με το Π.Δ. 62/2007 (ΦΕΚ 70/Α/2007) και τα διεθνή πρωτόκολλα, είναι οι ακόλουθες επείγουσες πράξεις:

- Έλεγχος και μέτρηση ζωτικών σημείων και ειδικότερα των αναπνοών, των σφίξεων, της αρτηριακής πίεσης και της θερμοκρασίας σώματος
- Διασφάλιση αεραγωγού σε επείγουσες καταστάσεις χρησιμοποιώντας:
  - τεχνικές με τα χέρια
  - βασικούς αεραγωγούς (στοματοφαρυγγικός - ρινοφαρυγγικός αεραγωγός)
- Υποστήριξη της αναπνοής με:
  - χορήγηση οξυγόνου
  - αυτοδιατεινόμενο ασκό (ambu)
- Αντιμετώπιση τραυμάτων, ασηψία-αντισηψία, φροντίδα
- Έλεγχος εξωτερικής αιμορραγίας:
  - με άμεση πίεση
  - με ίσχαιμη περίδεση
- Ακινητοποίηση τραυματία και ασφαλής διακομιδή ασθενούς με:
  - χρήση αυχενικού κολάρου (περιλαίμιου)
  - χρήση σανίδας πολυτραυματία
  - χρήση στρώματος πολυτραυματία
  - χρήση κοίλου ή διαιρούμενου φορείου
  - χρήση φορείου τροχήλατου
  - χρήση καρέκλας τροχήλατης
  - χρήση σκελετικής έλξης
  - χρήση γιλέκου απεγκλωβισμού
  - διενέργεια επείγοντος απεγκλωβισμού βάσει ανάλογου πρωτοκόλλου
  - χρήση αερονάρθηκων
- Τοποθέτηση περιφερικών φλεβικών γραμμών και χορήγηση υγρών όπου απαιτείται
- Διατήρηση θερμοκρασίας σώματος του ασθενούς
- Βασική υποστήριξη της ζωής (Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση)
- Εφαρμογή και χρήση αυτόματου εξωτερικού απινιδωτή
- Παρακολούθηση λειτουργίας συσκευών έγχυσης υγρών και τυχουσών παροχετεύσεων
- Λήψη μέτρων για την ασφάλεια του ασθενούς και του διασώστη
- Μέτρα ασηψίας-αντισηψίας του χώρου και των εξαρτημάτων των μέσων διακομιδής

- ✦ Παρακολούθηση της λειτουργίας συσκευών εξοπλισμού των μέσων διακομιδής καθώς και αναφορά πιθανών βλαβών αυτών
- ✦ Φροντίδα για τον άρτιο εξοπλισμό του μέσου διακομιδής
- ✦ Διακομιδή ασθενούς στον καταλληλότερο υγειονομικό σχηματισμό, με την κατάλληλη κατά περίσταση ταχύτητα, την χρήση ηχητικών και φωτεινών βοηθημάτων όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο, πάντα όμως ακολουθώντας τον κώδικα οδικής κυκλοφορίας
- ✦ Λήψη και διαχείριση τηλεφωνικών κλήσεων και παροχή οδηγιών για πρώτες βοήθειες σε πολίτες
- ✦ Επικοινωνία με το συντονιστικό κέντρο
- ✦ Λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος με εντολή ιατρού
- ✦ Βοήθεια στον ιατρό:
  - σε επείγουσες ιατρικές ενέργειες (συρραφή τραύματος, ενδοτραχειακή διασωλήνωση κ.λπ.)
  - σε χορήγηση φαρμάκων
  - σε εξειδικευμένη υποστήριξη της ζωής
- ✦ Συμμετοχή σε ομάδες που αντιμετωπίζουν καταστάσεις μαζικών απωλειών υγείας:
  - μαζικού συμβάντος (ατύχημα)
  - μαζικής καταστροφής (σεισμοί, πλημμύρες, κ.λ.π.)
  - Χημικών Βιολογικών Ραδιολογικών Πυρηνικών απειλών
- ✦ Ενημέρωση εγγράφως του υγειονομικού προσωπικού του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) κατά την παράδοση του ασθενούς
- ✦ Οδήγηση ασθενοφόρου οχήματος, προαιρετικά οδήγηση μοτοσυκλέτας άμεσης επέμβασης
- ✦ Βοήθεια επιτόκου σε φυσιολογικό τοκετό

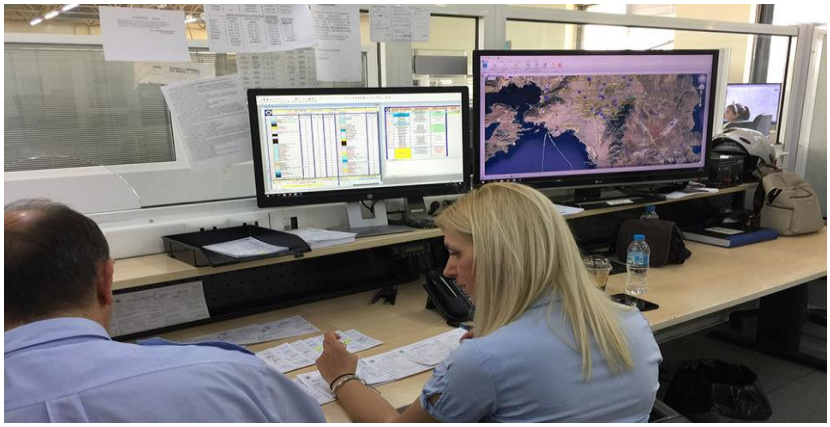
Επείγουσες πράξεις, οι οποίες δεν αναφέρονται παραπάνω, δύνανται να ασκούνται μόνο όταν ανατίθενται με απευθείας εντολή ιατρού και πάντοτε στο πλαίσιο του γνωστικού αντικειμένου αυτών (Οδηγός Σπουδών ΙΕΚ ΕΚΑΒ, Έκδοση Α΄, Μάιος 2018).

4.3 Επιχειρησιακό Κέντρο Επικοινωνίας και Συντονισμού του ΕΚΑΒ

Ένας από τους σημαντικότερους τομείς του ΕΚΑΒ είναι το Επιχειρησιακό Κέντρο Επικοινωνίας και Συντονισμού, το οποίο συντονίζει την παροχή άμεσης βοήθειας σε έκτακτες περιπτώσεις επείγουσας ιατρικής φροντίδας πολιτών. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με πρόσφατη

δημοσίευση της Εφημερίδας της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, με το Νόμο 4633/2019 - ΦΕΚ 161/Α/16-10-2019 (Κωδικοποιημένος) και το Άρθρο 32, συστήνεται στο ΕΚΑΒ Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας, το οποίο είναι επιφορτισμένο με την άσκηση των αρμοδιοτήτων διαχείρισης και αντιμετώπισης κρίσεων και εκτάκτων καταστάσεων και όλων των επιχειρησιακών αρμοδιοτήτων του Αυτοτελούς Τμήματος Επιχειρήσεων Υγείας.

Το Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας του ΕΚΑΒ στελεχώνεται από ιατρούς του κλάδου ΕΣΥ, πλην συντονιστών-διευθυντών, και στρατιωτικούς ιατρούς, οι οποίοι επιτρέπεται να απασχολούνται, προκειμένου να διασφαλιστεί η εύρυθμη εικοσιτετράωρη λειτουργία αυτού με απόφαση του Υπουργού Υγείας (ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 4633/2019, ΦΕΚ 161/Α/16-10-2019).



Εικόνα 4:Επιχειρησιακό Κέντρο Επικοινωνίας και Συντονισμού Ε.Κ.Α.Β. Αθηνών
Πηγή:https://www.kathimerini.gr/life/health/961594/to-psifiako-166-tha-sozei-zoes-kai-ergatoores/

Ο Υπουργός Υγείας, μετά από σχετική εισήγηση του Προέδρου του ΕΚΑΒ, εκδίδει πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος, η οποία αποστέλλεται σε όλα τα νοσοκομεία της Περιφέρειας Αττικής και στην οποία περιγράφονται όλες οι λεπτομέρειες επιλογής και απασχόλησης (ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 4633/2019, ΦΕΚ 161/Α/16-10-2019).

Για την απασχόλησή τους αυτή, οι ιατροί κλάδου ΕΣΥ αμείβονται από τον προϋπολογισμό του ΕΚΑΒ με αντίστοιχη μεταφορά πιστώσεων από το Υπουργείο Υγείας σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 1 του άρθρου 140 του ν. 4472/2017 (Α΄ 74). Οι στρατιωτικοί ιατροί αποζημιώνονται από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας, κατ' αναλογική εφαρμογή της καταβολής αποζημίωσης για εφημερίες που λαμβάνουν οι επιμελητές Β΄, κατά τις κείμενες διατάξεις (ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 4633/2019, ΦΕΚ 161/Α/16-10-2019).

Ειδικότερα, συστήνεται στο ΕΚΑΒ Ενιαίο Συντονιστικό Κέντρο Επιχειρήσεων ΕΚΑΒ

(Ε.Σ.Κ.Ε. - Ε.Κ.Α.Β.), το οποίο συγκροτείται από τα δύο επιμέρους συντονιστικά κέντρα του ΕΚΑΒ, το συντονιστικό κέντρο του άρθρου 4Α του Π.Δ. 346/1996, μαζί με όλα τα υποστηρικτικά αυτού γραφεία και προσωπικό και το Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας. Το Ενιαίο Συντονιστικό Κέντρο ΕΚΑΒ, με το σύνολο του προσωπικού του εντάσσεται στο Αυτοτελές Τμήμα Επιχειρήσεων Υγείας (ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 4633/2019, ΦΕΚ 161/Α/16-10-2019).

Εν συνεχεία, με τον ίδιο Νόμο 4633/2019 και το Άρθρο 33, ορίζεται Σύσταση Αυτοτελούς Τμήματος Επιχειρήσεων Υγείας στο ΕΚΑΒ και Ενιαίου Συντονιστικού Κέντρου Επιχειρήσεων ΕΚΑΒ. Σύμφωνα με το άρθρο αυτό, το Αυτοτελές Τμήμα Επιχειρήσεων Υγείας, υπάγεται απευθείας στον Πρόεδρό του και ασκεί τις ακόλουθες αρμοδιότητες (ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 4633/2019, ΦΕΚ 161/Α/16-10-2019) :

1. Την αρμοδιότητα παρακολούθησης και συντονισμού της εύρυθμης λειτουργίας του υγειονομικού συστήματος της χώρας από επιχειρησιακής απόψεως σε καθημερινή βάση.
2. Την αρμοδιότητα του γενικού συντονισμού των καθημερινών επιχειρησιακών δράσεων και την τελική επίλυση προβλημάτων που προκύπτουν από την εφημέρευση και την επιχειρησιακή λειτουργία των νοσοκομείων σε όλον τον τομέα της υγείας, δημόσιο και ιδιωτικό, όπου και όταν απαιτείται.
3. Τη διαχείριση και αντιμετώπιση κρίσεων και εκτάκτων καταστάσεων, τη ρύθμιση των κλινών των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και των κλινών των Μονάδων Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (ΜΕΝΝ).
4. Τη ρύθμιση τυχόν δυσλειτουργιών στο σύστημα εφημέρευσης των νοσοκομείων του ΕΣΥ και την αντιμετώπιση κάθε μορφής κρίσεων και εκτάκτων καταστάσεων.
5. Την κατάρτιση, παρακολούθηση και τον συντονισμό των συστημάτων εφημερίας των νοσοκομείων και την επιμέλεια κοινοποίησής τους στον έντυπο και ηλεκτρονικό τύπο.
6. Την εκπόνηση, μετά από εισήγηση των αρμοδίων Υ.ΠΕ., του ετησίου προγράμματος αναστολής λειτουργίας ορισμένου χρόνου, των ΜΕΘ της χώρας.
7. Την ευθύνη λειτουργίας του συστήματος Τηλεϊατρικής.

Πέρα όμως των ανωτέρω αρμοδιοτήτων που απαρτίζουν το Αυτοτελές Τμήμα Επιχειρήσεων Υγείας στο ΕΚΑΒ και το Ενιαίο Συντονιστικό Κέντρο Επιχειρήσεων ΕΚΑΒ, καθημερινά καλείται να ελέγχει και να συντονίζει όλες τις λειτουργίες των παροχών υπηρεσιών παροχής ΕΠΙ. Ειδικότερα, επικεντρώνεται στις εξής λειτουργίες (Αυγολούπη Α., 1996) :

1. Δέχεται όλες τις κλήσεις της περιφέρειας ευθύνης του για επείγουσα ιατρική βοήθεια, τις καταγράφει, τις αξιολογεί και τις ιεραρχεί ως προς το βαθμό του επείγοντος.

2. Επιλέγει και κινητοποιεί το πλησιέστερο στον τόπο του συμβάντος, διαθέσιμο ασθενοφόρο ή κινητή ιατρική μονάδα, ώστε να επιληφθεί στο μικρότερο δυνατό χρόνο.

3. Παρακολουθεί και καθοδηγεί το προσωπικό των ασθενοφόρων στην παροχή εξειδικευμένης βοήθειας τόσο στον τόπο του συμβάντος όσο και κατά την μεταφορά.

4. Ενεργοποιεί σε περιπτώσεις ομαδικών ατυχημάτων ή μαζικών καταστροφών τον απαιτούμενο αριθμό ασθενοφόρων, κινητών ιατρικών μονάδων (χερσαίων ή εναέριων), καθώς και μονάδων άλλων φορέων (πυροσβεστική, αστυνομία, κ.λ.π.).

5. Διατηρεί συνεχή επικοινωνία με τα τμήματα υποδοχής επειγόντων περιστατικών και υγειονομικών σχηματισμών και τα ενημερώνει για τους μεταφερόμενους πάσχοντες προς αυτά.

6. Καταγράφει και αποτυπώνει όλα τα δεδομένα και τις πληροφορίες για τα διακινούμενα περιστατικά.

Όλες αυτές οι παραπάνω λειτουργίες, προκειμένου να έλθουν εις πέρας είναι απαραίτητο να ακολουθούν την παρακάτω υλικοτεχνική υποδομή (Αυγολούπη Α., 1996):

1. Σύγχρονο τηλεφωνικό κέντρο με ικανό αριθμό γραμμών, ώστε να επιτυγχάνεται σε κάθε χρονική στιγμή η ευχερής και άμεση πρόσβαση στο σύστημα, ελαχιστοποιώντας το χρόνο ενδεχόμενης αναμονής των κλήσεων.

2. Σύγχρονο δίκτυο ασύρματης επικοινωνίας για την συνεχή και απρόσκοπτη επαφή με τα ασθενοφόρα και λοιπά μέσα άμεσης επέμβασης και μεταφοράς, αλλά και με άλλους εμπλεκόμενους φορείς (αστυνομία, πυροσβεστική) ή με τα τμήματα υποδοχής επειγόντων περιστατικών ή άλλων ειδικών τμημάτων των υγειονομικών σχηματισμών.

3. Σύγχρονα μέσα καταγραφής, αποτύπωσης και επεξεργασίας πληροφοριών (συστημάτων πληροφορικής).

4. Σύγχρονα μέσα μετάδοσης ιατρικών πληροφοριών και δεδομένων (σύστημα τηλεϊατρικής).

5. Σύγχρονες κτιριακές εγκαταστάσεις με ηλεκτρομηχανολογικό εξοπλισμό που να εξασφαλίζει την αδιάλειπτη λειτουργία του κέντρου.

Πέρα όμως των ανωτέρω, αξιοσημείωτο είναι το νέο σύστημα ψηφιακής τεχνολογίας, το οποίο έρχεται να επιλύσει τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν επί καθημερινής βάσεως οι εργαζόμενοι του ΕΚΑΒ στο Επιχειρησιακό Κέντρο Επικοινωνίας και Συντονισμού του ΕΚΑΒ αλλά και τις χαμένες εργατοώρες που καταναλώνονται πάνω στο κομμάτι αυτό.

Μέχρι πρότινος ο ασθενής ή συγγενής του καλούσε στο 166. Ο τηλεφωνητής στο Επιχειρησιακό Κέντρο του ΕΚΑΒ απαντούσε κρατώντας με το ένα χέρι το ακουστικό και με το άλλο συμπλήρωνε στην ειδική καρτέλα το όνομα ασθενούς, το ακριβές σημείο του περιστατικού, το τηλέφωνο επικοινωνίας, τον τύπο συμβάντος και τα συμπτώματα που είχε εμφανίσει ο ασθενής. Όταν έκλεινε η γραμμή, ο τηλεφωνητής έπρεπε να διανύσει μία απόσταση αρκετών μέτρων προκειμένου να δώσει την καρτέλα στον ασυρματιστή, ο οποίος θα διαβίβαζε την κλήση σε διαθέσιμο ασθενοφόρο. Ο τηλεφωνητής θα επέστρεφε στο γραφείο του για να εξυπηρετήσει νέα κλήση. Ωστόσο, για το ίδιο περιστατικό πιθανότατα να υπήρχε και δεύτερη κλήση, από συγγενή του ασθενούς που ήθελε να μάθει πού ήτανε το ασθενοφόρο. Όποιος τηλεφωνητής όμως έπαιρνε την κλήση αυτή, όχι απαραίτητα ο ίδιος που είχε συμπληρώσει την καρτέλα του περιστατικού προηγουμένως, θα έπρεπε να αφήσει ανοικτή τη γραμμή, να σηκωθεί από τη θέση του, να περπατήσει έως τον ασυρματιστή, να αναζητήσει την πληροφορία, να επιστρέψει στο γραφείο του και να ενημερώσει αυτόν που καλούσε (Μπουλούτζα Π., 2018).

Ο πρόεδρος του ΕΚΑΒ Καρακατσιανόπουλος Κ. σε συνέντευξη του αναφέρει ότι: «*Εάν υπολογίσουμε ότι έχουμε 1.700.000 κλήσεις τον χρόνο στο ΕΚΑΒ Αθήνας, από τις οποίες οι 250.000 -με συντηρητικούς υπολογισμούς- είναι για επείγουσες διακομιδές, και εάν συνυπολογίσουμε ότι χρειάζονται περίπου 2 λεπτά για να δώσει ο τηλεφωνητής την κάρτα στον ασύρματο, να δώσει διευκρινίσεις, να γυρίσει στη θέση του και ενδεχομένως να απαντήσει ξανά στο τηλέφωνο για το ίδιο περιστατικό, τότε φανταστείτε για πόσες χαμένες εργατοώρες μιλάμε*». Κάνοντας λοιπόν τον υπολογισμό, αποκαλύπτεται ότι χάνονται τουλάχιστον 8.500 εργατοώρες ετησίως, οι οποίες θα ήταν προς όφελος των πολιτών εάν η διαχείριση όλης αυτής της πληροφορίας γινόταν ηλεκτρονικά (Μπουλούτζα Π., 2018).

