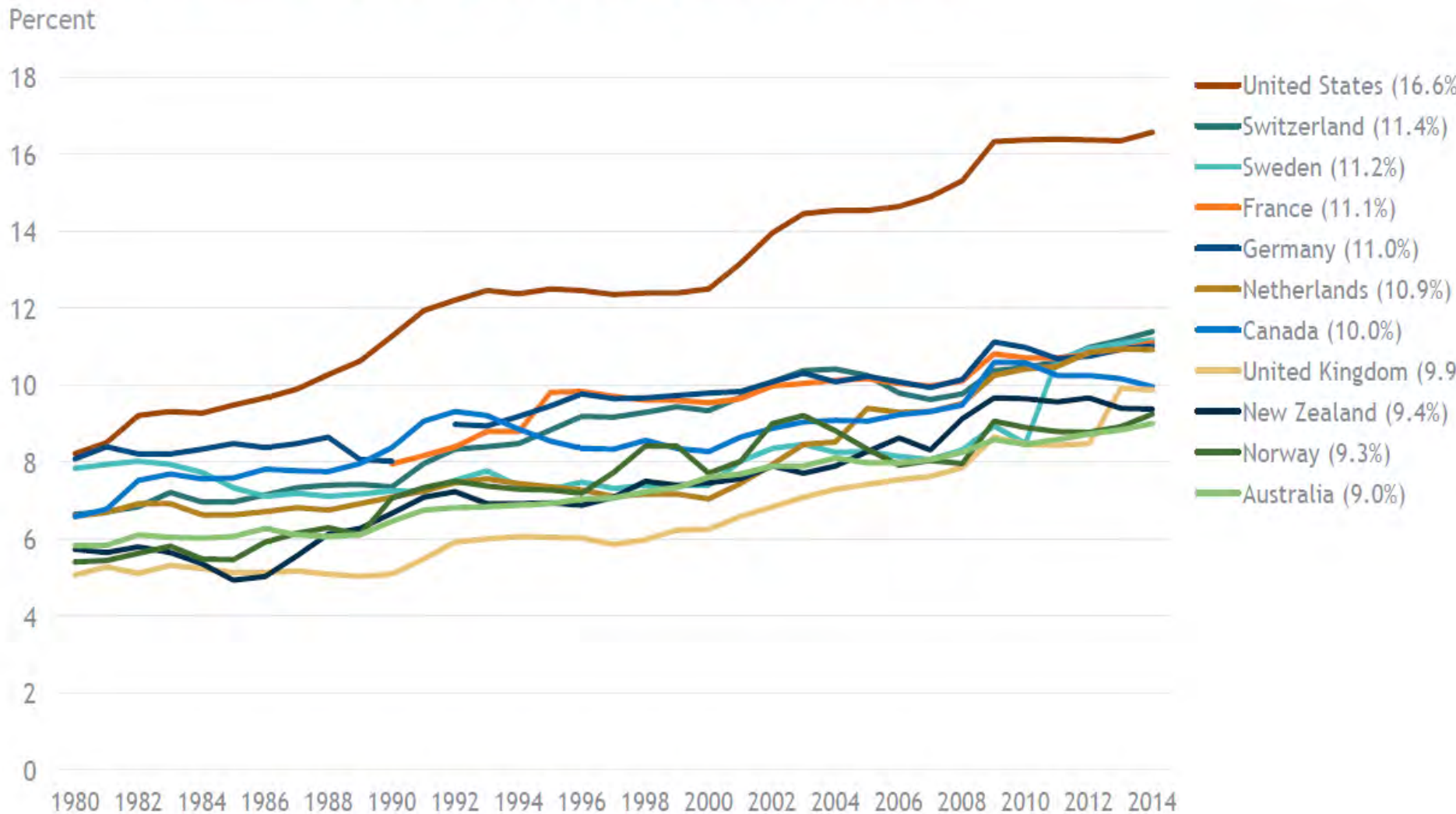


ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΠΦΥ ΣΕ ΝΗΣΙΑ: ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ- ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ

Τζανίδης Γεώργιος
Διευθυντής Γενικής Ιατρικής ΚΥ Πάρου
M.Sc. Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας

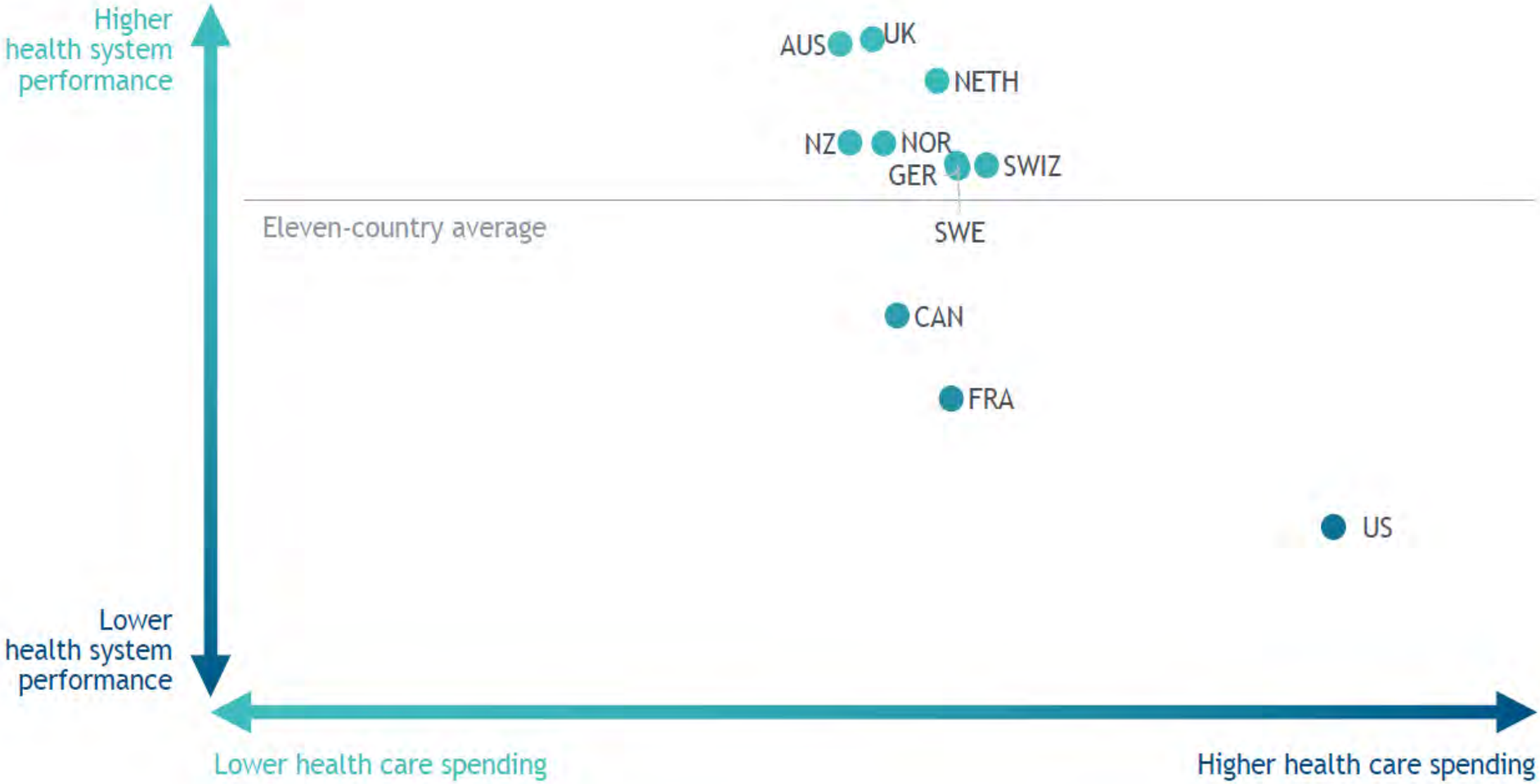
Exhibit 1. Health Care Spending as a Percentage of GDP, 1980–2014



Notes: GDP refers to gross domestic product. Data in legend are for 2014.

Source: OECD Health Data 2016. Data are for current spending only, and exclude spending on capital formation of health care providers.

Exhibit 5. Health Care System Performance Compared to Spending



Note: Health care spending as a percent of GDP.
Sources: Spending data are from OECD for the year 2014, and exclude spending on capital formation of health care providers; Commonwealth Fund analysis.

EXHIBIT ES-1. OVERALL RANKING

COUNTRY RANKINGS

Top 2*

Middle

Bottom 2*



	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NZ	NOR	SWE	SWIZ	UK	US
OVERALL RANKING (2013)	4	10	9	5	5	7	7	3	2	1	11
Quality Care	2	9	8	7	5	4	11	10	3	1	5
Effective Care	4	7	9	6	5	2	11	10	8	1	3
Safe Care	3	10	2	6	7	9	11	5	4	1	7
Coordinated Care	4	8	9	10	5	2	7	11	3	1	6
Patient-Centered Care	5	8	10	7	3	6	11	9	2	1	4
Access	8	9	11	2	4	7	6	4	2	1	9
Cost-Related Problem	9	5	10	4	8	6	3	1	7	1	11
Timeliness of Care	6	11	10	4	2	7	8	9	1	3	5
Efficiency	4	10	8	9	7	3	4	2	6	1	11
Equity	5	9	7	4	8	10	6	1	2	2	11
Healthy Lives	4	8	1	7	5	9	6	2	3	10	11
Health Expenditures/Capita, 2011**	\$3,800	\$4,522	\$4,118	\$4,495	\$5,099	\$3,182	\$5,669	\$3,925	\$5,643	\$3,405	\$8,508

Notes: * Includes ties. ** Expenditures shown in \$US PPP (purchasing power parity); Australian \$ data are from 2010.

Source: Calculated by The Commonwealth Fund based on 2011 International Health Policy Survey of Sicker Adults; 2012 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians; 2013 International Health Policy Survey; Commonwealth Fund National Scorecard 2011; World Health Organization; and Organization for Economic Cooperation and Development, *OECD Health Data, 2013* (Paris: OECD, Nov. 2013).

U.S. HEALTH CARE RANKS LAST AMONG WEALTHY COUNTRIES

A recent international study compared 11 nations on health care quality, access, efficiency, and equity, as well as indicators of healthy lives such as infant mortality.

Overall Health Care Ranking



Source: K. Davis, K. Stremikis, D. Squires, and C. Schoen, *Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally, 2014 Update*, The Commonwealth Fund, June 2014.



The
COMMONWEALTH
FUND

ΑΞΙΩΜΑ

Ο Νόμος της ανεπάρκειας

“Κανένα υγειονομικό σύστημα και καμία χώρα δεν έχει αρκετούς πόρους στον τομέα της υγείας για να εξασφαλίσει «πλήρη υγεία» και να ικανοποιήσει όλες τις ανάγκες των πολιτών της”

Ανάγκη/επιθυμία/προσδοκία

ΕΡΩΤΗΜΑ

“Με ποιο τρόπο επιλέγονται οι ανάγκες οι οποίες πρέπει να ικανοποιηθούν;”

“Με ποιο τρόπο επιλέγονται οι ανάγκες οι οποίες πρέπει να ικανοποιηθούν;”

- Φίλος, γνωστός;
- Τηλέφωνο;
- Μόνιμος κάτοικος;
- Φόβοι για συνέπειες;
- Ωφέλεια ιατρού;

ΕΣΥ = Ισότιμη πρόσβαση!
Ίση φροντίδα για ίση ανάγκη!

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΡΑΤΟΣ



Otto von Bismarck 1815-1898

ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΥΠΟΥ ΒΙΣΜΑΡΚ



ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟ

$$\Pi_i = (1+a) * p_i * L$$

Π_i = ασφάλιστρο

a = διοικητικές δαπάνες + κέρδη

p_i = πιθανότητα να ζητηθεί αποζημίωση από το συγκεκριμένο άτομο

L = αναμενόμενο ύψος αποζημίωσης

Προϋπόθεση: Ανεξάρτητα από πράξεις ή παραλείψεις των ασφαλισμένων!

ΑΣΦΑΛΕΙΑ= ΑΒΕΒΑΙΟΤΗΤΑ

Δεν ισχύει σε:

- Ασθένειες που προϋπήρχαν
- Εκ γενετής νοσήματα
- Ηλικιωμένοι

ΑΣΦΑΛΕΙΑ= ΑΒΕΒΑΙΟΤΗΤΑ

Δεν ισχύει σε:

- Ασθένειες που προϋπήρχαν
- Εκ γενετής νοσήματα
- Ηλικιωμένοι
- Απόκρυψη οποιουδήποτε στοιχείου!

154/2008 ΕΦ ΑΘ (461785)

«...Ασφάλεια ζωής. Κάθε ψευδής ή από πλάνη δήλωση και κάθε αποσιώπηση περιστατικών γνωστών στον ασφαλισμένο, αποτελεί λόγο ακυρότητας της ασφάλισης αν ο ασφαλιστής δεν θα συναινούσε στην ασφάλιση αν γνώριζε την αλήθεια. Η ασφάλιση είναι άκυρη και αν η δήλωση ή αποσιώπηση αφορά περιστατικά που δεν επέδρασαν στη ζημία και στον κίνδυνο που πραγματοποιήθηκε....»

154/2008 ΕΦ ΑΘ (461785)

«...Η ενάγουσα ασφαλισμένη απέκρυψε ότι κάπνιζε 2-3 πακέτα τσιγάρα την ημέρα και για πολλά έτη και δήλωσε ψευδή στοιχεία ως προς το ζήτημα αυτό. ... Αυτοδικαίως άκυρη η ασφαλιστική σύμβαση της ενάγουσας και η εναγομένη ασφαλιστική εταιρεία δεν υποχρεούται να καταβάλει το ασφάλισμα...»

ΑΣΦΑΛΕΙΑ= ΑΒΕΒΑΙΟΤΗΤΑ

Δεν ισχύει σε:

- Ασθένειες που προϋπήρχαν
- Εκ γενετής νοσήματα
- Ηλικιωμένοι

ΚΟΣΤΟΣ ΕΥΚΑΙΡΙΑΣ

- «Είναι το κόστος που προκύπτει από την πραγματοποίηση μιας συναλλαγής ή μιας επένδυσης σε σχέση με το διαφυγόν κέρδος που θα προέκυπτε από μία άλλη πιο συμφέρουσα συναλλαγή ή επένδυση.».

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΛΗΨΗΣ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ

(Επένδυση νέα τεχνολογία, διορισμοί, δωρεές κτλ)

1. **Αναγνώριση** (υποκείμενη αιτία)-**επιλογή του σημαντικότερου προβλήματος**
2. Καθορισμός απαιτήσεων/κριτηρίων απόδοσης
3. **Παραγωγή πολλών εναλλακτικών λύσεων**
4. Συγκριτική αξιολόγηση λύσεων – επιλογή κατάλληλης (υποδομές, κόστος άνθρωποι, υλικά, επιμόρφωση, αποτελεσματικότητα)
5. Υλοποίηση (πilotική;)
6. Συνεχής ανατροφοδότηση!



