

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΣΕΡΡΩΝ



ΙΑΤΡΙΚΑ

Θ Ε Μ Α Τ Α

ΤΕΥΧΟΣ 1 - ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ-ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ-ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2007



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Τεύχος 1 (Οκτώβριος-Νοέμβριος-Δεκέμβριος 2007)

1) Γράμμα του Προέδρου Ι.Σ.Σερρών	σελ. 8
2) Νέα από το χώρο μας	10
3) Επιστημονικά θέματα	
α) Κυψελιδική αιμορραγία Α Αντωνιάδης, Π. Στόγιου	18
β) ΜΣΑΦ-Ασπιρίνη Χάρης Τσιώνης	22
γ) Καπνιστικές συνήθειες των μαθητών της πόλεως των Σερρών Ι. Βαγρόπουλος, Μ. Γιαβροπούλου, Γ. Λαζαρίδης, Γ. Τσινόπουλος, Ν.Γρηγοριάδης	26
4) Ειδικά θέματα	
α) Οι οικονομικές επιπτώσεις του ιατρικού σφαλματος Αναδημοσίευση ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ	28
β) Κώδικας δεοντολογίας κατά τον Σ.Φ.Ε.Ε	32
5) Γενικά θέματα	
α) Το ταξίδι της ζωής Γ. Αλατάς	33
β) Η μεταβολή της περι «ιητρών» αντίληψης του λαού τις τελευταίες δεκαετίες πρέπει να μας ανησυχεί, να μας χαροποιεί ή να μας αφήνει αδιάφορους Κωστής Ν. Καφταντζής	38
γ) Σοφά λόγια	40
6) Από την δράση του συλλόγου μας	
α) Επιστημονικές εκδηλώσεις	41
β) Αλληλογραφία	42
7) Έφυγαν από κοντά μας	43
8) Ελευθέριος Χαριστός	45
9) Προσεχή συνέδρια	47
10) Οδηγίες προς του συγγραφείς	48

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ
ΔΕΛΤΙΟ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ
ΣΕΡΡΩΝ

Ι Δ Ι Ο Κ Τ Η Σ Ι Α :
ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ
ΣΕΡΡΩΝ

Τσαλοπούλου 12
62122 Σέρρες
FAX - Τηλ: 23210 22202
e-mail: iatr-ser@otenet.gr



ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ
ΣΕΡΡΩΝ

Πρόεδρος:
Παν. Μακρίδης

Γ. Γραμματέας:
Αθανάσιος Γεωργιτζίκης

Αντιπρόεδρος:
Παναγιώτα Καλωτα

Ταμίας:
Γιώργος Ελληνούδης

Μέλη:
Διογένης Λιλλής
Νίκος Αργυριάδης
Φαράχ Νόφας
Θεόδωρος Ταραβάνης
Θωμάς Μέγας
Εμμανουήλ Σφακιανάκης
Άννα Πανηγυροπούλου

Συντακτική Επιτροπή:
Π. Μακρίδης
Ν. Αργυριάδης
Α. Πανηγυροπούλου

Παραγωγή Έκδοσης:
Ιονίαν Εκδοτική Ε.Π.Ε.
Ιατρικές Εκδόσεις



Το Γράμμα Του Προέδρου

Η ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ
ΤΟΥ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Τα «ΙΑΤΡΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ» είναι βελτιωμένη συνέχεια της «ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ» που εξέδιδε ο Ιατρικός Σύλλογος Σερρών.

Στη θητεία του νέου Διοικητικού Συμβουλίου, αποφασίστηκε η επανέκδοση περιοδικού του Ι.Σ. Σερρών, η δε καθυστέρησή της οφείλεται σε παράγοντες ανεξαρτήτως θελήσεώς μας. Η μετεξέλιξη αυτή θεωρήθηκε απαραίτητη για να υπάρχει μία σταθερότητα εισροής στην εκδιδόμενη ύλη, ώστε το περιοδικό να γίνει ελκυστικότερο σε ένα μεγάλο αριθμό συγγραφέων. Φιλοδοξούμε το περιοδικό μας να είναι ένα ζωντανό περιοδικό στα χέρια όλων μας.

Ένα περιοδικό με επιστημονικές συζητήσεις, με ιατρικά θέματα, με θέματα σχετικά με την ιστορία της Ιατρικής γενικά, αλλά και του τόπου μας ειδικότερα, συνδικαλιστικές απόψεις, βήμα ελεύθερου δημοκρατικού διαλόγου για όλα τα θέματα που μας αφορούν, με αντιγνωμίες και αντιπαραθέσεις, αλλά και απόψεις για γενικότερα προβλήματα.

Δηλαδή εκτός από επιστήμη και ενημέρωση-ειδησεογραφία, θα προβάλλονται παραινέσεις, ανέκδοτα, γνωμικά, πολιτικά και κοινωνικά θέματα.

Η έκδοση αυτή του περιοδικού του Ι.Σ. Σερρών δεν φιλοδοξεί, και ούτε μπορεί άλλωστε, να υποκαταστήσει τα έγκυρα επιστημονικά περιοδικά όλων των ειδικοτήτων, φιλοδοξεί όμως να παράγει ένα νέο κώδικα και τρόπους επικοινωνίας μεταξύ των συναδέλφων διαφορετικών ενδιαφερόντων, μία κοινή γλώσσα, έτσι ώστε να βλέπουμε και να αντιμετωπίζουμε συλλογικά τις προκλήσεις οι οποίες εμφανίζονται κατά καιρούς μπροστά μας.

Φιλοδοξία μας είναι η συνεχής βελτίωση του περιοδικού μας, ώστε να γίνει απαραίτητο για κάθε ιατρό και γιατί όχι, να στολίζει την βιβλιοθήκη του.

Αντιλαμβάνεστε λοιπόν ότι στις σελίδες αυτές μας προσφέρεται η δυνατότητα να δώσουμε βήμα εκπροσώπησης και άποψης σε όλους και περισσότερους συναδέλφους, να ανανεώσουμε το κλίμα εμπιστοσύνης, να φιλοξενήσουμε συγκρούσεις, να αναπτύξουμε την ανταγωνιστικότητά μας, να ενθαρρύνουμε και να στηρίξουμε τους νέους γιατρούς, να ενισχύσουμε την παρουσία μας στην κοινωνία μας, να καταγράψουμε και να διορθώσουμε παραλείψεις και προβλήματα.

Σας καλώ λοιπόν από το βήμα αυτό να αγκαλιάσετε το περιοδικό μας, να πιστέψει ο καθένας ότι είναι δικό του και σαν τέτοιο να φροντίζει με τη συμμετοχή του για τη διαρκή έκδοση του με υλικό που θα προέρχεται από τις προσπάθειες όλο και περισσότερων συναδέλφων.



Η ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΤΟΥ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ ΤΟ ΓΡΑΜΜΑ ΤΟΥ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

Σας καλώ λοιπόν να προσφέρετε τα κείμενά σας, μελέτες, εργασίες κ.ά. για δημοσίευση, σύμφωνα πάντα με το πνεύμα του περιοδικού και την Ιατρική Δεοντολογία. Έχετε να σχολιάσετε, να παρατηρήσετε από την καθημερινή ιατρική πράξη; Κάντε το με επιστολή: προς τον Ιατρικό Σύλλογο Σερρών για το περιοδικό «**ΙΑΤΡΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ**».



Δημιουργήστε ευκαιρίες για διάλογο, έστω και αν μια τριμηνιαία έκδοση δεν προσφέρεται πλήρως για το σκοπό αυτό.

Κοινοποιείτε στους συναδέλφους σας το ενδιαφέρον σας για ένα συγκεκριμένο θέμα και για το περιοδικό.

Γίνετε δηλαδή ενεργοί συνεργάτες στη συνεχή αναβάθμιση του περιοδικού μας, γιατί είναι δικό μας.

Η Συντακτική Επιτροπή θα προσπαθεί για το καλύτερο. Σε αυτό βέβαια θα βοηθήσει και η έγκαιρη υποβολή κειμένων κ.ά. από εσάς για δημοσίευση. Όποιος θέλει να συμμετέχει στη Συντακτική Επιτροπή να το δηλώσει.

Πιστεύουμε να μείνετε ικανοποιημένοι από αυτή την προσπάθεια και να αγαπήσετε το περιοδικό μας.

Επιτυχία όλων μας θα είναι, όχι η προσπάθεια να γεμίσει με ύλη το περιοδικό, αλλά ο προβληματισμός πάνω στο τι δε θα χωράει κάθε φορά. Με αυτές τις σκέψεις, σας παραδίνω το 1^ο τεύχος του νέου περιοδικού μας «**ΙΑΤΡΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ**», με την ελπίδα ότι όλοι θα το αγκαλιάσετε και θα το στηρίξετε.

Και **ΜΗΝ ΞΕΧΝΑΤΕ**: Ο Ιατρικός Σύλλογος Σερρών και συνεπώς και το περιοδικό μας είναι υπόθεση όλων μας.

Περιμένουμε τις κρίσεις και τα σχόλια σας.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς

Με αγάπη και εκτίμηση

Ο Πρόεδρος του Ι.Σ. Σερρών

Παναγιώτης Μακρίδης

**Το Διοικητικό Συμβούλιο του Ι.Σ.Σ. και εγώ προσωπικά ευχόμαστε
Χαρούμενες Γιορτές και για το Νέος έτος
ΥΓΕΙΑ - ΧΑΡΑ - ΠΡΟΚΟΠΗ**



Νέα από τον χώρο μας

ΙΣΟΤΙΜΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΟΓΡΑΦΗΣ

Η ισοτιμία της Ιατρικής Υπογραφής ενώπιον κάθε αρχής και κάθε φορά σε ό,τι αφορά ιατρικές βεβαιώσεις, παραπεμπτικά κ.λπ. ιατρικά έγγραφα ανεξάρτητα της επαγγελματικής υπόστασης ή της υπηρεσιακής ιδιότητας όλων των ιατρών, απετέλεσε πάγιο αίτημα πολλών ετών του ιατρικού κόσμου συνολικώς.

Η θετική στάση της πολιτείας απέναντι σε αυτό το αίτημα εκφράστηκε, καταρχήν, με το Ν. 2072/1972 όπου υπάρχει σχετική πρόβλεψη και επαναβεβαιώθηκαν με το νόμο 3418/2005.

Παρά, όμως, την παλιότερη αλλά και την πρόσφατη νομοθετική πρόβλεψη η ισοτιμία της ιατρικής υπογραφής δεν υφίσταται, καθόσον οι σχετικές νομοθετικές διατάξεις ουδέποτε ενεργοποιήθηκαν δια των απαραίτητων υπηρεσιακών εγκυκλίων.

Συνεπεία αυτής της παρατεινόμενης εκκρεμότητας, στις καθημερινές συναλλαγές με τις υπηρεσίες του δημοσίου απαιτείται οι προσκομιζόμενες γνωματεύσεις να έχουν την υπογραφή νοσοκομειακού ιατρού.

Αναφέρονται χαρακτηριστικές περιπτώσεις, όπως η αποστέρηση του επιδόματος αποδοτικότητας από τους δημοσίους υπαλλήλους, όταν οι αναρρωτικές άδειες, που αποδίδονται από τις πρωτοβάθμιες υγειονομικές επιτροπές προκύπτουν μετά από εισηγήσεις από γνωματεύσεις ιδιωτών ιατρών ενώ δεν συμβαίνει όταν προέρχονται από νοσοκομειακούς, η αναγκαιότητα γνωμάτευσης νοσοκομειακού ιατρού για την έκδοση κάρτας υγείας σε απασχολούμενους σε υγειονομικού ενδιαφέροντος επιχειρήσεις, καθώς και πλείστες άλλες περιπτώσεις.

Ο Ι.Σ.Σ. ζητά την άμεση ενεργοποίηση του υφιστάμενου νομικού πλαισίου για την ισοτιμία της ιατρικής υπογραφής και απευθύνεται προς κάθε αρμόδια αρχή, φορέα και παράγοντα να παρέμβει καταλυτικά προς αυτό.

ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ Τ.Σ.Α.Υ

Τ.Σ.Α.Υ. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΠΑΡΟΧΩΝ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Σας γνωρίζουμε ότι με το Π.Δ. 191/20.9.2005 που δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ 234/27.9.2005, τεύχος Α', καθορίζονται ενιαία οι υποχρεώσεις των ασφαλισμένων, συνταξιούχων και μελών των οικογενειών τους έναντι των ασφαλιστικών φορέων σχετικά με τη χρήση, θεώρηση και έλεγχο του ατομικού τους συνταγολογίου και βιβλιαρίου υγείας κατά την παροχή φαρμακευτικής περίθαλψης, καθώς και οι κυρώσεις που επιβάλλονται σε περίπτωση μη τήρησης τους.

Συγκεκριμένα σύμφωνα με το άρθρο 1 του ως άνω Π.Δ./γματος:

Α. Οι ασφαλισμένοι και συνταξιούχοι των ασφαλιστικών οργανισμών καθώς και τα μέλη της οικογένειάς τους υποχρεούνται:

1. Να χρησιμοποιούν αυστηρά προσωπικά το θεωρημένο από τον ασφαλιστικό τους φορέα βιβλιάριο υγείας και συνταγολόγιο, φροντίζοντας να το διατηρούν σε άριστη κατάσταση, ως δημόσιο έγγραφο.
2. Να προσκομίζουν το συνταγολόγιο τους στους γιατρούς που είναι αρμόδιοι για την παροχή

περίθαλψης στους ασφαλισμένους του κάθε φορέα. Το συνταγολόγιο συνοδεύεται απαραίτητα από το βιβλιάριο υγείας του ασφαλισμένου.

3. Να προσκομίζουν για θεώρηση στο αρμόδιο όργανο του φορέα κάθε συνταγή για την οποία, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία, απαιτείται θεώρηση, εντός 5 ημερών. Δε λαμβάνεται υπόψη η ημέρα έκδοσης της συνταγής.

4. Να προσκομίζουν τη συνταγή εντός 5 εργάσιμων ημερών από την ημερομηνία έκδοσης της σε συμβεβλημένο με τον φορέα τους φαρμακείο για την εκτέλεση της.

5. Να προσυπογράφουν στη θέση <<παραλήπτης>> του συνταγολογίου, υπέχοντας ευθύνη για την παραλαβή των φαρμάκων που αναγράφονται στη σχετική συνταγή, χωρίς να επιτρέπεται αντικατάσταση τους και για την παραλαβή της αντίστοιχης απόδειξης για την καταβολή του ποσού συμμετοχής.

6. Να μην αφήνουν, για κανένα λόγο, το συνταγολόγιο τους ή το βιβλιάριο υγείας τους στον ιατρό ή το φαρμακοποιό.

7. Να δηλώνουν αμέσως την απώλεια ή κλοπή του συνταγολογίου στις αρμόδιες υπηρεσίες του ασφαλιστικού τους οργανισμού, υποβάλλοντας σχετική δήλωση και σε περίπτωση μη αυτοπρόσωπου κατάθεσης αυτής, με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής.

8. Να αντικαθιστούν το συνταγολόγιο τους, όταν χρειάζεται, στις αρμόδιες υπηρεσίες του φορέα τους και να φυλάσσουν επί εξάμηνο το παλαιό συνταγολόγιο, το οποίο θα επιδεικνύουν σε πρώτη ζήτηση.

9. Να μη χρησιμοποιούν το συνταγολόγιο μετά τη λήξη της ασφαλιστικής τους ικανότητας.

10. Να αποδέχονται κάθε έλεγχο σχετικό με τα χορηγούμενα φάρμακα, τη χρήση του συνταγολογίου και του βιβλιαρίου υγείας, όπως προβλέπεται από τις διατάξεις του παρόντος και τη νομοθεσία του οικείου

Νέα από τον χώρο μας



ασφαλιστικού οργανισμού.

Β. Σε περίπτωση μη τήρησης των υποχρεώσεων των ασφαλισμένων, επιβάλλονται οι κυρώσεις που προβλέπονται από τους κανονισμούς των ασφαλιστικών οργανισμών. Ειδικά σε παραβάσεις των περιπτώσεων 1, 5, 6, 7, 9, 10 του παρόντος άρθρου, εκτός των τυχόν ποινικών κυρώσεων, επιβάλλεται στέρηση της χρήσης του συνταγολογίου από τον ασφαλισμένο για 10 ημέρες έως 3 μήνες, ύστερα από αιτιολογημένη απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του αρμόδιου οργάνου κάθε ασφαλιστικού οργανισμού. Επίσης, ανάλογα με τη σοβαρότητα του παραπτώματος καταλογίζεται η ζημία που υπέστη ο ασφαλιστικός

οργανισμός σε βάρος του ασφαλισμένου, μετά από αιτιολογημένη απόφαση του αρμόδιου οργάνου του φορέα.

Η παράλειψη υποβολής δήλωσης για απώλεια ή κλοπή του συνταγολογίου, σύμφωνα με τα οριζόμενα στην περίπτωση 7 της παρ. Α, συνεπάγεται καταλογισμό εις βάρος του ασφαλισμένου της ζημίας που υπέστη ο ασφαλιστικός οργανισμός από χρήση του συνταγολογίου εκ μέρους τρίτου προσώπου.

Κατόπιν των ανωτέρω, παρακαλούμε για την πιστή τήρηση των προβλεπομένων, για την προστασία των συμφερόντων του Ταμείου μας και την αποφυγή κυρώσεων.