Συνεχίζοντας σε μια μεταβατική περίοδο, σημειώνεται ότι το Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος στο πλαίσιο της πρόσφατης δωρεάς του στο ΕΚΑΒ με τα 143 νέα ασθενοφόρα, προχώρησε επίσης και στην ψηφιακή αναβάθμιση του Επιχειρησιακού Κέντρου του ΕΚΑΒ Αθήνας για την ηλεκτρονική διαχείριση των περιστατικών και την τηλεματική παρακολούθηση των ασθενοφόρων. Συγκεκριμένα, έχουν ήδη παραληφθεί και εγκατασταθεί τα νέα μηχανήματα

υπολογιστών (hardware) και το νέο λογισμικό (software) του συστήματος, ενώ ολοκληρώνεται και η εκπαίδευση του προσωπικού (Μπουλούτζα Π., 2018).

Στα μέσα του Απριλίου 2018, ξεκίνησε η ηλεκτρονική καταχώριση της κάθε καρτέλας περιστατικού από τους τηλεφωνητές, ενώ στις αρχές του επόμενου μήνα ξεκίνησε σταδιακά να εφαρμόζεται το νέο σύστημα και από τους ασυρματιστές με την ηλεκτρονική παραλαβή και ενημέρωση της καρτέλας, τη διαβίβαση του περιστατικού στο ασθενοφόρο και την τηλεματική παρακολούθησή του (Μπουλούτζα Π., 2018).

Τα οφέλη που αναμένονταν από την εφαρμογή του νέου συστήματος, ήταν η ταχύτερη ανταπόκριση του τηλεφωνικού ΕΚΑΒ στους πολίτες που καλούσαν, αφού οι τηλεφωνητές ήτανε διαθέσιμοι περισσότερο χρόνο στο γραφείο τους και είχανε τη δυνατότητα πρόσβασης σε όλες τις ηλεκτρονικές καρτέλες ώστε να δίνουν άμεσα πληροφορίες. Επιπλέον, ο έλεγχος των ασθενοφόρων κατέστησε άμεσος και πολύ καλύτερος από τον παλαιότερο. Είναι χαρακτηριστικό ότι κατά την πρωινή βάρδια στο Λεκανοπέδιο «βγαίνουν» 64-65 ασθενοφόρα για τα επείγοντα περιστατικά (62 το απόγευμα και 35 το βράδυ). Μέσα από το νέο σύστημα, ο ασυρματιστής είναι σε θέση να γνωρίζει ανά πάσα στιγμή ποιο ασθενοφόρο είναι διαθέσιμο, σε ποιο ακριβές σημείο βρίσκεται, πού κινείται, με ποια ταχύτητα κινείται, ποια πορεία έχει κάνει ήδη και με ποια περιστατικά συνδέεται αυτή, πόσα λεπτά έκανε στάση και σε ποιο σημείο. Οι πληροφορίες αυτές είναι απόλυτα χρήσιμες τόσο για την καλύτερη και πιο γρήγορη διάθεσή τους προς την εξυπηρέτηση των περιστατικών, όσο και για την αποφυγή «παρατράγουδων». Από την άλλη, οι πληροφορίες αυτές είναι απόλυτα χρήσιμες και για τον ανασχεδιασμό των θέσεων ασθενοφόρων μέσα στο Λεκανοπέδιο (Μπουλούτζα Π., 2018).

4.4 Μοτοσυκλέτες Ταχείας Ανταπόκρισης στο Ε.Κ.Α.Β.

Ένα από τα σημαντικότερα τμήματα του ΕΚΑΒ είναι οι μοτοσυκλέτες ταχείας ανταπόκρισης, οι οποίες αποτελούνε «αιχμή του δόρατος» του ΕΚΑΒ, καθότι χρησιμοποιούνται διεθνώς, από όλα τα σύγχρονα Συστήματα Ιατρικών Επειγόντων, για δύο λόγους (ΕΚΑΒ, 2019):

1. Αντιμετώπιση των κυκλοφοριακών συνθηκών στα κέντρα των σύγχρονων μεγαλουπόλεων.
2. Ταχεία ανταπόκριση σε κρίσιμα περαστικά, στον προβλεπόμενο χρόνο κάτω των 5 λεπτών, με την διαθεσιμότητα των ασθενοφόρων να μην το επιτρέπει.

Το Τμήμα ξεκίνησε την λειτουργία του το 1996, με το μειονέκτημα ότι τότε δεν υπήρχαν πτυχιούχοι διασώστες. Οι μοτοσυκλέτες εκείνη την εποχή, στελεχώνονταν με διασώστη και με «οδηγό» τον ιατρό Επείγουσας Ιατρικής. Το πρόγραμμα αυτό, κατέστη ασύμφορο και αναποτελεσματικό, γι' αυτό και έκλεισε τον κύκλο του το 2007. Τρία χρόνια αργότερα το 2010, με τη συνδρομή του προϊστάμενου του τμήματος Σιδηρόπουλου Κ., ξεκίνησε να συγκροτείται από την αρχή. Οι λόγοι ανασυγκρότησης του τμήματος ήτανε αρκετοί, με κυριότερο γνώμονα τη δραματική μείωση του στόλου των ασθενοφόρων και του προσωπικού, καθώς η ύπαρξη δυνατότητας πρόσληψης νέου προσωπικού ήτανε αδύνατη αφού η χώρα τότε διένυε την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Ένας ακόμα σημαντικός λόγος ήτανε οι πολύωρες αναμονές στο δρόμο σοβαρών περιστατικών όπως τροχαία και καρδιολογικά περιστατικά, τα οποία έχρηζαν άμεση αντιμετώπιση (Moto in Action, 2020).

Πρόκειται για το μοναδικό ίσως πρότζεκτ σε ολόκληρο το ΕΚΑΒ αλλά και σε ολόκληρο ίσως το δημόσιο, το οποίο προτάθηκε από τους ίδιους τους εργαζόμενους. Μια σημαντική αλλαγή σε αυτή την ανασυγκρότηση ήτανε ότι αυτή τη φορά οι μοτοσυκλέτες στελεχώνονταν με πτυχιούχους διασώστες και χωρίς ιατρό. Η λειτουργία του τμήματος στηρίχτηκε σε διεθνή πρότυπα και συγκεκριμένα της αντίστοιχης Υπηρεσίας του Λονδίνου (NHS/LAS), δηλαδή με τον τρόπο που δουλεύουν οι Άγγλοι τις μοτοσυκλέτες τους, το οποίο σιγά-σιγά προσαρμόστηκε στα ελληνικά δεδομένα. Αποτελεί μία μείξη των δυο συστημάτων «Scoop & Run» και «Stay & Play» (Moto in Action, 2020).

Μέσα στο πρώτο τρίμηνο λειτουργίας του τμήματος καταγραφήκανε εντυπωσιακά αποτελέσματα, τα οποία παρουσιάστηκαν σε Διεθνή Ημερίδα, με προσκεκλημένους από την Υπηρεσία του Λονδίνου. Τα ετήσια αποτελέσματα, παρουσιάστηκαν 14 μήνες αργότερα, σε Διεθνές Συνέδριο Επειγόντων, στην Θεσσαλονίκη (ΕΚΑΒ, 2019). Μέχρι και σήμερα, το τμήμα έχει καταφέρει να έχει τέτοιον αριθμό ανάπτυξης που τους διακρίνει ανάμεσα στις τρεις πιο επιτυχημένες υπηρεσίες διάσωσης στον κόσμο, καθώς κατέχει τις περισσότερες επιτυχίες ανάταξης ασθενών(Σαουάχ-Μαραγκουδάκη Κ., 2020).

Σήμερα στην Αθήνα λειτουργούν 15 μοτοσυκλέτες με 25 διασώστες, τοποθετημένες σε τρεις Τομείς τον Κεντρικό Τομέα, Νότια και Δυτικά Προάστια, καλύπτοντας την πρωινή και απογευματινή βάρδια. Εκ περιτροπής όμως και ανάλογα με τις εφημερίες των Νοσοκομείων, οι οποίες επηρεάζουν την διαθεσιμότητα των ασθενοφόρων, καλύπτεται και το Κέντρο του Πειραιά. Κατά την Θερινή Περίοδο, ο Τομέας Νοτίων Προαστίων, μεταφέρεται στην Παραλιακή Ζώνη αυτών των προαστίων. Ακόμα, ζεύγη μοτοσυκλετών κατά την θερινή

Περίοδο, καλύπτουν τουριστικούς προορισμούς (Κέρκυρα, Ρόδος, Χαλκιδική κλπ). Μοτοσυκλέτες λειτουργούν σε αρκετές πόλεις της χώρας Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Ιωάννινα, Καβάλα, Σέρρες, Λάρισα, Βόλος, Κρήτη, ανάλογα όμως με τις ανάγκες της κάθε μιας. Η ταχύτητα του μέσου δεν στηρίζεται στην επικίνδυνη οδήγηση, αλλά στην ίδια την ευελιξία του, γι' αυτό και ο δείκτης ατυχημάτων του Τμήματος έως σήμερα είναι μηδενικός (ΕΚΑΒ, 2019).

Εικόνα 5: Κάλυψη του 33ου Αυθεντικού Μαραθώνιου Αθηνών από τις Μοτοσυκλέτες Ταχείας Ανταπόκρισης του ΕΚΑΒ το 2015
Πηγή: http://www.ekabnews.gr/2015/11/33.html

Ο ρόλος των μοτοσυκλετών είναι πολλαπλός (ΕΚΑΒ, 2019):

1. Ταχεία ανταπόκριση, σε κρίσιμα συμβάντα, ιδίως καρδιολογικά, με αποτέλεσμα την επιτυχή ανάταξη περισσότερων ανακοπών, σε σύγκριση με την περίοδο χωρίς λειτουργία μοτοσυκλετών.
2. Βοήθεια σε ασθενοφόρο, ιδίως σε περιπτώσεις ατυχημάτων με πολλά θύματα.
3. Αποσαφήνιση κλήσεων για μεταφορά ασθενούς, με αποτέλεσμα την κατακόρυφη αύξηση της διαθεσιμότητας των ασθενοφόρων, τα οποία πλέον μπορούν να απασχολούνται εκεί που πραγματικά υπάρχει ανάγκη.
4. Κάλυψη ειδικών συμβάντων τα οποία απασχολούσαν για πολύ χρόνο ασθενοφόρα, όπως απειλές αυτοκτονίας, ή φωτιές με πιθανά θύματα.
5. Κάλυψη διαδηλώσεων και θυμάτων στο κέντρο αυτών, συμβάντα στα οποία δεν μπορούσαν με ευκολία να προσεγγίσουν τα ασθενοφόρα.

6. Κάλυψη αθλητικών εκδηλώσεων (Εικόνα 5), λόγω της δυνατότητας κίνησης στο πλήθος, παρακολούθησης δρομέων κλπ.

Το Τμήμα στελεχώνεται αποκλειστικά, με Διασώστες, πτυχιούχους ΙΕΚ ΕΚΑΒ και κατόχους διεθνών πιστοποιήσεων (ERC/BLS, ILS, ALS–PHTLS, PALS), οι οποίοι επανεκπαιδεύονται διαρκώς. Η ασφάλεια των Διασωστών διασφαλίζεται με πλήρεις στολές ατομικής προστασίας υψηλών προδιαγραφών, τις οποίες παρέχει το ΕΚΑΒ. Ο εξοπλισμός της μοτοσυκλέτας περιλαμβάνει (ΕΚΑΒ, 2019):

1. Διαγνωστικό monitor 12 απαγωγών
2. Παλμικό οξύμετρο, πιεσόμετρο, στηθοσκόπιο, σακχαρόμετρο, φορητή αναρρόφηση
3. Πλήρες κιτ αεραγωγού, με ασκό ενηλίκων, παίδων, με στοματοφαρυγγικούς αεραγωγούς και λαρυγγικές μάσκες όλων των μεγεθών
4. Κιτ τραύματος, εγκαυμάτων, τοκετού
5. Σετ φλεβοκέντησης με τους αντίστοιχους ορούς
6. Αερονάρθηκες, αυχενικά κολάρα
7. Φιάλη Ο2, με μάσκες χορήγησης

Μέχρι και σήμερα, υπεύθυνος του τομέα μοτοσυκλετών είναι ο Σιδηρόπουλος Κ., αποτελώντας έναν από τους πρωτεργάτες του τμήματος με την πολυετή εμπειρία που τον διακατέχει με 30χρόνια μάχιμης υπηρεσίας και συγκεκριμένα τα 10 χρόνια είναι αφιερωμένα στις μοτοσυκλέτες, τα 6 στα εναέρια μέσα ως ιπτάμενος διασώστης ενώ τα υπόλοιπα σε ασθενοφόρα επειγόντων. Ο ίδιος σε συνέντευξη του αναφέρει ότι *«Οι δικυκλιστές του ΕΚΑΒ, ανταποκρίνονται άμεσα σε κάθε περιστατικό μη διστάζοντας να ριψοκινδυνέψουν για να σώσουν μια ζωή!».* Όπως τονίζει ο ίδιος, τα προσόντα που χρειάζεται για να γίνει κάποιος δικυκλιστής διασώστης είναι να είναι έμπειρος πτυχιούχος διασώστης, η προϋπηρεσία που κατέχει σε ασθενοφόρα επειγόντων και σε κινητές μονάδες και να είναι κάτοχος του διπλώματος μηχανής απεριορίστων κυβικών αλλά και να έχει δική του μοτοσυκλέτα. Πέρα από τα προηγούμενα, εάν ο αριθμός των αιτήσεων υπερβαίνει τις ανάγκες, επιλέγεται ο υποψήφιος μέσα από την εξέταση επιπλέον προσόντων όπως, οι ξένες γλώσσες, εξειδικεύσεις σε καρδιολογικά περιστατικά και εξειδικεύσεις στο τραύμα (Σαουάχ-Μαραγκουδάκη Κ., 2020).

Ένας από τους πιο σημαντικούς διασώστες του τμήματος είναι ο Δάμκαλης Α. (Εικόνα 6), ο οποίος ξεκίνησε την καριέρα του στο ΕΚΑΒ το 2010 αν και ασκούσε το επάγγελμα του διασώστη από το 2000 στον ιδιωτικό τομέα. Είναι ένα από τα στελέχη που συνέβαλε στην ανασυγκρότηση του τμήματος και ο οποίος παρά το γεγονός ότι ήτανε νέος υπάλληλος τότε στο ΕΚΑΒ δεν δίστασε να συμβάλλει στο έργο αυτό με τις γνώσεις και την εμπειρία του. Ταυτόχρονα, πέρα από τις επαγγελματικές του ικανότητες που τον διακρίνουνε στο χώρο, αυτό που αξίζει να σημειωθεί είναι η 2η επαγγελματική του ιδιότητα, αυτή του έγγαμου Ιερέα. Ο ίδιος δεν παύει να τονίζει σε αρκετές συνεντεύξεις του ότι *«κοινός παρονομαστής και των δυο επαγγελμάτων μου είναι ο άνθρωπος, καθώς δεν είναι λίγο να σώζεις μια ανθρώπινη ζωή.. όπως δεν είναι λίγο να σώζεις μια ψυχή. »*.

Εικόνα 6: Ο Διασώστης - Ιερέας των Μοτοσυκλετών Ταχείας Ανταπόκρισης του ΕΚΑΒ
Πηγή: https://www.olympia.gr/ellada/apostolos-damkalis-o-iereas-motosykl/

Παρακάτω, στην εικόνα (Εικόνα 7) απεικονίζεται η διασώστρια Γκουβέρου Ν, η οποία αποτελεί την πρώτη Ελληνίδα διασώστρια του ΕΚΑΒ με Μοτοσυκλέτα Ταχείας Ανταπόκρισης τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Ευρώπη. Συγκεκριμένα, ασκεί το επάγγελμα του Διασώστη-Πλήρωμα Ασθενοφόρου από το 2004 και μέσα από σκληρή δουλεία, πείσμα και συνεχείς επανεκπαιδεύσεις αλλά και παρακολουθήσεις διαφόρων εξειδικευμένων σεμιναρίων, κατάφερε να διεκδικήσει μια θέση στην Ομάδα Μοτοσυκλετών Ταχείας Ανταπόκρισης, ανατρέποντας το σημερινό στερεότυπο του ανδροκρατούμενου επαγγέλματος.

Εικόνα 7: Η 1η Ελληνίδα Διασώστρια της ομάδας μοτοσυκλετών Ταχείας Ανταπόκρισης του ΕΚΑΒ
Πηγή: Προσωπικό άλμπουμ της Γκουβέρου Ν.

Δεν ήτανε λίγοι αυτοί που αμφισβητούσανε τις δυνατότητες μιας γυναίκας να ανταπεξέλθει σε αυτό το ρόλο στις μοτοσυκλέτες, μέσα από τις αρνητικές αντιδράσεις και τα σχόλια προς το πρόσωπο της. Όμως, με την κατάλληλη υποστήριξη των συναδέλφων της, ενσωματώθηκε αρμονικά στην ομάδα από την πρώτη στιγμή και κατάφερε να επιτύχει το στόχο της. Ωστόσο, η δράση της επεκτείνεται και στον τομέα της εκπαίδευσης όπου και μεταλαμπαδεύει τις γνώσεις και τις εμπειρίες που κατέχει.

4.5 Εναέρια Μέσα Άμεσης Βοήθειας στο Ε.Κ.Α.Β.

Τα εναέρια ασθενοφόρα άμεσης βοήθειας χρησιμοποιούνται για να μεταφέρουν ασθενείς, απομακρύνοντας τους άμεσα από το σημείο του συμβάντος. Πιο συγκεκριμένα, προσγειώνονται μέσα ή κοντά στον τόπο του συμβάντος, με απώτερο σκοπό να διακομίσουν τους ασθενείς σε μονάδες τραύματος (Ρούσσος Χ., 2014).

Υπάρχουν δύο βασικοί τύποι εναέριων ιατρικών μονάδων: τα αεροσκάφη με φτερά και εκείνα που φέρουν έλικα, περιστρεφόμενη με κατακόρυφο άξονα, γνωστά ως ελικόπτερα (Εικόνες 8-9). Συνήθως, τα αεροσκάφη με φτερά χρησιμοποιούνται σε διανοσοκομειακές μεταφορές ασθενών, όταν οι αποστάσεις είναι μεγαλύτερες από 100 ή 150 μίλια. Ενώ, για διακομιδές με μικρότερες αποστάσεις προτιμάται η διακομιδή από χερσαία μέσα ή ελικόπτερα (Ρούσσος Χ., 2014).