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
2Η Υ.Π.Ε. ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΡΟΥ
ΤΖΑΝΙΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
ΤΑΧ. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : ΠΑΡΟΙΚΙΑ, 84400 ΠΑΡΟΣ
ΤΗΛΕΦΩΝΟ : 22843 -60053
FAX : 2152157339
E-mail: docgpjan@otenet.gr

ΠΑΡΟΣ 9-8-2017
Αρ. Πρωτ.459
ΠΡΟΣ: ΔΕ ΚΥ ΠΑΡΟΥ

ΚΟΙΝ: 1. 2Η ΔΥΠΕ
2. ΒΕΛΕΝΤΖΕΙΟ ΙΔΡΥΜΑ
3. ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΦΙΛΩΝ ΚΥ

Σελίδες 4 (τέσσερις)

ΘΕΜΑ: ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΠΕΡΑΡΧΗΣΗΣ ΑΝΑΓΚΩΝ

Η πλήρης έλλειψη οποιασδήποτε διοικητικής διαδικασίας ιεράρχησης αναγκών του ΚΥ Πάρου από δεκαετίες είχε μέχρι και σήμερα τα ακόλουθα δυσάρεστα διοικητικά επακόλουθα:

1. Απόκτηση ιατρικού και μη εξοπλισμού ο οποίος ουδέποτε χρησιμοποιήθηκε (ή χρησιμοποιήθηκε ελάχιστα) και ο οποίος βρίσκεται αυτή τη στιγμή στις αποθήκες αναξιοποίητος και απαξιωμένος. Ενδεικτικά και όχι περιοριστικά αναφέρω: Μηχάνημα αερίων αίματος, μαστογράφος, διαδερμικός βηματοδότης, εγκατάσταση αζονικού τομογράφου, αναπνευστήρας μη επεμβατικού αερισμού, λαπαροσκόπιο, Holter πέσεως και ρυθμού, γυναικολογική κεφαλή υπερήχων κτλ.
2. Αποστέριση του ΚΥ από επενδύσεις που αποδεδειγμένα θα είχαν πολλαπλάσια ωφέλεια στην υγεία του πληθυσμού ευθύνης με πολύ χαμηλότερο μάλιστα κόστος
3. Η αποτελεσματικότητα των αποφάσεων που λαμβάνονταν ήταν πολύ υποδεέστερη της αναμενόμενης αφού συμμετείχαν σε αυτές ελάχιστοι εργαζόμενοι (οι διοικούντες και λίγοι «ευνοούμενοι»), ενώ οι ανάγκες που καταγράφονταν ήταν υποκειμενικές και εντελώς προσανατολισμένες. Η συντριπτική πλειοψηφία των εργαζομένων δεν συμμετείχε (ούτε καν με κάποια πρόταση) στις αποφάσεις.
4. Λόγω της (ουσιαστικά) απεριόριστης ευχέρειας της διοίκησης να αποφασίζει χωρίς κανένα έλεγχο, δημιουργήθηκαν σοβαρότατες ενδείξεις για κακοδιοίκηση ή ακόμη και για υπεξαίρεση ποσών από δωρεές (βρίσκεται σε εξέλιξη διοικητικός έλεγχος για το συγκεκριμένο θέμα).

Η κατάσταση αυτή δεν είναι δυνατόν να συνεχίζεται επ' αόριστον, ιδιαίτερα στη σημερινή δύσκολη οικονομική συγκυρία. Έτσι, στο εξής προτείνεται η ακόλουθη διαδικασία ιεράρχησης αναγκών και επένδυσης χρημάτων από δωρεές (συμπεριλαμβανομένου και τυχόν δωρεών του Βελεντζείου):

1. Όλοι οι εργαζόμενοι του ΚΥ Πάρου (ανά τμήματα), θα υποβάλλουν γραπτώς προς τον Επιστημονικό Διευθυντή (ΕΔ) τις προτάσεις τους για τυχόν επενδύσεις

ΓΕΡΑΡΧΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ

Α/Α	ΤΜΗΜΑ	ΠΡΟΤΑΣΗ	ΚΟΣΤΟΣ ΑΓΟΡΑΣ	ΚΟΣΤΟΣ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
1	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	καρδιολογική κεφαλή υπάρχοντος υπερήχου (δωρεάς)				έχει γίνει δωρεά και έχει όμως καθυστερήσει η αγορά λόγω του ότι αναμένεται η γνώμη του Καρδιολόγου που πρόκειται άμεσα να διοριστεί
2	ΓΡΑΦΕΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ	ΜΕΓΑΛΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΠΟΥ ΝΑ ΚΛΕΙΔΩΝΕΙ				τοποθέτηση φύλλων νοσηλείας ασθενών, διαφύλαξη προσωπικών δεδομένων τους - εύκολη μελλοντική αναζήτηση από το προσωπικό. Πολύ επείγουσα ανάγκη!!!
3	ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ	ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΕΙΣ ΕΓΓΡΑΦΩΝ				Διαφύλαξη προσωπικών δεδομένων ασθενών. Επείγουσ!
4	ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ	ΝΕΟΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΣ ΑΝΑΛΥΤΗΣ				Ο υπάρχων είναι παλιός και συχνά γίνονται λάθη μέτρησης. Η βιοπαθολόγος το έχει βάλει ως πρώτη προτεραιότητα
5	ΘΑΛΑΜΟΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΚΛΙΜΑΤΙΣΤΙΚΑ				Δεν υπάρχει ψύξη/ θέρμανση και οι ασθενείς νοσηλεύονται χειμώνα -καλοκαίρι συχνά σε κακές συνθήκες θερμοκρασίας
6	ΔΙΑΦΟΡΑ	ΜΙΚΡΟΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ Η ΕΞΑΡΤΗΜΑΤΑ ΑΛΛΩΝ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΛΕΙΠΟΥΝ				Μικρού κόστους επενδύσεις απολύτως όμως απαραίτητες
7	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ	ΚΑΡΔΙΟΤΟΚΟΓΡΑΦΟΣ				Απολύτως απαραίτητο για παρακολούθηση εγκύων πριν (ΝΣΤ) και κατά τον τοκετό. Τυχόν απόφαση για διακομδή, συχνά λαμβάνεται με βάση και τα αποτελέσματα της εξέτασης. Ο παλαιότερος δεν λειτουργεί επαρκώς και πρέπει άμεσα να αντικατασταθεί
8	ΘΥΡΩΡΕΙΟ	ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΜΕ ΝΕΑ ΝΟΥΜΕΡΑ, ΨΗΦΙΑΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΚΛΗΣΕΩΝ, ΑΓΟΡΑ ΚΑΙΝΟΥΡΙΟΥ ΦΑΞ				Υπάρχει αναγκαιότητα για περισσότερα εσωτερικά νούμερα. Επίσης σύστημα καταγραφής όλων αναιξερέτως των τηλεφωνικών κλήσεων για λόγους ποιότητας αλλά και νομικούς (πχ διακομδές)
9	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ	ΣΕΤ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΕΠΙΣΤΑΣΗΣ				Ασθενείς έχουν κινδυνέψει είτε από μαζική αιμορραγία, είτε από επώλεια αεραγωγού Σε διενεργησ ή ψυχιατρικός ασθενείς (πχ μετά τροχαίο κτλ). Η χορήγηση γενικής νάρκωσης με μόνη ένδειξη ασθενή που δεν συνεργάζεται είναι απαράδεκτη και θέτει αυτόν σε αδικαιολόγητους κινδύνους
10	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ	ΣΕΤ ΚΑΘΗΛΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ				Δεν υπάρχει ΗΥ στα επείγοντα, απολύτως απαραίτητος για την εργασία των ιατρών εκεί
11	ΙΑΤΡΕΙΟ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ	ΝΕΟ ΚΛΙΜΑΤΙΣΤΙΚΟ+ ΝΕΟΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΗΣ				Οι παλαιότεροι δεν λειτουργούν καθόλου ικανοποιητικά. Το monitoring ρυθμού συχνά είναι αδύνατο (πολλά παράσιτα), μηχανήματα πολύ παλαιού τύπου
12	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ	2 ΔΙΦΑΣΙΚΟΙ ΑΠΙΝΙΔΩΤΕΣ/ MONITOR				η ενδοσοστική προσέλαση έχει τοποθετηθεί στις κατεθυντήριες οδηγίες και μπορεί να σώσει από το θάνατο περιπτώσεις βαρέως πασχόντων (πχ βρέφη)
13	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ	ΕΝΔΟΟΣΤΙΚΗ ΣΥΣΚΕΥΗ				Τα εφημερία των ιατρών είναι σε κακή κατάσταση: Δεν έχουν επαρκή κλιματισμό και ντους, τα υδραυλικά τους θέλουν αλλαγές. Δεν υπάρχει τηλέφωνο στο χώρο διανυκτερεύσης των ειδικών ιατρών
14	ΕΦΗΜΕΡΕΙΑ	ΚΛΙΜΑΤΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΝΤΟΥΣ ΣΤΑ ΕΦΗΜΕΡΕΙΑ, ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΕΠΙΣΚΕΥΕΣ, ΤΗΛΕΟΡΑΣΕΙΣ ΣΤΑ ΕΦΗΜΕΡΙΑ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ, ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΣΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ				Δεν υπάρχουν ικανοποιητικά λειτουργούντα κλιματιστικά σε τουλάχιστον 5 χώρους ιατρείων
15	ΙΑΤΡΕΙΑ	ΚΛΙΜΑΤΙΣΤΙΚΑ				Αντικατάσταση υδραυλικών, νιπτήρων κτλ, επισκευή 2ης Wc, δυνατότητα λουτρού σε ασθενείς (Δεν υπάρχει!)
16	ΥΔΡΑΥΛΙΚΑ					Χρήση από τον Ακτινολόγο που θα διοριστεί τους επόμενους μήνες
17	ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ	ΝΕΟΣ ΥΠΕΡΗΧΟΣ ΜΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΚΕΦΑΛΕΣ				Κάλυψη του κόστους σεμιναρίων σε μόνιμο προσωπικό του ΚΥ υπό την προϋπόθεση την επιτυχή ολοκλήρωση του σεμιναρίου (επιτυχία με καλό score στις εξετάσεις)
18	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΣΕΜΙΝΑΡΙΩΝ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΙΑΤΡΩΝ/ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ				Δεν υπάρχει σύστημα ειδοποίησης της νοσηλεύτριας από τα δωμάτια των ασθενών. Επίσης, δεν υπάρχουν τηλεοράσεις και τηλέφωνα (μικρό κόστος)
19	ΘΑΛΑΜΟΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΤΗΛΕΟΡΑΣΕΙΣ ΣΕ ΚΑΘΕ ΘΑΛΑΜΟ, ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ ΣΤΑ ΔΩΜΑΤΙΑ, ΚΟΥΜΠΙ ΚΛΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΑΝΑΓΚΗΣ				Το ΚΥ χρειάζεται τουλάχιστο 3 μηχανήματα υπερήχων: καρδιολόγου, ακτινολόγου και φορητό στα επείγοντα για FAST και λοιπές χρήσεις
20	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ	ΦΟΡΗΤΟΣ ΥΠΕΡΗΧΟΣ				Βασικό εργαλείο για δύσκολο αεραγωγό. Σε κέντρα του εξωτερικού τα κλασικά λαρυγγοσκόπια τείνουν να εγκαταληφθούν για λόγους ασφαλείας των ασθενών.
21	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ	VIDEO ΛΑΡΥΓΓΟΣΚΟΠΙΟ				Έχουν ζητηθεί από την κ. Κοκελίδου ώστε να βελτώσει τις υπηρεσίες της στους ασθενείς
22	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ	ΣΕΙΡΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ				Πολύ συχνά πρέπει να ελεγχθεί η ενδοδιαμερισματική πίεση σε ασθενείς που νοσηλεύονται στο ΚΥ πριν κάνουν συμπτώματα (μπορεί τότε να είναι αργά)
23	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	ΣΥΣΚΕΥΗ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΕΝΔΟΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ				Οι ασθενείς συχνά καλούνται να περιμένουν επί ώρες μέχρι την εξέταση από τους ιατρούς. Η αναμονή θα μπορούσε να γίνεται πιο ευχάριστη, και οι εντάσεις λιγότερες, εφόσον απασχολούνται παρακολουθώντας κάποιο τηλεοπτικό πρόγραμμα ή ακούγοντας μουσική.
24	ΧΩΡΟΙ ΑΝΑΜΟΝΗΣ	ΤΗΛΕΟΡΑΣΕΙΣ, ΗΧΟΣ				για μαζικό αίμοθώρακα
25	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	ΣΥΣΚΕΥΗ ΑΥΤΟΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ				Βασικό εργαλείο για εξέταση ασθενών
26	ΠΙ ΝΑΟΥΣΑΣ	ΟΤΟΣΚΟΠΙΟ				ΑΕΡΙΣΜΟΣ ΜΕ ΒΕΛΩΝΗ ΣΕ ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΑΕΡΑΓΩΓΟΥ (ΟΙΔΗΜΑ, ΞΕΝΟ ΣΩΜΑ, ΕΠΙΓΛΩΤΤΙΤΙΔΑ ΚΤΛ)
27	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ	ΣΥΣΚΕΥΗ JET VENTILATION				

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΡΟΥ

Ειδικότητα	Βαθμός			Σύνολο
	Δ/υτης	ΕΠΑ	ΕΠΒ	
Παθολογίας	3	1	3	7
Γενικής Ιατρικής	1	1	2	4
Καρδιολογίας	1	1	1	3
Παιδιατρικής	1	1	1	3
Νευρολογίας	-	1	-	1
Δερματολογίας Αφροδισιολογίας	-	1	-	1
Πνευμονολογίας Φυματιολογίας	1	-	-	1
Νεφρολογίας	1	1	-	2
Χειρουργικής	2	1	2	5
Ορθοπαιδικής	1	1	1	3
Αναισθησιολογίας	1	1	-	2
Μαιευτικής Γυναικολογίας	1	1	1	3
Οφθαλμολογίας	1	1	-	2
Ω.Ρ.Λ.	-	1	1	2
Ουρολογίας	1	-	-	1
Οδοντιατρικής	-	1	1	2
Αιματολογίας	1	-	1	2
Ιατρικής Βιοπαθολογίας	1	1	2	4
Κυτταρολογίας	1	-	-	1
Ακτινοδιαγνωστικής	1	1	1	3
Παθολογικής Ανατομικής	-	1	-	1
Ψυχιατρικής	-	1	1	2
Σύνολο θέσεων	19	18	18	55



ΚΥ ΠΑΓΚΡΑΤΙΟΥ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΑΞΟΥ

ΜΟΝΑΔΑ Α		ΜΟΝΑΔΑ Β	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ ΙΑΤΡΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ ΙΑΤΡΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ
ΠΑΘΟΛΟΓΟΙ/ΓΙ	5	ΠΑΘΟΛΟΓΟΙ/ΓΙ	4
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ	2	ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ	1
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΙ	3	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΙ	2
ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΙ	2	ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΙ	1
ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΙ	1	ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΙ	2
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΙ	2	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΙ	2
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΙ	4	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΙ	3
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟΙ	2	ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟΙ	3
ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΟΙ	2	ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΟΙ	1
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΙ	0	ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΙ	1
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ	5	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ	2
ΝΕΦΡΟΛΟΓΟΣ	0	ΝΕΦΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ	0	ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ	0	ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΣΥΝΟΛΟ	28	ΣΥΝΟΛΟ	25

ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΜΙΚΡΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