Τ.Σ.Α.Υ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ: ΠΑΡΟΧΩΝ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΟ ΚΛΑΔΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

- Στην Ασφάλιση του Κλάδου Ασθενείας του Τ.Σ.Α.Υ. εντάσσονται υποχρεωτικά οι ασφαλισμένοι μετά την 1.1.1993 υγειονομικοί (Ν.Α.).
- Οι υγειονομικοί που είναι παλαιοί ασφαλισμένοι, δηλ. προ της 1-1-1993 (Π.Α.) και εργάζονται ως μόνιμοι στο Δημόσιο ή στο Ι.Κ.Α. έχουν δικαίωμα επιλογής περιθαλψής. Η Βεβαίωση επιλογής είναι απαραίτητη για τη θεώρηση των βιβλιαρίων ασθενείας και θα πρέπει να αναφέρει την ημερομηνία ορκωμοσίας καθώς και την ημερομηνία από την οποία αποδίδονται οι κρατήσεις για τον Κλάδο Ασθενείας του Τ.Σ.Α.Υ. Η βεβαίωση πρέπει να προσκομίζεται σε κάθε αλλαγή νοσοκομείου και στις περιπτώσεις των υγειονομικών που εργάζονταν στα Π.Ι.Κ.Π.Α. τα οποία καταργήθηκαν.
- Το ατομικό βιβλιάριο ασθενείας, των εν ενεργεία υγειονομικών, θεωρείται κάθε έτος. ΠΡΟΣΟΧΗ: Η θεώρηση των βιβλιαρίων ασθενείας δεν μπορεί να γίνει χωρίς το ασφαλιστικό βιβλιάριο.
- Καμμία δαπάνη (φυσιοθεραπείες, λογοθεραπείες, επίδομα τοκετού, νοσηλείας κ.λ.π.) δεν μπορεί να καταβληθεί χωρίς θεωρημένο βιβλιάριο ασθενείας.
- Τα βιβλιάρια ασθενείας αντικαθίστανται μόνο εφόσον συμπληρωθούν όλες οι εντολές με την προσκόμιση της αστυνομικής ταυτότητας του ασφαλισμένου. Οι Υγειονομικοί που ασφαλιζονται στον Κλάδο Ασθενείας του Τ.Σ.Α.Υ. μπορούν να ασφαλισουν, ως προστατευόμενα μέλη, συζύγους και παιδιά με τις ακόλουθες προϋποθέσεις και δικαιολογητικά:

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ

Για νεογέννητα:

1. Ληξιαρχική πράξη γέννησης ή πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης (πρωτότυπο ή επικυρωμένη φωτοτυπία).
2. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 από τον γονέα που δεν θα ασφαλίσει το παιδί ότι «το παιδί είναι ανασφάλιστο και επιθυμώ να ασφαλιστεί από τον (την) σύζυγο μου στο Τ.Σ.Α.Υ.»

3. Το βιβλιάριο ασθενείας και το ασφαλιστικό βιβλιάριο του γονέα που θα το ασφαλίσει.

Συμπληρωματικά δικαιολογητικά:

- Για την αναγραφή του ονόματος του παιδιού στα βιβλιάρια του, θα πρέπει να προσκομίζονται, με ευθύνη του γονέα, μόλις εκδοθούν ληξιαρχική πράξη βάπτισης ή πιστοποιητικό ονοματοδοσίας.
- Μετά την συμπλήρωση του 2ου έτους της ηλικίας του παιδιού θα πρέπει να προσκομίζονται δύο (2) φωτογραφίες.

Για τα παιδιά που έχουν ασφαλιστεί σε άλλο ασφαλιστικό φορέα και μεταφέρεται η ασφάλισή τους στο Τ.Σ.Α.Υ. ή δεν έχουν ασφαλιστεί από τη γέννηση του:

1. Ληξιαρχική πράξη γέννησης ή πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
2. Βεβαίωση διαγραφής από το Ταμείο που ήταν ασφαλισμένα.
3. Δύο (2) φωτογραφίες.
4. Το βιβλιάριο ασθενείας και το ασφαλιστικό βιβλιάριο του άμεσα ασφαλισμένου.
5. Στην περίπτωση που το παιδί δεν είχε ασφαλιστεί από τη γέννηση του και ο ένας γονέας ασφαλιζόταν σε άλλο φορέα εκτός Τ.Σ.Α.Υ. θα πρέπει να προσκομίζεται βεβαίωση ότι το παιδί δεν είναι ασφαλισμένο στον άλλο φορέα.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Η ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΙΣΧΥΕΙ ΜΕΧΡΙ ΤΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΟΥ 18ου ΕΤΟΥΣ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΤΟΥΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΤΕΙΝΕΤΑΙ ΩΣ ΕΞΗΣ:

1. Μετά την συμπλήρωση του 18ου έτους της ηλικίας υποβάλλεται από τον γονέα που ασφαλιζει το παιδί Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/86 στην οποία αναφέρει ότι «το παιδί μου... είναι άγαμο, άνεργο, ανασφάλιστο και σε περίπτωση μεταβολής θα σας ενημερώσω». Η δήλωση υποβάλλεται μια φορά και καλύπτει ασφαλιστικά το παιδί μέχρι τη συμπλήρωση του 24ου έτους και εφόσον δεν υπάρχει μεταβολή.
2. Μετά τη συμπλήρωση του 24° έτους και μέχρι τη συμπλήρωση του 26° έτους, απαιτείται κάθε χρόνο η προσκόμιση πρόσφατης Βεβαίωσης Σπουδών (πρωτότυπης ή επικυρωμένου φωτοαντιγράφου), ή πτυχίου. Διευκρινίζεται ότι η περίθαλψη δεν μπορεί να συνεχιστεί πέραν των δύο (2) ετών από τη λήψη του πτυχίου ακόμα και αν δεν έχει συμπληρωθεί το 26° έτος



Νέα από τον χώρο μας

της ηλικίας. Στην περίπτωση που οι βεβαιώσεις χορηγούνται από Εκπαιδευτικά Ιδρύματα του Εξωτερικού θα πρέπει να είναι μεταφρασμένες.

3. Μετά τη λήξη του ορίου ασφάλισης τα βιβλιάρια θα πρέπει να επιστρέφονται με ευθύνη των ασφαλισμένων.

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΥΖΥΓΟΥ

1. Ληξιαρχική Πράξη γάμου ή πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης του τελευταίου εξαμήνου.

2. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 του άμεσα ασφαλισμένου που θα δηλώνει ότι «(ο) η σύζυγος μου δεν εργάζεται, δεν συνταξιοδοτείται, δεν ασφαρίζεται από κανένα ασφαλιστικό φορέα και σε περίπτωση που θα ασφαλιστεί αναλαμβάνω την υποχρέωση να σας ενημερώσω».

3. Βεβαίωση από τον τελευταίο ασφαλιστικό φορέα στην

οποία θα αναφέρεται η ημερομηνία από την οποία δεν δικαιούται ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, (Ν. 1976/91 άρθρο 3 παρ. 6 εδ. γ). Διευκρινίζεται ότι ανασφάλιστος σημαίνει ότι δεν υπάρχει δυνατότητα να ασφαλιστεί σε άλλο φορέα άμεσα, έστω και προαιρετικά και όχι αυτός που δεν έχει φροντίσει να ασφαλιστεί στον φορέα του.

4. Αντίγραφα των φορολογικών δηλώσεων των δύο (2) τελευταίων ετών (Ε1).

5. Αντίγραφα των φορολογικών δηλώσεων των δύο (2) τελευταίων ετών της (του) συζύγου (Ε1) που πρόκειται να ασφαλιστεί, αν ο γάμος έχει τελεστεί κατά το τρέχον έτος και δεν έχει υποβληθεί κοινή φορολογική δήλωση, ή βεβαίωση από την αρμόδια Δ.Ο.Υ. ότι δεν είχε υποχρέωση υποβολής φορολογικής δήλωσης.

6. Δύο (2) φωτογραφίες.

7. Το βιβλιάριο ασθενείας και το ασφαλιστικό βιβλιάριο του άμεσα ασφαλισμένου.

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
Τ.Σ.Α.Υ.

Αθήνα: 31. 5. 2007

Αγαπητέ συνάδελφε,

Θέλουμε να σας ενημερώσουμε για τις εισφορές που ισχύουν από 1. 1. 2007 έως 31. 12. 2007 και σας υπενθυμίζουμε ότι σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 76 του Ν. 2676/99 οι εισφορές των ελευθέρως ασκούντων το επάγγελμα υγειονομικών Κλάδων Σύνταξης και Περιθάλψης καταβάλλονται:

Εισφορές Α' εξαμήνου έως 30/6 τρέχοντος έτους. Εισφορές Β' εξαμήνου έως 31/12 τρέχοντος έτους.

Μετά τη λήξη των ανωτέρω προθεσμιών οι εισφορές επιβαρύνονται με αναπροσαρμογές και πρόσθετα τέλη σύμφωνα με το άρθρ. 9 του Ν. 3232/2004, ενώ οι εισφορές Κλάδου Πρόνοιας είναι δυνατόν να καταβάλλονται μέχρι τέλους του έτους.

Οι εισφορές για το έτος 2007 διαμορφώνονται ως εξής

εξάμηνο του 2007 μόνο την εισφορά μονοσυνταξιούχου (εφόσον έχουν υπαχθεί στην κατηγορία αυτή) και τις ασφαλιστικές εισφορές εάν το ΙΚΑ δεν τις έχει παρακρατήσει από τις συνταγές, προσκομίζοντας στο Ταμείο ή στα κατά τόπους Τμήματα και Αντιπροσωπείες τα σχετικά εκκαθαριστικά σημειώματα των αντίστοιχων μηνών.

Παρακαλούνται οι ασφαλισμένοι που θα προσέλθουν στην Κεντρική Υπηρεσία του ΤΣΑΥ (Αχαρνών 27), για διευκόλυνση των συναλλαγών τους, εφόσον διαθέτουν μπλοκ επιταγών οιασδήποτε Τράπεζας να εκδίδουν επιταγή τους εις διαταγήν ΤΣΑΥ. Πίνακας με τις Ασφαλιστικές Εισφορές ανα κατηγορία στο τέλος του εγγράφου.

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ

Όσοι εκ των ασφαλισμένων ανήκουν στην κατηγορία των ασφαλιζομένων από 1. 1. 93 (ΝΑ) μπορούν να επιλέξουν ανώτερη, της πρώτης, ασφαλιστική κατηγορία, καταβάλλοντας τις αναλογούσες εισφορές, αφού υποβάλουν σχετική αίτηση στο ΤΣΑΥ. Η ένταξη τους σε ανώτερη, της πρώτης, κατηγορία θα γίνει από την 1/1 του επόμενου έτους, από το έτος υποβολής της αίτησης. Στην περίπτωση αυτή και αν κάποιος ασφαλισμένος δεν έχει συμπληρώσει πενταετία στην ασφάλιση του ΤΣΑΥ, δεν ισχύει το μειωμένο ασφάλιστρο (πληροφορίες Τμήμα Μητρώου τηλ. 210 8832650 και Τμήμα Εσόδων τηλ. 210 8229328).

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

1. Ασφαλισμένος οφείλει όταν προσέρχεται για οποιοδήποτε λόγο στο ΤΣΑΥ να προσκομίζει το ασφαλιστικό του βιβλιάριο.

Ομοίως οφείλει να ενημερώνει το Ταμείο, εντός έτους, με σχετικές βεβαιώσεις για οποιαδήποτε αλλαγή της εργασιακής του σχέσης (άρθρ. 29 Ν.Δ. 3348/55). Επίσης θα πρέπει να δηλώνει αν είναι ή αν υπήρξε μέτοχος ή εταίρος σε συγκεκριμένη εταιρεία και το αντίστοιχο χρονικό διάστημα.

2. α) Σύμφωνα με την απόφαση αριθ. 348/11.6.2002 του Δ.Σ. του ΤΣΑΥ, για ελεύθερους επαγγελματίες δεν διακόπτεται ο ασφαλιστικός δεσμός με το Ταμείο και κατά συνέπεια συνεχίζεται η ασφάλιση τους ακόμη και αν δεν έχουν εκδώσει αποδείξεις παροχής υπηρεσιών μέχρι ένα έτος. Προϋπόθεση είναι να μην έχουν στραφεί σε άλλο επάγγελμα και να μην έχει γίνει διακοπή

Μηνιαίες εισφορές ελευθέρως ασκούντων το επάγγελμα υγειονομικών.				ΣΥΝΟΛΑ ΕΙΣΦΟΡΩΝ Α' εξαμήνου έτους 2007		
Κατηγορία	Εισφορές			Κατηγορία	Χωρίς εισφορά μον/χων	Με εισφορά μον/χων
A Ασφαλισμένοι μέχρι 31/12/92 (Π.Α.)	Κλάδος Σύνταξης	Κλάδος Περιθάλψης ΣΥ	Κλάδος Πρόνοιας	A Ασφαλισμένοι μέχρι 31/12/92 (Π.Α.)		
	ευρώ	ευρώ	ευρώ	α) Άνω πενταετίας	€ 1350,78	€ 1883,58
α) Άνω πενταετίας	177,60	42,60	2,00	β) Κάτω πενταετίας	€ 924,18	€ 1456,98
β) Κάτω πενταετίας	106,50	42,60	2,00			
B Ασφαλιζόμενοι από 1/1/93 (Ν.Α.) 1 ^η Ασφ/κη Κατγ.				B Ασφαλιζόμενοι από 1/1/93 (Ν.Α.)		
α) Άνω πενταετίας	132,00	42,60	2,00	α) Άνω πενταετίας	€ 1218,00	€ 1750,80
β) Κάτω πενταετίας	79,20	42,60	2,00	β) Κάτω πενταετίας	€ 901,20	€ 1434,00
2 ^η Ασφ/κη Κατγ.	162,30	52,40	2,00	2 ^η Ασφ/κη Κατγ.	€ 1495,20	€ 2028,00

Η μηνιαία πρόσθετη εισφορά για την κατηγορία των μονοσυνταξιούχων είναι 88,80 € από 1.1 έως 31. 12. 2007 και καταβάλλεται επίσης ανά εξάμηνο όπως και οι λοιπές εισφορές. Για τους νέους ασφαλισμένους ελεύθερους επαγγελματίες 66,00€ για την πρώτη ασφαλιστική κατηγορία.

Όσοι ασφαλισμένοι έχουν καταβάλει τις εισφορές του πρώτου εξαμήνου 2007 και προηγούμενων ετών πριν την ανακοίνωση του ασφάλιστρου του 2007 (δηλ. με το ασφάλιστρο του 2006) θα καταβάλουν τις διαφορές χωρίς επιβαρύνσεις έως 31. 12. 2007.

ΠΡΟΣΟΧΗ! Οι φαρμακοποιοί που διατηρούν φαρμακείο και εκτελούν συνταγές ΙΚΑ θα καταβάλουν για το Α'



Νέα από τον χώρο μας

επαγγέλματος από την αρμόδια Δ.Ο.Υ.

β) Για τους έμμισθους υγειονομικούς ο χρόνος ανεργίας μέχρι δύο (2) μήνες θεωρείται χρόνος συντάξιμος και καταβάλλονται οι εισφορές του ελεύθερω ασκούντος το επάγγελμα. Πέραν του διμήνου γίνεται διακοπή της ασφάλισης και ο χρόνος αυτός δεν θεωρείται συντάξιμος.

3. Για τις γυναίκες υγειονομικούς που κατέχουν έμμισθη θέση ο αμισθί χρόνος άδειας κυήσεως και λοχείας, θεωρείται χρόνος συντάξιμος στο ΤΣΑΥ και καταβάλλεται από τις ίδιες η αντίστοιχη εισφορά του ελεύθερω ασκούντος το επάγγελμα υγειονομικού, σύμφωνα με την αριθμ. 101/7.2.95 απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του ΤΣΑΥ, εφ' όσον προσκομίσουν σχετική βεβαίωση του εργοδότη η οποία θα αναφέρει το ακριβές αυτό χρονικό διάστημα.

4. Κατηγορία μονοσυνταξιούχων. Οι ασφαλισμένοι που θα συνταξιοδοτηθούν μόνο από το ΤΣΑΥ μπορούν, εφόσον επιθυμούν, να ενταχθούν στην κατηγορία των μονοσυνταξιούχων υποβάλλοντας σχετική αίτηση. Οι ασφαλισμένοι της κατηγορίας αυτής καταβάλουν επιπλέον ασφάλιστρο ισόποσο με το 50% του εκάστοτε ασφάλιστρο κλάδου Σύνταξης του ασφαλισμένου μέχρι 31/12/92 (Π.Α.) άνω της 5ετίας και λαμβάνουν σύνταξη αυξημένη κατά 50%, με τις προϋποθέσεις ότι:

α) θα καταβάλλουν εισφορά μονοσυνταξιούχου με τις ανάλογες διαχρονικές αναπροσαρμογές και πρόσθετα τέλη αναδρομικά από 1.1.80 μέχρι και την ημερομηνία υποβολής της αίτησης όσοι έχουν ασφαλισθεί πριν από το 1980, ή από την ημερομηνία έναρξης των υποχρεώσεων τους όσοι έχουν ασφαλισθεί μετά την 1.1.1980. Ευνόητο είναι ότι θα συνεχίσουν να καταβάλουν την εισφορά αυτή, μέχρι τη διακοπή της ασφαλίσεως τους.

β) από την υποβολή της αίτησης θα παραμείνουν στην ασφάλιση του ΤΣΑΥ όσο χρόνο όσος απαιτείται από τις διατάξεις του Ν. 1976/91. (Για αιτήσεις που θα υποβληθούν το 2007 ο χρόνος παραμονής είναι τα δώδεκα (12) χρόνια).

5. Χρόνος προαιρετικής ασφάλισης. Οι ασφαλισμένοι μπορούν να αναγνωρίσουν ως συντάξιμο: α) Το χρόνο που υπηρέτησαν στο στρατό. β) Εκπαιδευτική άδεια άνευ αποδοχών. γ) Γονική άδεια άνευ αποδοχών.

6. Οι συνταξιούχοι υγειονομικοί των άλλων ασφαλιστικών Οργανισμών Κύριας Ασφάλισης, οι οποίοι εξακολουθούν ν' ασκούν το ελεύθερο επάγγελμα του υγειονομικού, οφείλουν να καταβάλουν τις εισφορές του ελεύθερου επαγγελματία στο ΤΣΑΥ (Κλάδου Σύνταξης, Πρόνοιας, Στέγης Υγειονομικών και εισφορές Κλάδου Περιθαλψής στην περίπτωση που έχουν επιλέξει την Περιθαλψη του ΤΣΑΥ).

Επισημαίνεται επίσης ότι όσοι από τους ανωτέρω υγειονομικούς εργάζονται παράλληλα στο Δημόσιο ή στον ευρύτερο Δημόσιο Τομέα όπως αυτός έχει οριοθετηθεί με το Ν. 1256/82 πρέπει να το δηλώνουν στο ΤΣΑΥ διότι εκτός από τις εισφορές του ελεύθερου επαγγελματία πρέπει στο ΤΣΑΥ κρατήσεις και εργοδοτικές εισφορές από τον εργοδότη σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 2320/95 περί παράλληλης λήψης μισθού και σύνταξης.

7. Ασφαλιστική Ενημερότητα θα χορηγεί το Ταμείο εφόσον οι ασφαλισμένοι τη ζητούν κατά τη διάρκεια του Α' εξαμήνου και δεν υπάρχουν οφειλές μέχρι 31 Δεκεμβρίου του προηγούμενου έτους ή εφόσον τη ζητούν κατά τη διάρκεια του Β' εξαμήνου και δεν υπάρχουν οφειλές μέχρι 30 Ιουνίου τρέχοντος έτους.