Εικόνα 8:Αεροπλάνο που χρησιμοποιείται γενικά σε διακομιδές ασθενών από το ένα νοσοκομείο στο άλλο για αποστάσεις μεγαλύτερες από 150 μίλια
Πηγή:https://www.vrisko.gr/advdetails/0205bb_f_f1h6g2e17_bae454ea120_0cb6abe4c_35ha503bh5k776k7f_57d2h

Εικόνα 9:Ελικόπτερο του Ε.Κ.Α.Β. τύπου Augusta Bell A109 Power
Πηγή: onmed, 2019

Τα ελικόπτερα αποτελούν ένα από τα σπουδαιότερα εργαλεία στην παροχή επείγουσας ιατρικής φροντίδας. Αυτό συμβαίνει διότι η επιβίωση των ασθενών με τραύμα έχει άμεση σχέση με το χρόνο που μεσολαβεί από τη στιγμή του ατυχήματος μέχρι την παροχή ιατρικής φροντίδας. Γι' αυτό και τα περισσότερα ελικόπτερα που χρησιμοποιούνται στις πρώτες βοήθειες πετούν με ταχύτητα 100 mph σε ευθεία πορεία, χωρίς τους κινδύνους που κρύβουν οι δρόμοι ή προκύπτουν από την πυκνή κυκλοφορία (Ρούσσος Χ., 2014).

Σήμερα το ΕΚΑΒ καλείται να αντιμετωπίσει τις περιπτώσεις αεροδιακομιδής ασθενών σε όλη τη χώρα με τρία ελικόπτερα. Το 2000 το ΕΚΑΒ παρέλαβε 5 ελικόπτερα/ασθενοφόρα, τύπου Augusta Bell A109 Power, αλλά μέσα σε 25 μήνες συνετρίβησαν τρία από αυτά, προκαλώντας το θάνατο σε δεκατέσσερα άτομα (Μεταξάκης Ν., 2015).

Συγκεκριμένα, το πρώτο αεροπορικό ατύχημα συνέβη στις 14 του Γενάρη 2001, όταν ελικόπτερο του ΕΚΑΒ που μετέφερε τον 75χρονο ασθενή με έμφραγμα, από την Πάτμο σε νοσοκομείο της Αθήνας, έπεσε σε θαλάσσια περιοχή του Σουνίου. Τα συντρίμμια του μοιραίου ελικοπτέρου βρέθηκαν στις 19 Ιανουαρίου 2001 στη νησίδα Άγιος Γεώργιος, στα ανοιχτά του Σουνίου, με το ελικόπτερο να αντικαταστείτε λίγους μήνες αργότερα. Το δεύτερο ατύχημα συνέβη ενάμιση χρόνο μετά, στις 17 Ιουνίου 2002 στην περιοχή Βίγλα Ανάφης, εκτελώντας διακομιδή ασθενούς από το νησί στη Ρόδο, αμέσως μετά την απογείωσή του, στις 02:05 τα ξημερώματα. Το τρίτο ατύχημα συνέβη το βράδυ της Δευτέρας 10 Φεβρουαρίου 2003 και ώρα 21:50 από τη βάση της Μυτιλήνης με προορισμό την Ικαρία για την παραλαβή και μεταφορά στο Νοσοκομείο της Σάμου 70χρονης στην οποία είχε γίνει διάγνωση γαστρορραγίας (Μεταξάκης Ν., 2015).

Μέχρι τότε τις αεροδιακομιδές από τα νησιά τις είχαν αναλάβει τα εναέρια μέσα των Ενόπλων Δυνάμεων (C 130, Chinook, AB 212, AB 205) και τα οποία δεν διέθεταν κατάλληλο ιατρικό εξοπλισμό. Ειδικότερα, τις νυχτερινές αποστολές, για μια 20ετία (1980-2000) στα ελικοδρόμια των νησιών, τις είχαν αναλάβει τα AB 212 του Πολεμικού Ναυτικού, χωρίς ατύχημα. Μέχρι τότε ούτε ο Στρατός ούτε η Πολεμική Αεροπορία διέθεταν δικινητήρια ελικόπτερα με radar που να πληρούσαν τις προδιαγραφές για νυχτερινές πτήσεις IFR (Instrument Flight Rules). Μετά το 2000 παρελήφθησαν τα 5 ελικόπτερα του ΕΚΑΒ αλλά και τα 10 Super Puma της Π.Α. τα οποία επωμίστηκαν τις νυχτερινές διακομιδές. Βέβαια τα Ε/Π του Π.Ν. παρά την πληθώρα νυχτερινών αεροδιακομιδών δεν είχαν γίνει γνωστά και τις περισσότερες φορές τα ΜΜΕ τα αναφέρουν ως Ε/Π της Π.Α. Τα ελικόπτερα του Π.Ν. και η δράση τους έγιναν γνωστά μετά τα Ίμια. Αξιοσημείωτο είναι ότι τα Ε/Π του Π.Ν. επιχειρούσαν στο Αιγαίο, στη Μεσόγειο, τον Ατλαντικό, τον Ινδικό και αλλού, αφού αποστολή τους ήταν η έρευνα και προσβολή πλοίων και υποβρυχίων, η έρευνα και διάσωση και η διοικητική μέριμνα μέρα-νύχτα από τις φρεγάτες, με τους χειριστές να έχουν τεράστια εμπειρία και εξοικείωση στα νησιά του Αιγαίου. Η Διοίκηση Ε/Π Ναυτικού είχε επωμιστεί επίσης την χαρτογράφηση, τον έλεγχο, την αξιολόγηση και την πιστοποίηση των ελικοδρομίων των Νησιών για την Υπηρεσία Πολιτικής Αεροπορίας (Μεταξάκης Ν., 2015).

Κατά το έτος 2003, με την ανάκτηση του ενός από τα τρία πέσοντα ελικόπτερα, η 358 ΜΕΔ (Μοίρα Έρευνας Διάσωσης) ανέλαβε την εκτέλεση αεροδιακομιδών, παραλαμβάνοντας τα τρία εναπομείναντα ελικόπτερα A-109 Power του ΕΚΑΒ, συγκροτώντας το Σμήνος Ελικοπτέρων ΕΚΑΒ. Το Σμήνος αυτό, ανεξαρτητοποιήθηκε το 2005, με την ονομασία Σμήνος Ελικοπτέρων Άμεσης Βοήθειας (ΣΕΑΒ) (Μεταξάκης Ν., 2015).

Ωστόσο, τα εναπομείναντα ελικόπτερα παράμειναν για εκτενές χρονικό διάστημα αναξιοποίητα, λόγω έλλειψης πόρων για την επισκευή τους. Το υπουργείο Υγείας έχει στόχο την επιτάχυνση των διαδικασιών για την επισκευή και επανένταξη των ελικοπτέρων στο στόλο του ΕΚΑΒ, ώστε να γίνονται αεροδιακομιδές ασθενών από απομακρυσμένες, νησιωτικές ή δύσβατες περιοχές της χώρας (Onmed, 2019).

Η επισκευή αυτή όμως αναμένεται να γίνει με μια ακόμη δωρεά του Ιδρύματος «Σταύρος Νιάρχος», το οποίο έχει επιπλέον προσφερθεί και για την αγορά 2 νέων αεροπλάνων για αεροδιακομιδή και παροχή ενισχυμένης ιατρικής φροντίδας κατά τη διάρκεια της αερομεταφοράς. Θα είναι η δεύτερη μεγάλη δωρεά του Ιδρύματος προς το ΕΚΑΒ, μετά την αγορά 143 ασθενοφόρων τα οποία ήδη έχουν ενταχθεί στο στόλο του Κέντρου (Onmed, 2019).

Σήμερα, το έργο των αεροδιακομιδών σύμφωνα με την Κοινή Υπουργική Απόφαση Φ.290/12/163819 Σ.2265/2015 - ΦΕΚ 2758/Β/18-12-2015 και το Άρθρο 1, εκτελείται με πτητικά μέσα τα οποία ανήκουν στις Μονάδες με Επιχειρησιακή Διοίκηση ΓΕΕΘΑ, πτητικά μέσα του Αρχηγείου Λιμενικού Σώματος Ελληνικής Ακτοφυλακής και του Αρχηγείου Πυροσβεστικού Σώματος. Συγκεκριμένα, στο Άρθρο 1 αναφέρεται ότι:

1. Ανατίθεται στον Α/ΓΕΑ η οργάνωση της διάθεσης των μέσων, ο συντονισμός και η εκτέλεση του πτητικού έργου των αεροδιακομιδών υγείας επ' ωφέλεια ΕΚΑΒ.
2. Το ανωτέρω έργο των αεροδιακομιδών να εκτελείται με πτητικά μέσα που ανήκουν στις Μονάδες υπό Επιχειρησιακή Διοίκηση ΓΕΕΘΑ και πτητικά μέσα του Αρχηγείου Λιμενικού Σώματος Ελληνικής Ακτοφυλακής (Α/Λ.Σ.ΕΛ.ΑΚΤ.) και του Αρχηγείου Πυροσβεστικού Σώματος (Α/Π.Σ.), καθώς και τα πτητικά μέσα του Υπουργείου Υγείας.
3. Όταν απαιτηθεί να χρησιμοποιηθούν πτητικά μέσα, άλλα πλην αυτών της Π.Α., το οποίο εκτελείται υπό το συντονισμό του ΓΕΕΘΑ.
4. Το έργο διακομιδών υγείας επ' ωφέλεια ΕΚΑΒ με πλοία του ΠΝ και του Α/ΛΣΕΛ.ΑΚΤ συνεχίζει να εκτελείται ως έχει.

Εικόνα 10:Αεροδιακομιδή ασθενούς με αεροπλάνο της Πολεμικής Αεροπορίας C-130 και παραλαβή από ασθενοφόρο του Ε.Κ.Α.Β.
Πηγή: cyclades24, 2020

Οι αεροδιακομιδές του ΕΚΑΒ εδρεύουν στο στρατιωτικό αεροδρόμιο της Ελευσίνας (Εικόνα 10) και το επιχειρησιακό σκέλος των αεροδιακομιδών του ΕΚΑΒ έχει ανατεθεί στις Ένοπλες Δυνάμεις με τα πτητικά μέσα που παραχωρούνται να είναι μεταγωγικά αεροσκάφη και ελικόπτερα Super Puma, τα οποία είναι εφοδιασμένα με τον κατάλληλο ιατρικό επείγοντα

εξοπλισμό. Τα πληρώματα που απασχολούνται σε μια τέτοια αεροδιακομιδή απαρτίζονται από πιλότους της Πολεμικής Αεροπορίας και το ιατρικό πλήρωμα, το οποίο θα πρέπει να περιλαμβάνει ιατρό εκπαιδευμένο στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ιπτάμενο νοσηλευτή ή/και ιπτάμενο διασώστη .

Στην παρακάτω εικόνα (Εικόνα 11) απεικονίζεται μια από τις πολλές αεροδιακομιδές που πραγματοποιούνται καθημερινά από τα εξειδικευμένα πληρώματα με πτητικά μέσα. Συγκεκριμένα, πραγματοποιείται η διακομιδή ενός νεογέννητου βρέφους μέσα σε θερμοκοιτίδα με υπεύθυνη επικεφαλή ιατρό πτήσης την αναισθησιολόγο κα Άννα Μαριόλα, η οποία φροντίζει για την ασφάλεια του νεογέννητου βρέφους όπως αρμόζει.

Εικόνα 11:Αεροδιακομιδή νεογέννητου βρέφους με θερμοκοιτίδα με επικεφαλή ιατρό πτήσης την αναισθησιολόγο Μαριόλα Άννα
Πηγή: «Οι αεροδιακομιδές του Ε.Κ.Α.Β. στην διακίνηση των βαρέως πασχόντων ασθενών από τα επαρχιακά νοσοκομεία στα νοσοκομεία του κέντρου: 25 χρόνια εμπειρίας», Μαριόλα Α., Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ- Γραφείο Αεροδιακομιδών, https://slideplayer.gr/slide/2012283/

4.6 Ειδικό Τμήμα Ιατρικής Καταστροφών - Ε.Τ.Ι.Κ.

Το Ειδικό Τμήμα Ιατρικής Καταστροφών (ΕΤΙΚ) είναι ένα από τα σπουδαιότερα τμήματα του ΕΚΑΒ, καθότι η δράση του όταν έχει απαιτηθεί είναι καθοριστική την ανθρώπινη ζωή. Το τμήμα λειτουργεί υπό την καθοδήγηση της Διευθύντριας του Ειδικού Τμήματος Ιατρικής Καταστροφών ΕΚΑΒ, την ιατρό Αναστασία Ζυγούρα. Οι καταστάσεις που μπορούν να ενεργοποιήσουν το ΕΤΙΚ μπορεί να είναι (ΕΚΑΒ, 2019):

- Φυσική Μαζική Καταστροφή
- Τεχνολογική Μαζική Καταστροφή
- Μαζικό Συμβάν που αφορά τη Δημόσια Υγεία

- Τρομοκρατικά συμβάντα που απειλούν τη Δημόσια Υγεία

Στις υποχρεώσεις του ΕΚΑΒ συγκαταλέγεται και η προσφορά υπηρεσιών υποστήριξης ζωτικών λειτουργιών σε ειδικές καταστάσεις όπως Μαζικές Απώλειες Υγείας από Τρομοκρατικές Ενέργειες με Όπλα Μαζικής Καταστροφής (ΕΚΑΒ, 2019).

Παρακάτω παρουσιάζονται ορισμένες εικόνες (Εικόνες 12-14) από τη δράση του τμήματος.

Εικόνα 12: Δράση ΕΤΙΚ (1)
Πηγή:https://www.civilprotection.gr/sites/default/gscp_uploads/pictures/EKAB_el_GR.pdf

Εικόνα 14: Δράση ΕΤΙΚ (3)
Πηγή:https://www.civilprotection.gr/sites/default/gscp_uploads/pictures/EKAB_el_GR.pdf

Εικόνα 13: Δράση ΕΤΙΚ (2)
Πηγήhttps://www.civilprotection.gr/sites/default/gscp_uploads/pictures/EKAB_el_GR.pdf

Εικόνα 15: Δράση ΕΤΙΚ (4)
Πηγήhttps://www.civilprotection.gr/sites/default/gscp_uploads/pictures/EKAB_el_GR.pdf

4.6.1 Αποστολή Ε.Τ.Ι.Κ.

Το ειδικό Τμήμα Ιατρικής Καταστροφών (ΕΤΙΚ) είναι υπεύθυνο για τη σύνταξη σχεδίων καθώς και για την εφαρμογή τους σε περιπτώσεις έκτακτων αναγκών και μαζικών απωλειών υγείας λόγω φυσικών ή μη μαζικών καταστροφών. Τα σχέδια που συντάσσει το ΕΤΙΚ, εντάσσονται στο γενικότερο σχεδιασμό του κράτους για αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών και συγκεκριμένα στο Γενικό Σχέδιο Πολιτικής Προστασίας με την συνθηματική λέξη Ξενοκράτης (ΕΚΑΒ, 2019).

Στο τμήμα αυτό συμμετέχουν γιατροί και πληρώματα του ΕΚΑΒ, οι οποίοι έχουν εκπαιδευτεί στην αντιμετώπιση μαζικών απωλειών υγείας λόγω μαζικών ατυχημάτων και καταστροφών. Στα πλαίσια του σχεδίου Ξενοκράτης καλείται η υπηρεσία να αντιμετωπίσει τις επιπτώσεις στην υγειά των πολιτών από διαφόρων αντίξοες καταστάσεις με αίτιο τις φυσικές ή τεχνολογικές καταστροφές, μαζί με τους υπόλοιπους εμπλεκόμενους φορείς (ΕΚΑΒ, 2019).

Αποστολή του ΕΤΙΚ είναι η εξασφάλιση και προστασία της δημόσιας υγείας δια μέσω μιας ταχείας ανταπόκρισης του ΕΚΑΒ σε όλες τις καταστάσεις που απαιτούν παροχή επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας σε μεγάλο αριθμό θυμάτων, καθώς και ο συντονισμός μεταξύ προνοσοκομειακής και νοσοκομειακής ανταπόκρισης (Εικόνες 16-23). Η προστασία της υγείας καθώς και η διατήρηση της ζωής και της περιουσίας των πολιτών από τις επιδράσεις μιας φυσικής ή τεχνολογικής καταστροφής είναι πάρα πολύ σημαντική (ΕΚΑΒ, 2019).

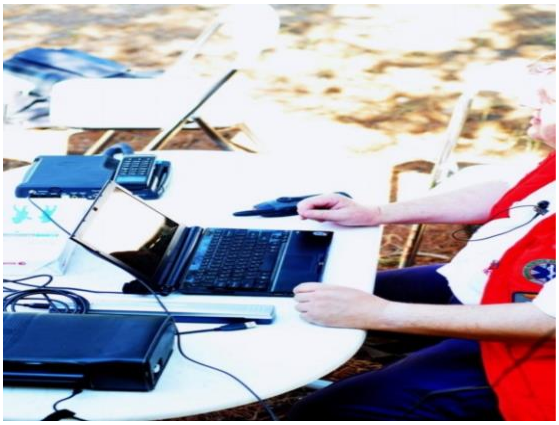
Εικόνα 16: Σκηνή Διαλογής
*Πηγή*https://www.civilprotection.gr/sites/default/gscp_uploads/pictures/EKAB_el_GR.pdf

Εικόνα 17: Σκηνή Σταθεροποίησης
*Πηγή*https://www.civilprotection.gr/sites/default/gscp_uploads/pictures/EKAB_el_GR.pdf

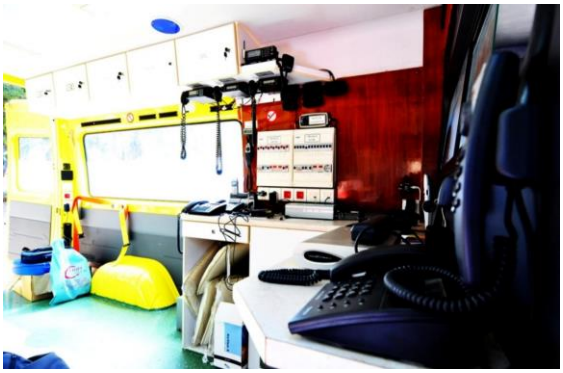
Εικόνα 18: Σκηνές Προσωπικού
*Πηγή*https://www.civilprotection.gr/sites/default/gscp_uploads/pictures/EKAB_el_GR.pdf

Εικόνα 19: Προσωπικό ΕΤΙΚ
*Πηγή*https://www.civilprotection.gr/sites/default/gscp_uploads/pictures/EKAB_el_GR.pdf

Εικόνα 20: Κέντρο Διοίκησης (1)
*Πηγή*https://www.civilprotection.gr/sites/default/gscp_uploads/pictures/EKAB_el_GR.pdf



Εικόνα 21: Κέντρο Διοίκησης (2)
*Πηγή*https://www.civilprotection.gr/sites/default/gscp_uploads/pictures/EKAB_el_GR.pdf



Εικόνα 22: Κέντρο Διοίκησης (3)
*Πηγή*https://www.civilprotection.gr/sites/default/gscp_uploads/pictures/EKAB_el_GR.pdf

Εικόνα 23: Αποθήκες Εξοπλισμού
*Πηγή*https://www.civilprotection.gr/sites/default/gscp_uploads/pictures/EKAB_el_GR.pdf

Γι' αυτό όλοι οι εργαζόμενοι του ΕΤΙΚ έχουν καθήκοντα αναφορικά με αυτό κατά τέτοιο τρόπο όπως τους επιβάλλεται από το νόμο ή από τους ανωτέρους τους. Το συγκεκριμένο σχέδιο αναφέρεται στις βασικές έννοιες και αρχές καθώς και στις διαδικασίες μέσω των οποίων θα

παρασχεθεί άμεση και ικανοποιητική ιατρική φροντίδα σε πιθανά θύματα μιας φυσικής ή τεχνολογικής μαζικής καταστροφής (ΕΚΑΒ, 2019).