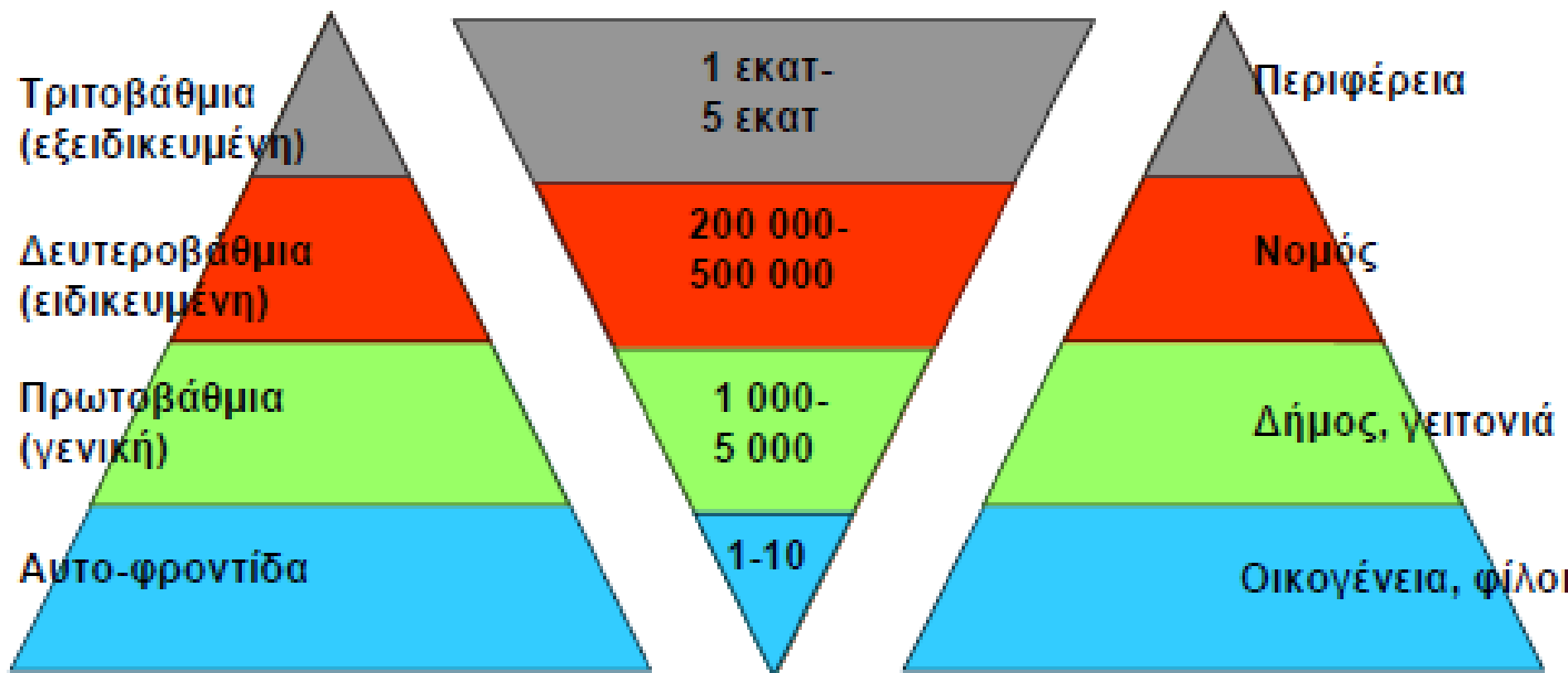
- Kontodimopoulos N., Nanos P, Niakas D (2006) "Balancing efficiency of health services and equity of access in remote areas of Greece" *Health Policy* 76: 49-57 (DEA: ελλείμματα τεχνικής αποδοτικότητας 26%)
- Polyzos NM. "Striving towards efficiency in the Greek hospitals by reviewing case mix classifications" *Health Policy* 2002; 61:305-28 (οικονομίες κλίμακας 250-400 κλίνες)
- Νάνος Παναγιώτης. (2004) «Αξιολόγηση της λειτουργικής ικανότητας των νοσοκομείων – κέντρων υγείας», Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, ΕΑΠ, Πάτρα

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΤΑΘΕΡΟΤΗΤΑΣ

- Μείωση της δημόσιας δαπάνης για την υγεία κατά 4.564 δις ευρώ στην περίοδο 2011-2012
- 3.103 δις περιστολή δαπανών των φορέων κοινωνικής ασφάλισης
- 1.461 δις την μείωση της νοσοκομειακής δαπάνης

*«Δαπάνες Υγείας και Πολιτικές Υγείας την Περίοδο του Μνημονίου στην Ελλάδα»
IOBE, 2011*

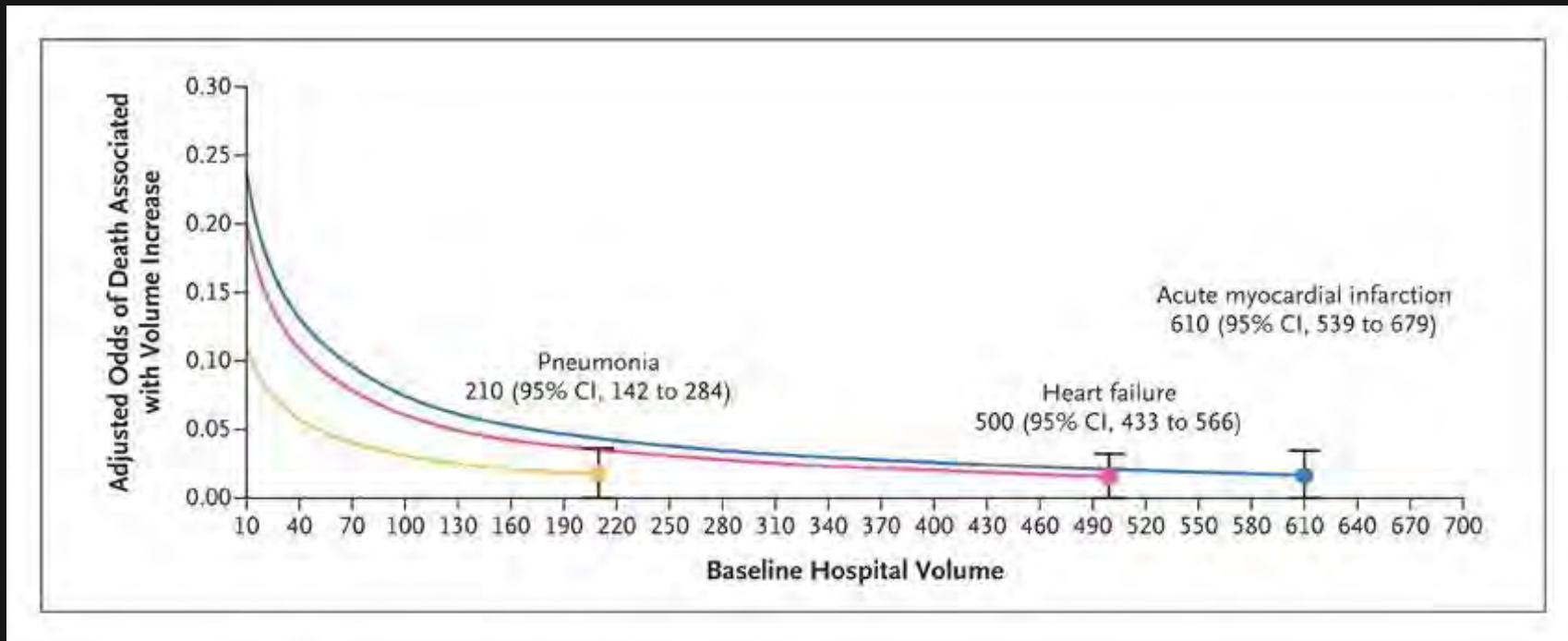
Επίπεδα φροντίδας υγείας, πληθυσμού ευθύνης και διοίκησης υπηρεσιών



ΜΕΓΕΘΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

- Halm EA, Lee C, Chassin MR. "Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodologic critique of the literature" *Ann Intern Med* 2002;137:511-520 (136 άρθρα)
- Thiemann DR, Coresh J, Oetgen WJ, Powe NR. "The association between hospital volume and survival after acute myocardial infarction in elderly patients" *N Engl J Med* 1999;340:1640-1648
- Jonathan F. Finks, Nicholas H. Osborne, and John D. Birkmeyer "Trends in Hospital Volume and Operative Mortality for High-Risk Surgery" *N Engl J Med* 2011; 364:2128-2137
- Joseph S. Ross et al. "Hospital Volume and 30-Day Mortality for Three Common Medical Conditions" *N Engl J Med* 2010; 362:1110-1118

Predicted Effect of an Increase of 100 Patients in Annual Hospital Volume on the Adjusted Odds of Death from Any Cause at 30 Days and Volume Threshold, According to Medical Condition.

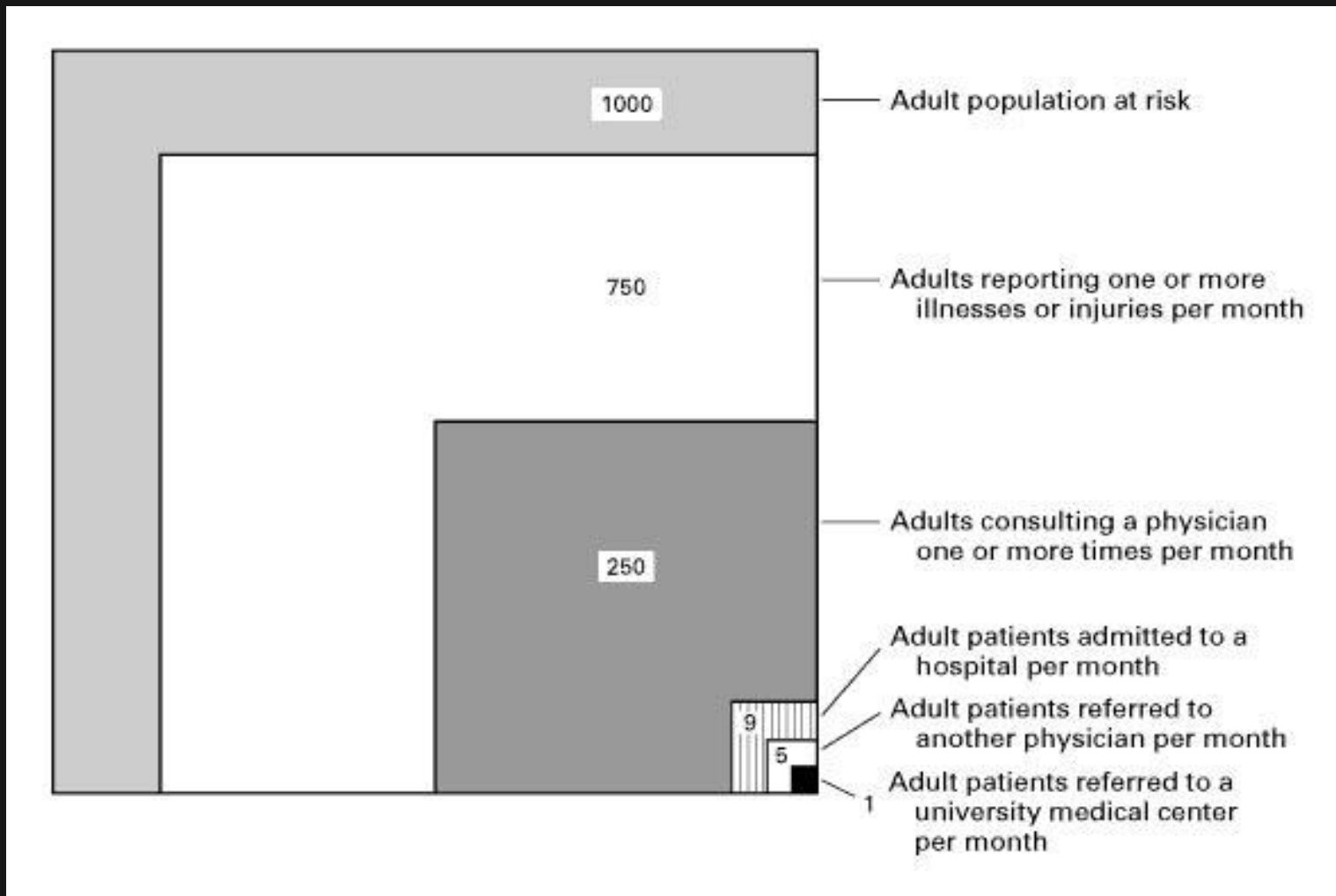


Ross JS et al. N Engl J Med 2010;362:1110-1118.



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Monthly Prevalence Estimates of Illness in the Community and the Roles of Physicians, Hospitals, and University Medical Centers in the Provision of Medical Care.

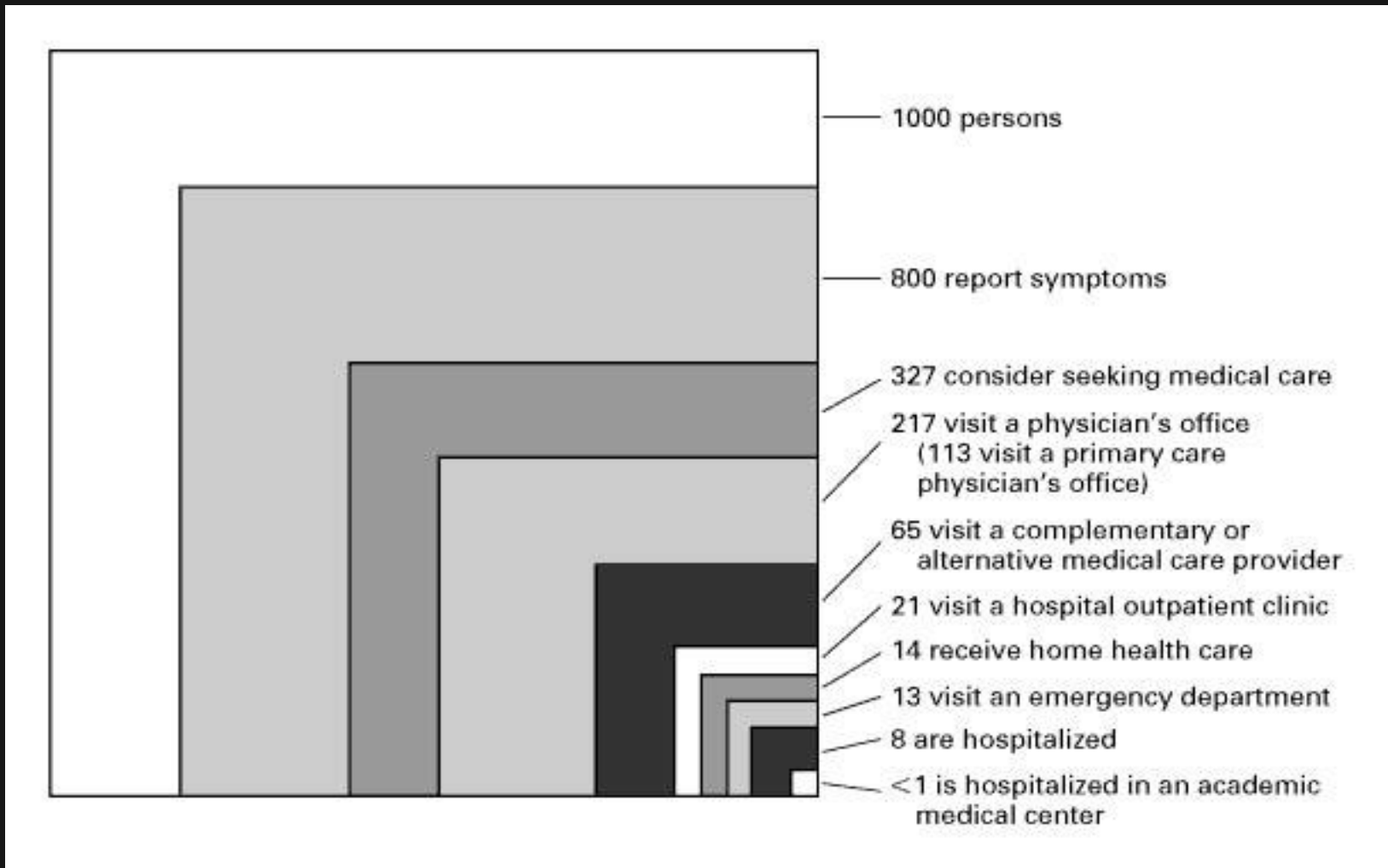


White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med* 1961;265:885-892.