Η Ασφαλιστική ενημερότητα ισχύει για ένα έτος από

Μηνιαίες εισφορές υγειονομικών που εργάζονται με σχέση εξαρτημένης εργασίας			
Α. Ασφαλισμένοι μέχρι 31/12/1992			
Κλάδοι		Εισφορές Ασφαλισμένων μηνιαίως	
1. Σύνταξης	ευρώ	177,60	από 1 / 1 / 2007
Άνω Πενταετίας	"	106,50	από 1 / 1 / 2007
Κάτω πενταετίας	"	2,93	
2. Πρόνοιας	ποσοστό	5%	επί των ακαθαρίστων αποδοχών ή 2,15% εφόσον απαγορεύεται από τον Νόμο η άσκηση ελεύθερου επαγγέλματος και
3. Ασθένειας	ευρώ	2,00	μηνιαίως υπέρ Στέγης Υγειονομικών
Β. Ασφαλιζόμενοι από 1/1/1993			
(Ν.Α.Κλάδοι)		Εισφορές Ασφαλισμένων μηνιαίως	
1. Σύνταξης	ποσοστό	6,67%	επί των πάσης φύσεως αμοιβών
Άνω Πενταετίας	"	4%	επί των πάσης φύσεως αμοιβών
Κάτω πενταετίας	"	2,55%	επί των πάσης φύσεως αμοιβών και
2. Ασθένειας	ευρώ	0,88	μηνιαίως υπέρ Στέγης Υγειονομικών
3. Πρόνοιας	ποσοστό	4%	επί των πάσης φύσεως αμοιβών
Τις εισφορές των ανωτέρω κατηγοριών οφείλουν να παρακρατούν και να αποδίδουν στο ΤΣΑΥ οι εργοδότες που τους απασχολούν μαζί με τις αντίστοιχες εργοδοτικές εισφορές που έχουν ως εξής:			
Κλάδοι		Εργοδοτικές εισφορές	
1. Σύνταξης		13,33%	επί των πάσης φύσεως αποδοχών και αμοιβών
2. Κλάδου Περιθαλψής για τους Π.Α.		4,30%	επί των πάσης φύσεως αποδοχών
3. Κλάδου Περιθαλψής για τους Ν.Α.		5,10%	επί των πάσης φύσεως αμοιβών

την έκδοση της.

Επίσης σας ενημερώνουμε ότι μπορείτε να καταβάλετε τις ασφαλιστικές εισφορές σας μέσω των κατωτέρω Τραπεζών, καταθέτοντας μετρητά ή επιταγή στους αντίστοιχους λογαριασμούς

- | | |
|--------------------|----------------------------|
| 1) ΕΘΝΙΚΗ ΤΡΑΠΕΖΑ | No. Λογ. 546162-65 |
| 2) ASPIS BANK | No. Λογ. 101-05-0006899 |
| 3) ALPHA BANK | No. Λογ. 358-00-2002001947 |
| 4) ΤΡΑΠΕΖΑ ΑΤΤΙΚΗΣ | No. Λογ. 14298/0068 |

Ειδικά μέσω της ALPHA BANK μπορείτε να καταβάλετε τις εισφορές σας και με την κάρτα **AMERICAN EXPRESS** του Υγειονομικού με την αποστολή μέσω FAX στον αριθμό 2103263437, στην αρμόδια υπηρεσία της **American Express**, του αριθμού της κάρτας και του ειδικού έντυπου της εντολής πληρωμής ασφαλιστικών εισφορών ΤΣΑΥ, το οποίο έντυπο εξάλλου πρέπει να συμπληρώνουν με δική τους ευθύνη για την εξυπηρέτησή τους, όσοι υγειονομικοί καταβάλλουν τις εισφορές με μετρητά ή επιταγές και στις τέσσερις (4) Τράπεζες.

Επισημαίνεται επίσης ότι, οι εισφορές Β'εξαμήνου 2007 πρέπει να καταβληθούν μέχρι 31.12.2007 και στην περίπτωση που πληρώνετε μέσω Τράπεζας, μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το αντίγραφο του εντύπου της εντολής πληρωμής που επισυνάπτεται συμπληρώνοντας το κατά την πληρωμή των εισφορών του Β' εξαμήνου.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΜΗΤΡΩΟΥ

Σύμφωνα με το άρθρ. 18 παρ. 4 του Ν. 3232/04 (ΦΕΚ 48 τ. 12.2.04) οι υγειονομικοί που είναι εταίροι ΟΕ, ΕΕ, ΕΠΕ, μονοπρόσωπης εταιρείας περιορισμένης ευθύνης και μέλη Δ.Σ. ΑΕ με αντικείμενο ιατρικές, οδοντιατρικές, φαρμακευτικές, κτηνιατρικές και χημικές εργασίες καθώς και οι υγειονομικοί που είναι μέτοχοι ή εταίροι εταιρειών ιδιωτικών φορέων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του Προεδρικού Διατάγματος 84/01 εφόσον προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο νομικό πρόσωπο της εταιρίας χωρίς αμοιβή ασφαλιζονται στο ΤΣΑΥ και καταβάλλουν εισφορές ελεύθερου επαγγελματία. Κατά τον ίδιο τρόπο ασφαλιζονται οι απασχολούμενοι σε ερευνητικά προγράμματα Πανεπιστημίων, Νοσοκομείων ή άλλων ιδρυμάτων, οι συμμετέχοντες σε μεταπτυχιακές σπουδές είτε ως υπότροφοι, είτε χωρίς

Νέα από τον χώρο μας



αμοιβή, όσοι κάνουν πρακτική άσκηση για λήψη άδειας άσκησης επαγγέλματος χωρίς αμοιβή οι απασχολούμενοι ως σύμβουλοι επιχειρήσεων ή οργανισμών, εφόσον η σχέση της δεν είναι εξηρημένη, όσοι έχουν επιχειρήσεις εμπορίας ή εισαγωγής ειδών ή παροχής υπηρεσιών συναφών με το υγειονομικό επάγγελμα και οι απασχολούμενοι σε μη κυβερνητικές οργανώσεις εντός ή εκτός της Ελλάδος άνευ αμοιβής.

Σύμφωνα με τον ανωτέρω νόμο άρθρο. 5 παρ. 4 παρατείνεται επί αόριστον η προθεσμία υποβολής αίτησης για αναγνώριση χρόνου εργασίας στο εξωτερικό των πολιτικών προσφύγων που υπάγονται στον Νόμο 1539/85. Επίσης παρέχεται η δυνατότητα συνέχισης προαιρετικά της ασφάλισης στο ΤΣΑΥ των εμπίσθων ασφαλισμένων που υπηρετούν στο Δημόσιο, ΝΠΔΔ ή ΔΕΚΟ ανεξαρτήτως πραγματοποιηθέντος χρόνου ασφάλισης σ' αυτό μετά τη συνταξιοδότηση τους από τους ανωτέρω φορείς (Δημόσιο κ.λπ.) και μέχρι την συμπλήρωση των προϋποθέσεων που απαιτούνται για τη συνταξιοδότηση τους από το ΤΣΑΥ. Σύμφωνα με αποφάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου του ΤΣΑΥ οι ασφαλισμένοι μας μπορούν να αναγνωρίσουν

χρόνο ανεργίας μέχρι δύο έτη (2) υποβάλλοντας σχετική αίτηση και καταβάλλοντας τις εισφορές του ελευθέρως ασκούντος το επάγγελμα.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ

1) Η σύνταξη λόγω γήρατος αρχίζει από την 1η του επομένου της υποβολής της αίτησης μήνα για το λόγο αυτό θα πρέπει να υποβάλλεται εντός του μήνα που γίνεται η διακοπή του επαγγέλματος (λύση υπαλληλικής σχέσης για τους έμμισθους διακοπή επαγγέλματος στην εφορία για τους ελεύθερους επαγγελματίες).

2) Να φυλάσσονται τα βιβλία εσόδων - εξόδων από το 1979 και μετά γιατί είναι απαραίτητα μεταξύ των άλλων δικαιολογητικών για την χορήγηση σύνταξης.

Για το Δ.Σ. του ΤΣΑΥ
Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΣΠΥΡΙΔΩΝ ΚΩΣΤΑΚΗΣ

ΕΙΣΦΟΡΕΣ ΝΕΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΚΑΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΓΙΑ ΤΟ 2007							ΠΟΣΑ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ ΝΕΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΚΑΙ ΕΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΥΤΗ ΓΙΑ ΤΟ 2007							
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΠΟΣΟ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ	ΕΙΣΦΟΡΑ ΚΛΑΔΟΥ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	ΕΙΣΦΟΡΑ ΚΛΑΔΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	ΕΙΣΦΟΡΑ ΚΛΑΔΟΥ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	ΕΙΣΦΟΡΑ ΣΤΕΓΗΣ ΥΓ/ΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΜΗΝΙΑΙΑΣ ΕΙΣΦΟΡΑΣ	ΠΟΣΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΓΙΑ 1 ΕΤΟΣ	ΠΟΣΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΓΙΑ 5 ΕΤΗ	ΠΟΣΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΓΙΑ 10 ΕΤΗ	ΠΟΣΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΓΙΑ 15 ΕΤΗ	ΠΟΣΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΓΙΑ 20 ΕΤΗ	ΠΟΣΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΓΙΑ 25 ΕΤΗ	ΠΟΣΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΓΙΑ 30 ΕΤΗ	ΠΟΣΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΓΙΑ 35 ΕΤΗ
ΚΑΤΩ ΣΕΤΙΑΣ 1	659,95	79,20	42,60	26,40	2,00	150,20	13,20	66,00	131,99	197,99	263,98	329,98	395,97	461,97
ΑΝΩ ΣΕΤΙΑΣ 1	659,95	132,00	42,60	26,40	2,00	203,00	13,20	66,00	131,99	197,99	263,98	329,98	395,97	461,97
2	811,56	163,30	52,40	32,50	2,00	250,20	16,23	81,16	162,31	243,47	324,62	405,78	486,94	568,09
3	962,17	192,40	62,10	38,50	2,00	295,00	19,24	96,22	192,43	288,65	384,87	481,09	577,30	673,52
4	1112,32	222,50	71,70	44,50	2,00	340,70	22,25	111,23	222,46	333,70	444,93	556,16	667,39	778,62
5	1256,09	251,20	81,00	50,20	2,00	384,40	25,12	125,61	251,22	376,83	502,44	628,05	753,65	879,26
6	1366,51	273,30	88,00	54,70	2,00	418,00	27,33	136,65	273,30	409,95	546,60	683,26	819,91	956,56
7	1473,26	294,70	95,00	58,90	2,00	450,60	29,47	147,33	294,65	441,98	589,30	736,63	883,96	1031,28
8	1580,04	316,00	101,90	63,20	2,00	483,10	31,60	158,00	316,01	474,01	632,02	790,02	948,02	1106,03
9	1686,80	337,40	108,80	67,50	2,00	515,70	33,74	168,68	337,36	506,04	674,72	843,40	1012,08	1180,76
10	1793,58	358,70	115,70	71,70	2,00	548,10	35,87	179,36	358,72	538,07	717,43	896,79	1076,15	1255,51
11	1900,35	380,10	122,60	76,00	2,00	580,70	38,01	190,04	380,07	570,11	760,14	950,18	1140,21	1330,25
12	2007,11	401,40	129,50	80,30	2,00	613,20	40,14	200,71	401,42	602,13	802,84	1003,56	1204,27	1404,98
13	2113,88	422,80	136,40	84,60	2,00	645,80	42,28	211,39	422,78	634,16	845,55	1056,94	1268,33	1479,72
14	2220,65	444,10	143,20	88,80	2,00	678,10	44,41	222,07	444,13	666,20	888,26	1110,33	1332,39	1554,46

ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΤΟΥ ΟΔΗΓΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ 2003-2008

Κύριοι,

Επιθυμούμε να σας πληροφορήσουμε ότι από πολλών ετών εκδίδουμε και κυκλοφορούμε τον **ΟΔΗΓΟ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ**, που σκοπό έχει να ενημερώσει και να βοηθήσει τους ενδιαφερόμενους για να επιδοτηθούν - χρηματοδοτηθούν από τα σχετικά ταμεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Στον αναφερόμενο σκοπό, προτεραιότητα και σημασία δίδεται στον τομέα της ΥΓΕΙΑΣ, που ενδεικτικά περιλαμβάνει:

1. Κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για την προαγωγή, ενημέρωση, διαπαιδαγώγηση και κατάρτιση σε θέματα υγείας.
2. Πρόγραμμα κοινοτικής δράσης για την πρόληψη του

AIDS και ορισμένων άλλων μεταδοτικών νόσων.

3 Κοινοτικό σχέδιο δράσης: Η Ευρώπη κατά του καρκίνου.

4. Κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για την πρόληψη της τοξικομανίας.

5. Πρόγραμμα κοινοτικής δράσης σχετικά με τις ασθένειες οι οποίες συνδέονται με τη ρύπανση.

6. Πρόγραμμα κοινοτικής δράσης σχετικά με την παρακολούθηση της υγείας.

7. Πρόγραμμα κοινοτικής δράσης σχετικά με τις σπάνιες νόσους.

8. Πρόγραμμα κοινοτικής δράσης σχετικά με την πρόληψη των τραυματισμών.

9. Καταπολέμηση των ναρκωτικών.

10. Άτομα με ειδικές ανάγκες.

Πιστεύουμε ότι ο αναφερόμενος **ΟΔΗΓΟΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ** σας είναι λίαν χρήσιμος και απαραίτητος και μπορείτε να τον προμηθευτείτε με το ποσό των 38,00€ με αντικαταβολή, συμπληρώνοντας και αποστέλλοντας το κάτωθι Δελτίο Παραγγελίας.

Με τιμή,

A. Ντασκαγιάννης



Νέα από τον χώρο μας

ΔΕΛΤΙΟ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΑΣ

Προς: **ΕΚΔΟΣΕΙΣ «ΚΟΣΜΟΣ» Ε.Π.Ε.**
 Λεωφ. Συγγρού 18,117 42 Αθήνα
 Τηλ.: (210) 9247295-6
 Fax: (210) 9247297

Παρακαλώ στείλτε μας με αντικαταβολή
 αντίτυπα του
ΟΔΗΓΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ 2003-2008
 στην τιμή των τριάντα οκτώ ευρώ (38,00 €) ανά
 αντίτυπο, συμπεριλαμβανομένου Φ.Π.Α. και με πληρωμένα
 τα έξοδα αποστολής.

Επωνυμία: Επάγγελμα:
 Α.Φ.Μ.: Δ.Ο.Υ.:
 Οδός: Αριθμ.:
 Πόλη: Τ.Κ.:
 Τηλ.: Fax:
 Αρμόδιος:

Αθήνα,

(υπογραφή)

Νέα από τον χώρο μας



ΠΡΟΣΟΧΗ! ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΤΟ!

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΗΣ - ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΝΕΩΝ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ - ΝΕΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΕΤΟΥΣ 2006 - ΑΠΟ ΤΟΝ ΟΑΕΔ

- Φυσικά εμείς ενδιαφερόμαστε για τα μέλη μας ιατρούς καθώς στο πρόγραμμα υπάρχουν και άλλες κατηγορίες επιστημόνων.
- Η οικονομική ενίσχυση - επιχορήγηση είναι ύψους 12.000 ευρώ.
- Χρειάζεται βεβαίωση συμμετοχής στο πρόγραμμα από τον ΟΑΕΔ.
- Πρέπει να έχουν κάνει έναρξη επιτηδεύματος (στην αρμόδια Δ.Ο.Υ.) υποχρεωτικά από 1.1.2006 και μετά.
- Πρέπει να μην έχει περάσει χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 4 ετών από την απόκτηση της ειδικότητας.
- Ηλικία μέχρι 40 ετών.

Προσοχή: ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ στα τηλέφωνα του ΟΑΕΔ ΑΘΗΝΩΝ 210 9989123 - 121 -125 - 168, Κ. ΔΑΝΙΛΟΠΟΥΛΟΥ, Κ. ΡΙΖΟΣ, Γ. ΜΠΡΑΚΑΤΣΟΥΛΑ, Σ. ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ.

Ακόμη στη ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΟΑΕΔ ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΟΥ 10Α ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ.

ΕΓΓΡΑΦΟ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ (ΟΠΑΔ) «ΕΓΚΡΙΣΗ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ»

«Για την εκτέλεση «ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ» απαιτείται έγκριση από τους ελεγκτές ιατρούς του Δημοσίου μετά από γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού.

Εξυπακούεται ότι στην Ιατρική γνωμάτευση θα είναι πλήρως αιτιολογημένη η αναγκαιότητα πραγματοποίησης της Μαγνητικής Τομογραφίας, ο δε θεράπων ιατρός θα είναι ανάλογης ειδικότητας».

ΘΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΩΝ ΣΤΗΝ ΑΓΓΛΙΑ

Από την εταιρεία MEDACS INTERNATIONAL πήραμε το εξής έγγραφο:

Σας ενημερώνουμε για τις καινούριες θέσεις που έχουμε προκειμένου να ενημερωθούν τα μέλη σας εφόσον επιθυμείτε.

1. Για ανειδίκευτους ιατρούς

Οι θέσεις αυτές είναι με συμβόλαιο ενός έτους σε μονάδες υγείας σε όλη τη Μεγ. Βρετανία. Είναι για τους ιατρούς στην αναμονή για ειδικότητα στην Ελλάδα να την αξιοποιήσουν απασχολούμενοι στη Μεγ. Βρετανία, αποκτώντας πολύτιμη εμπειρία ενώ συγχρόνως απολαμβάνουν μεγάλες οικονομικές αποδοχές.

Ο βασικός ετήσιος μισθός είναι 52.250 λίρες (77.000 € περίπου).

2. Για ειδικευμένους ιατρούς

Θέσεις σε Δημόσια Νοσοκομεία (NHS) για παρακάτω ειδικότητες: Παθολογοανατομία – Ψυχιατρική – Παιδοψυχιατρική – Μικροβιολογία – Γενική Ιατρική. Οι θέσεις αυτές είναι μόνιμες (ελάχιστο συμβόλαιο 6 μήνες) και οι βασικές οικονομικές αποδοχές ανέρχονται σε 69.991 λίρες (106.324€) για 37,5 ώρες εργασίας την εβδομάδα (εφημερίες πληρώνονται επιπλέον).

Πληροφορίες: Suzi Harris Senior International Resource Coord, natoz Medacs International.

Τηλ.: +302741023198. • **Κιν.:** +306996639639

E – mail: suzi.harris@medacs.com • www.medacs – International.com

Επιστημονικά Θέματα

Κυψελιδική αιμορραγία

A. Αντωνιάδης, Π. Στόγιου

Ως κυψελιδική αιμορραγία ορίζεται το κλινικό και παθολογοανατομικό σύνδρομο το οποίο χαρακτηρίζεται από διάχυτη ενδοκυψελιδική αιμορραγία μετά ή άνευ αγγειίτιδας. Τα ερυθρά αιμοσφαίρια που ανευρίσκονται μέσα στις κυψελίδες προέρχονται συνήθως από τα κυψελιδικά τριχοειδή και σπανιότερα από τα αρτηριόλια ή τα φλεβίδια.²

Η κυψελιδική αιμορραγία είναι αποτέλεσμα είτε αμιγώς Πνευμονολογικών παθήσεων είτε συνηθέστερα αποτέλεσμα παθήσεων που εμπλέκουν και άλλα συστήματα.