4.6.2 Στόχοι Ε.Τ.Ι.Κ.

Οι στόχοι του ΕΤΙΚ είναι η ελαχιστοποίηση της απώλειας ζωής και του ποσοστού των αναπηριών μέσω της έγκαιρης και κατάλληλης παροχής επείγουσας φροντίδας, μέσα από τα εξής (ΕΚΑΒ, 2019):

- Συντονισμός της ανταπόκρισης του ΕΤΙΚ με άλλους φορείς
- Εξασφάλιση ενός συγκεκριμένου συστήματος διοίκησης ΕΤΙΚ
- Καθορισμός επικοινωνίας και κοινής ορολογίας.
- Δυνατότητα ένταξης στο γενικότερο σχεδιασμό της χώρας για αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών (Ξενοκράτης)

4.6.3 Πεδίο Δράσης Ε.Τ.Ι.Κ.

Το πεδίο δράσης της ομάδας ΕΤΙΚ είναι (ΕΚΑΒ, 2019):

- Νομός Αττικής (Αθήνα και γύρω περιοχή)
- Ελληνική επικράτεια (πρώτα ενεργοποιείται το κατά τόπους ΕΤΙΚ και εφόσον υπάρχει ανάγκη ενίσχυσης συμμετέχουν ομάδες άλλων πόλεων/παραρτημάτων)
- Συγκεκριμένες αποστολές στο εξωτερικό (εθελοντική συμμετοχή δηλωμένων ομάδων)

4.7 Οργανισμός Λιμένα Πειραιά – Ο.Λ.Π.

Το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας οργάνωσε και λειτουργεί από τις 20 Φεβρουαρίου 2004 Σταθμό Παροχής Υπηρεσιών Επείγουσας Προνοσοκομειακής Ιατρικής στο Κεντρικό Κτίριο του Οργανισμού Λιμένα Πειραιά. Ο σταθμός εγκαινιάσθηκε στις 20-02-2004 από τον τότε Υπουργό Υγείας κ. Στεφανή (ΕΚΑΒ, 2019).

Το λιμάνι του Πειραιά είναι από τη θάλασσα η πύλη εισόδου στη χώρα μας. Καθημερινά επιβιβάζεται και αποβιβάζεται μεγάλος αριθμός επιβατών για τα ελληνικά λιμάνια.

Κρουαζιερόπλοια δένουνε καθημερινά με επιβάτες απ' όλο τον κόσμο. Καθημερινά στο λιμάνι υπάρχει μεγάλος αριθμός εργαζομένων και επισκεπτών (ΕΚΑΒ, 2019).

Για το λόγο αυτό, ο σταθμός διαθέτει ιατρείο το οποίο στελεχώνεται με ιατρούς εξειδικευμένους στην επείγουσα προνοσοκομειακή ιατρική καθώς και νοσηλευτικό προσωπικό. Το ιατρείο είναι εξοπλισμένο με ιατρικά μηχανήματα, ιατρικό και νοσηλευτικό υλικό κατάλληλα για την αντιμετώπιση καταστάσεων απειλητικών για τη ζωή του ανθρώπου (ΕΚΑΒ, 2019).

Στην πεντάμηνη λειτουργία του εξετάστηκαν και αντιμετωπίστηκαν περισσότερα από διακόσια περιστατικά. Περιστατικά διακομίστηκαν σε μεγαλύτερους υγειονομικούς σταθμούς για περαιτέρω έλεγχο και αντιμετώπιση. Κατά το μήνα Αύγουστο, κατά τη διάρκεια των Ολυμπιακών Αγώνων το ιατρείο στελεχώθηκε από τις ιατρικές υπηρεσίες του «ΑΘΗΝΑ 2004». Ο σταθμός είναι χώρος στάθμευσης και εφοδιασμού για την Κινητή Μονάδα Πειραιά και για την μοτοσικλέτα Πειραιά (ΕΚΑΒ, 2019).

4.8 Μεταφορές Νεογνών

Μέσα από μια ιστορική αναδρομή στο χρόνο, οι διακομιδές νεογνών στην Ελλάδα ξεκινούν με την πρώτη προσπάθεια να καταγράφεται στον 20ο αιώνα το 1904, η οποία συμπίπτει με την ίδρυση του «Δημοτικού Μαιευτηρίου». Τα νεογνά, και κυρίως τα έκθετα ή ορφανά, μεταφέρονταν με «ειδικόν υπάλληλον», τον οποίο είχε καθορίσει ο τότε Δήμαρχος Αθηναίων και ιατρός Σπ. Μερκούρης, στο «Δημοτικό Βρεφοκομείο της Αθήνας» μέσα στο οποίο είχε αρχίσει να λειτουργεί η Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών και η οποία διέθετε στις αρχές του 20ου αιώνα συνολικά 13 θερμοκοιτίδες (Εθνικόν Πανεπιστήμιον, 1979 και Δημοτικόν Βρεφοκομείον Αθηνών, 1902, Τσουκαλά Γ.). Παράλληλα, για πρώτη φορά τοποθετείται σε μαιευτήριο της χώρας παιδίατρος υπεύθυνος για τα νεογνά του Δημοτικού Μαιευτηρίου, ο Μάρκος Τζουμάρας, επιμελητής της Παιδιατρικής Κλινικής του Εθνικού Πανεπιστημίου (Δημοτικόν Νοσοκομείον "Η ΕΛΠΙΣ" 1902-1911 και Δημοτικόν Μαιευτήριον 1905-1911, Τσουκαλά Γ.) (Μούσκου Σ. και συν., 2011).

Κατά την περίοδο 1937-1940 άρχισαν να λειτουργούν μετά από πρόταση του Καθηγητού της Μαιευτικής Λούρου Ν. δύο «φορητά Μαιευτικά Συνεργεία», τα οποία υλοποιήθηκαν χάρη στη συνδρομή της UNICEF, από τη δωρεά των Αδελφών Παπαστράτου και τη συνεργασία του

Κράτους (Εφημερίς "Έθνος": 22-4-1936, Τσουκαλά Γ.). Συγκεκριμένα, στελεχώνονται από ιατρούς και μαίες οι οποίοι με τον απαραίτητο εξοπλισμό εκτελούν τοκετούς σε σπίτια άπορων γυναικών, σε περιπτώσεις όπου τα μαιευτήρια δεν είχαν θέσεις. Στην περίπτωση εμφάνισης επιπλοκών, η λεχωϊδα μεταφερότανε από την ίδια ομάδα στο Μαιευτήριο «Μαρίκα Ηλιάδη» και το νεογνό στο Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία» (Εφημερίς: "ΕΥΘΥΓΝΩΜΗ", Λούρου Ν., 30-9-1936 εν Τσουκαλά Γ.) (Μούσκου Σ. και συν., 2011).

Εικόνα 24: Μεταφορά νεογνού με φορητή θερμοκοιτίδα & αυτοκίνητο
Πηγή: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles

Ωστόσο, οι πρώτες οργανωμένες διακομιδές νεογνών στην Ελλάδα τοποθετούνται στα τέλη της δεκαετίας του ‘40. Το Ίδρυμα «Μαρίκα Ηλιάδη», το οποίο ιδρύθηκε μέσα από τη δωρεά της Έλενας Ε. Βενιζέλου, διέθετε το πρώτο οργανωμένο Τμήμα Πρόωρων της χώρας και το οποίο ιδρύθηκε από την τότε υποδιευθύνουσα Χαρά Βογιατζάκη και με διευθυντή τον Πετρίδη Ε., καθώς και την πρώτη πλήρη «ομάδα διακομιδής» που μετέφερε νεογνά από τις ιδιωτικές κλινικές του λεκανοπεδίου. Στελεχωνότανε από τις μαίες του ιδρύματος, οι οποίες εκτελούσανε τις διακομιδές εθελοντικά, ενώ χρέη ασθενοφόρου εκτελούσε αρχικά ένα μικρό πουλμανάκι και στη συνέχεια ένα ταξί (Εικόνα 24). Υπήρχε ειδικός οδηγός ταξί, ο οποίος ήτανε πολύ προσεκτικός στην οδήγηση και παρέμενε σε αναμονή έξω από το μαιευτήριο. Το 1950, η ομάδα διακομιδής εξοπλίστηκε με την πρώτη φορητή θερμοκοιτίδα μεταφοράς με μπαταρία, την πρώτη στην Ελλάδα, «…που ήταν πάντα ζεστή συνδεδεμένη στην πρίζα» (Τσουκαλάς Ι. και συν., 2008) (Μούσκου Σ. και συν., 2011).

Το 1954 άρχισε να λειτουργεί σε καινούριες εγκαταστάσεις το «Δημόσιον Μαιευτήριον», το σημερινό «Μαιευτήριο Αλεξάνδρα», το οποίο διέθετε «Βρεφολογικό Τμήμα» με διευθυντή τον Σπ. Δοξιάδη. Στο νοσηλευτικό προσωπικό του τμήματος υπήρχε μία ομάδα μαιών ειδικά

εκπαιδευμένων στην εντατική νοσηλεία των προώρων νεογνών, οι οποίες εκτελούσαν εθελοντικά διακομιδές από το λεκανοπέδιο, την επαρχία ή τα νησιά (Τσουκαλάς Ι. και συν., 2007) (Μούσκου Σ. και συν., 2011).

Το 1960, για πρώτη φορά συζητήθηκε σε Παιδιατρικό Συνέδριο στη Λάρισα το θέμα των διακομιδών νεογνών από τον καθηγητή Κ. Χωρέμη όπου και ζητήθηκαν από την Πολιτεία θερμοκοιτίδες διακομιδών, οι οποίες όμως έφτασαν στα Νοσοκομεία το 1981. Τη δεκαετία αυτή ανέλαβε τις διακομιδές νεογνών το νοσηλευτικό προσωπικό του Νοσοκομείου Παίδων «Η Αγία Σοφία», ενώ οι μαίες των μαιευτηρίων «Μαρίκα Ηλιάδη» και «Αλεξάνδρα» εκτελούσανε περιστασιακά διακομιδές (Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, 1978) (Μούσκου Σ. και συν., 2011).

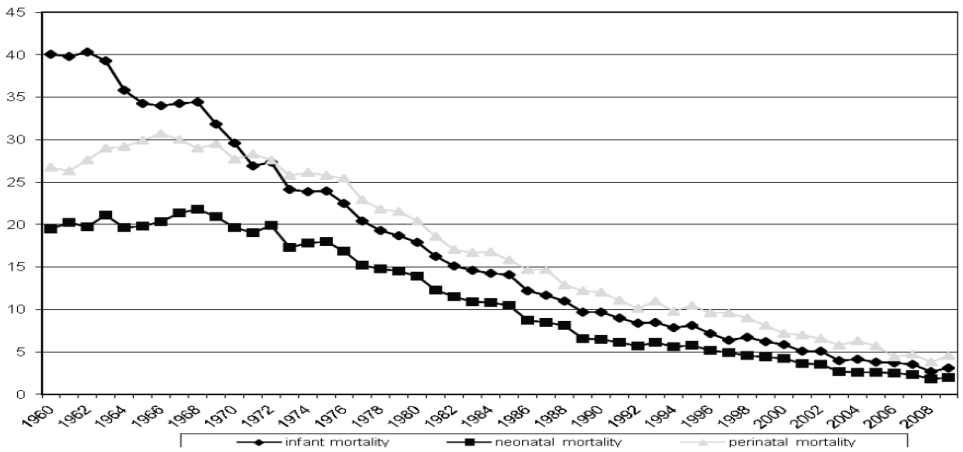
Το χρονικό διάστημα 1954-1978 λειτούργησε στην ιδιωτική «Παιδιατρική Κλινική Ιωάννου Δαβάκη» στη λεωφόρο Συγγρού, ιδιωτική υπηρεσία οδικών, θαλάσσιων και εναέριων Διακομιδών Νεογνών. Συγκεκριμένα, το 1965 το Τμήμα Προώρων Νεογνών της Παιδιατρικής Κλινικής έκανε την πρώτη «οργανωμένη» αεροδιακομιδή στη χώρα μας από την Κρήτη με ιπτάμενη ομάδα διακομιδής από εθελόντριες «ιπτάμενες νοσηλεύτριες», με τα έξοδα της διακομιδής τότε να καλύπτονται από τους γονείς (Τσουκαλάς Ι. και συν., 2007) (Μούσκου Σ. και συν., 2011).

Το 1973 ξεκίνησε τη λειτουργία του το πρώτο Τμήμα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών στην Α' Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία». Οι μεταφορές αρχικά γίνονταν με ταξί, από ένα γιατρό και τον οδηγό του ταξί. Οι ΜΕΝΝ και η ομάδα μεταφοράς νεογνών ήταν υπό την εποπτεία της Πανεπιστημιακής Κλινικής με Διευθυντή τον Καθηγητή Ματσανιώτη Ν. . Οι γιατροί που προσλαμβάνονταν τότε ήταν παιδίατροι μετά το πέρας της ειδικότητας τους και με ετήσιες συμβάσεις (Τσουκαλάς Ι. και συν., 2007) (Μούσκου Σ. και συν., 2011).

Ο πρώτος νοσοκομειακός βοηθός ιατρός που προσελήφθη στη ΜΕΝΝ και δούλεψε στο σύστημα αυτό σε ολόχρονη και 24ωρη βάση μόνος του για 21/2 χρόνια, ήταν ο κ. Τσουκαλάς Ι. Την ίδια χρονιά έγινε σύσταση του Ρυθμιστικού Κέντρου Μεταφοράς Ασθενών (ΦΕΚ :31/5-2-73 Τ.Α΄ ΝΔ, 1343/73), ενώ παράλληλα σώθηκε το πρώτο νεογνό μετά από μηχανική υποστήριξη της αναπνοής του με τον πρώτο νεογνικό αναπνευστήρα (Marck-8) που είχε αγοραστεί το 1968 (Εθνικόν Πανεπιστήμιον: Χρονικόν της Α' Παιδιατρικής Κλινικής 1966-1993 1995). Σύμφωνα με στοιχεία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), η ίδρυση των ΜΕΝΝ συνέπεσε με τη μεγάλη πτώση της νεογνικής και

περιγεννητικής θνησιμότητας, όπως φαίνεται και στο παρακάτω διάγραμμα (Διάγραμμα 1) (Μούσκου Σ. και συν., 2011).

Διάγραμμα 1:Μείωση της νεογνικής περιγεννητικής και βρεφικής θνησιμότητας στην Ελλάδα από το 1960 μέχρι το 2009 σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ

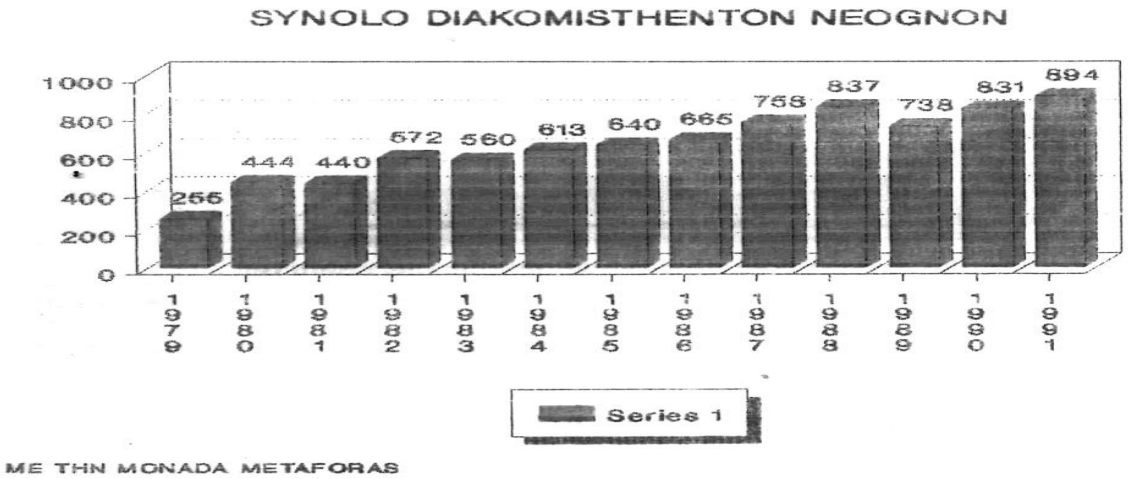


Πηγή: www.oecd.org

Το 1975 η Βουλή των Ελλήνων με παρέμβαση του καθηγητή Ματσανιώτη Ν. και του βουλευτή Δαβάκη Ι. νομοθέτησε-δημιούργησε το «Ανεξάρτητο Συντονιστικό Κέντρο Διακομιδής Προώρων και Προβληματικών Νεογνών» που λειτουργεί σε 24ωρη βάση (Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, 1978). Το 1977 η Βουλή των Ελλήνων ψήφισε ότι είναι επιτακτική ανάγκη για την ύπαρξη του ΕΚΑΒ Νεογνών (Τσουκαλάς Γ., 2007) (Μούσκου Σ. και συν., 2011).

Το 1978 η υπηρεσία μεταφοράς νεογνών υπήχθη πλέον στο Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», όπου ο συντονισμός αλλά και η ίδια η διακομιδή εκτελούνταν από τους γιατρούς των δύο Νεογνικών Τμημάτων (το ένα ήταν της Πανεπιστημιακής Κλινικής και το άλλο ήταν του Νοσοκομείου). Οι γιατροί συνέχισαν να είναι με ετήσιες συμβάσεις και οι νοσηλευτές/τριες που συνόδευαν το γιατρό προέρχονταν από το προσωπικό των δύο Νεογνικών Τμημάτων. Κατά την περίοδο αυτή και μέχρι το 1984 ο οδηγός και τα έξοδα συντήρησης του ασθενοφόρου χρηματοδοτούνταν από το Υπουργείο Υγείας. Την ίδια περίοδο καθιερώθηκε το ειδικό βαλιτσάκι μεταφοράς με φάρμακα και απαραίτητο εξοπλισμό υποστήριξης του νεογνού κατα την μεταφορά. Το 1981 ιδρύθηκαν επίσημα οι δύο Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (Α και Β ΜΕΝΝ) καθώς και η «Υπηρεσία Διακομιδής» στο Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία». Οι νοσηλεύτριες μεταφοράς συνέχισαν να προέρχονται από το νοσηλευτικό προσωπικό των Μονάδων (Μούσκου Σ. και συν., 2011).