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Results of a Reanalysis of the Monthly Prevalence of Illness in the Community and the Roles of Various Sources of Health Care.

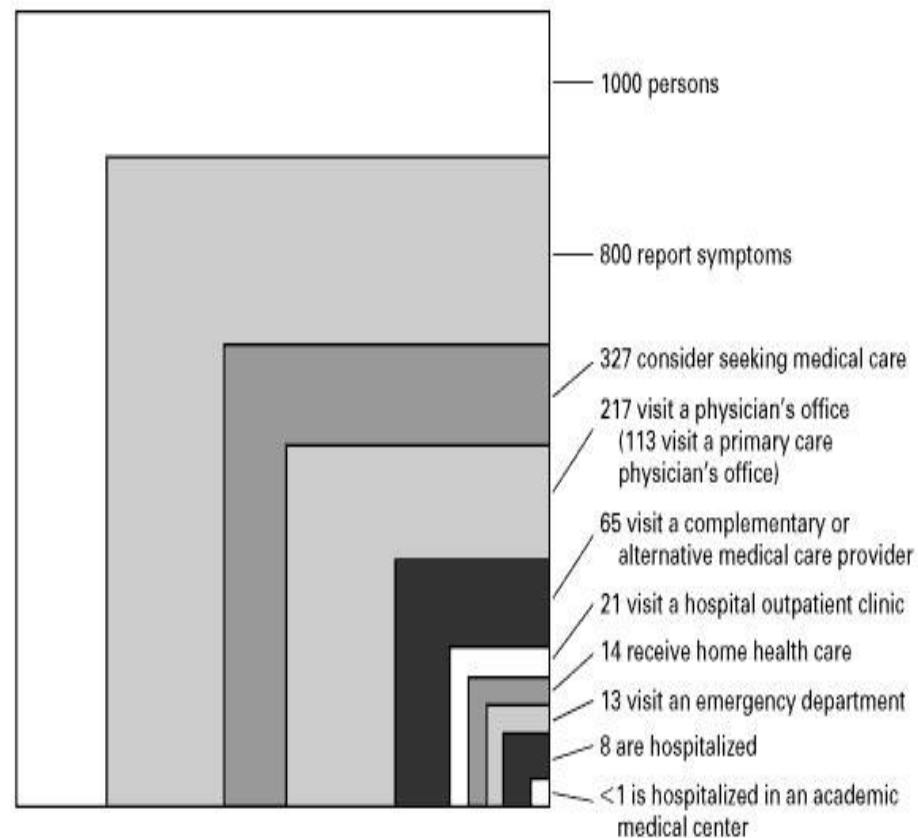
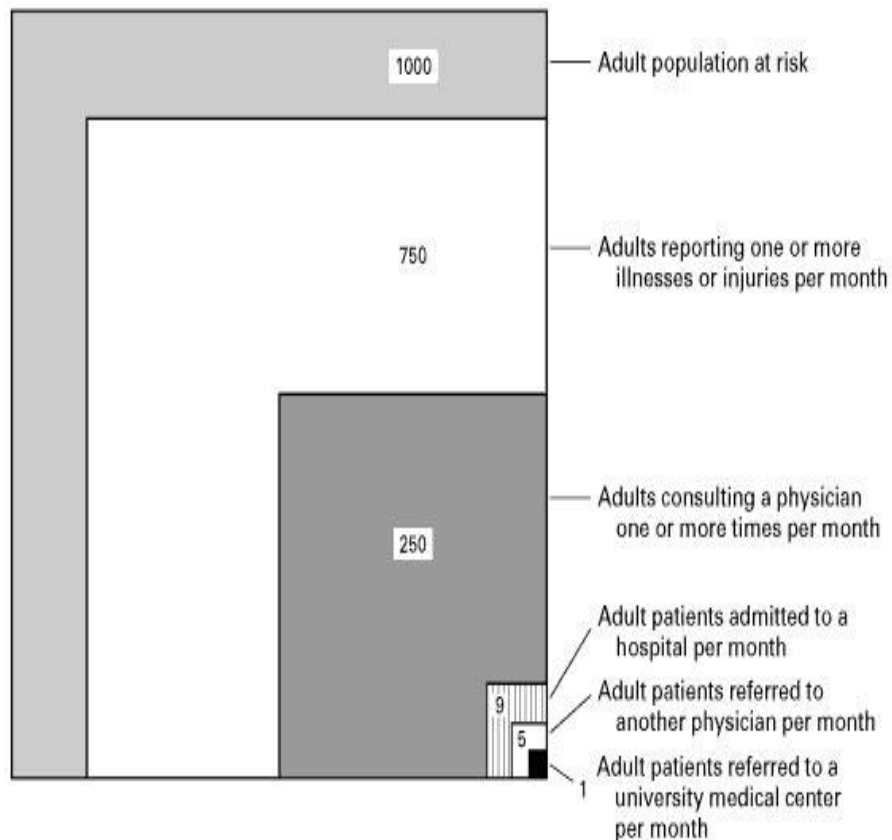


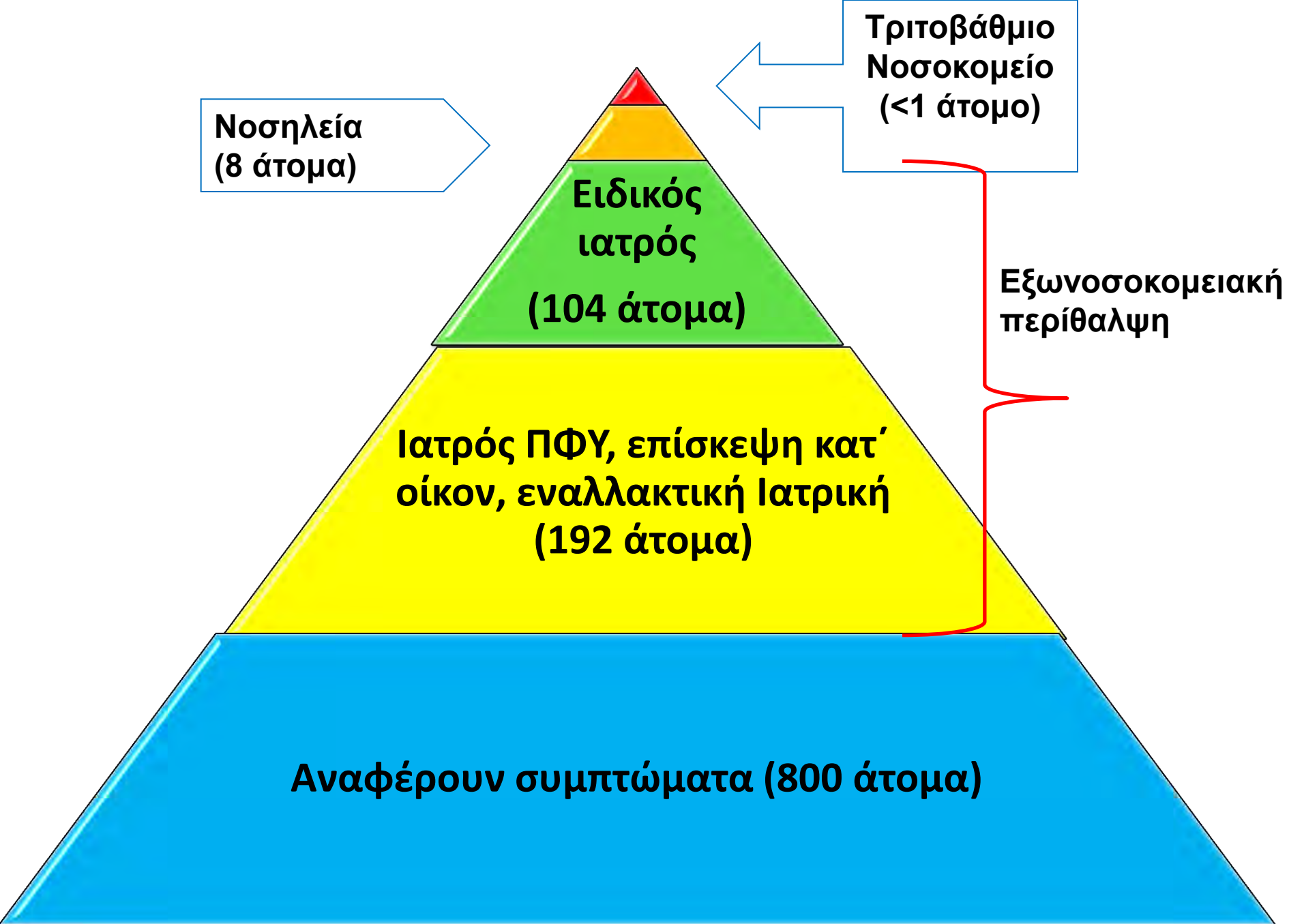
Green LA et al. N Engl J Med 2001;344:2021-2025.