Η κυψελιδική αιμορραγία παρουσιάζει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Ο ασθενής συνήθως αναφέρει αιμόπτυση ο βαθμός της οποίας είναι πάντα κατώτερος του βαθμού της ενδοκυψελιδικής αιμορραγίας αν και στο 35% αυτή μπορεί και να απουσιάζει.³
- Συχνά παρουσιάζει έντονη αναιμία, επεισόδια δύσπνοιας που είναι ανεξάρτητα κόπωσης, βήχα, κυρίως στις εξάρσεις της νόσου και υποξυγοναιμία.
- Μπορεί να αιτιάται για ποικίλη συμπτωματολογία προερχόμενη από το υποκείμενο νόσημα ή να εμφανίζει γενικά συμπτώματα όπως πυρετό, καταβολή, απώλεια βάρους.
- Παρατηρούνται διάχυτες κυψελιδικού τύπου σκιάσεις στην ακτινογραφία θώρακος (που απεικονίζονται καλύτερα στην αξονική θώρακα υψηλής ευκρίνειας) οι οποίες υποχωρούν εντός τριών έως τεσσάρων ημερών εκτός αν επαναληφθεί η αιμορραγία. Αργότερα εμφανίζεται εικόνα οργανούμενης πνευμονίας σε μια προσπάθεια ανάπλασης του υγιούς παρεγχύματος και σε προχωρημένο στάδιο, μετά από επανειλημμένα επεισόδια αιμορραγίας, εικόνα ίνωσης.¹
- Στο Βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα (BAL) ανευρίσκονται σιδηροφάγα μακροφάγα που περιέχουν αιμοσιδηρίνη και σε χρόνια υποτροπιάζουσα αιμορραγία, ελεύθερη αιμοσιδηρίνη.³

Σε παθολογοανατομικό επίπεδο, η πνευμονική τριχοειδίτιδα είναι η πιο συχνά απαντόμενη εικόνα.² Παρατηρείται ρήξη της βασικής μεμβράνης των τριχοειδών και των κυψελίδων και διαφυγή ερυθροκυττάρων και ινώδους προς τους αεροχώρους. Ο διάμεσος χώρος εμφανίζεται διευρισμένος από οίδημα, ινώδη νέκρωση, και συρρέοντα ερυθροκύτταρα, φλεγμονώδη διηθητικά κύτταρα και ουδετερόφιλα. Οι περισσότερες περιπτώσεις ανάλογα με την υποκείμενη νόσο συνοδεύονται και από ευρήματα συστηματικής αγγειίτιδας, νόσου του κολλαγόνου ή άλλου αυτοάνοσου νοσήματος. Τα επανειλημμένα επεισόδια προκαλούν διάμεση ίνωση.

Ο ασθενής με ενδοκυψελιδική αιμορραγία προσέρχεται με δύο πιθανές κλινικές εικόνες:

- α) με αιμόπτυση συνοδευόμενη από βήχα ωχρότητα, δύσπνοια.
- β) χωρίς αιμόπτυση, με μόνα τα συνοδά συμπτώματα.

Εύκολα η κυψελιδική αιμορραγία μπορεί να διαλάβει της προσοχής τόσο στη περίπτωση που ο ασθενής αιμοπτύει, όσο και όταν προσέρχεται χωρίς αιμόπτυση. Στη πρώτη περίπτωση (η οποία αναγκάζει τον ασθενή να ζητήσει ιατρική βοήθεια νωρίτερα) εάν η βρογχοσκόπηση γίνει μετά την υποχώρηση της αιμόπτυσσης δεν θα είναι διαγνωστική ενώ τα ευρήματα της **HRCT** (κυψελιδικά διηθήματα) μπορεί λανθασμένα να αποδοθούν σε εισρόφηση αίματος. Η **HRCT** πρέπει να γίνεται το πρώτο εικοσιτετράωρο, καθώς τα διηθήματα γρήγορα απορροφούνται και σε τρεις με τέσσερις μέρες μπορεί να είναι φυσιολογική.

Στη δεύτερη περίπτωση η δύσπνοια και η αναιμία πολλές φορές υποτιμούνται. Εδώ το κλειδί της σωστής διάγνωσης είναι το ιστορικό του ασθενή, ο οποίος αναφέρει δύσπνοια που επιδεινώνεται περιοδικά, ανεξάρτητα της κόπωσης, και συμπίπτει χρονικά με την πτώση του αιματοκρίτη. Επίσης μπορεί να εκμαιευτούν σημεία δηλωτικά της υποκείμενης νόσου. Αυτά θα υποψιάσουν τον γιατρό για να προχωρήσει σε ακτινογραφία θώρακα και ακόμα καλύτερα σε **HRCT**, που θα αποκαλύψουν τα κυψελιδικά διηθήματα. Σημαντική βοήθεια προσφέρει ο έλεγχος της διάχυσης όπου παρατηρείται αύξηση του συντελεστή διάχυσης (**DLCO**) με φυσιολογική σπιρομέτρηση. Η διαχυτική ικανότητα αποτελεί και δείκτη παρακολούθησης της αιμορραγίας καθώς αύξηση της, μεγαλύτερη του 30% από τη τιμή σε περιόδους ηρεμίας, αποτελεί σημείο έξαρσης της νόσου. Τέλος, τα ευρήματα του **BAL**, πιστοποιούν τη διάγνωση.

Η φυσική εξέταση μπορεί να βοηθήσει με την ανεύρεση εκτός της αναιμίας, τρίζοντων ρόγγων, αλλά και ευρημάτων από τα υποκείμενα νοσήματα.

Όταν τεθεί η διάγνωση της κυψελιδικής αιμορραγίας τότε πρέπει να ακολουθήσει η διαφορική διάγνωση του αιτίου που την προκαλεί.

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα αίτια της κυψελιδικής αιμορραγίας.

Κυψελιδική αιμορραγία με ταυτόχρονη νεφρική προσβολή (Πνευμονονεφρικό σύνδρομο).

Ως Πνευμονονεφρικό σύνδρομο ορίζεται η ταυτόχρονη εμπλοκή των πνευμόνων και των νεφρών από το ίδιο νόσημα.

Αναφέρεται παρακάτω εν συντομία η διαφορική διάγνωση των κυριότερων νοσημάτων που εκδηλώνονται με κυψελιδική αιμορραγία και νεφρική συμμετοχή που είναι το σύνδρομο Goodpasture, η κοκκιωμάτωση Wegener, η μικροσκοπική πολυαγγειίτιδα και τα νοσήματα του κολλαγόνου.

Στο σύνδρομο Goodpasture το 60-90 % των ασθενών έχει πνευμονική και νεφρική συμμετοχή ενώ στο 10% η μόνη εκδήλωση είναι η κυψελιδική αιμορραγία, γεγονός που δυσκολεύει τη διάγνωση.⁴ Τα επεισόδια της κυψελιδικής αιμορραγίας εκλύονται μετά από ιογενείς λοιμώξεις ή εισπνοή υδρογονανθράκων, ενώ είναι χαρακτηριστικό ότι αιμόπτυση εκδηλώνει το 100% των καπνιστών με τη νόσο σε αντίθεση με το μόλις 20% των μη καπνιστών¹. Στη σπειραματονεφρίτιδα του συνδρόμου Goodpasture χαρακτηριστικά απουσιάζουν η νέκρωση, η αγγειίτιδα και το φλεγμονώδες εξίδρωμα. Το 90% των ασθενών έχει θετικά τα αντισώματα έναντι βασικής μεμβράνης¹⁵, τα οποία αυξάνονται επί επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας, αλλά όχι σε επεισόδιο μόνο κυψελιδικής αιμορραγίας. Τα αντισώματα όμως αυτά, αυξάνονται και στη νεφρίτιδα του σακχαρώδη διαβήτη και του ερυθρηματώδη λύκου⁵. Σε ένα ποσοστό 30-40% βρίσκονται θετικά τα p-ANCA αντισώματα.⁷

Πνευμονική αγγειίτιδα	Ήπια πνευμονική αιμορραγία χωρίς αγγειίτιδα
Πνευμονική αγγειίτιδα	Ιδιοπαθής πνευμονική αιμοσιδήρωση
Κοκκιωμάτωση Wegener	Σύνδρομο Goodpasture
μικροσκοπική πολυαγγειίτιδα	Συστηματικός Ερυθρηματώδης λύκος
Αμιγής πνευμονική αγγειίτιδα (ANCA +)	Διαταραχές πήκτικότητας αίματος
Αμιγής πνευμονική αγγειίτιδα (ANCA -)	Λήψη τριμελιτικού ανυδρίτου
Συστηματικός Ερυθρηματώδης λύκος	Έκθεση στα ισοκτανικά
Ρευματοειδής αρθρίτιδα	Λήψη πενικιλαμίνης
Μικτή νόσος κολλαγόνου	Λήψη αμιοδαρόνης
Σκληρόδερμα	Λήψη νιτροφουραντοΐνης
Πολυμοιοσίτιδα	Στένωση μιτροειδούς
Πρωτοπαθές αντιφωσfolιπιδικό σύνδρομο	Υποξεία βακτηριακή ενδοκαρδίτιδα
Πορφύρα Henoch- schpnlein	Πολυαδενικό αυτοάνοσο σύνδρομο
Νόσος Αδαμαντιάδη - Behcet	Πολλαπλό μυέλωμα
Ig A νεφροπάθεια	Ιδιοπαθής πνευμονική αιμοσιδήρωση
Σύνδρομο Goodpasture	Σύνδρομο Goodpasture
Ιδιοπαθής σπειραματονεφρίτιδα	Διάγυτη κυψελιδική καταστροφή (DAD)
Οξεία απόρριψη μετά μεταμόσχευση πνεύμονα	Μετά από μεταμόσχευση μυελού
Ιδιοπαθής πνευμονική ίνωση	Εισπνοή κοκαΐνης
Λήψη διφαινυλδαντοΐνης	Θεραπεία με κυτταροστατικά
Τοξικότητα από ρετινοϊκό οξύ	Συστηματικός Ερυθρηματώδης λύκος
Αυτόλογη μεταμόσχευση μυελού των οστών	Ακτινοβολία
Μυασθένεια Gravis	ARDS
Κρυσφαιριναιμία	Διάφορα άλλα νοσήματα
Ελκώδης κολίτιδα	LAM και οξώδης σκλήρυνση
Λήψη προπυλθειουρακίλης	Πνευμονική φλεβοαποφρακτική νόσος
Αυτόλογη μεταμόσχευση μυελού των οστών	Πνευμονική τριχοειδική αιμαγγειομάτωση
	Ινδοειδής σπειραματονεφρίτιδα

Επιστημονικά Θέματα

Η κοκκιωμάτωση Wegener είναι μια νεκρωτική κοκκιωματώδης αγγειίτιδα του ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού συστήματος. Προσβάλλει τα μικρού και μεσαίου μεγέθους αγγεία, και στη γενικευμένη της μορφή προσβάλλει πολλά όργανα (πίνακας 3). Στους μεγάλους αεραγωγούς προκαλεί φλεγμονή, εξελκώσεις, κοκκίωματα, στενώσεις, με αποτέλεσμα συμπτωματολογία όπως βράγχος φωνής, βήχας, δύσπνοια, αιμόπτυση-κυψελιδική αιμορραγία, θωρακικό άλγος, ενώ οι αλλοιώσεις αυτές προδιαθέτουν για υποτροπιάζουσες λοιμώξεις. Σε μεγάλο ποσοστό εμπλέκει τους νεφρούς προκαλώντας σπειραματονεφρίτιδα. Συχνή είναι και η προσβολή του ανώτερου αναπνευστικού με καταστροφικές αλλοιώσεις, όπως στη μύτη (επιπιοειδής ρίνα), το μέσο ους και τους παραρρινικούς κόλπους. Τέλος η νόσος μπορεί να είναι περιορισμένη με προσβολή μόνο των πνευμόνων ή μόνο των νεφρών και σπανιότερα μόνο του ανώτερου αναπνευστικού. Παρόλα αυτά εάν γίνει βιοψία νεφρού, σχεδόν πάντα είναι θετική.

Γενικά συμπτώματα όπως πυρετός, κακουχία, καταβολή, ανορεξία, απώλεια βάρους είναι συνήθως παρόντα. Τα *c-ANCA* είναι θετικά, με πολύ υψηλή ευαισθησία (95%) 17k και ειδικότητα. Σε μικρό ποσοστό ασθενών τα *p-ANCA* αντισώματα είναι θετικά.¹⁸

Η μικροσκοπική πολυαγγειίτιδα είναι μια μη κοκκιωματώδης νεκρωτική αγγειίτιδα που προσβάλλει τα μικρού μεγέθους αγγεία¹⁹. Η συχνότερη προσβολή της είναι η νεφρική, με εστιακή νεκρωτική σπειραματονεφρίτιδα²⁰. Στο κατώτερο αναπνευστικό εκδηλώνεται συχνότερα με κυψελιδική αιμορραγία και σπανιότερα με πλευριτική συλλογή. Το ανώτερο αναπνευστικό προσβάλλεται σπάνια, με σχετικά συχνότερες εκδηλώσεις την παραρρινοκολπίτιδα και την κώφωση. Στον πίνακα 3 παρατίθεται η προσβολή των λοιπών συστημάτων και οργάνων²¹. Η κλινική εικόνα συμπληρώνεται από γενικά συμπτώματα, όπως πυρετό, κακουχία, αρθραλγίες. Οι ασθενείς εμφανίζουν τα *p-ANCA* θετικά, πλην ενός μικρού ποσοστού που εμφανίζει θετικά, τα *c-ANCA* 20οπότε και δυσκολεύει η διαφορική διάγνωση από την κοκκιωμάτωση Wegener. Στις περιπτώσεις αυτές απαιτείται βιοψία πνεύμονα ή ανώτερου αναπνευστικού, αν και η κλινική σημασία αυτής της διαφορικής διάγνωσης είναι μικρή αφού η θεραπεία είναι η ίδια. Από πολλούς μάλιστα θεωρείται ότι ένα ποσοστό ασθενών με μικροσκοπική πολυαγγειίτιδα μεταπίπτει στην πορεία της νόσου σε κοκκιωμάτωση Wegener (συχνότερα οι ασθενείς με τα *c-ANCA* θετικά)²⁰.

Πίνακας 2.

Προσβολή οργάνων στη κοκκιωμάτωση του Wegener

	Κατά την εμφάνιση %	Κατά την εξέλιξη %
ανώτερο αναπνευστικό	70	92
κατώτερο αναπνευστικό	48	85
νεφροί	20	80
αρθρώσεις	32	67
οφθαλμοί	15	52
δέρμα	13	46
νεύρα	1	20

Στα νοσήματα του κολλαγόνου η κυψελιδική αιμορραγία αποτελεί σπάνια εκδήλωση, ενώ ο θετικός κολλαγονικός έλεγχος θέτει σχετικά εύκολα τη διάγνωση. Στο Συστηματικό Ερυθρηματώδη Λύκο η κυψελιδική αιμορραγία παρατηρείται στο 4% των πασχόντων, έχει όμως μοιραία έκβαση στο 50% των περιπτώσεων. Ακόμη σπανιότερα παρατηρείται κυψελιδική αιμορραγία επί Ρευματοειδούς αρθρίτιδας και πρωτοπαθούς αντιφωσφολιποειδικού συνδρόμου ενώ στα υπόλοιπα νοσήματα απουσιάζει.

Πίνακας 3.

Προσβολή οργάνων στη Μικροσκοπική αγγειίτιδα

Προσβαλλόμενα όργανα	Συχνότητα προσβολής
νεφροί 78,8	
δέρμα	62,4
μονονευρίτιδα	57,6
αρθραλγίες	50,1
πνεύμονες	24,7
κυψελιδική αιμορραγία	11%, 17,6%, 8%
καρδιά	17,6%

Κυψελιδική αιμορραγία χωρίς νεφρική προσβολή

Στένωση μιτροειδούς. Παρατηρείται μετά τη πάροδο αρκετού χρόνου και την ανάπτυξη πνευμονικής φλεβικής υπέρτασης. Οι συχνές υποτροπές οδηγούν στην ανάπτυξη πνευμονικής ίνωσης.

Διαταραχές της πήκτικότητας του αίματος. Αποτελούν αίτιο κυψελιδικής αιμορραγίας χωρίς προσβολή των πνευμονικών τριχοειδών. Η θρομβοπενική πορφύρα και γενικά η θρομβοπενία μπορεί να αποτελέσουν ένα τέτοιο αίτιο!¹² Επίσης η διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη και η Λευχαιμία υπό χημειοθεραπεία (διάχυτη κυψελιδική καταστροφή από φάρμακα, θρομβοπενία)¹³

Διάχυτη κυψελιδική καταστροφή (diffuse alveolar damage: DAD).

Παρατηρείται διάχυτη καταστροφή του κυψελιδικού επιθηλίου και του ενδοθηλίου των τριχοειδών. Τα αίτια είναι πολλά (λοιμώξεις, ακτινοβολία, φάρμακα ιδίως τα κυτταροστατικά¹⁴, ταχεία άνοδος σε μεγάλο υψόμετρο, νοσήματα του κολλαγόνου, οξεία ιδιοπαθής διάμεση πνευμονία, μεταμόσχευση μυελού κ.ά.). Η εισπνοή κοκαΐνης μπορεί να προκαλέσει DAD εντός ολίγων ωρών αλλά έχει αναστρέψιμη πορεία επί αμέσου διακοπής της.