Διάγραμμα 2:Ένα από τα διαγράμματα που υπάρχουν στο "Σχέδιο για την οργάνωση των διακομιδών πρόωρων και προβληματικών νεογνών", ενδεικτικό της κίνησης της Μονάδας Μεταφορών Προβληματικών Νεογνών την περίοδο 1979-1991



Πηγή: Διακομιδή νεογνών: Ιστορική αναδρομή και οργάνωση της στην Αττική, (Μούσκου Σ. και συν., 2011).

Το 1992 κατατέθηκε στο Υπουργείο Υγείας «Σχέδιο για την οργάνωση διακομιδών των προώρων και προβληματικών νεογνών», όπου προτάθηκε από το ΕΚΑΒ η δημιουργία των επτά ΚΑΒ Νεογέννητων (ΚΑΒ-Ν) σε πόλεις όπου ήδη υπάρχουν ΜΕΝΝ στις υγειονομικές περιφέρειες της χώρας. Η σταδιακή στελέχωση των ΚΑΒ-Ν αναμενότανε να ολοκληρωθεί μέσα στο 1992. Επιπλέον, παρατέθηκε αναλυτική οικονομοτεχνική μελέτη και στατιστικά στοιχεία που αφορούσανε τα διακομισθέντα νεογνά το χρονικό διάστημα 1979-1991 (Διάγραμμα 2) (Αναγνωστάκου Μ. και συν., 1992) (Μούσκου Σ. και συν., 2011).

Το Νοέμβριο του 2003, λειτούργησε ύστερα από παραχώρηση ενός εξοπλισμένου ασθενοφόρου της ΜΚΟ «Το Χαμόγελο του Παιδιού» και σε συνεργασία του τότε Υπουργού Υγείας, του Διευθυντή της Παιδιατρικής Κλινικής του Γ. Ν. Νίκαιας « Άγιος Παντελεήμων» και του Προέδρου του ΕΚΑΒ, η Κινητή Μονάδα Μεταφοράς Νοτίων Προαστίων με βάση το Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων». Σκοπό είχε να διεκπεραιώνει όλες τις διακομιδές νεογνών από και προς τα νοσοκομεία Νίκαιας, Τζάνειο, Θριάσειο, Αττικό καθώς και τις αεροδιακομιδές από το στρατιωτικό αεροδρόμιο της Ελευσίνας. Οι γιατροί που στελεχώσανε αυτή τη μονάδα μεταφοράς ήταν επικουρικοί ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων (παιδίατροι, παιδοχειρουργοί, μαιευτήρες) με ετήσιες συμβάσεις (Τσάτζης Π., 2010) (Μούσκου Σ. και συν., 2011). Εν συνεχεία, το Δεκέμβριο του 2004 η Μονάδα Μεταφοράς Νοτίων Προαστίων μεταφέρθηκε στην Κεντρική Υπηρεσία του ΕΚΑΒ και στελεχώθηκε από επικουρικούς ιατρούς με ετήσιες συμβάσεις (www.lintzeris.gr. 12/2004) (Μούσκου Σ. και συν., 2011).

Το 2005 με απόφαση του Υπουργού Υγείας (Υ4δ/Γ. Π. οικ. 53080) αποφασίζεται ότι το ΕΚΑΒ, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και το Συντονιστικό Όργανο του Τομέα Υγείας (Υ.Υ.Κ.Α./Σ.Ο.Τ.Υ.), το οποίο στη συνέχεια μετονομάστηκε σε Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας-Ε.Κ.ΕΠ.Υ., πρέπει να ενημερώνεται για τα κενά κρεβάτια των Νεογνικών Τμημάτων απαραίτητα τρεις φορές την ημέρα. Επιπλέον, οι νεογνικές κλίνες άρχισαν να διατίθενται και από τις ιδιωτικές κλινικές σύμφωνα με το ΦΕΚ αρ. φύλλου 1892/21 Δεκεμβρίου 2004, Αριθ. Υ4ε/οικ. 131423 *«Καθορισμός νοσηλίων Νεογνικών Μονάδων σε ιδιωτικές κλινικές, με πακέτο νοσηλείας».* Τα νεογνά της λίστας αναμονής του ΕΚΑΒ διακινούνταν ανάλογα με τη βαρύτητα του περιστατικού και πάντοτε με τη σύμφωνη γνώμη του Νεογνολόγου Ιατρού που επρόκειτο να δεχθεί το περιστατικό και του ιατρού του ΕΚΑΒ που συντόνιζε και παρακολουθούσε τη διακίνηση των περιστατικών της αναφερόμενης λίστας (Μούσκου Σ. και συν., 2011).

Στις 13 Σεπτεμβρίου 2007 υπογράφτηκε Μνημόνιο Συνεργασίας αορίστου χρόνου ανάμεσα στο ΕΚΑΒ και τη ΜΚΟ «Χαμόγελο του Παιδιού» όπου παραχωρήθηκαν στο ΕΚΑΒ Κινητές Ιατρικές Μονάδες κατάλληλα εξοπλισμένες για τη μεταφορά παίδων και νεογνών στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη (Εικόνα 25) (Μούσκου Σ. και συν., 2011).

Εικόνα 25:Ασθενοφόρα Κινητές Ιατρικές Μονάδες του "Χαμόγελου του Παιδιού"
Πηγή: https://virus.com.gr/aerodiakomidi-20chronoy-chari-sto-chamogelo-toy-paidioy/

Σήμερα, και εν έτη 2020 στις αρμοδιότητες του ΕΚΑΒ παραμένει η μεταφορά των προώρων και προβληματικών νεογνών από υγειονομικούς σχηματισμούς της Ελληνικής περιφέρειας αλλά και της περιοχής της πρωτεύουσας προς εξειδικευμένα κέντρα νοσηλείας νεογνών. Το ΕΚΑΒ διαθέτει όλο τον απαραίτητο εξειδικευμένο εξοπλισμό και έμπειρο προσωπικό για την

πραγματοποίηση τόσο των αεροδιακομιδών όσο και των επίγειων διακομιδών νεογνών, και φροντίζει για τον συντονισμό των μεταφορών νεογνών με πλωτά μέσα (ΕΚΑΒ, 2019).

Εικόνα 26: Κινητή Ιατρική Μονάδα Νεογνών του ΕΚΑΒ
Πηγή: http://www.ekabnews.gr/2018/01/blog-post_49.html

Ωστόσο, δεν είναι λίγες οι φορές που το ΕΚΑΒ πραγματοποιεί μεταφορές νεογνών όταν είναι ακόμη στην μήτρα της μητέρας τους (μεταφορά in utero). Με άλλα λόγια μεταφέρει τις επίτοκες μητέρες (έτοιμες να γεννήσουν) σε ειδικά κέντρα, προκειμένου να εξασφαλίσει ασφαλείς συνθήκες στη μητέρα και το νεογνό. Μεταξύ άλλων, το ΕΚΑΒ διαθέτει Κινητή Ιατρική Μονάδα Μεταφοράς Νεογνών στην περιοχή της Αττικής, η οποία διαθέτει θερμοκοιτίδα μεταφοράς νεογνών με ενσωματωμένο αναπνευστήρα πίεσης για την εφαρμογή μηχανικού αερισμού και απαιτούμενο εξοπλισμό για την ασφαλή διακομιδή προώρων και προβληματικών νεογνών (Εικόνα 26). Πρόκειται για τη δεύτερη Εξειδικευμένη Μονάδα Μεταφοράς Νεογνών στην Ελλάδα, με την πρώτη να λειτουργεί με έδρα το Νοσοκομείο Παίδων « Η Αγία Σοφία» (ΕΚΑΒ, 2019).

4.9 Εκπαίδευση Διασωστών-Πληρωμάτων ΕΚΑΒ

Το Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΙΕΚ) του ΕΚΑΒ είναι δημόσιο ΙΕΚ που υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας και παρέχει εκπαίδευση στην ειδικότητα «Διασώστης-Πλήρωμα Ασθενοφόρου». Η εκπαίδευση στους σπουδαστές παρέχεται σε κατάλληλα διαμορφωμένους χώρους του ΕΚΑΒ (Εικόνα 27), από εκπαιδευτές οι οποίοι αποτελούν «πυλώνα» κατά της εκπαίδευσης των σπουδαστών.

Εικόνα 27: Εκπαίδευση σπουδαστών του ΙΕΚ ΕΚΑΒ στην αμφιθεατρική αίθουσα που διαθέτει από τον διασώστη Δάμκαλη Α.
Πηγή: Προσωπικό αρχείο φωτογραφιών του Δάμκαλη Α.

Συγκεκριμένα, οι εκπαιδευτές είναι καταξιωμένοι διασώστες του ΕΚΑΒ, ιατροί του ΕΚΑΒ και των νοσοκομείων της χώρας. Προέρχονται από όλα τα τμήματα του ΕΚΑΒ και ειδικότερα από τις Μοτοσυκλέτες Ταχείας Ανταπόκρισης, τις Αεροδιακομιδές, την ΕΤΙΚ, το Επιχειρησιακό Κέντρο Επικοινωνίας και Συντονισμού, τις Κινητές Ιατρικές Μονάδες και τα απλά ασθενοφόρα. Είναι διαλεγμένοι ένας προς ένας από τη διεύθυνση του Ινστιτούτου και διαθέτουν υψηλή κατάρτιση στην επείγουσα προνοσοκομειακή ιατρική, με πολυετή επαγγελματική εμπειρία στον οργανισμό και μεράκι για το αντικείμενο της εργασίας και της διδασκαλίας. Η άμεση επαφή με τους εργαζόμενους του χώρου και τα μέσα με τα οποία παρέχεται η προνοσοκομειακή φροντίδα οδηγούν στην απόκτηση προσόντων και δεξιοτήτων που θα τους εντάξουν ευχερώς στην αγορά εργασίας αλλά και στον οργανισμό του ΕΚΑΒ (Οδηγός Σπουδών, 2018).

Το 2000, αναπτύχθηκε ένα προηγμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα, το οποίο καθιερώνει και αναπτύσσει έναν επαγγελματικό φορέα αναγνωρισμένο από την εθνική νομοθεσία. Παρέχεται δωρεάν και έχει διάρκεια δυόμιση χρόνια, μέσα στα οποία προσφέρει εκτεταμένες θεωρητικές γνώσεις και πρακτική εμπειρία μέσω 1400 ωρών τεχνικής εκπαίδευσης, χωρισμένο σε 800 ώρες θεωρητικής εκπαίδευσης και 600 ώρες κλινικής πρακτικής σε νοσοκομεία και ασθενοφόρα (Οδηγός Σπουδών, 2018).

Τα μαθήματα που διδάσκονται είναι σε πανεπιστημιακό επίπεδο και είναι κυρίως ανατομία, φυσιολογία, παθολογία, φαρμακολογία, μικροβιολογία, παρακολούθηση ΗΚΓ, καθώς και εκπαίδευση σε μεθόδους φλεβικής πρόσβασης, διαχείριση καταστροφών, καθιερωμένες οδηγίες, ασφαλή οδήγηση, αγγλική γλώσσα, συστήματα επικοινωνίας και τεχνολογίες και

εκπαίδευση υπολογιστών. Ωστόσο, μεγάλη έμφαση δίνεται σε θέματα που καλύπτουν την αξιολόγηση της κρίσιμης ασθένειας και του τριγώνου, των δεξιοτήτων των αεραγωγών, της βασικής και προχωρημένης υποστήριξης της ζωής (BLS, ALS), της ανάνηψης και της προηγμένης υποστήριξης ζωής τραύματος (ακινητοποίηση τραυματισμένων οστών και διαχείριση τραυμάτων) (Οδηγός Σπουδών, 2018). Ακόμα, παρέχεται ειδικό μάθημα όπου οι εκπαιδευτές ενώνουν τα περιστατικά στα οποία έχουν παραβρεθεί και τα παρουσιάζουν στους σπουδαστές με τη μορφή «σεναρίων» τόσο σε πρακτικό επίπεδο όσο και σε θεωρητικό επίπεδο (Εικόνες 28-29).

Εικόνα 28: Εκπαίδευση σπουδαστή σε πρωτόκολλο αντιμετώπισης επείγοντος σε βρέφος από τον διασώστη Πουλίκο Φ.
Πηγή: Προσωπικό αρχείο φωτογραφιών Δάμκαλη Α.

Εικόνα 29: Εκπαίδευση σπουδαστών σε πρωτόκολλο αντιμετώπισης επείγοντος σε τροχαίο συμβάν με εγκλωβισμένο άνθρωπο από τον διασώστη Τάγκα Δ.
Πηγή: Προσωπικό αρχείο φωτογραφιών Δάμκαλη Α.

Το έτος 2005 με απόφαση Διοικητικού Συμβουλίου η συνεχιζόμενη κατάρτιση αποκτά ενιαίο χαρακτήρα πανελλαδικά με κοινό υλικό διαλέξεων εγκεκριμένο από το Επιστημονικό Συμβούλιο του ΕΚΑΒ και διευρύνεται με νέα θεματολογία. Στα προγράμματα της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης που υλοποιούνται από το ΕΚΑΒ εντάσσονται και οι οδηγοί, πληρώματα ασθενοφόρων και λοιπό προσωπικό των Νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας που στελεχώνουν τα ασθενοφόρα τους κατ' εφαρμογή του Ν. 3984/2011 άρθρο 66, παρ.15.

Είναι αξιοσημείωτο ότι η Επείγουσα Ιατρική δεν είναι ακόμη αναγνωρισμένη ειδικότητα στην Ελλάδα. Γι' αυτό και το καθηκοντολόγιο των διασωστών μπορεί να εξισωθεί με αυτή του Τεχνικού Επείγουσας Ιατρικής Βασικής Εκπαίδευσης (EMT-B). Αυτό συμβαίνει, διότι οι απόφοιτοι της σχολής παρόλο που διδάσκονται ένα μεγάλο κομμάτι της επείγουσας, στην πραγματικότητα δεν καλύπτονται από κάποιο νομικό πλαίσιο προκειμένου να προβαίνουν σε

αρκετές από αυτές τις πράξεις στο πεδίο συμβάντος. Μερικές από αυτές είναι η ενδοτραχειακή διασωλήνωση, η κρικοθυροειδοτομή και η χορήγηση φαρμάκων, οι οποίες θεωρούνται στη χώρα μας Ιατρικές Πράξεις (Οδηγός Σπουδών, 2018).

Πέρα από την εκπαίδευση των διασωστών, με το Νόμο 2345/12-9-1995 άρθρο 7, (ΦΕΚ 213/12-10-1995) στο Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας ιδρύεται και λειτουργεί Μετεκπαιδευτικό Κέντρο Ιατρών για την Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική (ΕΠΙ) και αφορά ιατρούς ανεξαρτήτως ειδικότητας, με σκοπό τη δημιουργία στελεχών ικανών να αντιμετωπίσουν με την απαιτούμενη ταχύτητα και αποτελεσματικότητα οποιοδήποτε οξύ συμβάν και να μεταφέρουν με ασφαλείς συνθήκες τον πάσχοντα στον κατάλληλο υγειονομικό σχηματισμό. Το πρόγραμμα αυτό είναι δωρεάν και έχει διάρκεια 400 ωρών, που χωρίζεται σε 75 θεωρητικές ώρες, 25 πρακτικές ώρες και οι υπόλοιπες 300 ώρες σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, μονάδων εντατικής θεραπείας τμήματα αναισθησιολογίας.

4.10 Εκπαίδευση Κοινωνικών Ομάδων

Εκτός από τη κρίσιμη για τη δημόσια υγεία και κοινωνική ασφάλεια επιχειρησιακή δράση του ΕΚΑΒ, βασική προτεραιότητα αποτελεί η δράση στο τομέα της εκπαίδευσης των επαγγελματικών και κοινωνικών ομάδων. Βάσει του νόμου 2345/12-9-1995 άρθρο 7, στο ΕΚΑΒ λειτουργούν εκπαιδευτικά προγράμματα στην Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική για την εκπαίδευση νοσηλευτών, διασωστών (πληρωμάτων ασθενοφόρων), στελεχών δημοσίων υπηρεσιών που απασχολούνται με τη διάσωση και την παροχή βοήθειας στους πολίτες και άλλων ειδικών ομάδων πληθυσμού.

Στο πλαίσιο αυτό εκπαιδεύονται στελέχη και υπηρεσιακοί παράγοντες φορέων που μπορεί να έχουν εμπλοκή στην αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών. Έχει υιοθετηθεί κοινή θεματολογία, ύλη και πρόγραμμα ώστε να εξασφαλίζεται ο ενιαίος και ποιοτικός χαρακτήρας των προγραμμάτων σε όλη τη χώρα και η απόκτηση κοινών πρακτικών. Μετά το πέρας της εκπαίδευσης χορηγείται βεβαίωση παρακολούθησης του σεμιναρίου (ΕΚΑΒ, 2019).

4.11 Kids Save Lives

Το 2007 δύο διασώστες μετατίθενται στην Κασσάνδρα Χαλκιδικής για να βοηθήσουν την τουριστική αυτή περιοχή ως Διασώστες - Πληρώματα ασθενοφόρου του ΕΚΑΒ. Σύντομα αναγνωρίζουν πως είναι δύσκολο να σωθούν ανθρώπινες ζωές, κυρίως λόγω της καθυστέρησης

στο να προσεγγίσουν έγκαιρα τα επείγοντα περιστατικά εξαιτίας της μορφολογίας του εδάφους (Anastasios Stefanakis, 2018).

Το 2009 ταξιδεύουν στην Αθήνα για να γίνουν εκπαιδευτές του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Αναζωογόνησης (ERC) και άμεσα ξεκινούν μαθήματα στις κοινότητες της περιοχής εκπαιδεύοντας μικρούς και μεγάλους, με σκοπό να βοηθούν ως πρώτοι ανταποκρινόμενοι μέχρι την άφιξη του ασθενοφόρου. Βλέποντας τον ενθουσιασμό αλλά και τις άπειρες δυνατότητες των μικρών κυρίως μαθητών, το 2010 αποφασίζουν να εκπαιδεύσουν συγκεκριμένο target group, παιδιά μέσα στα Ελληνικά σχολεία. Για μία ημέρα στο σχολείο οι μαθητές δεν θα διδάσκονταν πλέον μαθηματικά ή φυσική, αλλά πώς να σώζουν ζωές (Anastasios Stefanakis, 2018).

Το εγχείρημα βρήκε άμεσα πολλούς υποστηρικτές (παιδιά, γονείς, εκπαιδευτικούς) οι οποίοι αποφάσισαν να συστήσουν τον πρώτο ανθρωπιστικό οργανισμό στην Ελλάδα που θα είχε κυρίως δύο στόχους (Anastasios Stefanakis, 2018):

1. Την διάδοση της δωρεάν εκπαίδευσης Καρδιοπνευμονικής Αναζωογόνησης στα Ελληνικά σχολεία.
2. Την ανάπτυξη δικτύου απινιδωτών σε εθνικό επίπεδο, με σκοπό την αύξηση του ποσοστού επιβίωσης θυμάτων εξωνοσοκομειακής καρδιακής ανακοπής στην Ελλάδα.