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ



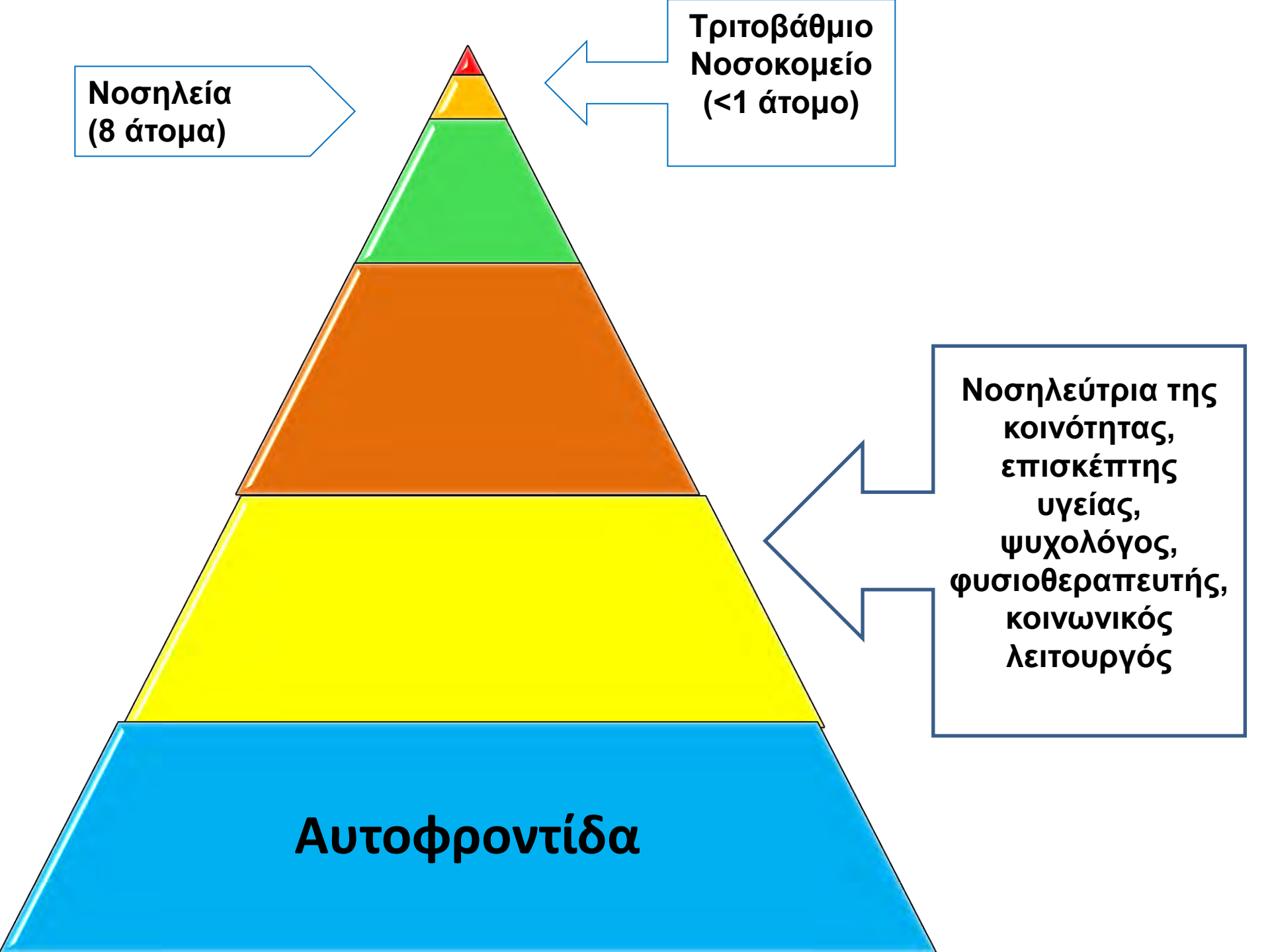


**Νοσηλεία
(8 άτομα)**

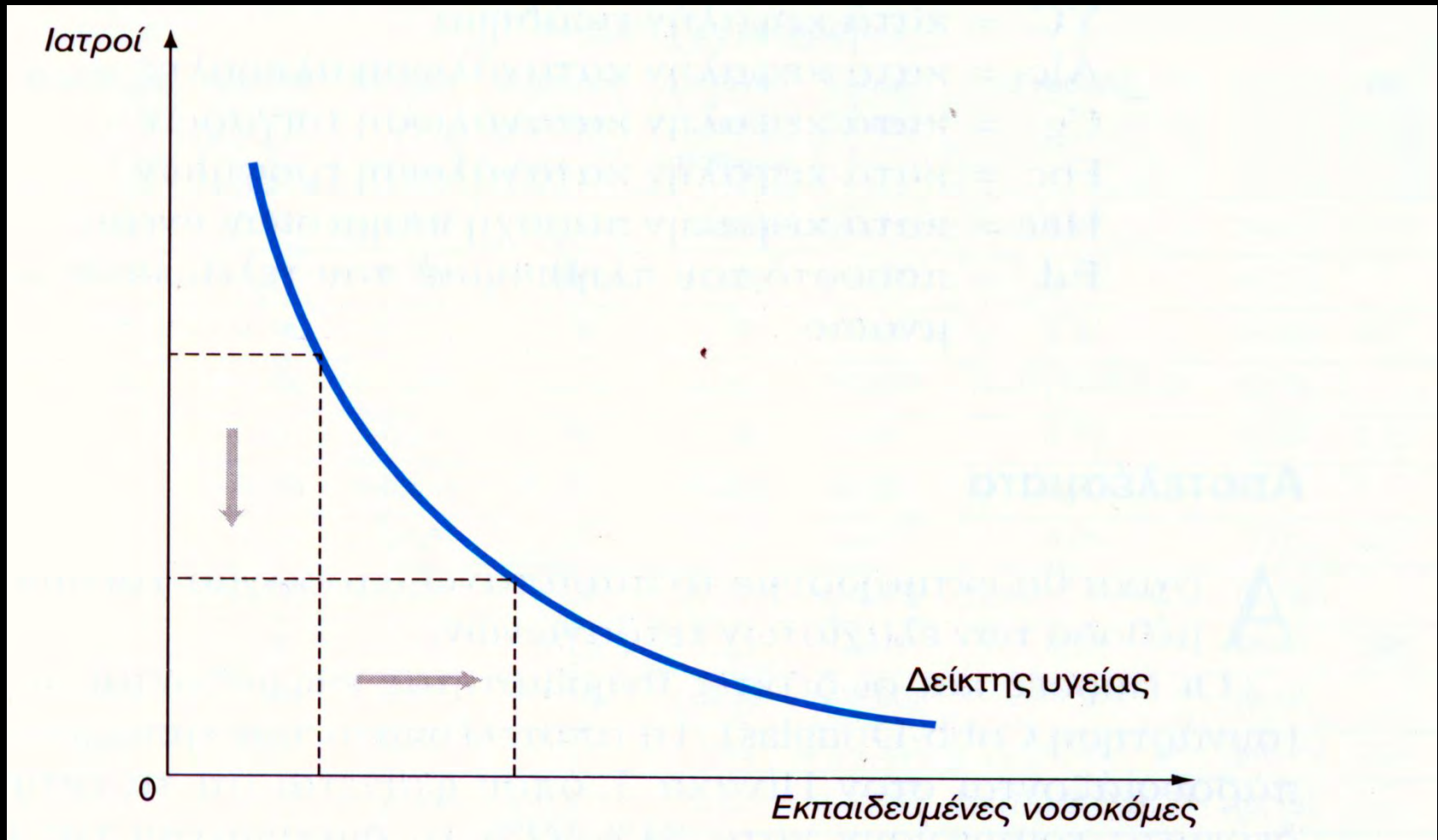
**Τριτοβάθμιο
Νοσοκομείο
(<1 άτομο)**

**Νοσηλεύτρια της
κοινότητας,
επισκέπτης
υγείας,
ψυχολόγος,
φυσιοθεραπευτής,
κοινωνικός
λειτουργός**

Αυτοφροντίδα



ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ





August 2008 – SUPPORT Summary of a systematic review

Do nurse practitioners working in primary care provide equivalent care to doctors?

Nurse practitioners are nurses who have undergone further training, often at graduate level, to work autonomously; making independent diagnoses and treatment decisions. It is important to consider whether the evidence supports the notion that nurse practitioners can substitute for doctors by providing safe, effective, and economical front line management of patients.

Key messages

- ➔ Low to moderate quality evidence indicates that patient health outcomes were similar for nurse practitioners and doctors, but that patient satisfaction and quality of care were better for nurse practitioners.

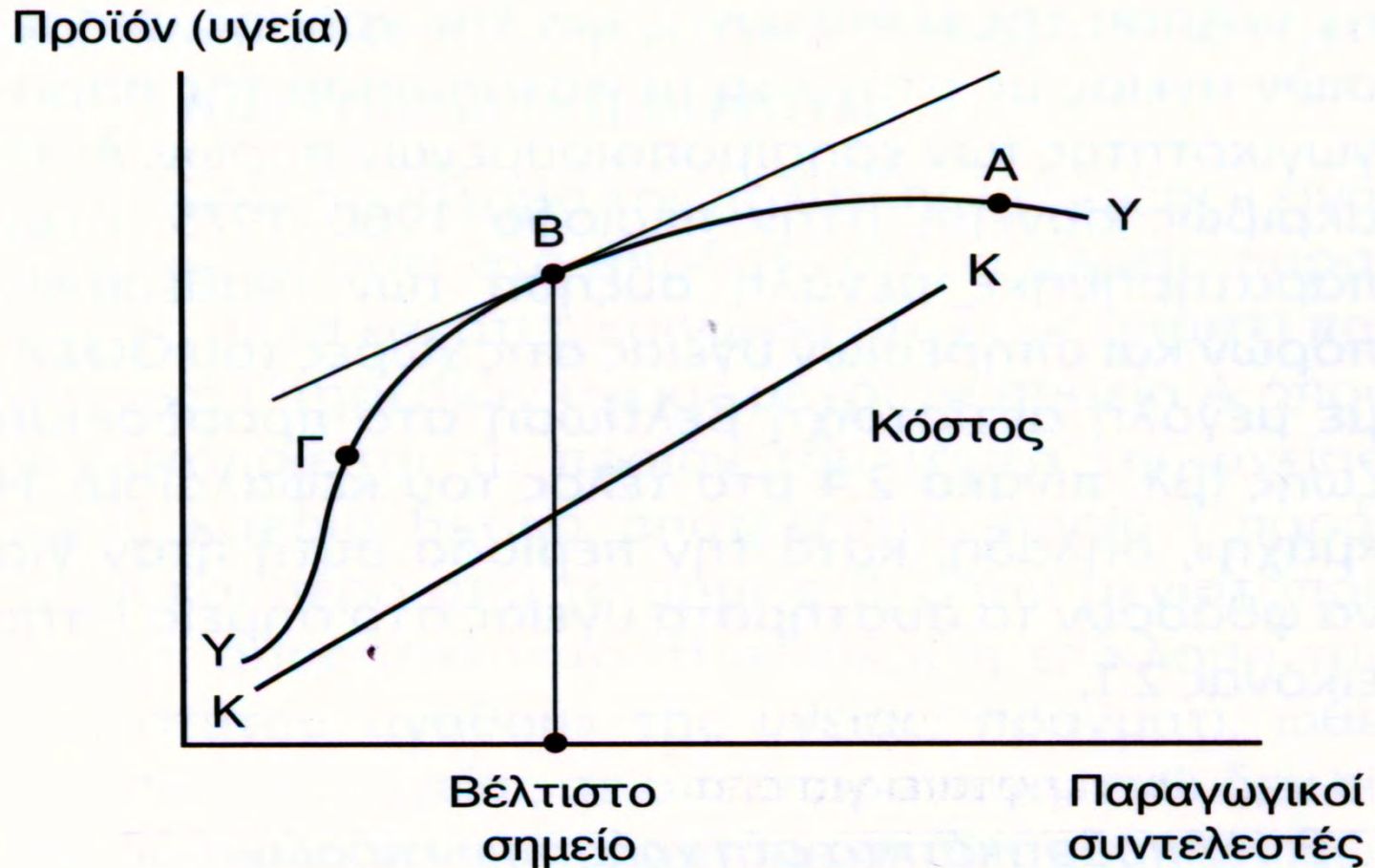


**Horrocks C et al “Systematic Review of whether nurse practitioners working in Primary Care can provide equivalent care to doctors”
BMJ 2002**

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΠΦΥ ΣΟΥΗΔΙΑ 2014

“Στην Σουηδία **οι ασθενείς σπάνια έρχονται στο Κέντρο Υγείας ή στο Νοσοκομείο χωρίς πρώτα να τηλεφωνήσουν.** Τις καθημερινές μεταξύ 08.00 και 17.00, που είναι ανοικτά τα Κέντρα Υγείας υπάρχει σε κάθε Κέντρο Υγείας μια Νοσηλεύτρια που έχει εκείνη την ημέρα την ευθύνη να απαντά στα τηλέφωνα (οι Νοσηλεύτριες του Κέντρου Υγείας εναλλάσσονται μεταξύ τους σε αυτό). **Η δουλειά αυτή δεν είναι δεν είναι και τόσο απλή γιατί δεν δίνουν απλώς ραντεβού στους ασθενείς.** Ερωτάνε πρώτα αυτόν που τηλεφωνεί τι έχει, παίρνουν μια ιδέα του αν πρόκειται για κάτι που μπορεί να γίνει καλά από μόνο του ή με την βοήθεια απλών συμβουλών και πολύ μεγάλος αριθμός των ασθενών που τηλεφωνούν **δεν χρειάζεται να δει Γιατρό.** Στο Κέντρο Υγείας του Amai υπολόγισαν πριν λίγα χρόνια ότι μόνο το 50% των ασθενών που τηλεφωνούν έρχονται τελικά στο Κέντρο Υγείας για να τους δεί Ιατρός!”

ΥΓΕΙΑ: ΣΥΝΑΡΤΗΣΗ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ



Στα πλαίσια του διαλόγου που αφορούν θέματα του προηγούμενου τεύχους του περιοδικού, δημοσιεύονται τρία άρθρα κριτικής-απαντήσεων που μας απέστειλε ο κ. Ι. Δημολιάτης. Ακολουθούν κατά σειρά (περί πληθωρισμού ιατρών, εξωνοσοκομειακών ιατρών και λίστας).

Οι γιατροί... κατασκευάζουν ασθένειες

(του ΑΝΤΩΝΗ ΚΑΡΚΑΓΙΑΝΝΗ, παλαιότερη ανδημοσίευση στην εφημερίδα «ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ», με βάση κείμενο του κ. Ι. Δημολιάτη)

Η πρόοδος και ο πολιτισμός μιας χώρας συχνά (και αβασάνιστα) μετρώνται με διάφορες συσχετίσεις και ποσοστά: Π.χ. με το ποσοστό των κατοίκων που δεν καπνίζει ή δεν καταναλώνει αλκοόλ ή με την ανά κεφαλή κατανάλωση ηλεκτρικής ενέργειας, φυσικά με το κατά κεφαλήν εισόδημα, με το ποσοστό των αυτοκινήτων ή με το πόσοι δάσκαλοι ή γιατροί αντιστοιχούν σε πόσους κατοίκους ή, τέλος, πόσα Πανεπιστήμια έχει.

Πάντοτε είχα την υποψία ότι αυτές οι συσχετίσεις ως μέτρα πολιτισμού και προόδου, όπως και οι δημοσκοπήσεις ως μέτρα της (ανύπαρκτης) κοινής γνώμης, είναι εσφαλμένες, απατηλές και σκόπιμες, πράγμα που με οδήγησε σε προσωπικές αντιλήψεις για τον πολιτισμό και την πρόοδο που αλλη-

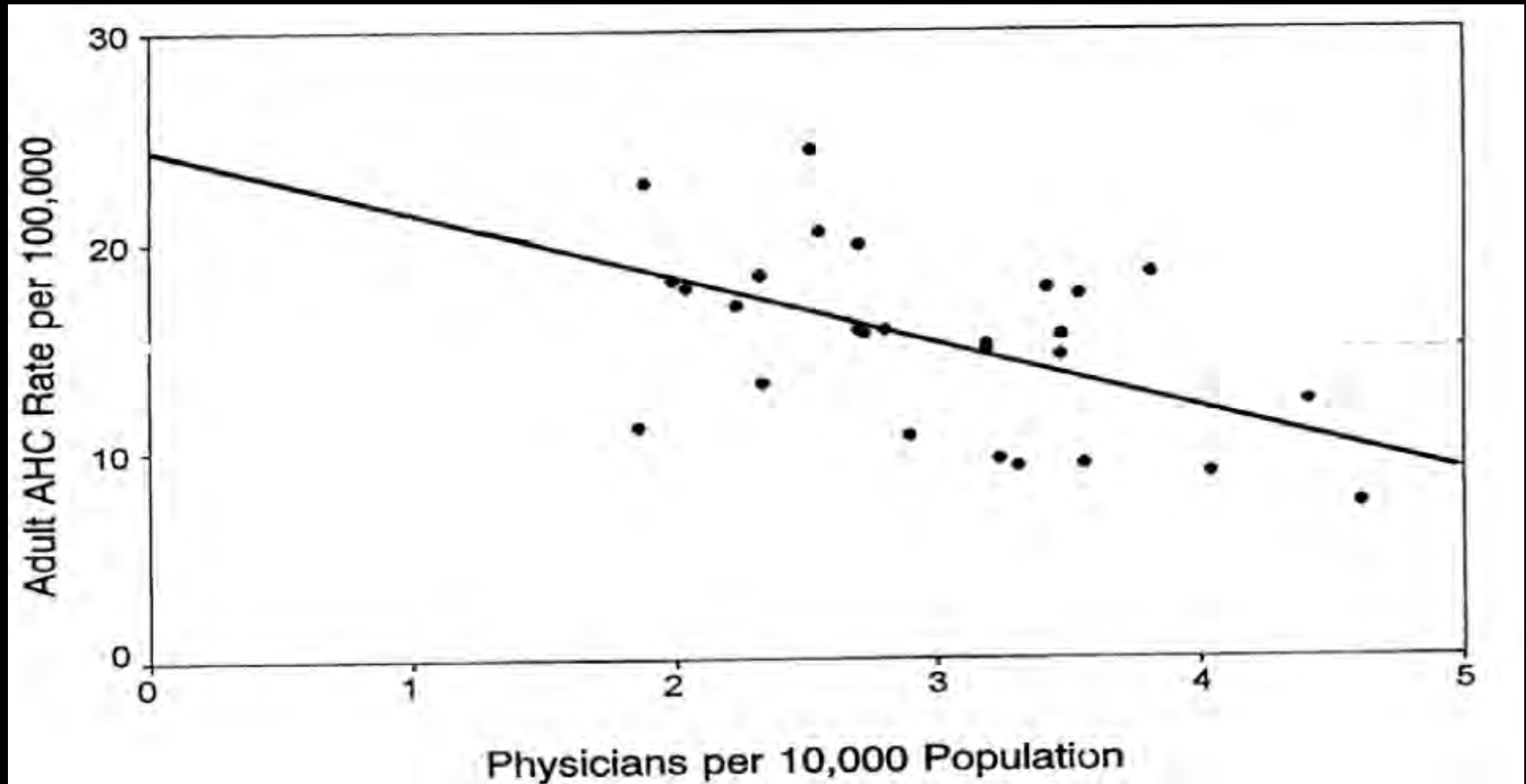
δημαϊκού κ. Ν. Ματσανιώτη) δημοσιευμένο κείμενό του, το οποίο επιβεβαιώνει τις υποψίες μου. Σας το παρουσιάζω εν περιλήψει, και με τις αναγκαίες «παραποιήσεις» για να γίνει περισσότερο κατανοητό ένα επιστημονικό κείμενο!