Κακοήθεις νόσοι. Μεταστατικά καρκινώματα όπως του νεφρού και των όρχεων και ορισμένα σπάνια πρωτοπαθή όπως το αγγειοσάρκωμα, μπορεί να προκαλούν κυψελιδική αιμορραγία.¹⁶

**Dr. Α. Αντωνιάδης, Διευθυντής Πνευμονολογικής κλινικής ΓΝΝ Σερρών
Π. Στόγιου, Επιστημονική συνεργάτης Πνευμονολογικής κλινικής ΓΝΝ Σερρών**

1. Fontenot A and Schwarz M. Diffuse alveolar hemorrhage : In Schwarz's & Kings. Interstitial lung disease. 4th ed B C Decker 2003; pp 632- 556
2. Spencer H. Pulmonary lesions in polyarteritis nodosa.Br J Tuberc Dis Chest 1957; 51:123-130
3. Schnabel A, Csernok E, Isenberg DA, et al. Antineutrophil cytoplasmic antibodies in systemic lupus erythematosus: prevalence, specificities and clinical significance. Arthritis Rheum 1995; 38: 634-637
4. Mc Phaul JJ, Mullins JD. Glomerulonephritis mediated by antibody to glomerular basement membrane: immunologic, clinical and histopathological characteristics. J Clin Invest 1975; 57: 351-361
5. Donaghy M, Reeses AJ, Cigarette smoking and lung hemorrhage in glomerulonephritis caused by autoantibodies to glomerular basement membrane. Lancet 1983; i: 1390-1392
6. Koffler D, Angello V, Carr RI, Kunk EL. Variable patterns of immunoglobulin and complement deposition in the kidneys of patients with systemic lupus erythematosus. Am J Pathol 1969;56: 305-316
7. Kelley PT, Haponik EF. Goodpasture's syndrome: molecular and clinical advances. Medicine 1994; 73:171-185
8. Gross M, Esterly JR, Eark RH. Pulmonary alterations in systemic lupus erythematosus. Am Rev Respir Dis 1972; 105:572-577
9. Zamora MR, Warner ML, Tuder R, Schwarz MI. Diffuse alveolar hemorrhage and systemic lupus erythematosus (SLE): clinical presentation, histology, survival and outcome. Medicine 1997; 76:192-202
10. Torralba A, Portoles J, Barientos A. Alveolar hemorrhage associated with anca in RA. Chest 1994; 105:1590-1592
11. Gilroy JC, Marchand P, Wilson VH. The role of the bronchial veins in mitral stenosis. Lancet 1952; ii: 957-959
12. Awadh N, Ronco JJ, Bernstein V, et al. Spontaneous pulmonary hemorrhage after thrombolytic therapy for acute myocardial infraction. Chest 1994; 106:1622-1624
13. Papagiannis A, Smith PS, Hebden MW. Acute dyspnea, chest tightness and anemia in a 33 year old man. Chest 1995; 107: 863-865
14. Israel-Biet D, Labrune S, Huchin CJ. Drug induced lung disease: 1990 review. Eur Respir Journal 1991; 4:465-478
15. Wilson CB, Dixon EJ. Antiglomerular basement membrane antibody induced glomerulonephritis. Kidney Int 1973; 3: 74-89
16. Durien I, Berger n, Loive R, et al. Contralateral hemorrhagic pulmonary metastases (choriocarcinoma syndrome) after pneumonectomy for primary pulmonary choriocarcinoma. Thorax 1994; 49: 523-524
17. Hagen E, Daha M, Hermans J, et al. Diagnostic value of standardized assays for antineutrophil cytoplasmic antibodies in idiopathic systemic vasculitis. Kidney Int 1998; 53: 743
18. Weber MFA, Andrassy K, Pulling O, et al.: ANCA and anti GBM antibodies in Goodpasture's syndrome and in Wegener's granulomatosis. J Am Soc. Nephrol 1992; 2: 1227-34
19. Jenette JC, Falk RJ, Andrassy K, et al. Nomenclature of systemic vasculitides: the proposal of an international consensus conference. Arthritis Rheum 1994; 37:187-192
20. Guillevin L, Durand-Gasselin B, Cevallos R, et al: microscopic polyangiitis; clinical and laboratory findings in 85 patients. Arthritis Rheum 1999; 42: 421-30
21. Loin. Gwllvin et al. vol. 42, No 3 march 1999; pp 421-30 American college of reumatology

επιστημονικά θέματα

ΜΣΑΦ-Ασπιρίνη: Γαστροπροστασία πότε και πώς

Επιμέλεια: **Χάρης Τσιώνης**
Γαστρεντερολόγος

Τα Μη-Στεροειδή Αντιφλεγμονώδη Φάρμακα (ΜΣΑΦ) και η ασπιρίνη είναι από τα πλέον χρησιμοποιούμενα φάρμακα παγκοσμίως.

Υπολογίζεται ότι πάνω από το 1/3 του πληθυσμού άνω των 65 ετών στην Ελλάδα χρησιμοποιεί ευκαιριακά ή συστηματικά ΜΣΑΦ-Ασπιρίνη, ενώ αντίστοιχες μελέτες που αφορούν τις ΗΠΑ ανεβάζουν αυτό το ποσοστό στο 50%.

- Περίπου 30 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως λαμβάνουν ΜΣΑΦ καθημερινά και 500 εκατομμύρια συνταγές αναγράφονται κάθε χρόνο
- 40% των ΜΣΑΦ χρηστών είναι άνω των 60 ετών
- 1% του πληθυσμού των Η.Π.Α. κάνουν καθημερινή χρήση ΜΣΑΦ
- Η χρήση των ΜΣΑΦ αυξάνεται λόγω:

1. αυξημένης διάθεσης χωρίς ιατρική συνταγή
2. σημαντικών πλεονεκτημάτων και σε άλλες ενδείξεις
3. αύξησης του γηράσκοντος πληθυσμού

Η τοξικότητα αυτών των φαρμάκων αφορά τους εξής τομείς

- Ανώτερο Πεπτικό
- Αναπνευστικό
- Κατώτερο Πεπτικό
- Υπερευαισθησία
- Καρδιαγγειακό
- Τερατογένεση
- Νεφρά
- Αλληλεπιδράσεις Φαρμάκων

Οι επιπλοκές από το γαστρεντερικό σύστημα εξακολουθούν να αποτελούν σημαντική αιτία νοσηρότητας που σχετίζεται με την χρήση αυτών των φαρμάκων. Οι σημαντικότερες παρενέργειες είναι η αιμορραγία και η διάτρηση έλκους (που προϋπήρχε ή δημιουργήθηκε) από το ανώτερο πεπτικό ενώ αυξημένος είναι ο κίνδυνος αιμορραγίας και από το κατώτερο πεπτικό ενώ συχνότερα παρατηρούνται δυσπεψία: >50%, ναυτία και εμετός, οισοφαγίτιδα και διαβρώσεις.

- Η πλειοψηφία των ασθενών αναπτύσσει αρκετές γαστρικές διαβρώσεις μετά από κάθε δόση ενός μη εκλεκτικού ΜΣΑΦ.
- Περίπου 15-30% από τους χρήστες ΜΣΑΦ αναπτύσσουν ενδοσκοπικά εμφανή έλκη που για αρκετό χρόνο αυτά θα είναι «σιωπηλά».
- Οι COX-2 εκλεκτικοί ΜΣΑΦ μειώνουν την επίπτωση των πεπτικών ελκών έναντι μη εκλεκτικού ΜΣΑΦ, αλλά οι ασθενείς με παράγοντες κινδύνου ή εκείνοι που χρησιμοποιούν επίσης την ασπιρίνη έστω χαμηλών δόσεων παραμένουν σε κίνδυνο.

Τα ΜΣΑΦ αναστέλλουν το ένζυμο της κυκλοοξυγενάσης (COX) της οποίας στον οργανισμό υπάρχουν δύο ισόενζυμα:

- Cox-1 (PGHS- 1): Στους περισσότερους ιστούς
- Cox-2 (PGHS- 2):

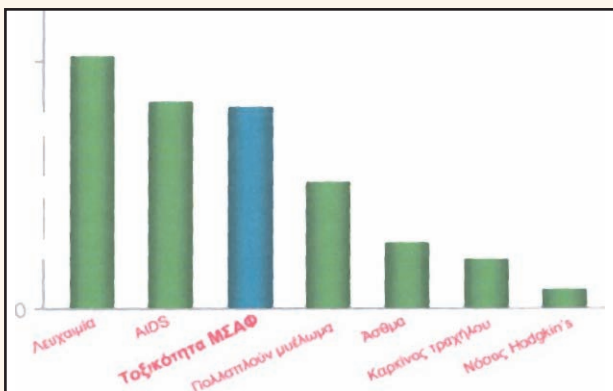
- Φυσιολογικά ανιχνεύεται σε λίγους ιστούς

Επιστημονικά Θέματα

- «Εκφράζεται» σε φλεγμονή
 - Η «έκφραση» αναστέλλεται από τα γλυκοκορτικοστεροειδή
- Η συστηματική δράση των ΜΣΑΦ μειώνει την άμυνα του γαστρικού βλεννογόνου αναστέλλοντας την παραγωγή προσταγλανδινών (λόγω αναστολής της COX-1)
- Οι προσταγλανδίνες ρυθμίζουν ποικίλους αμυντικούς μηχανισμούς:
- 1) αυξάνουν την έκκριση βλέννας, και διττανθρακικών
 - 2) μειώνουν την διαπερατότητα των επιθηλιακών κυττάρων
 - 3) βοηθούν στην αποκατάσταση του επιθηλιακού στρώματος (βελτιώνουν την αιματική ροή και την αγγειογένεση).
- Δράση της ασπιρίνης στο στόμαχο:
- Η χαμηλή δόση ασπιρίνης μειώνει τη συγκόλληση των αιμοπεταλίων με αποτέλεσμα την πρόληψη καρδιαγγειακών συμβαμάτων.
- Η ασπιρίνη αναστέλλει την COX-1 με αποτέλεσμα την καταστολή των μηχανισμών της αιμόστασης και της θρόμβωσης
 - Η σύνδεση της ασπιρίνης με την COX-1 είναι μη αναστρέψιμη και η λειτουργία των αιμοπεταλίων αναστέλλεται καθ' όλη τη διάρκεια του κύκλου ζωής τους (8- 10 ημέρες).

Παράγοντες κινδύνου για επιπλοκές από το ανώτερο γαστρεντερικό μετά από χρήση ΜΣΑΦ

- Παράγοντες σχετιζόμενοι με τον ασθενή:
 - ηλικία >60 έτη
 - ιστορικό πεπτικής νόσου ή επιπλοκών από τον Ανώτερο Πεπτικό Σωλήνα.
- Παράγοντες σχετιζόμενοι με φάρμακα:
 - χρήση σχετικώς τοξικών ΜΣΑΦ
 - χρήση υψηλών δόσεων ΜΣΑΦ (ή ταυτόχρονη χρήση δύο ΜΣΑΦ)
 - χρήση ΜΣΑΦ (κλασικού ή εκλεκτικού αναστολέα COX- 2) με χαμηλή δόση ασπιρίνης αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο επιπλοκών
 - ταυτόχρονη χρήση αντιπηκτικού (αυξάνει τον κίνδυνο μέχρι 3 φορές)
 - ταυτόχρονη χρήση κορτιζόνης
- Αβέβαιοι ή πιθανοί παράγοντες κινδύνου
- Διάρκεια χορήγησης των
- Καρδιαγγειακή νόσος ΜΣΑΦ
- *H.Pylori* λοίμωξη*
- Γυνακείο φύλο
- Κάπνισμα
- Υποκείμενη ρευματολογική νόσος
- Κατανάλωση οινοπνεύματος
- Δυσπεψία



* η λήψη ΜΣΑΦ-ασπιρίνης και παρουσία *H.Pylori* λοίμωξης δρουν ως ανεξάρτητοι βλαπτικοί παράγοντες για τον γαστρικό βλεννογόνο ασκώντας αθροιστική βλαπτική επίδραση.

Θάνατοι σχετιζόμενοι με τη λήψη ΜΣΑΦ: η «σιωπηλή επιδημία»

Δίπλα: Θνησιμότητα στις ΗΠΑ

επιστημονικά θέματα

Προφύλαξη από τα ΜΣΑΦ

- Επιλογές στην θεραπεία:
 - Μείωση της δόσης ή αλλαγή σε λιγότερο τοξικό ΜΣΑΦ
 - Χορήγηση ανάλογου προσταγλανδίνης
 - PPI για να μειωθεί η οξύτητα του στομάχου.
- Οι κατευθυντήριες οδηγίες προτείνουν ότι οι ασθενείς που έχουν έναν τουλάχιστον παράγοντα κινδύνου πρέπει να λαμβάνουν μαζί με τα ΜΣΑΦ γαστροπροστατευτική αγωγή.

Ορισμένες ομάδες ασθενών με υψηλό κίνδυνο επιπλοκών από τα ΜΣΑΦ χρήζουν γαστροπροστασίας. Η γαστροπροστασία σε χρήστες ΜΣΑΦ/ασπιρίνης μπορεί να περιλαμβάνει:

1. Εξουδετέρωση παραγόντων κινδύνου.
2. Χρήση γαστροπροστατευτικών φαρμάκων.
3. Χρήση ασφαλέστερων φαρμάκων.
4. Συνδυασμό κάποιων από τα παραπάνω.

Προσοχή στην χρήση των φαρμάκων και αυστηρό έλεγχο των ενδείξεων χορήγησης.

1. Εξουδετέρωση παραγόντων κινδύνου.

Ο μόνος από τους παράγοντες κινδύνου για αιμορραγία πεπτικού που μπορεί να εξουδετερωθεί είναι η τυχόν παρουσία του *H.Pylori*.

Σήμερα υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις και οδηγίες για προληπτική εκρίζωση του *H. Pylori* σε νέους χρήστες ΜΣΑΦ/ασπιρίνης και σε χρόνιους χρήστες με δυσπεπτικά ενοχλήματα και ιστορικό πεπτικού έλκους.

2. Χρήση γαστροπροστατευτικών φαρμάκων.

- Μισοπροστόλη (συνθετική προσταγλανδίνη E1)
- H2 ανταγωνιστές ισταμίνης
- PPI's

Κίνδυνος	Κίνδυνος επιπλοκών από το πεπτικό σύστημα		
	Απών	Παρών	Υψηλός
Καρδιαγγειακός κίνδυνος απών (χωρίς λήψη ασπιρίνης)	Κλασικό ΜΣΑΦ	Κλασικό ΜΣΑΦ + PPI ή εκλεκτικό ΜΣΑΦ	Εκλεκτικό ΜΣΑΦ + PPI
Καρδιαγγειακός κίνδυνος παρών (λήψη ασπιρίνης)	Εναλλακτική θεραπεία ή κλασικό ΜΣΑΦ + PPI	Εναλλακτική θεραπεία ή κλασικό ΜΣΑΦ + PPI	Εναλλακτική θεραπεία

Οι PPI's αποδεδειγμένα πλεονεκτούν τόσο των H2 ανταγωνιστών ισταμίνης όσο και της μισοπροστόλης και αποτελούν τα αντιεκκριτικά φάρμακα εκλογής στην πρόληψη της γαστροτοξικότητας των ΜΣΑΦ/ασπιρίνης.

ΤΟ ΓΑΣΤΡΙΚΟ ΟΕΥ ΚΑΤΕΧΕΙ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΡΟΛΟ ΣΤΙΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΛΗΨΗ ΜΣΑΦ

«... είναι το επίπεδο της καταστολής της όξινης γαστρικής έκκρισης και όχι μία ειδική δράση αυτής της

κατηγορίας των φαρμάκων που καθορίζει την αποτελεσματικότητα των PPIs...»

3. Χρήση ασφαλέστερων ΜΣΑΦ-αντιαιμοπεταλιακών φαρμάκων.

A. Εκλεκτικά ΜΣΑΦ [εκλεκτικοί αναστολείς της κυκλοοξυγενάσης 2 (COX 2)] Προσοχή: Εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου.

B. Κλοπιδογρέλη (αμιγές αντιαιμοπεταλιακό)

Η καλύτερη στρατηγική σε χρήστες αντιαιμοπεταλιακών με υψηλό κίνδυνο επιπλοκών από το πεπτικό φαίνεται ότι είναι η χορήγηση χαμηλών δόσεων ασπιρίνης με PPI

4. Συνδυασμένη γαστροπροστασία

Μπορεί να είναι χρήσιμη σε ομάδες πολύ υψηλού κινδύνου για επιπλοκές πεπτικού από ΜΣΑΦ/ασπιρίνη

Επιστημονικά Θέματα

- A. Εκρίζωση *H.Pylori* και μακροχρόνια χορήγηση PPI. (Συστήνεται σε όλους τους χρήστες ΜΣΑΦ/ασπιρίνης και Η.Ρ.(+) με υψηλό κίνδυνο επιπλοκής πεπτικού έλκους)
- B. Συνδυασμός COX- 2 εκλεκτικών ΜΣΑΦ και PPI. (Παρότι προτείνεται για ασθενείς υψηλού κινδύνου, δεν έχει μελετηθεί επαρκώς)

Η καλλίτερη μέθοδος γαστροπροστασίας είναι η μη χρήση των ΜΣΑΦ/ασπιρίνης -όπου αυτό είναι δυνατό- και ο σεβασμός των εγκεκριμένων δοσολογικών σχημάτων.

Να μην ξεχνάμε ότι καμία πρακτική δεν φαίνεται να προστατεύει ικανοποιητικά ιδίως στους ασθενείς υψηλού κινδύνου

- Οι εθνικές και διεθνείς οδηγίες γαστροπροστασίας από τα ΜΣΑΦ δεν τηρούνται είτε γιατί υποεκτιμάται, είτε γιατί υπερεκτιμάται ο κίνδυνος
- Είναι λοιπόν αναγκαίο να απλουστευτούν οι οδηγίες και να εκπαιδευτεί η ιατρική κοινότητα στην εφαρμογή τους.

Υ.Γ. Να μην ξεχνάμε τέλος ότι η γαστροπροστασία σε περίπτωση γαστρεκτομής (όχι βαγοτομής - πυλωροπλαστικής) δεν μπορεί να γίνει με PPI's ή άλλα αντιεκκριτικά (δεν υπάρχει οξύ !!) αλλά με Μισοπροστόλη (*Cytotec*) και Σουκραλαφάτη (*Pep-tonorm* και *Dolisec*).

Συστάσεις και δεδομένα για την ανάγκη ελέγχου και εκρίζωσης του *H.Pylori* και /ή μακροχρόνιας αντιεκκριτικής θεραπείας με PPI σε χρήστες ΜΣΑΦ /ασπιρίνης

	Έλεγχος για <i>H. Pylori</i> - εκρίζωση	Μακροχρόνια χορήγηση PPI
Νέοι χρήστες ασπιρίνης	Σύσταση	ΟΧΙ
Νέοι χρήστες ΜΣΑΦ	Σύσταση - Ισχυρά δεδομένα	ΟΧΙ
Χρόνιοι χρήστες ασπιρίνης		
Με πρόσφατη επιπλοκή έλκους	Σύσταση - Ισχυρά δεδομένα	Σύσταση - Ισχυρά δεδομένα
Υψηλού κινδύνου για επιπλοκή έλκους	Σύσταση	Σύσταση
Χαμηλού κινδύνου για επιπλοκή έλκους	ΟΧΙ	ΟΧΙ
Χρόνιοι χρήστες ΜΣΑΦ		
Με πρόσφατη επιπλοκή έλκους	Δυνητική ωφέλεια*	Σύσταση - Ισχυρά δεδομένα
Υψηλού κινδύνου για επιπλοκή έλκους	Δυνητική ωφέλεια*	Σύσταση
Χαμηλού κινδύνου για επιπλοκή έλκους	ΟΧΙ	ΟΧΙ

* Θεραπεία εκρίζωσης του *H.Pylori* σε χρόνιους χρήστες ΜΣΑΦ με πρόσφατη επιπλοκή ή υψηλού κινδύνου για επιπλοκή έλκους μπορεί να χορηγείται μόνον ως πρόσθετη δυνητικά ωφέλιμη παρέμβαση στη μακροχρόνια αντιεκκριτική θεραπεία με PPI.