Το 2016, ο Οργανισμός σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Επείγουσας Προνοσοκομειακής Φροντίδας, ξεκινάει επίσημα Μάθημα Α' Βοηθειών στα σχολεία όλης της Χώρας με την έγκριση του Υπουργείου Παιδείας και μέχρι τον Μάρτιο του 2020 έχουν εκπαιδευτεί περισσότεροι από 60.000 μαθητές και εκπαιδευτικοί (Εικόνες 30-31). Ο ανθρωπιστικός Οργανισμός με πληθώρα εκπαιδευτικών προγραμμάτων ανά ηλικιακή ομάδα, έχει καταφέρει μέχρι σήμερα να εκπαιδεύσει δωρεάν δεκάδες χιλιάδες παιδιά και ενηλίκους σε εκατοντάδες Ελληνικά σχολεία, κοινότητες, ορφανοτροφεία, κατασκηνώσεις, στρατόπεδα, συλλόγους, και άλλους φορείς (Anastasios Stefanakis, 2018).

Εικόνα 30:Εκαπίδευση δασκάλων σχολικής μονάδας στο πρόγραμμα Kids Save Lives
Πηγή: https://kidssavelives.gr/poioi-eimaste/

Εικόνα 31:Εκπαίδευση ανήλικων μαθητών στο πρόγραμμα Kids Save Lives
Πηγή: https://kidssavelives.gr/poioi-eimaste/

Με το ανθρωπιστικό του έργο και την ανάπτυξη τριών δικτύων: εθελοντών εκπαιδευτών, ανανηπτών και απινιδωτών σε δημόσιους χώρους, αλλά και με καίριες προτάσεις - παρεμβάσεις σε θεσμούς, όπως η κατάθεση Σχεδίου Νόμου στην Υπουργό Παιδείας για την θεσμοθέτηση του Μαθήματος Α' Βοηθειών "Τα Παιδιά Σώζουν Ζωές" στο ωρολόγιο πρόγραμμα των ελληνικών σχολείων, κατάφερε να αυξήσει την επιβίωση θυμάτων εξωνοσοκομειακής καρδιακής ανακοπής στην Ελλάδα, χάρη στα εκπαιδευμένα παιδιά και στους εκπαιδευμένους πολίτες και να βραβευτεί τελικώς από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναζωογόνησης (Anastasios Stefanakis, 2018).

Κεφάλαιο Πέμπτο: Αποτύπωση της κατάστασης όσον αφορά στις διακομιδές ασθενών

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται έντονα η στάση του ΕΚΑΒ να αναγκάζεται να επιστρατεύει ιδιωτικά σκάφη ώστε να μεταφέρονται ασθενείς ή τραυματίες από νησιά του Αιγαίου σε λιμάνια με κεντρικές νοσοκομειακές μονάδες. Αυτό αφορά περιπτώσεις όπου οι ιατροί κρίνουν ότι η διακομιδή τους είναι επιβεβλημένη και που τοποθετούνται, από άποψη σοβαρότητας, ένα στάδιο πριν από την επείγουσα κατάσταση (Μπουλούτζα, 2017).

Σε μια πρόσφατη μελέτη (Πίνακας 2), το 2012 καταγράφεται ότι από τις 678 συνολικά πλωτές διακομιδές, οι 301 πραγματοποιήθηκαν με σκάφη του λιμενικού και οι 377 με ιδιωτικά σκάφη. Βέβαια, οι περισσότερες διακομιδές με πλωτά μέσα φαίνεται να έγιναν το 2014 όπου υπολογίστηκαν συνολικά σε 758, εκ των οποίων οι 290 πραγματοποιήθηκαν με μέσα του Λιμενικού Σώματος και οι 468 με ιδιωτικά σκάφη. Το 2016 όμως, ο αριθμός των πλωτών διακομιδών φαίνεται να ήταν ο χαμηλότερος της πενταετίας με 576 συνολικά διακομιδές, εκ των οποίων 169 πραγματοποιήθηκαν με μέσα του λιμενικού και 407 με ιδιωτικά προσφερόμενα σκάφη (Μπουλούτζα, 2017).

Πίνακας 2:Στατιστικά δεδομένα των διακομιδών ασθενών με ιδιωτικά σκάφη και σκάφη του Λιμενικού Σώματος Ακτοφυλακής κατά την περίοδο 2012-16

Έτος/Διακομιδές	Αριθμός διακομιδών με ιδιωτικά σκάφη	Αριθμός διακομιδών με σκάφη λιμενικού σώματος ακτοφυλακής	Σύνολο διακομιδών
2012	377	301	678
2013	453	235	688
2014	468	290	758
2015	437	208	645
2016	407	169	576

Πηγή: Μπουλούτζα (2017), Πλωτές Διακομιδές Περιόδου 2012-2016

Σε σχέση με τις αεροδιακομιδές ασθενών, αυτές σήμερα πραγματοποιούνται με σκάφη

της πολεμικής αεροπορίας. Όμως, η τρέχουσα οικονομική κρίση δεν επιτρέπει την συντήρηση των 3 ελικοπτέρων του ΕΚΑΒ, με αποτέλεσμα να υφίσταται συνεργασία με τον Ελληνικό Στρατό και την Πολεμική Αεροπορία. Κατά το πρώτο εξάμηνο του 2016 πραγματοποιήθηκαν συνολικά 409 αποστολές με κάθε είδους πτητικό μέσο και μεταφέρθηκαν 590 ασθενείς (Δράκος, 2016).

Πίνακας 3:Στατιστικά δεδομένα αεροδιακομιδών ασθενών κατά την περίοδο 2010-15

Έτος/Διακομιδές	Αριθμός αποστολών	Αριθμός εξυπηρετούμενων ασθενών
2010	1.091	1.439
2011	975	1.334
2012	983	1.351
2013	966	1.365
2014	1.007	1.342
2015	953	1.287

Πηγή: Δράκος (2016), Αερομεταφορές Ασθενών Περιόδου 2010-2015

Ωστόσο, σταθερή μείωση στον αριθμό των αεροδιακομιδών του ΕΚΑΒ καταγράφεται τα τελευταία χρόνια στη χώρα (Πίνακας 3). Παρά τη μεγάλη αύξηση της τουριστικής κίνησης σε νησιά, από τα οποία όπως είναι αναμενόμενο, προέρχεται η πλειονότητα των αιτήσεων για αεροδιακομιδές, το 2017 χρειάστηκε να μεταφερθούν με ιπτάμενα μέσα της Πολεμικής Αεροπορίας από την περιφέρεια στο κέντρο της χώρας 200 λιγότερα επείγοντα περιστατικά σε σχέση με το 2013. Η μείωση αυτή είναι αποτέλεσμα της πιο «αυστηρής» επιλογής που γίνεται από τους γιατρούς του ΕΚΑΒ για το ποια περιστατικά πραγματικά χρήζουν αεροδιακομιδής και ποια μπορούν είτε να αντιμετωπιστούν στον τόπο του συμβάντος είτε να διακομιστούν με άλλα μέσα (Μπουλούτζα,2018).

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία της Πολεμικής Αεροπορίας, η οποία έχει αναλάβει από το 2003 το πτητικό έργο του ΕΚΑΒ, το 2017 διενεργήθηκαν 805 «αποστολές» αεροδιακομιδών, με τις οποίες εξυπηρετήθηκαν 1.166 ασθενείς. Άλλωστε, μια συνήθης πρακτική είναι οι «συνδυαστικές αεροδιακομιδές», όταν δηλαδή σε μία αποστολή εξυπηρετούνται περισσότεροι του ενός ασθενείς. Οι μήνες με τη μεγαλύτερη ζήτηση είναι οι καλοκαιρινοί και είναι ενδεικτικό ότι τον Αύγουστο του 2017 κατά

μέσον όρο «σηκώνονταν» τρία αεροπλάνα ή ελικόπτερα την ημέρα που εξυπηρετούσαν τουλάχιστον τέσσερις ασθενείς.

Ο αριθμός των αεροδιακομιδών βαίνει σταθερά μειούμενος τα τελευταία χρόνια. Έτσι, το 2016 εξυπηρετήθηκαν 1.267 ασθενείς σε 832 αποστολές της Πολεμικής Αεροπορίας, το 2015 1.287 ασθενείς σε 953 αποστολές και το 2013 1.365 σε 966 αποστολές, ενώ πριν από δέκα χρόνια είχαν εξυπηρετηθεί 1.646 ασθενείς, για τους οποίους χρειάστηκε να «σηκωθούν» 1.196 φορές τα μέσα της Πολεμικής Αεροπορίας. Από τις αρχές του 2018 έως και τον Μάιο έχουν πραγματοποιηθεί 309 «αποστολές» για 487 ασθενείς (Μπουλούτζα,2018).

Το ΕΚΑΒ δέχεται καθημερινά περισσότερες από 5.000 κλήσεις κατοίκων του Λεκανοπεδίου, 160.000 κλήσεις τον μήνα, σχεδόν 2 εκατ. κλήσεις τον χρόνο. Από αυτές, περίπου το 30% αφορά σε αίτημα για διακομιδή σε κάποιο δημόσιο νοσοκομείο. Οι υπόλοιπες -ποσοστό 70%- των κλήσεων στο ΕΚΑΒ αφορούν κυρίως σε πληροφορίες είτε για τα εφημερεύοντα νοσοκομεία, είτε για να μάθουν σε ποιο νοσοκομείο διακομίστηκαν οι οικείοι τους (Αυτοδιοίκηση,2014).

Πολλοί ζητούν αριθμούς τηλεφώνων νοσοκομείων αλλά και γενικές «εγκυκλοπαιδικές» πληροφορίες σχετικά με συμπτώματα ή ασθένειες ή οδηγίες πρώτων βοηθειών κ.ά. Από τα στοιχεία του ΕΚΑΒ προκύπτει ότι εκτός από τα πραγματικά επείγοντα περιστατικά, δηλαδή τραυματίες τροχαίων ατυχημάτων, καρδιαγγειακά επεισόδια κ.ά., τα υπόλοιπα, σε πολύ μεγάλο ποσοστό, αντιμετωπίζονται σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και δεν χρήζουν ιατρικής υποστήριξης κατά τη διάρκεια της διακομιδής (Αυτοδιοίκηση,2014).

Το ποσοστό των πραγματικά επειγουσών περιστατικών εκτιμάται στο 40% των περιστατικών. Βασικό κριτήριο για την εκτίμηση αυτή είναι η εισαγωγή των ασθενών στο νοσοκομείο. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Επιχειρησιακού Κέντρου, κάθε ενάμιση λεπτό πραγματοποιείται τουλάχιστον μία διακομιδή ασθενούς με ασθενοφόρο του ΕΚΑΒ στην Αθήνα (Αυτοδιοίκηση,2014).

Καθημερινά, τα ασθενοφόρα του ΕΚΑΒ διασχίζουν τους δρόμους της Αττικής πραγματοποιώντας περίπου 1.000 διακομιδές. Το 25% των διακομιδών αφορούν σε χρόνια περιστατικά (π.χ. αιμοκαθάρσεις) ή σε δευτερογενή (για παράδειγμα προγραμματισμένη μεταφορά ασθενή από νοσοκομείο σε νοσοκομείο ή εξιτήρια). Οι υπόλοιπες διακομιδές αφορούν επείγοντα περιστατικά, τα οποία βέβαια δεν είναι

πάντα επείγοντα (Αυτοδιοίκηση,2014).

Ωστόσο, υπάρχουν και οι ασθενείς που δεν χρήζουν επείγουσας μεταφοράς και επιλέγουν το ΕΚΑΒ για τη διακομιδή τους αφορούν κυρίως για πρακτικούς λόγους αλλά και για συναισθηματικούς λόγους. Υπάρχουν περιπτώσεις ασθενών που θεωρούν ότι με το ασθενοφόρο θα πάνε πιο γρήγορα στο νοσοκομείο ή ότι θα τους εξετάσει αμέσως ο γιατρός, χωρίς να περιμένουν στην «ουρά» των επειγόντων ή απλώς θέλουν να πάνε σε συγκεκριμένο νοσοκομείο και δεν έχουν χρήματα να πληρώσουν το ταξί.

Μάλιστα, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που έχουν αρνηθεί τη διακομιδή, όταν ανακαλύπτουν ότι δεν θα πάνε στο νοσοκομείο της προτίμησής τους. Ακόμη, είναι και κάποιοι άλλοι ασθενείς οι οποίοι θέλουν να αποφύγουν να πληρώσουν τα 5 ευρώ, προκειμένου να εξεταστούνε. Βέβαια, υπάρχουν και οι ασθενείς που απλά κάνουν λάθος εκτίμηση της κατάστασής τους, έχουν πανικοβληθεί, φοβούνται και έχουν ανάγκη από ένα ασφαλές περιβάλλον (Αυτοδιοίκηση,2014).

Πίνακας 4: Στατιστικά στοιχεία Μοτοσυκλετών Ταχείας Ανταπόκρισης ΕΚΑΒ κατά τον Αύγουστο 2019

			Σύνολο
Έτος/Μήνας	2019/Αύγουστος		
Βάρδιες Μοτοσυκλετών	Πρωί	122	242
	Απόγευμα	120	
Περιστατικά Ανταπόκρισης	Πρωί	438	932
	Απόγευμα	494	
Επιπλέον Χαρακτηριστικά Περιστατικών	Διακομίστηκαν με ασθενοφόρο	274	932
	Αρνήθηκαν διακομιδή, πήγαν με δικό τους μέσο	492	
	Ακυρώθηκαν	166	
	Χιλιόμετρα που διανύθηκαν	10.500	

Πηγή:https://www.bikeit.gr/roi-eidiseon/item/20995-motosykletes-taxeias-antapokrisis-ekav-statistika-stoixeia-tis-drasis-tous

Αξιοσημείωτη είναι η δράση της ομάδας Μοτοσυκλετών Ταχείας Ανταπόκρισης του ΕΚΑΒ. Μέσα από έναν εσωτερικό μηχανισμό συλλογής στατιστικών, τον οποίο

υποστηρίξανε τα μέλη της ομάδας σε εθελοντική βάση και πέρα από κάθε συμβατική υποχρέωση, καταφέρανε κατά το μήνα Αύγουστο του 2019 να συλλέξουνε ορισμένα στατιστικά στοιχεία, όπως παρουσιάζονται στον παραπάνω πίνακα (Πίνακας 4) (bikeit.gr, 2019).

Είναι σαφές λοιπόν ότι τα οφέλη που προκύπτουν, από την λειτουργιά του τμήματος των μοτοσυκλετών είναι πολλαπλά. Ορισμένα από αυτά είναι η εξοικονόμηση πόρων, οι εργατοώρες, τα μέσα και τα υλικά που καταναλώνονται, τα καύσιμα, οι φθορές των ασθενοφόρων κ.α. Έτσι, καταφέρανε να διαψεύσουνε όσους φαντάζονται ότι με τη γρήγορη ανταπόκριση σώζουνε ζωές, παρά το γεγονός ότι αυτή είναι η κύρια αποστολή τους. Και αυτό διότι κατέστη δυνατό μέσα από τα στατιστικά αυτά να αποδείξουνε ότι το 85% των κλήσεων στο ΕΚΑΒ δεν έπρεπε να γίνεται και αυτοί οι ασθενείς δεν έπρεπε να διακομίζονται στο νοσοκομείο με ασθενοφόρο. Συγκεκριμένα, όταν πηγαίνει η μοτοσυκλέτα στο σημείο του συμβάντος ακυρώνει τις 8,5 στις 10 κλήσεις και ο ασθενείς ή δεν πηγαίνει στο νοσοκομείο ή πηγαίνει με δικό του μέσο (bikeit.gr, 2019). Έτσι, από τα 850 περιστατικά που δέχεται καθημερινά το ΕΚΑΒ , τα 85 περιστατικά τα αναλαμβάνουνε οι μοτοσυκλέτες με αποτέλεσμα να πραγματοποιούνται 60 λιγότερες διακομιδές με ασθενοφόρα (Υπουργείο Υγείας/ΕΚΑΒ).

Κεφάλαιο Έκτο: Συμπεράσματα - Συζήτηση

Με την ολοκλήρωση της εργασίας, κατέστη σαφές ότι η επείγουσα περίθαλψη πρέπει να εκτιμηθεί ως ένα ολοκληρωμένο σύστημα με αλληλεξαρτώμενα εξαρτήματα. Αυτά τα συστατικά περιλαμβάνουν προνοσοκομειακή περίθαλψη, μεταφορά και νοσοκομειακή περίθαλψη. Κάθε συστατικό είναι σημαντικό, αλλά όλα πρέπει να συνεργαστούν για να έχουν μόνιμη επίδραση στην υγεία ενός πληθυσμού.

Συγκεκριμένα, η οργάνωση και η λειτουργία του συστήματος προνοσοκομειακής περίθαλψης θα ποικίλλει ανά χώρα, αλλά θα πρέπει να συνδέεται με τα τοπικά νοσοκομεία ή τις εγκαταστάσεις όπου λαμβάνονται οι ασθενείς. Όταν η μεταφορά πριν από το νοσοκομείο είναι κακή ή απουσιάζει, συμβαίνουν θάνατοι που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί ακόμη και με φθηνές διαδικασίες.

Συνεχίζοντας, εκτιμάται ότι η προνοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνει τη φροντίδα που παρέχεται από την κοινότητα (σκηνή τραυματισμού, σπίτι, σχολείο ή άλλη τοποθεσία) έως ότου ο ασθενής φτάσει σε μια επίσημη εγκατάσταση υγειονομικής περίθαλψης ικανή να παρέχει οριστική φροντίδα. Αυτή η φροντίδα πρέπει να περιλαμβάνει βασικές και αποδεδειγμένες στρατηγικές και το καταλληλότερο προσωπικό, εξοπλισμό και προμήθειες που απαιτούνται για την αξιολόγηση, την ιεράρχηση και την εφαρμογή παρεμβάσεων για την ελαχιστοποίηση της πιθανότητας θανάτου ή αναπηρίας. Οι πιο αποτελεσματικές στρατηγικές είναι βασικές και φθηνές, και η έλλειψη παρεμβάσεων υψηλής τεχνολογίας δεν πρέπει να εμποδίζει τις προσπάθειες παροχής καλής φροντίδας.