νοίκες, εν ανάγκη βγάζει και κανένα δόντι, δίνει συνταγή για τα ομματούλια, για να μη σας πω ότι κάποια κυρία θα του πάει και το σκυλάκι της που αδιαθέτησε. Τέλος, θα παρασκευάσει στο φαρμακευτικό γουδί και μερικά απλά φάρμακα, αν και τα



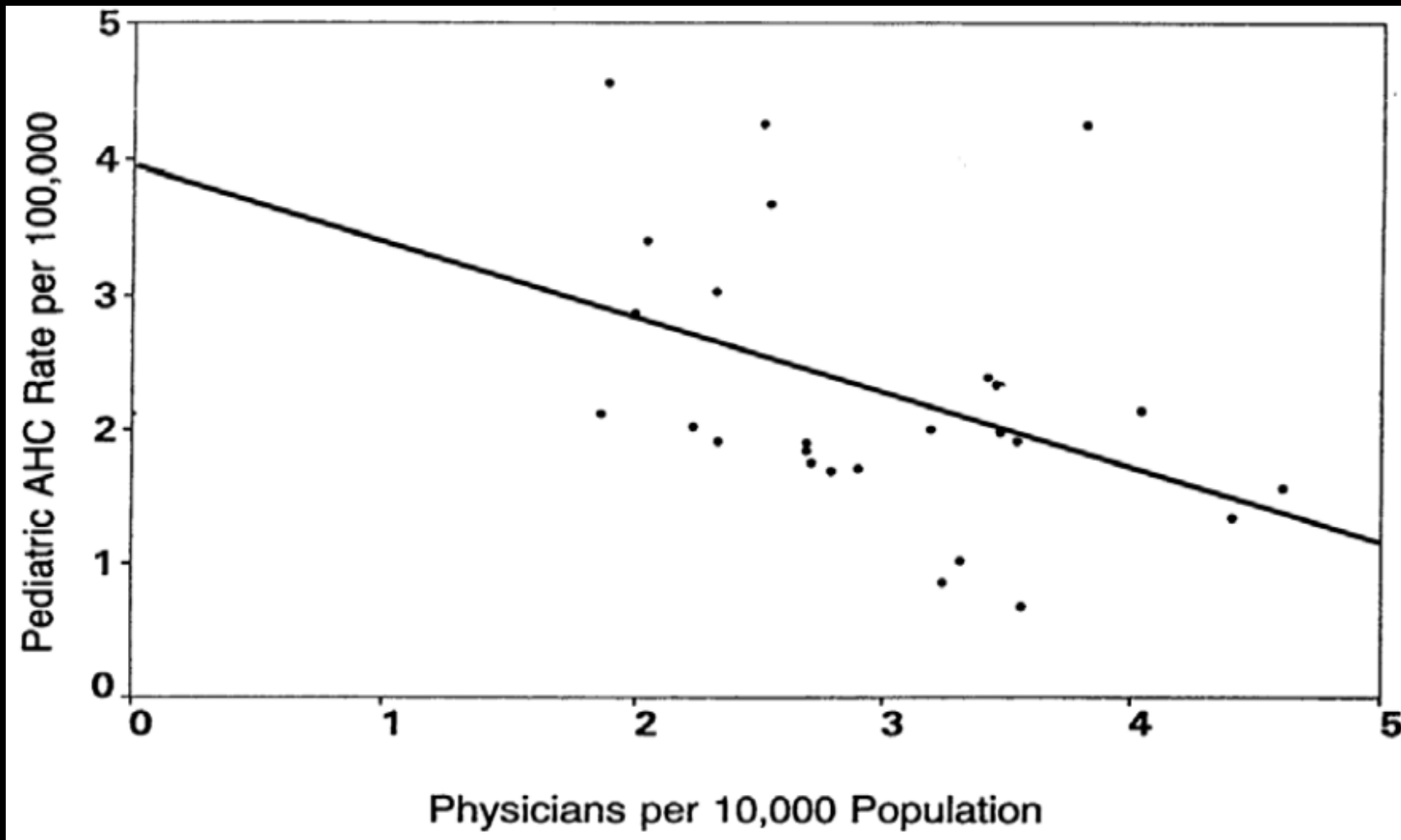
1. Δημολιάτης Ι. «Ένας Ιατρός ανά κάτοικο!» Κοιν. Και Υγεία 1992
2. Ματσανιώτης Ν. «Ιατρικός Πληθωρισμός: Μέγιστο πρόβλημα Δημόσιας Υγείας», Πρακτικά Ακαδημίας Αθηνών, 1996

ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΙ/ΠΑΘΟΛΟΓΟΙ ΚΑΙ ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΑΠΟΦΕΥΧΘΟΥΝ



Parchman et al "Primary Care Physicians and avoidable hospitalizations" J Fam Pract , 1994

ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΙ/ΠΑΙΔΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΑΠΟΦΕΥΧΘΟΥΝ



ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΙ ΚΑΙ ΚΟΣΤΟΣ ΣΥ

EXHIBIT 9

Relationship Between Provider Workforce And Medicare Spending: General Practitioners Per 10,000 And Spending Per Beneficiary In 2000

Spending per beneficiary (dollars)

8,000

7,000

6,000

5,000

4,000

1

2

General practitioners per 10,000

4

5

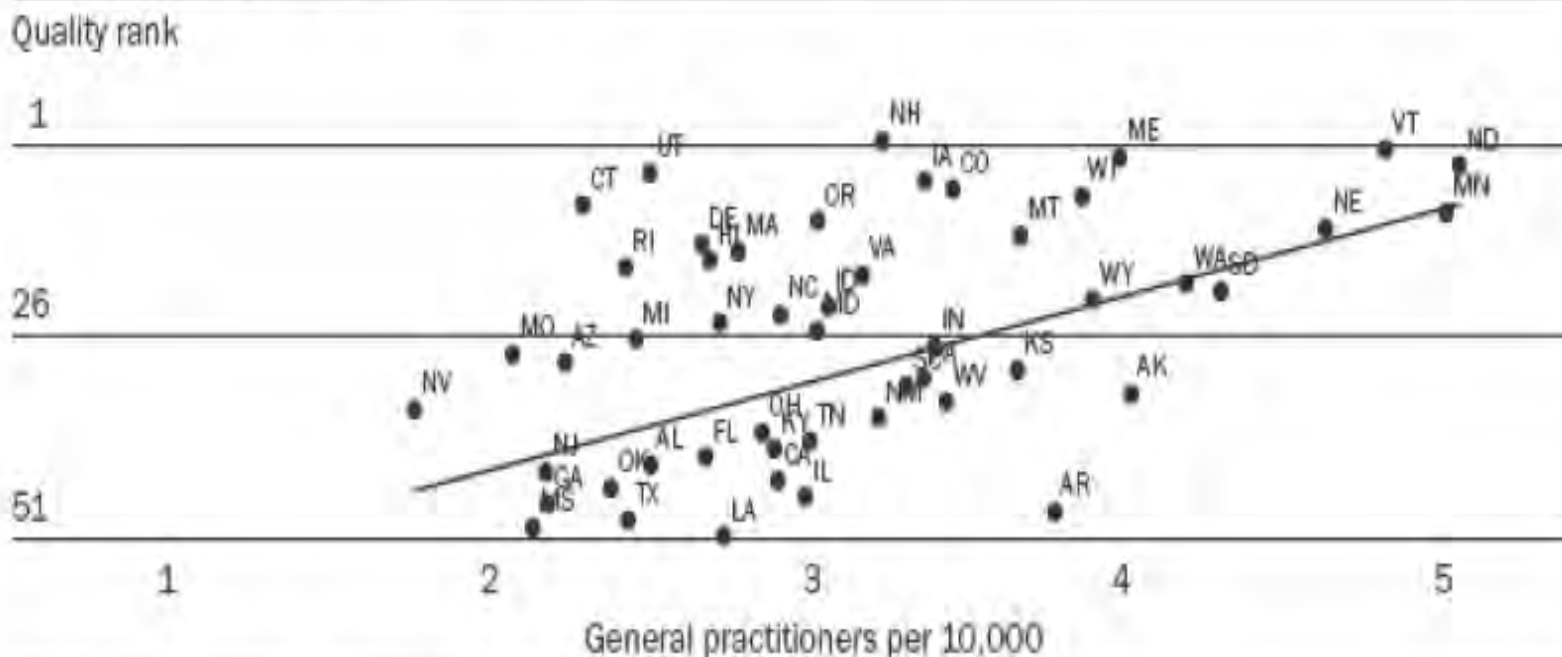
SOURCES: Medicare claims data; and Area Resource File, 2003.

NOTE: Total physicians held constant.

Στοιχεία Medicare 2003

ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΙ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Relationship Between Provider Workforce And Quality: General Practitioners Per 10,000 And Quality Rank In 2000



SOURCES: Medicare claims data; and Area Resource File, 2003.

NOTES: For quality ranking, smaller values equal higher quality. Total physicians held constant.

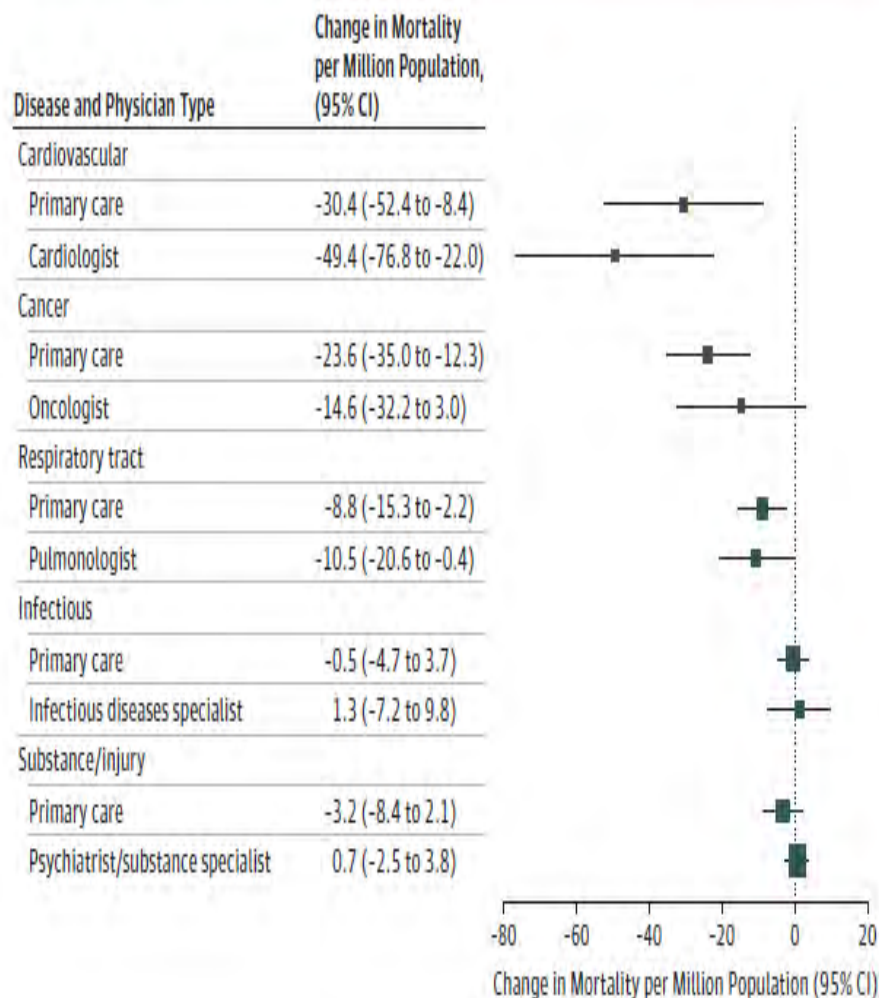
Key Points

Question What is the association between primary care physician density and population-level mortality?

Findings In this epidemiological study of US population data, every 10 additional primary care physicians per 100 000 population was associated with a 51.5-day increase in life expectancy. However, from 2005 to 2015, the density of primary care physicians decreased from 46.6 to 41.4 per 100 000 population.

Meaning Greater primary care physician supply was associated with improved mortality, but per capita primary care physician supply decreased between 2005 and 2015.

Figure 3. Changes in Cause-Specific Mortality Associated With an Increase in 10 Primary Care Physicians or 10 Specialist Physicians per 100 000 Population



Open access

Research

BMJ Open Continuity of care with doctors – a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality

Denis J Pereira Gray,¹ Kate Sidaway-Lee,¹ Eleanor White,^{1,2} Angus Thorne,^{1,3} Philip H Evans^{1,2}

*“International evidence indicates that health systems based on effective **primary care** with highly -trained generalist physicians (**Family Doctors**) practicing **in the community**, provide both **more cost effective** and **more clinically effective** care than those with a low primary care orientation.”*

***Barbara Starfield**,
world wide Primary Care advocator*



Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology.
Oxford: Oxford University press,1998.

Π.Φ.Υ. : ΤΩΡΑ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΠΟΤΕ!

Introduction and Overview

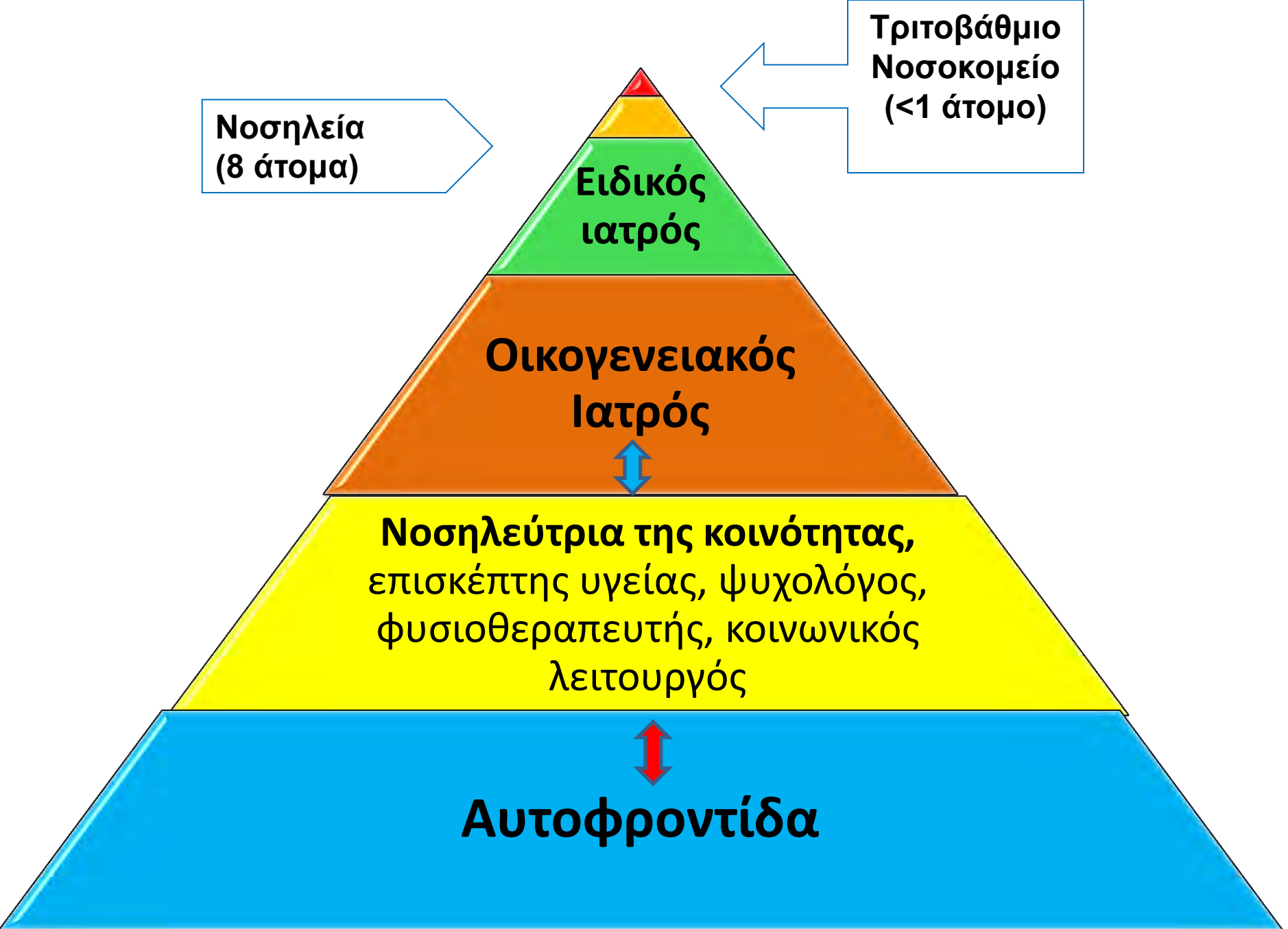
The World Health Report 2008

Primary Health Care

**Now
More
Than
Ever**



World Health
Organization



“Σε μια εφημερία εξέτασα 352 ασθενείς,,!”