Χάρης Τσιώνης
Γαστρεντερολόγος
mailto:tsionisx@otenet.gr

επιστημονικά θέματα

ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ ΤΗΣ ΠΟΛΗΣ ΤΩΝ ΣΕΡΡΩΝ

I. Βαγρόπουλος, Μ. Γιαβροπούλου, Γ. Λαζαρίδης, Γ. Τσινόπουλος, Ν. Γρηγοριάδης.
Γενικό Νοσοκομείο Σερρών, Α' Παθολογική κλινική, Σέρρες

ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΛΗΣ ΤΩΝ ΣΕΡΡΩΝ

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης ήταν να προσδιορίσουμε τη συχνότητα καπνίσματος των μαθητών των ΤΕΕ της πόλης των Σερρών.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μετά από σχετική άδεια, τον Οκτώβριο 2004, διανεμήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο στους 1036 μαθητές των ΤΕΕ της πόλης, σχετικά με τις καπνιστικές τους συνήθειες. Τα απαντημένα ερωτηματολόγια επιστράφηκαν σε ειδικά κιβώτια εν είδη κάλπης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 856 παρόντες μαθητές, ηλικίας 14-48 ετών (median=17) απάντησαν 779 (91%). Αξιολογήθηκαν 758 απαντήσεις. Καπνιστές δήλωσαν 43%, (38,7% των αγοριών και 48,5% των κοριτσιών) ($p=0,0074$). Δεν δήλωσαν τάξη 13 καπνιστές. Στην Α' τάξη καπνιστές ήταν 36,2% των αγοριών και 48,1% των κοριτσιών ($p=0,03$), στην Β' 43,8% και 42% ($p=0,74$), στην Γ' 37,9% και 53,7% σύστοιχα ($p=0,0004$). Καπνιστές στην οικογένεια είχαν 84,35% των καπνιστών και 73,61% των μη καπνιστών ($p<0,001$). Ημερησίως 11% των καπνιστών καπνίζουν από 0-5 τσιγάρα και 21% από 6-10. Στο σχολείο 43,55% καπνίζουν 0-5 τσιγάρα και 38,3% από 6-10. Δεν καπνίζουν, αλλά δοκίμασαν τσιγάρο 18,36% των μαθητών, ενώ πρώην καπνιστές ήταν 3,28%. Σε ηλικία <10 ετών δοκίμασαν για πρώτη φορά τσιγάρο 2,7% των μαθητών. Συνύπαρξη βρογχικού άσθματος αναφέρει το 8,3% των καπνιστών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

1. Καπνίζουν περισσότερο από τα δύο πέμπτα των μαθητών.
2. Καπνίζουν σημαντικά περισσότερα κορίτσια, κυρίως στη Γ' τάξη.
3. Η ύπαρξη καπνιστών στην οικογένεια αυξάνει τους καπνιστές μαθητές.
4. Μόνο το ένα τρίτο των καπνιστών καπνίζει ως 10 τσιγάρα ημερησία.
5. Τα τέσσερα πέμπτα των καπνιστών καπνίζουν και στο σχολείο, όχι όμως περισσότερα από 10 τσιγάρα.
6. Περίπου το ένα πέμπτο των μη καπνιστών δοκίμασαν το τσιγάρο, ενώ μικρό ποσοστό μαθητών δοκίμασε τσιγάρο σε ηλικία μικρότερη των 10 ετών.
7. Σημαντικό μερίδιο καπνιστών συνεχίζει το κάπνισμα παρά την συνύπαρξη βρογχικού άσθματος.

ΠΡΑΚΤΙΚΑ 32ου ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΣΕΛ.:21, Ν° 76

ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ ΤΩΝ ΕΝΙΑΙΩΝ ΛΥΚΕΙΩΝ ΤΗΣ ΠΟΛΗΣ ΤΩΝ ΣΕΡΡΩΝ

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης ήταν να προσδιορίσουμε τη συχνότητα καπνίσματος των μαθητών των Ενιαίων Λυκείων της πόλης των Σερρών.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μετά από σχετική άδεια, τον Οκτώβριο 2004 διανεμήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο στους 1712 μαθητές των Ε. Λυκείων της πόλης, σχετικά με τις καπνιστικές τους συνήθειες. Τα απαντημένα ερωτηματολόγια επιστράφηκαν σε ειδικά κιβώτια εν είδη κάλπης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 1580 παρόντες μαθητές απάντησαν 1554 (98,35%). Αξιολογήθηκαν 1486 απαντήσεις. Καπνιστές δήλωσαν 18,5% των μαθητών, 19,6% των αγοριών και 17,6% των κοριτσιών, ($p=0,34$), ενώ δεν δήλωσαν τάξη 6 καπνιστές. Στην Α' τάξη καπνιστές ήταν 13% των αγοριών και 8,7% των κοριτσιών ($p=0,07$), στην Β' τάξη 26,2% και 18,8% ($p=0,0071$) ενώ στην Γ' τάξη 22,5% και 24,5% σύστοιχα. Από τους καπνιστές μαθητές 79,27% είχαν καπνιστές στην οικογένεια ($p<0,0001$), ενώ στους μη καπνιστές μαθητές το ποσοστό είναι 66,2% ($p<0,0001$). Ημερησίως 28,72% των καπνιστών καπνίζουν από 0-5 τσιγάρα, 24% από 6-10. Στο σχολείο 60,36% καπνίζουν 0-5 τσιγάρα/ημέρα. Δεν καπνίζουν, αλλά δοκίμασαν τσιγάρο 22% των μαθητών. Σε ηλικία <10 ετών δοκίμασαν για πρώτη φορά τσιγάρο 2,7% των μαθητών. Συνύπαρξη βρογχικού άσθματος αναφέρει το 12,36% των καπνιστών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

1. Περίπου το ένα πέμπτο των μαθητών είναι καπνιστές.
2. Σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό αγοριών καπνίζουν στην Β' λυκείου, ενώ στη Γ' τάξη υπερτερούν τα κορίτσια, χωρίς όμως σημαντικότητα.
3. Η ύπαρξη καπνιστών στην οικογένεια αυξάνει τους καπνιστές μαθητές.
4. Οι μισοί καπνιστές καπνίζουν ως 10 τσιγάρα ημερησία.

5. Τα τρία τέταρτα των καπνιστών καπνίζουν και στο σχολείο.
6. Περίπου το ένα τέταρτο των μαθητών δοκίμασαν τσιγάρο και μικρό ποσοστό σε ηλικία μικρότερη των 10 ετών.
7. Περισσότερο από το ένα δέκατο των καπνιστών συνεχίζει να καπνίζει ενώ πάσχει από βρογχικό άσθμα.

ΠΡΑΚΤΙΚΑ 32ου ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΣΕΛ.: 109, Ν° 426

**ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ
ΤΩΝ ΓΥΜΝΑΣΙΩΝ ΤΗΣ ΠΟΛΗΣ ΤΩΝ ΣΕΡΡΩΝ**

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης ήταν να προσδιορίσουμε τη συχνότητα καπνίσματος των μαθητών των Γυμνασίων της πόλης των Σερρών.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: μετά από άδεια του Υπ. Παιδείας, τον Οκτώβρη 2004 διανεμήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο στους 2218 μαθητές των Γυμνασίων της πόλης, σχετικά με τις καπνιστικές τους συνήθειες. Τα απαντημένα ερωτηματολόγια επιστράφηκαν από τους μαθητές σε ειδικά κιβώτια εν είδη κάλπης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: από τους 2125 παρόντες μαθητές απάντησαν 2115 (99,53%). Αξιολογήθηκαν 1924 απαντήσεις. Καπνιστές δήλωσαν 81/1924 (4,2%) των μαθητών, 47/953 αγόρια (4,9%) και 31/971 κορίτσια (3,2%), ($\rho=0,0639$), ενώ δεν δήλωσαν φύλο/ηλικία/τάξη 12 καπνιστές. Στην Α' τάξη καπνιστές ήταν 1,8% των αγοριών και 0,3% των κοριτσιών ($\rho=0,07$), στην Β' τάξη 4,5% και 2,5% ($\rho=0,0114$) ενώ στην Γ' τάξη 6,8% και 6,5% σύστοιχα. Από τους μαθητές που κάπνιζαν 87,18% είχαν γονείς καπνιστές ($\rho<0,0001$). Ημερησίως 37% (30/81) καπνίζουν από 0-5 τσιγάρα, 21% (17/81) από 6-10, 7,4% (6/81) από 11-15, ενώ 12,35% (10/81) δεν απάντησε στην ερώτηση. Στο σχολείο 24,7% (20/81) καπνίζουν 0-5 τσιγάρα/ημέρα, ενώ 51,85% (42/81) δεν απάντησε στην ερώτηση. Δεν καπνίζουν, αλλά δοκίμασαν τσιγάρο 1,3% των μαθητών, ενώ πρώην καπνιστές ήταν 1,6%. Σε ηλικία 10 ετών δοκίμασαν για πρώτη φορά τσιγάρο 1,6% των μαθητών. Συνύπαρξη βρογχικού άσθματος αναφέρει το 9,87% των καπνιστών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

1. Συνολικά μικρό ποσοστό μαθητών καπνίζει.
2. Μικρότερο είναι το ποσοστό καπνιστριών στην Α' τάξη, σημαντικά μικρότερο στην Β' τάξη, ενώ εξισώνονται στην Γ' τάξη.
3. Η ύπαρξη καπνιστών στην οικογένεια αυξάνει τους καπνιστές μαθητές.
4. Τα δύο τρίτα των καπνιστών καπνίζει ως δέκα τσιγάρα/ημέρα.
5. Παρά τις απαγορεύσεις οι μαθητές καπνίζουν και στο σχολείο.
6. Το ένα δέκατο των καπνιστών επιμένει στο κάπνισμα παρά την συνύπαρξη βρογχικού άσθματος.

ΠΡΑΚΤΙΚΑ 32ου ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΣΕΛ.: 108, Ν° 422

ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΟΙΝΟΠΟΣΙΑΣ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΛΗΣ ΤΩΝ ΣΕΡΡΩΝ

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης ήταν να προσδιορίσουμε τη συχνότητα και συνήθειες οινοποσίας των μαθητών των ΤΕΕ της πόλης των Σερρών.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μετά από σχετική άδεια, τον Οκτώβρη 2004 διανεμήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο στους μαθητές των ΤΕΕ της πόλης, σχετικά με τις ατομικές συνήθειες οινοποσίας. Τα απαντημένα ερωτηματολόγια επιστράφηκαν σε ειδικά κιβώτια εν είδη κάλπης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 856 παρόντες μαθητές, ηλικίας 14-48 ετών (median=17) απάντησαν 779 (91%). Αξιολογήθηκαν 758 απαντήσεις. Δήλωσαν ότι πίνουν 93,4%, (92,51% των αγοριών και 90,51% των κοριτσιών), ($\rho=0,034$). Στην Α' τάξη έπιναν 87,5% των αγοριών και 89,7% των κοριτσιών, στην Β' 94,8% και 93,9%, στην Γ' 97,1% και 94,2% σύστοιχα. Από τους πότες μέθυσαν 65,4% ($\rho<0,0001$) (67,7% των αγοριών και 63,1% των κοριτσιών) ($\rho=0,049$) και από αυτούς πίνουν συχνότερα μπίρα 38,6% των αγοριών και 33,7% των κοριτσιών. Τα κορίτσια που μεθούν συνηθίζουν ρετσίνα-κρασί 40,9% έναντι 28,7% των αγοριών, ούισκι-τζιν-βότκα 32,6% έναντι 36,7%. Από αυτούς που δοκίμασαν πρώτη φορά με τους γονείς μέθυσαν 59,6% έναντι 62,5% αυτών που δοκίμασαν με γονείς και φίλους και 68,5% με φίλους, ($\rho=0,65$) Η σειρά προτίμησης στα ποτά ανεξάρτητα φύλου και μέθης είναι μπίρα, ρετσίνα-κρασί, ούισκι-τζιν-βότκα, όλα, σφηνάκια, ούζο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

1. Περισσότεροι από εννιά στους δέκα μαθητές ΤΕΕ καταναλώνουν οινοπνευματώδη ποτά.
2. Στην Α' τάξη πίνουν περισσότερα κορίτσια, ενώ είναι παρόμοια τα ποσοστά στις άλλες τάξεις.
3. Τα δύο τρίτα αυτών που πίνουν έχουν μεθύσει με προτίμηση των αγοριών στη μπίρα και των κοριτσιών στη ρετσίνα και το κρασί.
4. Περισσότερα αγόρια που πίνουν έχουν μεθύσει.
5. Δημοφιλέστερο ποτών μεταξύ όλων των μαθητών που πίνουν είναι η μπίρα.
6. Η παρέα της δοκιμής ποτού για πρώτη φορά δεν επηρεάζει τη συχνότητα μέθης.

ΠΡΑΚΤΙΚΑ 32ου ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΣΕΛ.: 110, Ν° 430

ειδικά θέματα

Οι οικονομικές επιπτώσεις του ιατρικού σφάλματος

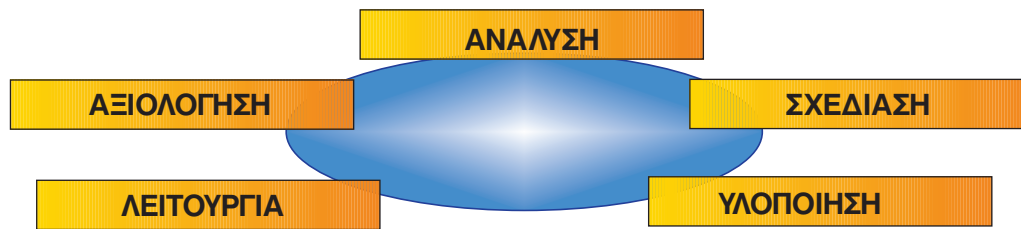
Αναδημοσίευση ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ - Απρίλιος - Μάιος 2006

Τα τελευταία χρόνια έρχονται στο φως της δημοσιότητας όλο και πιο συχνά περιπτώσεις ιατρικών σφαλμάτων που πολλές φορές αποβαίνουν μοιραία για τη ζωή των ασθενών. Η υπερβολική εμπιστοσύνη που έχουν οι ιατροί στη μνήμη τους, η μη συνειδητοποίηση ότι η κόπωση συνδέεται άρρηκτα με μειωμένη απόδοση στην εργασία, η διαφωνία και οι προστριβές μεταξύ του προσωπικού αποτελούν τα κυριότερα αίτια πρόκλησης ιατρικού σφάλματος. Μάλιστα, τα ιατρικά σφάλματα συμβαίνουν συχνότερα όταν οι ιατροί είναι άπειροι και όταν διδάσκονται καινούργιες μεθόδους και τεχνικές.

Όποιας μορφής όμως και αν είναι το ιατρικό σφάλμα, δημιουργεί επιπρόσθετα οικονομικά βάρη τόσο στον ίδιο τον ασθενή και στους συγγενείς του όσο και στον ιατρό, στην κλινική, στους νοσηλευτές, στα ασφαλιστικά ταμεία, στο νοσοκομείο. Κατ' επέκταση, επιβαρύνεται ολόκληρος ο τομέας της Υγείας και η οικονομία γενικότερα.

Ο πρώτος που θίγεται άμεσα οικονομικά από ένα ιατρικό σφάλμα είναι ο ίδιος ο άρρωστος και οι συγγενείς του. Η βλάβη που προκαλείται εξαιτίας ενός ιατρικού σφάλματος στον άρρωστο έχει ως αποτέλεσμα την παρατεταμένη παραμονή του στο νοσοκομείο. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι στην Αμερική οι τραυματισμοί από ιατρικό σφάλμα, με συνέπεια τη μόνιμη ανικανότητα ή την παρατεταμένη παραμονή του αρρώστου στο νοσοκομείο, ανέρχονται ετησίως σε 1,3 εκατομμύρια ασθενείς. Αυτό συνεπάγεται περισσότερα έξοδα, αλλά και απώλεια εσόδων για τον ίδιο τον ασθενή και τους οικείους του, επιπλέον έξοδα για περαιτέρω νοσηλεία, απώλεια χρόνου και χρημάτων για την αποκατάσταση της βλάβης που προκλήθηκε λόγω του ιατρικού σφάλματος, απώλεια εργατοωρών και εισοδήματος εξαιτίας της απουσίας του από την εργασία και τις υπόλοιπες δραστηριότητες.

Σχήμα 1. Κύκλος ζωής συστήματος



Οι συγγενείς του αρρώστου, προκειμένου να βρίσκονται κοντά στον άνθρωπό τους και να τον φροντίζουν, αναγκάζονται να απουσιάσουν από την εργασία τους (κόστος σε χρόνο ή χρήμα που υφίστανται τα συγγενικά πρόσωπα) ή να καταφύγουν στις «αποκλειστικές νοσοκόμες», κάτι που έχει ως αποτέλεσμα την ακόμα μεγαλύτερη οικονομική επιβάρυνση των ίδιων των ασθενών, των συγγενών τους, αλλά και των ασφαλιστικών τους ταμείων. Και το οικονομικό βάρος επιβάλλει με τη σειρά του έντονη συναισθηματική πίεση, τόσο σε εκείνους που αντιμετωπίζουν τη δαπάνη, όσο και στις οικογένειές τους. Επιπρόσθετα, μια μόνιμη ανικανότητα δημιουργεί ακόμα μεγαλύτερο αίσθημα ανασφάλειας στον ίδιο τον άρρωστο και στους οικείους του και τους ωθεί να καταθέτουν αγωγές κατά των θεραπόντων ιατρών και των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, εγείροντας αξιώσεις για οικονομική αποζημίωση, ξεδεύοντας παράλληλα σημαντικά πόσα για έξοδα δικηγόρων.