Το προσωπικό θα πρέπει να χρησιμοποιεί ειδικά οχήματα και εξοπλισμό και να είναι συνήθως σε θέση να φτάσει στους ασθενείς και να τους μεταφέρει στα νοσοκομεία το συντομότερο δυνατό χρονικό διάστημα. Η διαδικασία αυτή μπορεί να περιλαμβάνει την εκτέλεση προηγμένων διαδικασιών, τη χορήγηση ενδοφλέβιων και άλλων φαρμάκων από ιατρό ή παραϊατρικό προσωπικό, ή και τα δύο. Όμως, αυτή η φροντίδα δεν είναι πάντα διαθέσιμη σε χώρες χαμηλού εισοδήματος, καθότι το λιγότερο εκπαιδευμένο προσωπικό και η ανεπαρκής χρηματοδότηση καθιστούν αδύνατη την κάλυψη όλο το εικοσιτετράωρο.

Προκειμένου όμως να βελτιωθεί ο τομέας της Επείγουσας Προνοσοκομειακής Φροντίδας και της Επείγουσας Ιατρικής στην Ελλάδα, είναι σημαντικό να επέλθει η ένταξη της ειδικότητας «Διασώστης - Πλήρωμα Ασθενοφόρου» στα Ανώτατα Τεχνολογικά και Πανεπιστημιακά Ιδρύματα της χώρας. Με αυτό τον τρόπο τα πληρώματα των σημερινών ασθενοφόρων θα έχουν

τη δυνατότητα να εκπαιδευτούνε σε μεγαλύτερο εύρος γνώσεων και τεχνικών πάνω στην επείγουσα προνοσοκομειακή επέμβαση. Έτσι, θα καλύπτονται νομικά και θα είναι σε θέση να κάνουν εφαρμογή περισσότερων ενεργειών στον τόπο του συμβάντος, όπως αυτή της διασωλήνωσης ή της τραχειοστομίας ή χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων, χωρίς την παρουσία εξειδικευμένου ιατρού.

Εκτός όμως των προηγούμενων, μέσα από την ένταξη αυτή είναι σαφές ότι θα αλλάξει το μισθολογικό κλιμάκιο του επαγγέλματος και οι εργαζόμενοι θα λαμβάνουν υψηλότερες απολαβές. Μέχρι και σήμερα, το επάγγελμα του «Διασώστη-Πλήρωμα Ασθενοφόρου» κατέχει τις χαμηλότερες απολαβές παρά τη φύση του επαγγέλματος. Δεν είναι λίγες οι φορές που εργαζόμενοι πραγματοποιήσανε πορείες προκειμένου να πετύχουν την ένταξη τους στα Βαρέα και Ανθυγιεινά, αφού καθημερινά καλούνται να εργάζονται καθόλη τη διάρκεια της ημέρας (Πρωί - Μεσημέρι - Βράδυ), να σηκώνουνε ασθενείς με αρκετά κιλά, να ανεβοκατεβαίνουν ορόφους από τις σκάλες σηκώνοντας είτε την καρέκλα μεταφοράς είτε το φορείο με τον ασθενή επάνω, να έρχονται σε επαφή με μολυσματικούς ασθενείς, να αντιμετωπίζουνε στρες και ψυχολογική πίεση κάθε φορά που καλούνται να αντιμετωπίσουν επείγοντα περιστατικά κ.α.

Εικόνα 32: Απεγκλωβισμός ατόμου από ηλεκτρικό συρμό από τον διασώστη Δάμκαλη Α. και τους πυροσβέστες του 1ου Πυροσβεστικού Σταθμού. Αθηνών
Πηγή: Προσωπικό αρχείο φωτογραφιών Δάμκαλη Α.

Πέρα των ανωτέρω, είναι σαφές ότι με την αναβάθμιση της εκπαίδευσης, οι «Διασώστες-Πληρώματα Ασθενοφόρου» θα είναι σε θέση να ενταχθούνε στα σώματα ασφαλείας και κατά κύριο λόγο στην Πυροσβεστική Υπηρεσία. Κατά αυτό το τρόπο, θα επέλθει μια πλήρης και άμεση συνεργασία μεταξύ των δυο Υπηρεσιών (Εικόνα 32), διευκολύνοντας το έργο και των δυο επαγγελμάτων σε πολλά κρίσιμα συμβάντα, όπως αστικές πυρκαγιές με εγκλωβισμένα άτομα, τροχαία ατυχήματα, παροχή βοηθείας κυρίως υπέρβαρων ατόμων, μαζικές

καταστροφές καθώς και η παροχή πρώτων βοηθειών σε τραυματισμένους πυροσβέστες κατά τη διάρκεια των συμβάντων.

Με την υπ. αρ. 57145/οικ.Φ.100.4 (ΑΔΑ: ΒΛ12Ι-397) απόφαση του αρχηγού του Πυροσβεστικού Σώματος συστήνεται επιτροπή με σκοπό τη *«Διερεύνηση των παρεχόμενων στο Π.Σ. δυνατοτήτων και η εκπόνηση σχετικής μελέτης αναφορικά με τη διακίνηση και διακομιδή με τα αναγκαία και κατάλληλα μέσα, σε Νοσοκομεία ή άλλες νοσηλευτικές μονάδες της Χώρας, εκτάκτων περιστατικών που χρήζουν άμεσης ιατρικής και νοσοκομειακής φροντίδας καθώς και τυχόν παροχής επείγουσας προνοσοκομειακής νοσηλευτικής φροντίδας»* (Onmed, 2014).

Ωστόσο, παρά την παραπάνω απόφαση του παλαιότερου αρχηγού του Πυροσβεστικού Σώματος να γίνει μια ενδεχόμενη μελέτη μέσα από την οποία θα παρουσιάζονται τα υπέρ και τα κατά από την ένταξη αυτή, ορισμένοι έσπευσαν να υποστηρίξουνε ότι οι ενέργειες της τότε κυβέρνησης οδηγούν σε συστηματική υποβάθμιση του ΕΚΑΒ, καθώς οι αποφάσεις που λαμβάνει διαμελίζουν τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και εντείνουν το κλίμα ανησυχίας των εργαζομένων αλλά και όλης της κοινωνίας σχετικά με το αν το ΕΚΑΒ θα παραμείνει αυτόνομο και δημόσιο (Onmed, 2014).

Φυσικά όμως σήμερα, φαίνεται ότι από την Κυβέρνηση κρίθηκε πως και τα ασθενοφόρα θα πρέπει να ενταχθούν στον ίδιο οργανισμό με την Πυροσβεστική, το 112 και την Πολιτική Προστασία, αφού πέραν της καθημερινής μεταφοράς ασθενών και τραυματιών στα Νοσοκομεία, σε περιπτώσεις σοβαρών κρίσεων, όπως φυσικών καταστροφών και επιδημιών, αποτελούν βασικό πυλώνα του σχεδιασμού για την αντιμετώπιση της κρίσης. Κάτι που ισχύει σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, αλλά και στις ΗΠΑ, στην επιχειρησιακή λογική SAR (Safety And Rescue). Η Πολιτική Προστασία παράλληλα με την ενοικίαση πτητικών μέσων για την αντιμετώπιση των πυρκαγιών μέσω του ΝΑΤΟϊκου οργανισμού NAMSA (NATO Maintenance and Supply Agency), ζήτησε και την ενοικίαση έξι ειδικών αεροσκαφών διακομιδής ασθενών, τα οποία πρόκειται να παραληφθούν σταδιακά (Proti Online, 2020).

Ένα άλλο φλέγον ζήτημα που τίθεται καθημερινώς, είναι η μεγάλη αναμονή που υπάρχει στην ανταπόκριση πολλών κλήσεων του ΕΚΑΒ. Σε αυτό σημαντικό ρόλο παίζει στα μεγάλα αστικά κέντρα ο μεγάλος συνωστισμός στους δρόμους, καθώς και η κακή οδηγική συμπεριφορά των περισσότερων οδηγών οι οποίοι παραβιάζουν τον Κώδικα Οδικής Κυκλοφορίας (π.χ. παραβίαση της Λωρίδας Εκτάκτου Ανάγκης) και η μη παραχώρηση προτεραιότητας στα

ασθενοφόρα. Έτσι, σε πολλές περιπτώσεις τα ασθενοφόρα του ΕΚΑΒ πραγματοποιούν υπεράνθρωπες προσπάθειες προκειμένου να φτάσουν στον προορισμό τους.

Είναι βέβαια και οι περιπτώσεις όπου πολλοί ασθενείς κάνουν κατάχρηση των υπηρεσιών του ΕΚΑΒ και αναφέρουν ψευδής επείγουσες παθήσεις στο τηλεφωνικό κέντρο του ΕΚΑΒ, με σκοπό να έχουν άμεση εξυπηρέτηση. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί μια κλήση στην οποία η ασθενής δήλωσε ψευδή πάθηση στο τηλεφωνικό κέντρο και όταν έφτασαν οι διασώστες στο σημείο συμβάντος διαπίστωσαν ότι πονούσε στο νύχι (Πετρίδης Π., 2020).

Είναι λοιπόν σκόπιμο η πολιτεία να νομοθετήσει για αυτά τα ψευδή περιστατικά και να φροντίσει να ενημερώσει με διάφορους τρόπους τους πολίτες για την ορθή χρήση των εκτάκτων υπηρεσιών υγείας, αλλά και να φροντίσει ώστε οι παραβάτες του Κ.Ο.Κ. οι οποίοι παρεμποδίζουν το έργο των διασωστών να τιμωρούνται με αυστηρότερες ποινές. Επίσης, θα ήτανε αναγκαίο να αλλάξει η απαρχαιωμένη νομοθεσία η οποία δεν επιτρέπει στους διασώστες του ΕΚΑΒ να αρνηθούνε να παραλάβουνε κανένα περιστατικό, τη στιγμή που οι συνάνθρωποι μας ξεψυχάνε αβοήθητοι διότι εκείνη τη στιγμή τα πληρώματα του ΕΚΑΒ απασχολούνται σε περιπτώσεις όπως παρατέθηκε παραπάνω με την ασθενή που πονούσε στο νύχι.

Κατά καιρούς έχουν καταγραφεί πολυάριθμα περιστατικά άσκησης βίας και ξυλοδαρμού κατά των πληρωμάτων ασθενοφόρων και ιατρών, τα οποία πολλές φορές είναι είτε από το συγγενικό περιβάλλον του ασθενή είτε από τον ίδιο τον ασθενή είτε όταν πηγαίνουνε σε επικίνδυνες περιοχές με μεγάλη εγκληματικότητα (π.χ Ζεφύρι, Μενίδι, ή Δομές Μεταναστών και Προσφύγων) όπου χρειάζεται να έχουνε πάντα τη βοήθεια της αστυνομίας, καθότι κινδυνεύει άμεσα η σωματική τους ακεραιότητα. Ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, τα σοβαρά περιστατικά προπηλακισμών και άσκησης σωματικής και λεκτικής βίας είναι αναρίθμητα, φτάνοντας τους σε σημείο να ζητούν τη συμπαράσταση της Πολιτείας για την ασφαλή και απρόσκοπτη άσκηση των καθηκόντων τους. Όπως αναφέρουν οι διασώστες σε επιστολές τους προς τον πρόεδρο του ΕΚΑΒ, πολλές φορές παρεμποδίζεται το έργο τους και δεν εκτελούνε τα καθήκοντά τους με ασφάλεια, ενώ τίθεται σε κίνδυνο και η ζωή των πολιτών σε αρκετές περιπτώσεις. Είναι λοιπόν, επιτακτική η ανάγκη να ληφθούν μέτρα πρόληψης και καταστολής τέτοιων φαινομένων.

Ένα ακόμα σημαντικό μείζων κομμάτι που πλήττει τον οργανισμό του ΕΚΑΒ είναι ο γερασμένος στόλος των οχημάτων που έχει στη διάθεση του. Παρά το γεγονός ότι ο οργανισμός διαθέτει δικό του συνεργείο επισκευής των ασθενοφόρων μέσα στις εγκαταστάσεις της Κεντρικής Υπηρεσίας Αθηνών του ΕΚΑΒ και κάθε εβδομάδα πραγματοποιείται προγραμμένο σέρβις σε όλο το στόλο ασθενοφόρων που διαθέτει, δεν παύουν να είναι παλαιάς

χρονολογίας με αρκετά χιλιόμετρα, συνεχόμενης λειτουργίας καθημερινά επί 24ωρου και με αρκετές βλάβες οι οποίες πολλές φορές δεν είναι εφικτό να επισκευαστούν.

Εικόνα 33:Απομάκρυνση παροπλισμένων ασθενοφόρων από τον νοσοκομείο "Σωτηρία"
Πηγή:https://www.iatropedia.gr/eidiseis/peristatika-vias-kata-diasoston-tou-ekav-zitane-prostasia-apo-tin-politeia/122644 /

Γι' αυτό και δεν είναι λίγα τα παροπλισμένα ασθενοφόρα που καταγράφονται εγκαταλελειμμένα στον προαύλιο χώρο του νοσοκομείου Αθηνών "Σωτηρία". Σύμφωνα με απόφαση του Υπουργού Υγείας Βασίλη Κικίλια, τον Ιανουάριο του 2019, τέθηκε σε εφαρμογή η απομάκρυνση και καταστροφή των οχημάτων αυτών (Εικόνα 33), καθότι πλέον δεν είναι χρήσιμα για τον οργανισμό, και σε συνεργασία με τον νέο Πρόεδρο του ΕΚΑΒ κ. Νίκο Παπαευσταθίου έχει ήδη τεθεί σε ενεργοποίηση η δωρεά του ιδρύματος Νιάρχος.

Όπως τόνισε σε συνέντευξη του ο Υπουργός, η δωρεά αυτή εκκρεμούσε από τον Απρίλιο του 2017, όταν το ΙΣΝ υλοποίησε τη δωρεά 143 υπερσύγχρονων ασθενοφόρων προς το ΕΚΑΒ και συγκεκριμένα 65 συμβατικών ασθενοφόρων, 22 Κινητών Ιατρικών Μονάδων, 26 ασθενοφόρων 4Χ4, καθώς και 30 οχημάτων μικρού όγκου. Η παραλαβή των νέων οχημάτων από την τότε ηγεσία του Υπουργείου Υγείας, ήταν η αφορμή να εκσυγχρονιστεί και να αναβαθμιστεί ο συνολικός στόλος (των 650 συνολικά οχημάτων) του ΕΚΑΒ κατά 22%.

Σήμερα, αν και έχει ήδη παραλειφθεί ο νέος στόλος ασθενοφόρων από την παραπάνω δωρεά του ΙΣΝ, φαίνεται πως δεν έχουν καλυφθεί οι ελλείψεις που υπάρχουν σε πολλές περιοχές της χώρας. Είναι λοιπόν αναγκαίο να ληφθούν αποφάσεις από την εκάστοτε κυβέρνηση, ώστε να εξαλειφθούνε οι ελλείψεις αυτές με απώτερο σκοπό ο τομέας της Υγείας να μην παρουσιάζει ελαττώματα.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, "*Ετήσια θεραπευτική Ενημέρωσις*" 1978:108-10 εν Γ. Τσουκαλά "*Διακομιδές νεογνών από τους μυθολογικούς χρόνους μέχρι σήμερα*".
- Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών. *«Ετήσια Θεραπευτική Ενημέρωσις» 1978:112 εν Γ. Τσουκαλά "Διακομιδές νεογνών από τους μυθολογικούς χρόνους μέχρι σήμερα".*
- Αναγνωστάκου Μ., Τσουκαλάς Ι., Μπαρδής Β., Φιλόπουλος Ε., (1992). *Σχέδιο για την Οργάνωση των Διακομιδών Προώρων και Προβληματικών νεογνών*. Αθήνα.
- Ανθόπουλος Γ. (2001). *Συστήματα Προ-νοσοκομειακής Επείγουσας Φροντίδας*. Θέματα Αναισθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής. Τόμος 11ος. Τεύχος 23.
- Απόσπασμα από την «*Μελέτη στην Δημόσια Υγεία*» με τίτλο: «*Προώθηση μεταρρυθμίσεων και αλλαγών στις Ιατρικές υπηρεσίες του Δημόσιου τομέα με σκοπό τον εκσυγχρονισμό τους στα πλαίσια του επερχόμενου ανταγωνισμού με τη ένταξη μας στην Ευρωπαϊκή Ένωση*». Συγγραφέας: Δρ Πέτρος Κατσιολούδης M.D.
- Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. (2005). Υφαντόπουλος Γ., Πολυγένη Δ., Τακουμάκης Ι.
- Ασκητοπούλου Ελένη. (2004). *Επείγουσα και Εντατική Ιατρική*. Εκδόσεις Λίτσας. Ιατρικές Εκδόσεις.
- Αυγολούπη Α. (1996) *Μεταπτυχιακά Μαθήματα Επείγουσας Προνοσοκομειακής Ιατρικής*. Επιμέλεια Έκδοσης Μπιλάλης Δ. & Καραμπίνης Α. Αθήνα.
- Βελονάκη Β.-Σ. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. (2006). *Ιστορική εξέλιξη υγειονομικού συστήματος και Νοσηλευτική στην Ελλάδα*.
- Δημοτικόν Βρεφοκομείον Αθηνών: Πρακτικά Αδελφάτου, Συνεδρία 203η, 28-9-1902 Τόμος Ε. εν Γ. Τσουκαλά "*Διακομιδές νεογνών από τους μυθολογικούς χρόνους μέχρι σήμερα*".
- Δημοτικόν Νοσοκομείον "Η ΕΛΠΙΣ"1902-1911 και Δημοτικόν Μαιευτήριον 1905-1911, Εν Αθήναις, Τύποις Καταστημάτων Αθανασίου Α. Παπασπύρου, Αθήναι 19-23 εν Γ. Τσουκαλά "*Διακομιδές νεογνών από τους μυθολογικούς χρόνους μέχρι σήμερα"*.
- Εθνικόν Πανεπιστήμιον: Χρονικόν της Α' Παιδιατρικής Κλινικής 1966-1993 1995:40 εν Γ. Τσουκαλά *"Διακομιδές νεογνών από τους μυθολογικούς χρόνους μέχρι σήμερα".*

- Εθνικόν Πανεπιστήμιον: Πρακτικά Πανεπιστημιακής Συγκλήτου Ακαδημαϊκού έτους 1879-80, Συνεδρία Δ΄, 29-9-1879, Αθήναι 1878-1880 ΙΒ΄. εν Γ. Τσουκαλά «*Διακομιδές νεογνών από τους μυθολογικούς χρόνους μέχρι σήμερα».*
- Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. ΦΕΚ-Α-16.10.2019. Άρθρο 32.
- Εφημερίς "Έθνος": 22-4-1936 εν Γ. Τσουκαλά "*Διακομιδές νεογνών από τους μυθολογικούς χρόνους μέχρι σήμερα".*
- Ευρωπαϊκή Εταιρεία Επείγουσας Ιατρικής (EuSEM*).* (2007). *Πολιτική Στρατηγικής για την Επείγουσα Ιατρική Στην Ευρώπη (Policy Statement)*.
- Θεματικό Ενημερωτικό Δελτίο Ευρωπαϊκού Εξαμήνου. 2017. *Συστήματα Υγείας.*
- Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001). *Συστήματα Υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα.
- Καλογεροπούλου Μ. Μουρδουκούτας Π. (2007). *Υπηρεσίες Υγείας*. Τόμος Α΄. Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα.
- Καστανίωτη Α. (2018). *Πολιτική Υγείας από τη Διεθνή Εμπειρία την Ελληνική Πραγματικότητα, Ερωτήματα και Προβληματισμοί*. Κεφάλαιο 2. *Χρηματοδότηση & Δαπάνες Συστήματος Υγείας & Κοινωνικής Ασφάλισης*.
- Λιαρόπουλος Λ. (2007). *Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας*. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα.
- Λούρου Ν. 30-9-1936. *Η Προστασία Της Μητρότητας.* εν Γ. Τσουκαλά *"Διακομιδές νεογνών από τους μυθολογικούς χρόνους μέχρι σήμερα".* Εφημερίς: "ΕΥΘΥΓΝΩΜΗ"
- Μούσκου Σ., Αναγνωστάκου Μ., Πύρρος Δ., Τσουκαλάς Ι., (2011). *Διακομιδή νεογνών: Ιστορική αναδρομή και οργάνωσή της στην Αττική*. ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ & ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΑ ΤΟΜ. 6. ΤΕΥΧΟΣ. 4. ΣΕΛ. 257-264.
- Μπουλούτζα Π. (2017). *1,5 εκατ. ευρώ για πλωτές διακομιδές ασθενών*. Εφημερίδα «Η Καθημερινή».
- Μωραΐτης Ε., Γεωργούση Ε., Ζηλίδης Χ., Θεοδώρου Μ., Πολύζος Ν., (1995). *Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας*.
- Νόμος 1397/83. *Εθνικό Σύστημα Υγείας*. ΦΕΚ 143/Α/1983.
- Νόμος 1579/85. *Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του ΕΣΥ*. ΦΕΚ217Α/1985.
- Νόμος 2071/92. *Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος Υγείας*. ΦΕΚ123/Α/1992.
- Νόμος 2719/97. *Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών και άλλες διατάξεις*. ΦΕΚ 165 Α/1997.
- Νόμος 2889/2001. *Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ*. ΦΕΚ 37/Α/2001.