ΕΝΑΣ γιατρός, που φυσιολογικά και σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα θα πρέπει να βλέπει μέχρι 40 το πολύ ασθενείς και την επομένη να έχει ρεπό, στο λεκανοπέδιο οι γιατροί και κυρίως ορθοπεδικοί και παθολόγοι, στις εφημερίες εξετάζουν, κατά κανόνα ο καθένας τους, πάνω από 200! Μάλιστα την επομένη συνεχίζουν κανονικά να εργάζονται στο νοσοκομείο φτάνοντας, με ελάχιστα διαλείμματα ξεκούρασης, τις 36 ώρες εργασίας.

Υπάρχει όμως και γιατρός, ο Αλέξης Σωτηρόπουλος, επιμελητής Β' της Γ' παθολογικής κλινικής στο Νοσοκομείο Νίκαιας, που με τη βοήθεια ειδικευόμενων συνεργατών του, έχει φτάσει σ' ένα απίστευτο ρεκόρ. Εξέτασε, σε μία πρόσφατη εφημερία, 352 ασθενείς!

«Έχουμε τεράστιο πρόβλημα με όλους εκείνους που έρχονται μέρες εφημερίας, έχοντας τρυπήσει με βελόνα το δάχτυλο ή ανέβασαν πίεση και είμαστε υπο-



«Μόνο οι 40 από τους 300 ασθενείς που περνούν από το ιατρείο μας στα επείγοντα, έχουν ανάγκη», λέει ο γιατρός Α. Σωτηρόπουλος.

χρεωμένοι να ερευνησουμε την περίπτωση τους. Σκεφτείτε ότι κάνουμε εισαγωγή μόνο 35 με 40 ατόμων, από το σύνολο των εκατοντάδων επειγόντων που εξετάζουμε μόνο στο παθολογικό ιατρείο.

Από τους υπόλοιπους ελάχιστοι περίπου 25 ενδεχόμενα να χρειασθεί να εξετάσουμε διάφορα ενδεχόμενα.

Gatekeeping

" In Greece too many people get health care they do not need, while in the same time they do not get the health care they need.

Gatekeeping is necessary to help people get the care they need.

Ask those who are against gatekeeping, how they gonna ensure that people will get the care they need..."

**Wienke Boerma,
Director, Netherlands Institute for Health
Services Research (NIVEL)**

**Health in Action, High Level Conference,
Athens Dec 2013**



APPENDIX: Information from country experts

Table 1. Organisation of first contact care

Country	Sources of FCC	Gate keeping	Choice of gate keeper	Need referral for specialist services	Need referral for non-emergency hospital care	Dominant practice organisation	Average number of patients per GP	Involvement of other health care staff
Denmark	GPs, health centres	Yes	Yes (within area of residence)	Group 1(10km from home): yes, for most; Group 2 (full choice): no	Yes	Solo	1400-1500	Nurses, dieticians, physiotherapists
England	GPs, health centres	Yes	Yes (within area of residence)	Yes, for all	Yes	Group (81%)	1200-2200	Nurses, pharmacists
France	GPs, specialists	Yes (85%)	Yes	Yes, for some	Yes	Solo	1000-1500	Little involvement of other professionals
Germany	GPs, specialists, policlinics	yes (8%)	Yes	Yes, for some	Yes	Solo (68%)	1500-2000	Nurses, midwives, physiotherapists, dieticians
Italy	GPs, paediatricians, and emergency	Yes	Yes	Yes	Yes	Solo	1800 GPs 1000 paediatricians	
Netherlands	GPs (in health centres)	yes (100%)	Yes	Yes, for all	Yes	Solo (72%)	2250	Nurses, dieticians, physiotherapists

ΠΟΙΟΙ ΚΑΙ ΠΟΣΟΙ ΕΙΔΙΚΟΙ ΧΡΕΙΑΖΟΝΤΑΙ;

- Ανάλυση εργασίας κάθε ειδικότητας
- Όγκος ασθενών που πρέπει να αντιμετωπιστεί

g. closely monitor and fully implement universal coverage of health care and inform citizens of their rights in that regard and proceed with the gradual implementation of the new Primary Health Care System. To this end, the authorities have adopted all the necessary legislation to implement this new system in May 2017. Within this framework, EOPYY will change the way it provides primary health care by introducing compulsory patient registration with a family doctor, who will act as a gatekeeper in charge of referrals to specialists. As a **prior action**: a) the complete matching of all Social Security Number (AMKA) holders with the available family doctors will be finalised by May 2018 and b) the compulsory patient registration system with a family doctor, who will act as a gatekeeper, will be in place and fully operational by end of May 2018, with gatekeeping to be gradually implemented over 2018. In parallel, the roll-out of

Supplemental Memorandum of Understanding

Fourth Review of the ESM Programme

DRAFT – 23 May 2018

Άρθρο 19

Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, εγγραφή και διαδικασία παραπομπών

1. Ο πληθυσμός ενός Το.Π.Φ.Υ. εγγράφεται υποχρεωτικά στον οικογενειακό ιατρό, όπως αυτός ορίζεται στην παράγραφο 2 του άρθρου 6. Οι ανασφάλιστοι, καθώς και οι άλλοι δικαιούχοι της παρ. 2 του άρθρου 33 του ν. 4368/2016 (Α' 21), έχουν τη δυνατότητα να εγγράφονται σε οικογενειακό ιατρό συμβεβλημένο του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., εφόσον δεν δύναται να καλυφθούν από οικογενειακό ιατρό των δημόσιων μονάδων Π.Φ.Υ. εντός

β. α. Το σύστημα των παραπομπών από τον οικογενειακό ιατρό ως αναγκαία προϋπόθεση για την πρόσβαση στα Κέντρα Υγείας, τις δημόσιες μονάδες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας και τους συμβεβλημένους με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. παρόχους υπηρεσιών υγείας, αρχίζει να εφαρμόζεται από 1ης Ιανουαρίου 2018, με εξαίρεση τα έκτακτα και τα επείγοντα περιστατικά. Μέχρι τις 31.12.2018 το σύστημα παραπομπών θα έχει εφαρμοστεί πλήρως, με εξαίρεση τα έκτακτα και τα επείγοντα περιστατικά.



ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

7 Αυγούστου 2017

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 115

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 4486

Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις.

ζ) την υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού,
η) τις υπηρεσίες φυσικοθεραπείας,
θ) την παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας,
ι) την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Signature valid

Digital signed by
Ε.Ο.Π.Υ.Υ. 2017-08-07 10:22:18
Ε.Ο.Π.Υ.Υ.
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΓΓΡΑΦΗ

2031

Β. ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ

Καθημερινά θα εφημερεύει σε ενεργό εφημερία ένας γενικός ιατρός ή παθολόγος και ένας παιδίατρος εφόσον υπηρετεί.

Σε περίπτωση που δεν υπηρετεί παιδίατρος ή ο αριθμός των υπηρετούντων παιδιάτρων δεν επαρκεί, μπορεί να εφημερεύει αντ' αυτού γενικός ιατρός σύμφωνα με τις ανάγκες.

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ

ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑ
ΑΛΛΕΡΓΙΟΛΟΓΙΑ
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑ
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ - ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΑ
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑ
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ
ΟΥΡΟΛΟΓΙΑ
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑ
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ
ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΑ
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ
ΦΥΣΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ
ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΩΡΑΚΟΣ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ
ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑ

ΑΠΟΤΥΧΙΕΣ

Α/Α	ΔΕΞΙΟΤΗΤΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΑΠΟΤΥΧΙΕΣ
1	ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΗΚΓ	982
2	ΦΛΕΒΟΚΑΘΕΤΗΡΑΣ	350
3	ΑΝΑΤΑΞΗ ΑΡΡΥΘΜΙΩΝ	322
4	ΑΝΑΤΑΞΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ/ ΕΞΑΡΘΗΜΑΤΩΝ	235
5	ΤΟΚΕΤΟΣ	228
6	ΣΥΡΡΑΦΗ	155
7	ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΣΗ	121
8	ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ/ΑΠΟΛΙΝΩΣΕΙΣ	116
9	FOLLEY	109
10	ΝΑΡΘΗΚΑΣ	81
11	ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ	79
12	LEVIN	60
13	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΓΡΑΜΜΗ	56
14	ΚΑΡΠΑ ΕΝΗΛΙΚΟΥ	37
15	ΛΑΡΥΓΓΙΚΗ	33
16	ΚΛΙΜΑΚΑ ΓΛΑΣΚΩΒΗΣ	32
17	ΕΠΙΠΩΜΑΤΙΣΜΟΣ	30
18	ΘΩΡΑΚΙΚΗ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ	26
19	AMBU	24
20	ΚΑΡΠΑ ΠΑΙΔΙΟΥ	8



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
2^Η Υ.Π.Ε. ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΡΟΥ
ΤΖΑΝΙΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
ΤΑΧ. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : ΠΑΡΟΙΚΙΑ, 84400 ΠΑΡΟΣ
ΤΗΛΕΦΩΝΟ : 22843 -60053
FAX : 2152157339
E-mail: docgprjan@otenet.gr

ΠΑΡΟΣ 12-2-2019
Αρ. Πρωτ. 97

ΠΡΟΣ: 2^Η ΔΥΠΕ (Υπόψη κ. Ιορδανίδου,
κ. Αντύπα και κ. Λιγούτσικου)

Σελίδες 4 (τέσσερις)

ΘΕΜΑ: ΘΡΟΜΒΟΛΥΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Αγαπητοί κύριοι,

Χωρίς να γνωρίζουμε το λόγο, στα Κέντρα Υγείας των Κυκλάδων δεν υπάρχουν διαθέσιμα θρομβολυτικά φάρμακα. Η αιτιολόγηση που συχνά αναφέρεται είναι ότι τα φάρμακα είναι χαρακτηρισμένα ως Νοσοκομειακά **και πρέπει να χορηγούνται μόνον σε Νοσοκομείο**. Οφείλουμε λοιπόν να σας υπενθυμίσουμε ότι τα βιβλιογραφικά δεδομένα είναι ξεκάθαρα (τουλάχιστον από 20 ετίας) συνηγορώντας υπέρ της προνοσοκομειακής θρομβόλυσης των εμφραγμάτων (όταν υπάρχει ένδειξη). Ενδεικτικά σας συνυποβάλλουμε αυτούσια κείμενα:

1. Των κατευθυντηρίων οδηγιών της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας έτους 2002

Επείγουσα αντιμετώπιση: Γενικές αρχές

Συστάσεις

1. Η έγκαιρη επαναιμάτωση μειώνει σημαντικά τη θνητότητα των ασθενών με οξύ εμφραγμα και βελτιώνει τη λειτουργία της αριστερής κοιλίας. Κατ' ακολουθίαν, κάθε προσπάθεια πρέπει να αποβλέπει στην ελαχιστοποίηση της καθυστέρησης της εφαρμογής της θεραπείας επαναιμάτωσης (βαθμός βεβαιότητας Α).
2. Ο πρώτος γιατρός (ΕΚΑΒ, αγροτικό ιατρείο, κέντρο υγείας, ιδιωτικό ιατρείο, τμήμα επειγόντων περιστατικών νοσοκομείου) που υποδέχεται τον ασθενή με εμφραγμα θα πρέπει να είναι ικανός να πάρει επισσόμενο ιστορικό, να προβεί σε φυσική εξέταση, να διενεργήσει ΗΚΓ, να προσδιορίσει την ανάγκη για θρομβόλυση και να καθοδηγήσει τη χορήγησή της. Η κλίση καρδιαλόγου ή η επικαιρινία με τον οικογενειακό γιατρό του ασθενούς καθυστερεί τη θεραπεία, με συνέπεια αυξημένη θνητότητα, και συνιστάται μόνον σε αμφίβολες περιπτώσεις (βαθμός βεβαιότητας Β).
3. Η εφαρμογή θρομβόλυσης κατ' οίκον μπορεί να γίνει μόνο παρουσία γιατρού και όταν ο χρόνος μεταφοράς σε εξωνοσοκομειακή ή νοσοκομειακή μονάδα προβλέπεται να είναι μεγαλύτερος από μια ώρα (βαθμός βεβαιότητας Γ).

2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation

LV dysfunction is a key prognostic factor. Therefore, it is recommended that the LVEF is determined before hospital discharge in all STEMI patients. Emergency echocardiography at presentation is indicated in patients with cardiac arrest, cardiogenic shock, haemodynamic instability or suspected mechanical complications, and if the diagnosis of STEMI is uncertain. Routine echocardiography after primary PCI is recommended to assess resting LV function, as well as

4.4.3.1. General practitioners

In some countries, general practitioners play a role in the early care of patients with AMI and are often the first to be contacted by the patients.

If general practitioners respond quickly they can be very effective, as they usually know the patient and can perform and interpret the ECG. Their first task after the STEMI diagnosis should be to alert the EMS. In addition, they can administer opioids and antithrombotic drugs (including fibrinolytics, if that management strategy is indicated), and can undertake defibrillation if needed. However, in most

Primary PCI is the preferred reperfusion strategy in patients with STEMI within 12 h of symptom onset, provided it can be performed expeditiously (i.e. 120 min from STEMI diagnosis, *Figures 2 and 3*) by an experienced team. An experienced team includes not only interventional cardiologists but also skilled support staff. Lower mortality rates among patients undergoing primary PCI are observed in centres with a high volume of PCI procedures.¹¹¹ Real-life data confirm that primary PCI is performed faster and results in lower mortality if performed in high-volume centres.¹¹² Randomized clinical trials in high-

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ 2002

Επείγουσα αντιμετώπιση: Γενικές αρχές

Συστάσεις

1. Η έγκαιρη επαναιμάτωση μειώνει σημαντικά τη θνητότητα των ασθενών με οξύ έμφραγμα και βελτιώνει τη λειτουργία της αριστερής κοιλίας. Κατ' ακολουθίαν, κάθε προσπάθεια πρέπει να αποβλέπει στην ελαχιστοποίηση της καθυστέρησης της εφαρμογής της θεραπείας επαναιμάτωσης (βαθμός βεβαιότητας Α).
2. Ο πρώτος γιατρός (ΕΚΑΒ, αγροτικό ιατρείο, κέντρο υγείας, ιδιωτικό ιατρείο, τμήμα επειγόντων περιστατικών νοσοκομείου) που υποδέχεται τον ασθενή με έμφραγμα θα πρέπει να είναι ικανός να πάρει εστιασμένο ιστορικό, να προβεί σε φυσική εξέταση, να διενεργήσει ΗΚΓ, να προσδιορίσει την ανάγκη για θρομβόλυση και να καθοδηγήσει τη χορήγησή της. Η κλήση καρδιολόγου ή η επικοινωνία με τον οικογενειακό γιατρό του ασθενούς καθυστερεί τη θεραπεία, με συνέπεια αυξημένη θνητότητα, και συνιστάται μόνον σε αμφίβολες περιπτώσεις (βαθμός βεβαιότητας Β).
3. Η εφαρμογή θρομβόλυσης κατ' οίκον μπορεί να γίνει μόνο παρουσία γιατρού και όταν ο χρόνος μεταφοράς σε εξωνοσοκομειακή ή νοσοκομειακή μονάδα προβλέπεται να είναι μεγαλύτερος από μια ώρα (βαθμός βεβαιότητας Γ).