Η ιατρική αμέλεια, εκτός από τις οικονομικές συνέπειες στον ασθενή, έχει σοβαρότατες οικονομικές συνέπειες και στον ιατρό και την οικογένειά του. Ο ιατρός είναι ο πρώτος εναντίον του οποίου θα στραφεί ο άρρωστος και οι οικείοι του, ζητώντας δικαιοσύνη και κατ' επέκταση οικονομική αποζημίωση για περιουσιακή ζημία, ψυχική οδύνη ή ηθική βλάβη. Ο ιατρός που θα αντιμετωπίσει την οργή

ειδικά θέματα

τους βρίσκεται ομολογουμένως σε δεινή θέση, γιατί διακυβεύεται η τιμή και η υπόληψη του ως ανθρώπου, η επιστημονική του υπόσταση και τελικά η επαγγελματική του εξέλιξη. Χάνει την εμπιστοσύνη στον εαυτό του και περιορίζει την άσκηση της ιατρικής ή παραπέμπει τους ασθενείς του σε άλλους ιατρούς. Ο ιατρός θα οδηγηθεί στα ποινικά (ποινική ευθύνη) και στα πολιτικά δικαστήρια (αστική ευθύνη), θα επιβαρυνθεί οικονομικά, προκειμένου να αποδείξει την αθωότητα του και θα σπιλωθεί ηθικά. Μια ποινική καταδίκη επιφέρει αυτομάτως αμαύρωση του ποινικού μητρώου του ιατρού. Δεν υπάρχει κάτι αντίστοιχο στο πεδίο της αστικής ευθύνης, ο καταλογισμός της οποίας όμως μπορεί να οδηγήσει τον ιατρό ακόμα και σε οικονομική αφαίμαξη, καθώς η αστική του ευθύνη είναι ουσιαστικά η υποχρέωσή του να αποζημιώσει τον ασθενή.

Όσα λέχθηκαν για την αστική ευθύνη του ιατρού ισχύουν και για την περίπτωση που ο ιατρός παρέχει τις υπηρεσίες του μέσω ενός νοσηλευτικού φορέα (κρατικού ή ιδιωτικού), είτε συνδέεται με το φορέα αυτό με σχέση εργασίας, είτε απλώς χρησιμοποιεί τα μέσα και τις εγκαταστάσεις του. Μοναδικό στοιχείο διαφοροποίησης αποτελεί το γεγονός ότι συνυπεύθυνο θα είναι και το νοσοκομείο ή η κλινική όπου έλαβε χώρα το ιατρικό σφάλμα. Δηλαδή ο ασθενής θα εγείρει την αξίωσή του για αποζημίωση τόσο κατά της κλινικής όσο και κατά του ιατρού. Και παρότι στην περίπτωση του κρατικού φορέα η κατάσταση εμφανίζεται εν μέρει διαφοροποιημένη, αφού ο ιατρός που παρέχει τις ιατρικές του υπηρεσίες υπό την ιδιότητα του δημοσίου υπαλλήλου απαλλάσσεται από την υποχρέωση για αποζημίωση, εντασσόμενος στο γενικό κανόνα τη έλλειψης προσωπικής ευθύνης των δημοσίων υπαλλήλων (άρθρο 38 του Δημοσιούπαλληλικού Κώδικα). Σε αυτήν την περίπτωση ο ιατρός-δημόσιος λειτουργός θα οδηγηθεί στα ποινικά και στα πολιτικά δικαστήρια και θα επιβαρυνθεί οικονομικά, προκειμένου να αποδείξει την αθωότητα του, ενώ μια ποινική καταδίκη θα επιφέρει αυτομάτως αμαύρωση του ποινικού του μητρώου, θα κινδυνεύσει η επιστημονική του υπόσταση ως ιατρού, αφού θα κλονιστεί η εμπιστοσύνη του κόσμου, των συναδέλφων και των συνεργατών του στο πρόσωπό του. Θα χάσει την αυτοπεποίθηση και το κύρος του. Όλα αυτά θα έχουν ως επακόλουθο τη δυσφήμιση, την κοινωνική απομόνωση, την απόλυση και τελικά την οικονομική αφαίμαξη.

Ακόμα, ίσως ζητηθεί να αποδοθούν αστικές ή και ποινικές ευθύνες και σε κάποιους από τις παραϊατρικές υπηρεσίες υγείας, κυρίως νοσηλευτές-τριες, είτε επειδή ως συνεργάτες του ιδιώτη ιατρού θεωρούνται συνυπεύθυνοι, είτε επειδή κάποιος επίορκος ιατρός του νοσηλευτικού ιδρύματος θα προσπαθήσει να τους προσάψει ευθύνες και να αποποιηθεί τα δικά του σφάλματα. Η οικονομική επιβάρυνση για έξοδα δικηγόρων, προκειμένου να αποδειχθεί η αθωότητα τους στα δικαστήρια, είναι δεδομένη.

Αναφέραμε ήδη ότι η βλάβη που θα προκληθεί στον άρρωστο εξαιτίας ενός ιατρικού σφάλματος οδηγεί σε περαιτέρω παραμονή του στο νοσοκομείο και συνεπώς σε αύξηση του χρόνου, άρα και του κόστους νοσηλείας, αφού η αύξηση του χρόνου νοσηλείας σημαίνει επιπλέον φάρμακα, υγειονομικό υλικό, εργατώρες, εργαστηριακές και διαγνωστικές εξετάσεις.

Έτσι, εκτός από τις οικονομικές αποζημιώσεις των ασθενών και των οικείων συγγενών τους από τυχόν ιατρικά σφάλματα που θα επιδικαστούν από τα πολιτικά δικαστήρια, το νοσοκομείο καλείται να καλύψει και τις αυξημένες δαπάνες των διαφόρων τμημάτων και κατ' επέκταση το αυξημένο κόστος λειτουργίας τους.

Έρευνα του *Institute of Medicine* στην Αμερική έδειξε ότι μόνο οι εθνικές δαπάνες νοσοκομείων για να θεραπευτούν οι ασθενείς που υπέστησαν βλάβη από σφάλματα που σχετίζονται με τα παρεχόμενα φάρμακα κατά τη διάρκεια εισαγωγής σε νοσοκομείο υπολογίζονται τουλάχιστον σε \$2 δισ. μέχρι \$5,6 δισ. ετησίως, ενώ σε έρευνα που έγινε στο νοσοκομείο *LDS* στη Σωλτ Λέικ Σίτυ, οι ερευνητές απέδειξαν ότι ασθενείς που υφίστανται βλάβη από σφάλματα που σχετίζονται με τα παρεχόμενα φάρμακα νοσηλεύθηκαν κατά μέσο όρο 1 έως 5 ημέρες περισσότερο από τους ασθενείς που δεν υπέστησαν βλάβη. Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, εάν το 50% αυτών των σφαλμάτων είχε αποφευχθεί, το νοσοκομείο *LDS* θα είχε γλιτώσει \$500.000 ετησίως. Επιπλέον, ένα ιατρικό σφάλμα θα τύχει ευρείας εκμετάλλευσης από τα ΜΜΕ, ιδιαίτερα όταν τα ιατρικά σφάλματα επαναλαμβάνονται και οδηγούν στη δημιουργία αρνητικής εικόνας. Το νοσοκομείο θα δυσφημιστεί, ο κόσμος από έλλειψη εμπιστοσύνης θα αποφεύγει να νοσηλευθεί σε αυτό και θα απευθύνεται σε άλλα νοσηλευτικά ιδρύματα, με αποτέλεσμα να χάνονται πόροι.

Τα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα λειτουργούν ως μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί, με σκοπό την εξυπηρέτηση των ευρύτερων απαιτήσεων της κοινωνίας και την κάλυψη ορισμένων αναγκών του πληθυσμού, και δεν ενδιαφέρονται για τη μεγιστοποίηση του κέρδους (ή την ελαχιστοποίηση του

ειδικά θέματα

κόστους), αφού η επιβίωσή τους είναι εξασφαλισμένη από τις κρατικές επιχορηγήσεις και έτσι η ύπαρξη τους δεν εξαρτάται από τα τυχόν έσοδα και έξοδα τους.

Ωστόσο κυρίαρχη επιδίωξη των οργανισμών αυτών είναι η ανάπτυξη τους και ουσιαστικά η διατήρηση ή και η αύξηση του μεριδίου της αγοράς. Η επιδίωξη αυτή βέβαια αυτόματα συνεπάγεται και επιδίωξη της μεγιστοποίησης της οποιασδήποτε θετικής διαφοράς μεταξύ των εσόδων και των εξόδων.

Αλλά και όσον αφορά στις ιδιωτικές κλινικές και στα ιδιωτικά νοσοκομεία, βασικός σκοπός τους είναι η επιβίωση τους, η οποία επιτυγχάνεται δια της προσέλκυσης ασθενών και της ύπαρξης θετικού ισοζυγίου μεταξύ των εσόδων και των εξόδων τους. Τα ιατρικά σφάλματα δυσφημίζουν τα νοσηλευτικά ιδρύματα, μειώνουν την «πελατεία» (και σε συνδυασμό με τις αυξημένες δαπάνες και τις αποζημιώσεις για αστική ευθύνη, ηθική βλάβη, ψυχική οδύνη) και τη διαφορά εσόδων-εξόδων. Συνεπώς, το όποιο προσωρινό όφελος του νοσηλευτικού ιδρύματος από νοσήλια, λόγω της μεγαλύτερης παραμονής του ασθενούς εξαιτίας του ιατρικού σφάλματος, σε μια πορεία χρόνου εκμηδενίζεται και μετατρέπεται σε ζημιά.

Η παράταση όμως του χρόνου νοσηλείας του αρρώστου συνεπάγεται αυτόματα και επιπλέον οικονομική επιβάρυνση των ασφαλιστικών ταμείων. Μεγαλύτερη παραμονή στο νοσοκομείο έχει ως αποτέλεσμα περισσότερες ημέρες νοσηλείας και περισσότερα έξοδα, προκειμένου να αποκατασταθεί η ζημιά. Και αν η ζημιά που προκλήθηκε είναι ανεπανόρθωτη, τα ασφαλιστικά ταμεία επιβαρύνονται με αποζημίωση, πρόωρη σύνταξη, τεχνητά μέλη κλπ. Και δεν είναι μόνο τα επιπλέον έξοδα που καταβάλλουν τα ασφαλιστικά ταμεία για τον αυξημένο χρόνο νοσηλείας ή για διάφορες αποζημιώσεις. Είναι και τα έσοδα που χάνουν από τις εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών για όλο αυτό το διάστημα. Κόστος που θα μετακυλήσει μέσω της αύξησης των ασφαλιστών (εάν πρόκειται για ιδιωτικές εταιρείες ασφάλισης) ή μέσω της αύξησης των εισφορών (εάν πρόκειται για κρατικούς ασφαλιστικούς και λοιπούς φορείς κοινωνικής ασφάλισης) στους ασφαλισμένους, στους εργοδότες και γενικά στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

Αλλά και οι εργοδότες θίγονται οικονομικά από ένα ιατρικό σφάλμα, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που πρόκειται για άκρως εξειδικευμένο υπάλληλο, για την εκπαίδευση του οποίου δαπανήθηκε χρόνος και χρήμα, ο οποίος αποτελεί κεφάλαιο για την εταιρεία που δεν έχει αποσβεσθεί ακόμα. Η μακροχρόνια απουσία ή η μόνιμη αναπηρία ή ακόμα και ο θάνατος ενός τέτοιου υπαλλήλου εξαιτίας ενός ιατρικού σφάλματος θα στοιχίσει στην εταιρεία χρόνο, χρήμα και κεφάλαιο, καθώς η άμεση αντικατάσταση του είναι πολύ δύσκολη έως αδύνατη. Γενικά, η βελτίωση του γενικού επιπέδου υγείας αυξάνει την ποσότητα και την ποιότητα του εργατικού δυναμικού και μειώνει το κόστος εργασίας για τον εργοδότη. Το Institute of Medicine υπολογίζει ότι τα ιατρικά σφάλματα κοστίζουν κάθε χρόνο στο αμερικανικό έθνος περίπου (προσοχή: σχετικό κόστος) \$37,6 δισ. Τα μισά σχεδόν από αυτά, περίπου \$17 δισ., είναι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης που αναλογούν σε αποτρέψιμα ιατρικά σφάλματα.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, τα αιτήματα για οικονομική αποζημίωση από ασθενείς ή συγγενείς τους στοιχίζουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας περισσότερα από 400 εκατομμύρια στερλίνες το χρόνο. Μάλιστα, σύμφωνα με τα στοιχεία του έγκυρου βρετανικού περιοδικού Lancet, το συνολικό κόστος για ευθύνη από ιατρική αμέλεια των κλινικών ιατρών του βρετανικού Ε.Σ.Υ. κατά το έτος 2001-2002 αυξήθηκε στο ποσό των 4,4 δισ. λιρών, ή 7,2 δισ. ευρώ, σημειώνοντας αύξηση 500 εκατομμυρίων λιρών από το προηγούμενο έτος 2000-2001.

Για την Ελλάδα δεν υπάρχουν επαρκή στατιστικά στοιχεία. Αν αναλογιστούμε όμως ότι τα τελευταία χρόνια οι αγωγές κατά ιατρών και νοσοκομείων για αποζημιώσεις εξαιτίας ιατρικών σφαλμάτων έχουν αυξηθεί κατακόρυφα και αν λάβουμε υπόψη μας τις μεγάλες αποζημιώσεις που επιδικάστηκαν σε περιπτώσεις ιατρικού σφάλματος σε ελληνικά δικαστήρια, το μέγεθος των αποζημιώσεων που θα κληθεί να καταβάλει το Ελληνικό Δημόσιο δε θα είναι καθόλου ευκαταφρόνητο.

Ενδεικτικά αναφέρουμε τα εξής περιστατικά: 440.205 € για μικρό κορίτσι στη Ρόδο που κατέληξε από μη ελεγχμένο, μολυσμένο αίμα, εφάπαξ ποσό 586.940 € και 4.400 € το μήνα για δυο χρόνια σε γυναίκα, ως προσωρινή αποζημίωση για μια σειρά από σοβαρές παραλείψεις και σφάλματα που αποδίδονται στον αναισθησιολόγο και στον χειρουργό κατά την εισαγωγή της για τη διενέργεια χειρουργικής πλαστικής επέμβασης μαστού, συνέπεια των οποίων ήταν να μείνει σχεδόν φυτό με αναπηρία 100% (σύνδρομο στελέχους βαριάς μορφής), 513.570€ σε συγγενείς ασθενούς που, όπως η απόφαση έδειξε, κατά τη διάρκεια λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής για αφαίρεση λίθων επήλθε από ιατρικό σφάλμα διπλή τρώση της αορτής μήκους 3-4 χιλιοστών, με αποτέλεσμα κατακλυσιμαία αιμορραγία και ανακοπή του ασθενούς.

ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Επίσης, υπάρχει σωρεία αγωγών που αναμένεται να εκδικασθούν, όπως: αγωγή για αποζημίωση 586.940€ για εσφαλμένη επέμβαση καταρράκτη, 586.940€ για θάνατο από βρογχοπνευμονία, 733.675€ για τοποθέτηση βηματοδότη και λοίμωξη, 1.267.790€ για επικαλούμενο σφάλμα μαιευτήρα, 968.450€ για θάνατο ασθενούς λόγω μετάγγισης μολυσμένου με HIV αίματος, 1.209.095€ για λάθη από αποκοπή νεύρων σε γυναίκα, 1.866.470€ για επικαλούμενο σφάλμα αναισθησιολόγου που άφησε κατά την αγωγή χωρίς οξυγόνωση εγκέφαλο ασθενούς με αποτέλεσμα αναπηρία κλπ. Επιπρόσθετα, καθώς αυξάνει ο χρόνος παραμονής των ασθενών στα νοσοκομεία, λόγω του ιατρικού σφάλματος, μεγαλώνει και ο κίνδυνος μιας επικείμενα ενδοноσοκομειακής λοίμωξης, για τη θεραπεία της οποίας απαιτείται ακόμα μεγαλύτερος χρόνος νοσηλείας, με όλα τα επακόλουθα.

Τα ιατρικά σφάλματα, τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα και για όσο χρονικό διάστημα το νοσηλευτικό ίδρυμα δύναται να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις του απέναντί τους, έχουν «θετικές» οικονομικές επιπτώσεις για τις φαρμακευτικές εταιρείες και τους προμηθευτές υγειονομικού υλικού που προμηθεύουν το νοσοκομείο με φάρμακα και λοιπό υγειονομικό υλικό. Μακροπρόθεσμα, οι αυξημένες νοσοκομειακές δαπάνες και η αδυναμία των ασφαλιστικών οργανισμών να εξοφλήσουν τις οικονομικές τους υποχρεώσεις προς τα νοσοκομεία δημιουργούν νοσοκομειακό έλλειμμα (που διογκώνεται ακόμα περισσότερο εξαιτίας των ιατρικών σφαλμάτων) ή αυξάνουν το ήδη υπάρχον, κάτι που μεταφράζεται κάποια στιγμή σε καθυστέρηση -ή και αδυναμία- εξόφλησης των υποχρεώσεων των νοσοκομείων προς τους προμηθευτές, με ό,τι αυτό συνεπάγεται.

Γενικά, οι δαπάνες υγείας, ιδιαίτερα στα δημόσια συστήματα, συχνά αποτελούν σοβαρή πηγή προβλημάτων για τους εθνικούς προϋπολογισμούς και συμβάλλουν στη δημιουργία δημοσιονομικών ελλειμμάτων. Επιπλέον, οι οικονομίες των προηγμένων χωρών αντιμετωπίζουν σήμερα ένα δομικό και σύνθετο πρόβλημα χρηματοδότησης των κοινωνικών δαπανών, το οποίο οφείλεται στην τεχνολογική πρόοδο και τις δυσμενείς δημογραφικές εξελίξεις. Η εικόνα αυτή επιδεινώνεται όσον αφορά τις δαπάνες που αφορούν τη Δημόσια Υγεία, αν προστεθούν και οι επιπλέον (έκτακτες) δαπάνες από το πρόβλημα των ιατρικών σφαλμάτων. Η χρηματοδότηση μέσω δανεισμού, η αύξηση των ασφαλιστικών εισφορών και η θέσπιση ειδικών φόρων κατανάλωσης (π.χ. στον καπνό και το αλκοόλ) είναι μερικά από τα μέτρα για να χρηματοδοτηθούν τα ελλείμματα των δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Και έτσι, μέρος από την αύξηση των δαπανών στην υγεία επεκτείνεται σε ολόκληρο το κοινωνικό σύνολο.