- Νόμος 3204/2003. *Τροποποίηση και συμπλήρωση της νομοθεσίας για το Εθνικό Σύστημα Υγείας και ρυθμίσεις άλλων θεμάτων αρμοδιότητας του ΥΥΠ*. ΦΕΚ 296/Α/2003.
- ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 4633/2019. ΦΕΚ 161/Α/16-10-2019. *Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ), ρυθμίσεις για τα προϊόντα καπνού, άλλα ζητήματα του Υπουργείου Υγείας και λοιπές διατάξεις.*
- Οδηγός Σπουδών. (2018). Ειδικότητα: Διασώστης-Πλήρωμα Ασθενοφόρου. Γενική Γραμματεία Δια Βίου Μάθησης. κωδικός: 27-00-16-1. Έκδοση Α΄.
- Οικονόμου Χ. *Ανάλυση Συστημάτων Υγείας*.
- Πιερράκος Γ. (2008). *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τοπική κοινωνία*. Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα.
- Πετρίδης Π., (2020), Προσωπική μαρτυρία, Διασώστης-Πλήρωμα Ε.Κ.Α.Β. Θεσσαλονίκης.
- Ρούσσος Χ. και συν. (2014). Επείγουσα Ιατρική. *Μεταφορά και Αντιμετώπιση Βαρέως Πάσχοντος και Τραυματία*. 8η έκδοση. 2η βελτιωμένη Ελληνική έκδοση. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Σύνταγμα της Ελλάδος 1975, ΦΕΚ 111/1975. άρθρο 21.
- Τούντας Γ. (2002). *Οικονομία της Υγείας. Συγκριτική Ανάλυση των Συστημάτων Υγείας Δέκα Αναπτυγμένων Χωρών*.
- Τσάτζης Π. (2010). Πλήρωμα ΚΙΜ Νεογνών ΕΚΑΒ Αθήνα.
- Τσουκαλάς Γ., Τσουκαλάς Ι., Χριστοδουλάκη Μ., Κόττα Α., Ξυδάκη Ε., (2007). *Διακομιδές νεογνών από τους μυθολογικούς χρόνους μέχρι σήμερα. Ιστορία της Ελληνικής Παιδιατρικής*. Πρακτικά 2ης Ημερίδας.
- Τσουκαλάς Ι., Κόττα Α., Χριστοδουλάκη Μ., Τσουκαλάς Γ., και σ. (2008).*Ιστορική αναδρομή του "Παιδιατρικού" τμήματος του μαιευτηρίου Μαρίκα Ηλιάδη 1933-1957. "Η ζωή αρχίζει στο Μαιευτήριο Μαρίκα Ηλιάδη". Ιστορία της Ελληνικής Παιδιατρικής* Πρακτικά 3ης Ημερίδας
- ΦΕΚ :31/5-2-73 Τ.Α΄ ΝΔ, 1343/73. "*Περί συστάσεως παρά τω Γενικώ Κρατικώ Νοσοκομείω Αθηνών Ρυθμιστικού Κέντρου Διαλογής ασθενών*" εν Γ. Τσουκαλά "*Διακομιδές νεογνών από τους μυθολογικούς χρόνους μέχρι σήμερα*".
- Φιλαλήθης Τ. Κοινωνία & Υγεία. *Οργάνωση Υπηρεσιών: Μοντέλα Συστημάτων Υγείας*.
- Χλέτσος Μ. (2011), «*Οικονομικά της υγείας*», Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα.

Αγγλική Βιβλιογραφία

- Economou C (2012). *E-performance of the Greek healthcare system and the economic adjustment programme: "economic crisis" versus "system-specific deficits"* driven reform. Social Theory.
- Economou C et al. (2017). *Greece: Health system review.* Health Systems in Transition.
- Kaitelidou, D. et al. (2016). "*The Impact of the Economic Crisis on the Hospital Sector and the Efficiency of Greek Public Hospitals*", European Journal of Business and Social Sciences.
- Katharakis G et al. (2013). *Measuring hospital efficiency: comparing DEA and SFA methods.* Reviews in Clinical Pharmacology and Pharmacokinetics.
- Liaropoulos L et al. (2012). *Restructuring the hospital sector in Greece in order to improve effectiveness and efficiency*. Social Cohesion and Development.
- Matsaganis M (2016). *Reeling under pressure? The welfare state and the crisis in Greece*. Athens. Athens University of Economics and Business. Department of Economics.
- Papaspyrou E, Setzis D, Grosomanidis V, Manikis D, Boutlis D, Ressos C. (2004) *International EMS systems: Greece*.
- Polyzos N et al. (2013). *Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: implementation of a DRG system*. Health Policy.
- Pozner CN. Zane R. Nelson SJ. Levine M. (2004). *International EMS Systems: The United States: past, present, and future.*
- Siskou O, Kaitelidou D, Economou C (2009). *Private expenditure and the role of private health insurance in Greece: status quo and future trends.* European Journal of Health Economics.
- US Department of Transportation National Highway Traffic Safety Administration. (2012). *Emergency medical technician-paramedic: national standard curriculum..*
- Smith RM. (2009). Conn AK. *Prehospital care − Scoop and run or stay and play?* Injury.
- Vlachadis N, Kornarou E (2013). *Increase in stillbirths in Greece is linked to the economic crisis.*

Ελληνικές Διαδικτυακές Αναφορές

- Αναστάσης Στεφανάκης. (2018). *Kids Save Lives «Ποιοι είμαστε»*. Ανακτήθηκε 27/01/2020 από:

  URL: https://kidssavelives.gr/poioi-eimaste/

- Αυτοδιοίκηση. (2014). *Τρελαίνουν… το ΕΚΑΒ: 5.000 κλήσεις την ημέρα*. Ανακτήθηκε 25/06/2019 από: URL:http://www.aftodioikisi.gr/ipourgeia/trelainoun-to-ekav-5-000-kliseis-tin-imera-kiria-zitiseasthenoforo-epeidi-tin-xtipise-to-papoutsi/
- Βικιπαίδεια. *Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας*. Ανακτήθηκε 17/05/2019 από: URL:https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C_%CE%9A%CE%AD%CE%BD%CF%84%CF%81%CE%BF_%CE%86%CE%BC%CE%B5%CF%83%CE%B7%CF%82_%CE%92%CE%BF%CE%AE%CE%B8%CE%B5%CE%B9%CE%B1%CF%82
- Βικιπαίδεια. *Εθνικό Σύστημα Υγείας Ελλάδας*. Ανακτήθηκε 17/05/2019 από: URL:https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C_%CE%A3%CF%8D%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BC%CE%B1_%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82_(%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1)
- Βολιτάκη Σ. (2014). *Η ανάθεση υπηρεσιών από τα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας σε εξωτερικούς φορείς τη χρονική περίοδο 2010-2013*. Διπλωματική Εργασία. Πανεπιστήμιο Πειραιώς. Πειραιάς. Ανακτήθηκε 15/03/2019 από: URL:http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/8490/Volitaki_Stiliani.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Γιαννακοπούλου Ε. (2020). *Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, τι είναι και ποιος ο σκοπός του*. Αθηνοδρόμιο. Ανακτήθηκε 27/03/2019 από: URL:http://www.athinodromio.gr/%CF%84%CE%BF-%CF%83%CF%8D%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BC%CE%B1-%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1-%CF%84%CE%B9-%CE%B5%CE%AF%CE%BD%CE%B1%CE%B9/#.X4WjwdAzbIV
- Δράκος Γ. (2016). *Στα όρια αντοχής πληρώματα και ελικόπτερα*. CNN Greece. Ανακτήθηκε 08/04/2019 από: URL:http://www.cnn.gr/news/ellada/story/40570/sta-oria-antoxis-pliromata-kai-elikoptera?v5
- ΕΚΑΒ. (2019). Κέντρο Άμεσης Βοήθειας. *Στοιχεία και Στατιστικά Λειτουργίας και Προσφοράς Βοήθειας*. Ανακτήθηκε 14/04/2019 από: URL: https://www.ekab.gr/

- ΕΚΑΒ. (2019α). *Οργανισμός*», Ανακτήθηκε 12/04/2019 από:
  URL: https://www.ekab.gr/organismos/
- ΕΚΑΒ. (2019β). *Μέσα Διακομιδής*. Ανακτήθηκε 12/04/2019 από:
  URL: https://www.ekab.gr/mesa-diakomidis/
- ΕΚΑΒ (2019γ).*Μοτοσυκλέτες Ταχείας Ανταπόκρισης*». Ανακτήθηκε 13/04/2019 από:
  URL:https://www.ekab.gr/drastiriotites-ipiresies-mesa/motosikletes-tachiasantapokrisis/
- Ζυγούρα Α. *ΕΚΑΒ και Ευρωπαϊκός Μηχανισμός Πολιτικής Προστασίας*. ΕΤΙΚ. Ανακτήθηκε 15/08/2020 από:
  URL:https://www.civilprotection.gr/sites/default/gscp_uploads/pictures/EKAB_el_GR.pdf
- Κοινή Υπουργική Απόφαση Φ.290/12/163819 Σ.2265/2015 - ΦΕΚ 2758/Β/18-12-2015 *«Ανάθεση έργου αεροδιακομιδών - διακομιδών Υγείας στις Ένοπλες Δυνάμεις / Σώματα Ασφαλείας»*. Ανακτήθηκε 13/02/2019 από:
  URL: https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/kya-f-290-12-163819-s-2265-2015.html
- Κτενίδου Β. & Φαφούτη Π.(2017). Διασώστες Ρόδου. *Γενική φροντίδα Του Αρρώστου Στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών*. Ανακτήθηκε 06/07/2020 από:
  URL:https://diasostesrodou.blogspot.com/2017/10/blog-post_89.html
- Μεταξάκης Ν. (2015). *Τα ελικόπτερα του ΕΚΑΒ. Μια δυσάρεστη διαχρονικά ιστορία του Νεκτάριου Μεταξάκη*. Ανακτήθηκε 11/02/2019 από:
  URL:https://www.rethemnosnews.gr/apopseis/340681_ta-elikoptera-toy-ekab-mia-dysaresti-diahronika-istoria-toy-nektarioy-metaxaki
- Μπουλούτζα Π. (2018). *Πιο αυστηρές οι αεροδιακομιδές*. Εφημερίδα «Η Καθημερινή». Ανακτήθηκε 13/02/2019 από:
  URL: https://www.kathimerini.gr/life/health/973783/pio-aystires-oi-aerodiakomides/
- Μπουλούτζα Π. (2018). *Το ψηφιακό «166» θα σώζει ζωές και… εργατοώρες*. Εφημερίδα «Η Καθημερινή» Ανακτήθηκε 13/02/2019 από:
  URL:https://www.kathimerini.gr/life/health/961594/to-psifiako-166-tha-sozei-zoes-kai-ergatoores/
- ΟΟΣΑ/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας. (2019). *Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019. Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ*. ΟΟΣΑ. Παρίσι/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας. Βρυξέλες. Ανακτήθηκε 25/08/2020 από:
  URL:https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_gr_greece.pdf
- Σαουάχ-Μαραγκουδάκη Κ. (2020). *Άριστοι οι δικυκλιστές του ΕΚΑΒ «Κανένας προβληματισμός, καμία έλλειψη»*. Ανακτήθηκε 10/09/2020 από:

URL:https://health4u.gr/synentefkseis/%ce%ac%cf%81%ce%b9%cf%83%cf%84%ce%bf%ce%b9-%ce%bf%ce%b9-%ce%b4%ce%b9%ce%ba%cf%85%ce%ba%ce%bb%ce%b9%cf%83%cf%84%ce%ad%cf%82-%cf%84%ce%bf%cf%85-%ce%b5%ce%ba%ce%b1%ce%b2-%ce%ba%ce%b1%ce%bd%ce%ad/?fbclid=IwAR34A1gkSMOBzEXMFfkgFzROwIRfEKBQMawOH02KP2uNduaZVjnwdrKg17o

- Τσάκωνας Χ. (2015). Sos Iatroi. Ιατρικές Συμβουλές. *Επείγουσα Ιατρική*. Ανακτήθηκε 26/07/2020 από:
URL:https://www.sosiatroi.gr/iatrikes-symvoules/sos-symvoules/epeigousa-iatriki/
- bikeit.gr. (2019). *Μοτοσυκλέτες Ταχείας Ανταπόκρισης ΕΚΑΒ - Στατιστικά στοιχεία της δράσης τους*. Ανακτήθηκε 14/09/2020 από:
URL:https://www.bikeit.gr/roi-eidiseon/item/20995-motosykletes-taxeias-antapokrisis-ekav-statistika-stoixeia-tis-drasis-tous
- Moto in Action. (2020). *Δίκυκλη Ομάδα Άμεσης Επέμβασης ΕΚΑΒ*. Ανακτήθηκε 15/09/2020 από:
URL:https://www.youtube.com/watch?v=_LASr5pzoa8
- Onmed.gr. Πολιτική Υγείας. (2014). *Το ΕΚΑΒ θα ενταχθεί στην Πυροσβεστική;*. Ανακτήθηκε 20/09/2020 από:
URL:https://www.onmed.gr/ygeia-politiki/story/308495/to-ekav-tha-entachthei-stin-purosvestiki
- Onmed. (2019). *Ταχεία ενεργοποίηση των ελικοπτέρων του ΕΚΑΒ επιδιώκει το υπουργείο*. Ανακτήθηκε 15/05/2019 από:
URL:https://www.onmed.gr/ygeia-politiki/story/373997/taxeia-energopoiisi-ton-elikopteron-toy-ekav-epidiokei-to-ypoyrgeio
- protionline.gr. (2020). *Το ΕΚΑΒ περνάει στα «χέρια» του Χαρδαλιά*. Ανακτήθηκε 07/09/2020 από:
URL:https://protionline.gr/2020/07/%CF%84%CE%BF-%CE%B5%CE%BA%CE%B1%CE%B2-%CF%80%CE%B5%CF%81%CE%BD%CE%AC%CE%B5%CE%B9-%CF%83%CF%84%CE%B1-%CF%87%CE%AD%CF%81%CE%B9%CE%B1-%CF%84%CE%BF%CF%85-%CF%87%CE%B1%CF%81%CE%B4%CE%B1%CE%BB/
- www.lintzeris.gr. 12/2004.

Διεθνής Διαδικτυακές Αναφορές

- ChristopherPage et. all. (2013). *Analysis of Emergency Medical Systems Across the World*. cited 11/08/2019 from: URL:http://docplayer.net/1321251-Analysis-of-emergency-medical-systemsacross-the-world.html
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2017). *Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017*. State of Health in the EU. OECD Publishing. Paris/European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels. Ανακτήθηκε 25/08/2020 από: URL:https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264285224-el.pdf?expires=1602858425&id=id&accname=guest&checksum=3C2DA865C616458F30BD6CF91F388A28
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2019). *Italy: Country Health Profile 2019. State of Health in the EU*. OECD Publishing. Paris/European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels. cited 25/08/2020 from: URL:https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_it_english.pdf
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2019). *Germany: Country Health Profile 2019. State of Health in the EU*. OECD Publishing. Paris/European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels. cited 25/08/2020 from: URL:https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_de_english.pdf
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2019). *Sweden: Country Health Profile 2019. State of Health in the EU*. OECD Publishing. Paris/European Observatory on Health Systems and Policies. Brussel. cited 25/08/2020 from: URL:https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_sv_english.pdf
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2019). *United Kingdom: Country Health Profile 2019. State of Health in the EU*. OECD Publishing. Paris/European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels. cited 25/08/2020 from: URL:https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_uk_english.pdf
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019). *France: Country Health Profile 2019. State of Health in the EU*. OECD Publishing. Paris/European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels. cited 25/08/2020 from: URL:https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_fr_english.pdf
- Worldsecrets. (2018). *Αφιέρωμα: τα συστήματα υγείας της Ευρώπης*. Ανακτήθηκε 12/08/2020 από:

URL:https://www.worldsecrets.gr/%CE%B1%CF%86%CE%B9%CE%AD%CF%81%CF%89%CE%BC%CE%B1-%CF%84%CE%B1-%CF%83%CF%85%CF%83%CF%84%CE%AE%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1-%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82/

Αξιοσημείωτη είναι η φράση του Διασώστη του ΕΚΑΒ

Καρακατσάνη Αθανάσιου

«Οι διασώστες του ΕΚΑΒ έχουν πάντοτε σαν προτεραιότητα τη διατήρηση της ανθρώπινης ζωής σε προνοσοκομειακό επίπεδο με τις γνώσεις & τις δεξιότητες που διαθέτουν. »

Εικόνα 34: Ο διασώστης Καρακατσάνης Σ. κατά τη μεταφορά ασθενούς μετά από τροχαίο ατύχημα
Πηγή: Προσωπικό αρχείο φωτογραφιών Καρακατσάνη Σ.