θνητότητας¹⁴. Τα ευρήματα αυτά αποκτούν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τη χώρα μας, όταν υπάρχουν αγροτικά ιατρεία, κέντρα υγείας ή και νοσοκομεία που δεν εφαρμόζουν θρομβόλυση σε εμφραγματίες, αλλά τους διακομίζουν σε τριτοβάθμια νοσοκομεία, με τις γνωστές καταστροφικές συνέπειες μιας τέτοιας καθυστέρησης. Απαραίτητη όμως για την επιτυχία του μέτρου είναι η καλή οργάνωση και εκπαίδευση του προσωπικού.

**ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΩΝ
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ
ΠΑΡΟΥ ΑΝΤΙΠΑΡΟΥ**

**Πάρος 11-4-2019
Αριθ. Πρωτ.: 3**

Προς
Διοικούσα Επιτροπή Κέντρου Υγείας Πάρου
2η ΔΥΠΕ ΑΙΓΑΙΟΥ
Υπουργείο Υγείας

Κοινοποίηση
Δήμος Πάρου
Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου
Μέλη των Συλλόγων του Συντονιστικού
(ΣΥ.Σ.Ε.Π.Α.)

Θέμα: Ερωτήματα για τη λειτουργία του Κέντρου Υγείας Πάρου

Κατόπιν των προαναφερομένων, επειδή τις παραπάνω βασικότερες ελλείψεις και ολιγωρίες τις "πληρώνουμε" με τις ζωές μας, επειδή όσο παραμένουμε άπραγοι η ευθύνη μας ως γονείς απέναντι στα παιδιά μας αυξάνεται, επειδή δε θέλουμε αυτή η οικτρή κατάσταση να μεταφερθεί στους επόμενους και πριν αναγκαστούμε ως πολίτες και εργαζόμενοι να προσφύγουμε σε ένδικα μέσα λόγω αντικειμενικού έννομου δικαιώματός μας, θέλουμε να σας θέσουμε τα παρακάτω ερωτήματα τα οποία έχουν δύο αφετηρίες:

3. Γιατί ο κύριος Τζανίδης έστειλε έγγραφο στη 2η ΔΥΠΕ με το οποίο ζητάει ιατρό ειδικότητας Γενικής Ιατρικής με δικαιολογία τις εφημερίες κόντρα στην τεκμηριωμένη άποψη των δύο άλλων μελών της Διοικούσας Επιτροπής για δεύτερο καρδιολόγο, ο οποίος θα συμμετέχει στις εφημερίες;

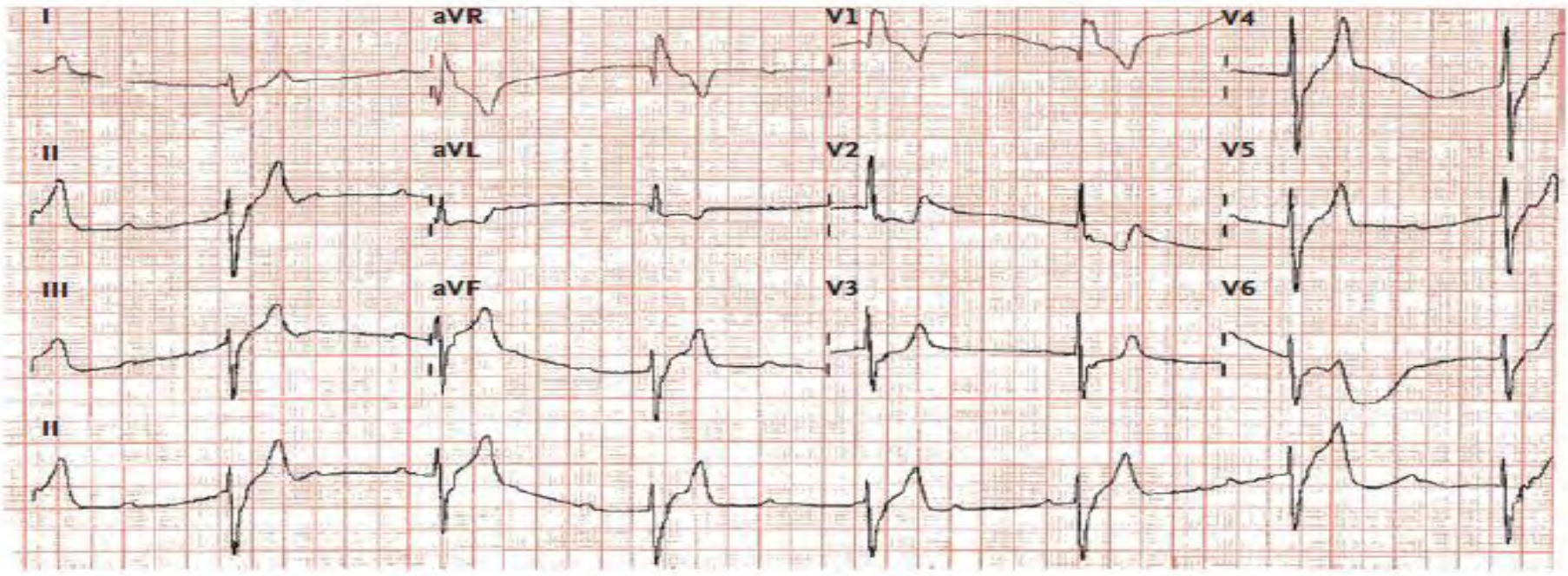
6. Πώς αντιμετωπίζονται τα καρδιολογικά περιστατικά, που χρήζουν άμεσης βοήθειας, χωρίς καρδιολογική διάγνωση;

Ζητούμε λοιπόν, την άμεση απάντησή σας γιατί οι παραπάνω ολιγωρίες οι οποίες αναδύθηκαν από τη συνέντευξη του Προέδρου της Διοικούσας Επιτροπής του Κέντρου Υγείας, πλήττουν τους πολίτες της Πάρου, ακόμα και με θανάτους, και δημιουργούν έννομο συμφέρον στους εργαζόμενους που πληρώνουν ασφαλιστικές εισφορές χωρίς ουσιαστικό αντίκρισμα.

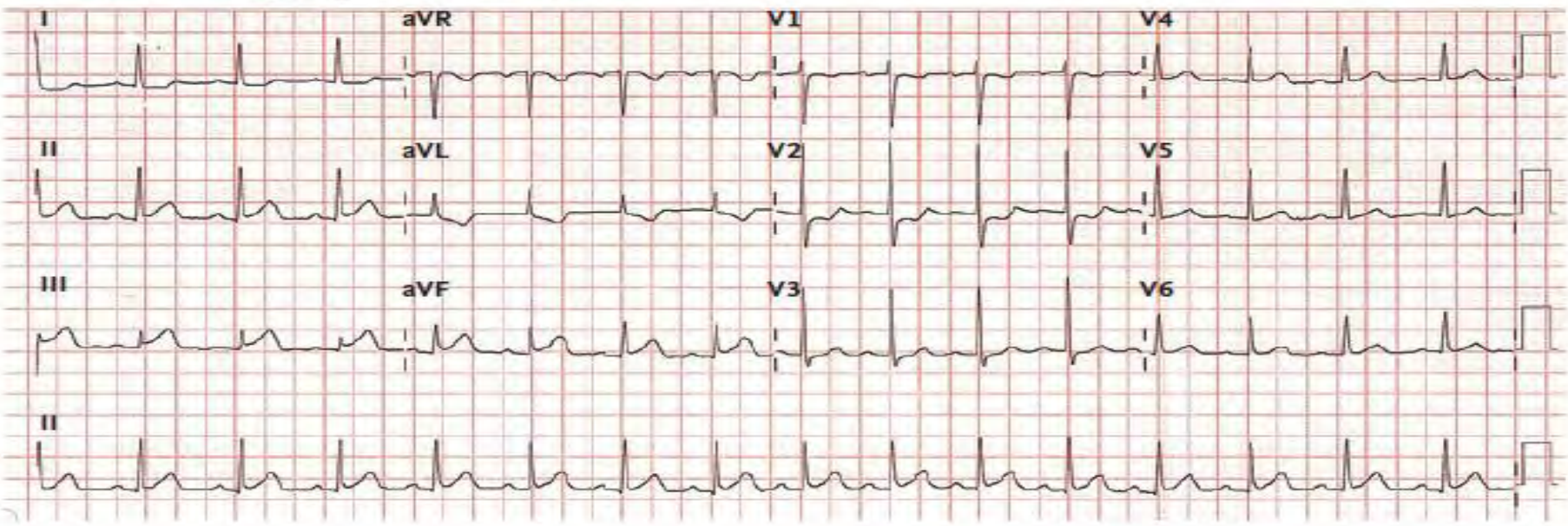
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ


- 44 ετών άνδρας
- Νοσηλευτής
- Πόνος στο στήθος


A First Electrocardiogram



B Second Electrocardiogram, Obtained 50 Min Later



 **11 ώρ. 46 λεπτ.**
1.121 χλμ.

 **11 ώρ. 52 λεπτ.**
1.139 χλμ.

○ Coral Bay

● Περθ

ΒΟΡΕΙΑ
ΕΠΙΚΡΑΤΕΙΑ

ΚΟΥΙΝΣΛΑΝΤ

Αυστραλία

ΔΥΤΙΚΗ
ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ

Μπρίσμπεϊν
Brisbane

ΝΟΤΙΑ
ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ

ΝΕΑ ΝΟΤΙΑ
ΟΥΑΛΙΑ

Σίδνεϊ
Sydney

Αδελαΐδα
Adelaide

ΕΠΙΚΡΑΤΕΙΑ
ΑΥΣΤΡΑΛΙΑΝΗΣ
ΠΡΟΤΕΥΟΥΣΑΣ

Μεγάλος
Αυστραλιανός
Κόλπος

ΒΙΚΤΟΡΙΑ

Μελβούρνη
Melbourne

Google

CORRESPONDENCE



Self-Management of an Inferior ST-Segment Elevation Myocardial Infarction

TO THE EDITOR: A 44-year-old man presented with severe chest pain and dizziness to the nursing post where he worked in Coral Bay, Australia, more than 1000 km from Perth and 150 km from the next nearest medical facility. He was the only nurse on duty when the symptoms occurred. Since no other medical personnel were available, he performed and emailed his own electrocardiograms to an emergency physician by means of the Emergency Telehealth Service (ETS). The first electrocardiogram showed complete heart block, right bundle-branch block, hyperacute T waves in the inferior leads, and reciprocal ST-segment depression in the anterolateral leads (Fig. 1A). The second electrocardiogram, obtained 50 minutes later, showed sinus tachycardia with 2 mm of inferior ST-segment elevation (Fig. 1B).

He self-cannulated both antecubital fossae for intravenous access and self-administered aspirin, clopidogrel, sublingual nitroglycerin, intravenous

heparin, and opiates. Preparations were made for thrombolysis with tenecteplase, with real-time video interaction with the ETS. He attached his own defibrillator pads and prepared adrenaline, atropine, and amiodarone. After thrombolysis, there was resolution of his ST-segment elevation and symptoms.

He was transferred by the Royal Flying Doctor Service to a tertiary cardiology unit in Perth. The next day, coronary angiography revealed severe stenosis in the mid-right coronary artery with blood flow of Thrombolysis in Myocardial Infarction (TIMI) grade 3 and mild left ventricular systolic dysfunction. A drug-eluting stent was inserted, and his residual moderate coronary artery disease was managed medically. He was discharged home 48 hours later and continued appropriate medical therapy.

Western Australia covers more than 2.5 million square kilometers,¹ and much of the state is sparsely populated. The provision of health care to persons living in rural locations is an ongoing challenge. In 2012, the Western Australian Department of Health started the ETS to provide health services to isolated communities, using health care professionals who could be accessed by means of information and communication technology.² This system was intended to facilitate diagnosis and treatment and to aid in disease prevention, research, and continued education in these communities.^{3,4} The initiation of this service has improved the delivery and accessibility of health care.¹

Thrombolysis is the standard treatment for patients with ST-segment elevation myocardial infarction who are more than 120 minutes away from a hospital that is capable of performing primary percutaneous coronary intervention.⁵ Patients undergoing thrombolysis also undergo

THIS WEEK'S LETTERS

- 960 Self-Management of an Inferior ST-Segment Elevation Myocardial Infarction
- 962 Ambient Temperature and Screening for Nasopharyngeal Cancer
- 963 Letemovir Prophylaxis for Cytomegalovirus
- 966 Effects of Sotagliflozin Added to Insulin in Type 1 Diabetes
- 968 Hearing Loss in Adults
- 970 Necrotizing Soft-Tissue Infections
- 971 Management of Acute Hip Fracture

ΠΦΥ ΣΕ ΑΠΟΜΟΝΩΜΕΝΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ

- Εμπειρία από το εξωτερικό: στελέχωση αποκλειστικά με Γενικούς Ιατρούς
- Ειδική εκπαίδευση, έμφαση σε δεξιότητες επείγουσας ιατρικής (Αυστραλία-Rural Medicine)
- Νορβηγία, Highland της Σκωτίας, Bath και Oxfordshire της Αγγλίας , Ολλανδία: GP Hospitals

ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ

«..Τα μικρά αγροτικά κέντρα δεν έχουν ικανό φόρτο εργασίας ή την υποδομή ώστε να δικαιολογήσουν την απασχόληση ειδικών ιατρών και πάντα θα εξαρτώνται από τους Γενικούς Ιατρούς και τις Νοσηλεύτριες..»

Hungerford P. "Rural emergency medicine: The final frontier" J Emerg Med 1988

Η στραβός είν' ο γιαλός ή στραβά
αρμενίζουμε !



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Μικρά Νοσοκομεία: υψηλότερο κόστος/χαμηλότερη ποιότητα υπηρεσιών
- ΠΦΥ: καλύτερη ποιότητα + χαμηλότερο κόστος
- Λύσεις από το εξωτερικό: ΠΦΥ/ΓΙ/άλλοι επαγγελματίες υγείας
- Ποιες ειδικότητες- Ανάλυση εργασίας καθενός
- Υπολογισμός κόστους ευκαιρίας σε κάθε απόφαση