Αξίζει εδώ να αναφερθεί ότι χρέη των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων ύψους 200 δισ. δρχ. (περίπου 587 εκατ. ευρώ) προς τους προμηθευτές τους ρυθμίστηκαν με κρατικά ομόλογα το έτος 1997. Τέσσερα χρόνια αργότερα τα χρέη των νοσοκομείων είχαν φτάσει στα 350 δισ. δρχ. (περίπου 1,027 δισ. ευρώ) και εξοφλήθηκαν κι αυτά με νέα ρύθμιση και αποδοχή από πλευράς των προμηθευτών ενός ποσοστού έκπτωσης επί του συνολικού χρέους. Σε λιγότερα από τέσσερα χρόνια μετά από την τελευταία ρύθμιση, τα χρέη των νοσοκομείων προς τους προμηθευτές μέχρι τις 23.12.2004 ανέρχονται σε 2,5 δισ. ευρώ περίπου, από τα οποία περίπου 2,2 δισ. θα καλυφθούν με νέα ρύθμιση.

Τέλος, θα θέλαμε να επιστημόσουμε ότι οι αγωγές για ιατρική αμέλεια αυξάνουν το κόστος της ασφάλισης για ιατρική αμέλεια και επειδή η ασφάλιση για ιατρική αμέλεια αποτελεί κόστος για τους παρέχοντες ιατρική περίθαλψη, η αύξηση των ασφαλιστρών συμβάλλει στην αύξηση του κόστους ιατρικής περίθαλψης. Επιπλέον, ο φόβος για αγωγές έναντι της ιατρικής αμέλειας παρακινεί τους ιατρούς να συνιστούν θεραπείες και τεστ που υπό άλλες συνθήκες θα είχαν αποφύγει, αυξάνοντας έτσι ακόμα περισσότερο το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης.

Συμπέρασμα

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό πόσο σημαντική είναι η οικονομική επιβάρυνση των υγειονομικών κονδυλίων από το ιατρικό σφάλμα. Ως εκ τούτου απαιτείται η έγκαιρη, συνεχιζόμενη και αποτελεσματική ενημέρωση των ιατρικών και παραϊατρικών λειτουργιών υγείας, η διαρκής ανατροφοδότηση των συστημάτων αξιολόγησης και ο ποιοτικός έλεγχος των υποστηρικτικών υπηρεσιών υγείας. Ο διαρκής αυτοέλεγχος με το σύστημα επαναξιολόγησης (*audit*) θα πρέπει πλέον να ενσωματωθεί στην καθημερινή ιατρική πράξη για να επιτευχθεί περαιτέρω βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

ειδικά θέματα

Χαλάνδρι, 3 Οκτωβρίου 2007

Κυρίες και κύριοι,

Ο **Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (Σ.Φ.Ε.Ε)** έχει συντάξει Κώδικα Δεοντολογίας που αφορά την παροχή αντικειμενικών πληροφοριών για τα φαρμακευτικά προϊόντα και την συνταγογράφηση τους από τους επαγγελματίες υγείας με ορθολογικά και επιστημονικά κριτήρια.

Ο Κώδικας έχει υιοθετηθεί από το σύνολο των φαρμακευτικών εταιριών, μελών του Συνδέσμου μας, και αποτυπώνει τη δέσμευση της Φαρμακοβιομηχανίας να προωθήσει με τρόπο ολοκληρωμένο και αποτελεσματικό τον αυτοέλεγχο του κλάδου μας σε συνεργασία με την Πολιτεία, τους επαγγελματίες υγείας και τους ιατρικούς επισκέπτες.

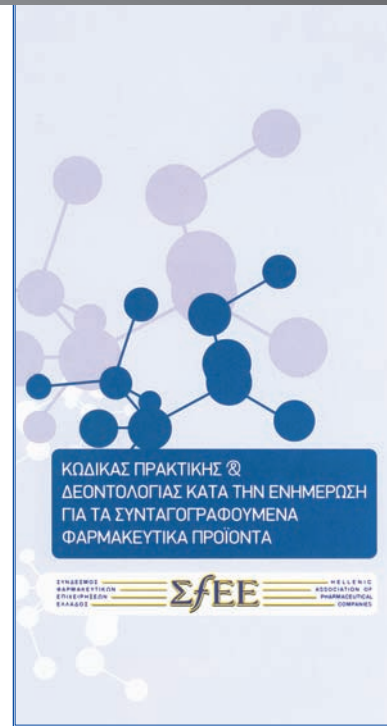
Στα πλαίσια των πρωτοβουλιών που έχει αναλάβει ο **Σ.Φ.Ε.Ε.** για την δημοσιοποίηση του Κώδικα σας αποστέλλουμε Τρίπτυχο στο οποίο παρουσιάζονται συνοπτικά οι βασικές ενότητες και το περιεχόμενό του. Με αυτό τον τρόπο επιδιώκουμε να καταστήσουμε όλους εσάς κοινωνούς των αρχών και των στόχων μας.

Παράλληλα ο ΣΦΕΕ εκδίδει ειδικό έντυπο με το πλήρες κείμενο του Κώδικα το οποίο διατίθεται από τα γραφεία μας, τις εταιρίες - μέλη μας, και μέσω της ιστοσελίδας μας **HYPERLINK** "<http://www.sfee.gr>

Σας ζητούμε να βοηθήσετε στην εφαρμογή του Κώδικα Δεοντολογίας που καθορίζει το πλαίσιο των επαγγελματικών σχέσεων μεταξύ των επιστημόνων υγείας και των φαρμακευτικών επιχειρήσεων.

Με ιδιαίτερη τιμή,

Διονύσιος Σπ. Φιλιώτης
Πρόεδρος ΔΣ



ΤΟ ΤΑΞΙΔΙ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΜΕ ΣΥΝΕΠΙΒΑΤΕΣ ΤΟ ΧΑΜΟΓΕΛΟ ΚΑΙ ΤΟ ΓΕΛΙΟ

Μια επιτυχημένη ομιλία πρέπει να είναι όπως μια γυναικεία φούστα. Μάξι τόσο, ώστε να καλύπτει το θέμα, και Μίνι τόσο ώστε να προκαλεί την επιθυμία να παρακολουθήσει κανείς το θέμα.

Άλλωστε ο Πυθαγόρας είχε πει: Μη λέγεις λίγα σπουδαία πράγματα, μέσα σε πολλά λόγια, αλλά μέσα σε λίγα λόγια πολλά σπουδαία πράγματα.

Ο συγγραφέας του βιβλίου με τίτλο «Η τεχνική των ομιλιών» ο *Gordon Bell*, συμβουλεύει στους ομιλητές:

«Εξασφαλίστε ότι οι ακροατές σας αποκομίζουν κέρδος, σε αντάλλαγμα του χρόνου που σας αφιερώνουν».

Αγαπητοί μου φίλοι και φίλες, σας ευχαριστώ για την ζεστή και ευγενική σας παρουσία και όπως τα αντισταθμιστικά οφέλη «μου δίνεις σου δίνω», θεωρώ ότι το κέρδος που θα αποκομίσετε είναι δεδομένο, διότι και μόνον ότι το θέμα ασχολείται με το χαμόγελο και το γέλιο, δεν θα χρειασθεί να δείτε το ρολόι σας και το τολμώ να προδικάσω, ότι εξασφαλίζει το θερμό σας χειροκρότημα, ως επισφράγισμα του κέρδους που θα αποκομίσετε.

Πριν προχωρήσω να αναπτύξω την σημερινή μου ομιλία, θέλω να είμαι απόλυτα σαφής και να τονίσω, ότι η προσπάθεια όλων όσων ασχολούνται με το χαμόγελο και το γέλιο, δεν είναι να μετατρέψουν τις κοινωνίες σε ένα χαζοχαρούμενο συνοθύλευμα. Αντίθετα η προσπάθεια εστιάζεται στο να βρεθεί ισορροπία ανάμεσα στην δυνατότητα του να γελάει και στην δυνατότητα του να αντιμετωπίζει τις καταστάσεις με πραγματικά. Όλοι λοιπόν συμφωνούν ότι το γέλιο είναι αποδοτικό φάρμακο. Δεν είναι πολυτέλεια, είναι ανάγκη ζωής. Το γέλιο φέρνει τους ανθρώπους πιο κοντά και αυτό είναι μία σημαντική προσφορά του.

Στην εφημερίδα **ΤΟ ΒΗΜΑ**, πρόσφατα, στη σελίδα **ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΚΑΙ ΖΩΗ** η Βραζιλιανά Βιολόγος *ΣΙΛΒΙΑ ΚΑΡΝΤΟΖΟ* έγραφε: «*Γέλιο, το καλύτερο φάρμακο για τον άνθρωπο*».

Εξηγούσε επίσης τις ευεργετικές επιδράσεις του γέλιου στην υγεία του ανθρώπου.

Αν μπορούμε να αντιμετωπίσουμε γελώντας μια δύσκολη κατάσταση, τότε σίγουρα μπορούμε να την υπερβούμε.

Η ζωή δεν παύει να είναι διασκεδαστική, ακόμα και όταν κάτι κακό μας συμβαίνει. Όπως δεν παύει να είναι σοβαρή όταν εμείς γελάμε. Δεν κυλάει μόνο με διασκέδαση και παιχνίδι, ούτε αποκλειστικά με φόβο και πόνο. Είναι ένα ταξίδι επιλογών που μπορούμε να κάνουμε όλοι, αρκεί να έχουμε το εισιτήριο της ελπίδας και της αισιοδοξίας, στις αποσκευές μας.

Όπως λέει και η Ποιήτρια *Κική Δημουλά* «Ποτέ δεν ξέρεις τι σου επιφυλάσσει η ελπίδα».

Το γέλιο και το χαμόγελο κατέχουν βασική θέση στο χώρο της προληπτικής ιατρικής (θα το δούμε αυτό στην συνέχεια).

Πρότυπο για την γελωτοθεραπεία είναι τα παιδιά. Όλα τα παιδιά, όλων των φυλών, γελούν έστω και αν έχουν γεννηθεί τυφλά ή με προβλήματα ακοής. Τα παιδιά, εάν ενθαρρυνθούν, δεν σταματούν να γελούν και να χαίρονται όλη την ημέρα. Έτσι η βασική συνταγή περιλαμβάνει την απελευθέρωση του παιδιού που έχουμε μέσα μας, και που συχνά την κρύβουμε.

Όταν το παιδί χαμογελάει, το μόνο που μπορούμε να σκεφθούμε είναι ότι η ζωή αξίζει περισσότερο από όσα τις πιστώνουμε. Τα παιδικά αυθόρμητα γέλια αποκαλύπτουν όλη την φιλοσοφία του γέλιου.

Πρόσφατα ο *Dr Hunter*, με μοναδικό εφόδιο στις αποσκευές του το γέλιο, και 30 ακόμη Κλόουν της ομάδος του, επισκέφθηκαν διάφορες περιοχές της Σρι-Λάνκα, για να προσφέρουν λίγη χαρά κυρίως στα παιδιά, στο νησί αυτό, που πλήγηκε από το γνωστό φονικό τσουνάμι.

Αυτός ο *Dr Hunter*, όταν ήταν πρωτοετής φοιτητής της ιατρικής, χώρισε από τον πρώτο μεγάλο έρωτα της ζωής του και έφτασε πολύ κοντά στην αυτοκτονία. Με δική του πρωτοβουλία εισήχθη σε ψυχιατρική κλινική, όπου θεραπεύτηκε αλλά και διαπίστωσε ότι αυτό που έλειπε από την ζωή των υπολοίπων ασθενών, ήταν η αγάπη, η ανθρώπινη επαφή και το γέλιο.

Ο εκκεντρικός αυτός γιατρός από την Δυτική Βιρτζίνια, έγινε τελικά παγκοσμίως γνωστός. Τα τελευταία χρόνια, πραγματοποιεί ταξίδια σε όλο τον κόσμο, για να δώσει λίγη χαρά σε περιοχές του πλανήτη όπου ο πόνος περισσεύει. Περιόδευσε στην Αφρική, το Αφγανιστάν την Καμπούτζη και πολλές ακόμη χώρες του Τρίτου Κόσμου χωρίς βέβαια μα ξεχνάει τους λιλιπούτειους ασθενείς στις παιδιατρικές κλινικές των Η.Π.Α.

Μελέτη που παρουσιάστηκε στο Συνέδριο του Αμερικανικού Κολεγίου Καρδιολογίας στο Ορλάντο, υποστήριξε, ότι όπως η σωματική άσκηση, έτσι και το γέλιο, κάνει καλό στην καρδιά διότι ενισχύει την καλή λειτουργία των αιμοφόρων αγγείων.

Ο *Conrad Lorenz* είχε παρατηρήσει πολύ σωστά ότι: "Οι σκύλοι που γαβγίζουν, κάποιες φορές δαγκώνουν κιόλας".

Οι άνθρωποι όμως που γελούν, σχεδόν ποτέ δεν θα πυροβολήσουν. Με το γέλιο τους οι άνθρωποι εκφράζουν συναισθήματα και μπορούμε να πούμε ότι γελώντας, δίνουν ήχο στις μύχιες σκέψεις τους

γενικά θέματα

Γελώντας αποκαλύπτουμε την προσωπικότητα μας. Εδώ μου θυμίζει τον καθηγητή μου των μαθηματικών ,ο οποίος έλεγε: "Βήμα ποδός, κεφαλή ανδρός και γέλωι οδόντων, δηλούσι τα περί αυτού".

Ο μεγάλος Ρώσος συγγραφέας *Ντοστογιέφσκι* έχει σημειώσει ότι: «Μπορούμε να καταλάβουμε τον χαρακτήρα κάποιου. Πολύ καλύτερα από το γέλιο του, παρά μέσω μιας βαρετής ψυχολογικής εξέτασης». Και είναι πολλοί οι ψυχολόγοι και ψυχίατροι που συμφωνούν με τον Ρώσο Συγγραφέα...

Είναι γεγονός ότι όταν το γέλιο μοιράζεται, οι άνθρωποι έρχονται πιο κοντά. Οι υγιείς προσωπικότητες αναπτύσσουν και χρησιμοποιούν το χιούμορ με σκοπό την δημιουργία και σύσφιξη των κοινωνικών δεσμών. Το χαμόγελο αποτελεί ένα θαυμάσιο επικοινωνιακό εργαλείο, με το οποίο μπορούν να κτιστούν οι ανθρώπινοι δεσμοί πάσης φύσεως, από επαγγελματικούς ως ερωτικούς.

Σε κοινωνικό επίπεδο τα αυθεντικό αληθινό χαμόγελο αποτελεί ένα δώρο. Ο *Αλεξ. Λουπασάκης*, γιατρός των Αθηνών, ο οποίος ασχολείται με το χαμόγελο και το γέλιο γράφει στο βιβλίο του: «Για τις γυναίκες υπάρχει και μια άλλη πλευρά. Είναι εκπαιδευμένες να χαμογελούν, ακόμα και όταν δεν είναι χαρούμενες. Ο ρόλος τους ως «ειρηνοποιών», απαιτεί να χαμογελούν για να εξομαλυνθούν τα όποια προβλήματα παρουσιάζονται, και πάντα να θυμόμαστε ότι εμείς οι άνδρες, μπορεί να μην χαμογελάμε στον βαθμό που χαμογελάτε εσείς οι γυναίκες όμως κατά μια έννοια, ζούμε για ένα σας χαμόγελο».

Ο *Paul Ekman* και η ομάδα του, είχαν ασχοληθεί με την σχέση αλληλεπίδρασης συναισθημάτων και εκφράσεων του προσώπου. Είχε πει ότι το χαμόγελο θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως "μορφασμός ευτυχίας".

Χρειάζεται να διασκεδάσουμε ότι δυσάρεστο μας συμβαίνει. Συνήθως έχουμε δυο επιλογές: η να αφήσουμε να μας ενοχλήσει κάτι, ή να γελάσουμε με αυτό. Όταν μπορέσουμε να γελάσουμε, η ενόχληση και η ανησυχία μας παύει, και η ένταση του προβλήματος εξασθενεί. Έτσι το αντιμετωπίζουμε με περισσότερη επιτυχία".

Η λέξη χιούμορ παραμένει (διεθνώς) αμετάφραστη. Ετυμολογικά όμως η λέξη χιούμορ (*Humor*) έχει τις ρίζες τις στην Ελληνική λέξη χυμός. Χαρακτηριστικά οι Αγγλοσάξονες συνήθιζαν να λένε για κάποιον δύστροπο (He is in a bad humor).

Ο *Dr James Carroll* ερευνητής στο **Central Michigan University**, θεωρεί ότι οι υγιείς άνδρες έχουν λεπτό χιούμορ, ενώ οι υγιείς γυναίκες ερωτικό.

Εν ολίγοις με το χιούμορ επιτυγχάνουμε τη διατήρηση της χαράς στην ζωή μας.

Η σχέση ενός λαού με το γέλιο είναι σημαντικός δείκτης καλλιέργειας και πολιτισμού.

Η σχέση των Ελλήνων με το γέλιο είχε εξελιχθεί τόσο πολύ, που το γέλιο χρησιμοποιήθηκε ως μέσο για την διάδοση ιδεών οι οποίες έχουν αξία διαχρονική και διαπολιτισμική.

Αυτό για παράδειγμα συμβαίνει με τις ιδέες που αναπτύσσονται στις Κωμωδίες του Αριστοφάνη. Ο μεγάλος Έλληνας κωμωδιογράφος, ήξερε πολύ καλά ότι η μόνη γλώσσα που μπορούν όλοι οι άνθρωποι να καταλαβαίνουν το γέλιο.

Ας επεκτείνουμε λίγο την εμβέλεια μας, και ας δούμε τι συμβαίνει σε άλλα σημεία της γης, ανεξάρτητα αν εμείς οι Ορθόδοξοι Χριστιανοί δεν υιοθετούμε κάποιες παράξενες παραδόσεις και εκδηλώσεις.

Η εβραϊκή θρησκεία, θεωρεί ότι η χαρά είναι η διάθεση που αξίζει να συνοδεύει την ύπαρξη του ανθρώπου.

Το Χασιδικο κίνημα, είναι μία εβραϊκή αίρεση που δημιουργήθηκε κατά την διάρκεια του 18^ο αιώνα στην Πολωνία.

Το κίνημα αυτό δημιούργησε ένα τρόπο ζωής ,στο πλαίσιο του οποίου, η χαρά ήταν από τα πιο σημαντικά στοιχεία, σε αντίθεση με την λύπη και την κατάθλιψη, οι οποίες θεωρούντο, αν όχι μεγάλες αμαρτίες τουλάχιστον σημεία κάποιου πνευματικού λάθους. Ισχύει δε στο κίνημα αυτό: Υπήρέτση τον Θεό με χαρά.

Το περιοδικό *Times* δημοσίευσε ένα αφιέρωμα με τίτλο: «**Laughing for the Lord**» (που σημαίνει γελώντας για τον Κύριο). Αναφέρεται δε το περιοδικό times σε ένα χώρο που ονομάζεται «Airport Christian Fellowship». Δηλαδή μια χριστιανική Αδελφότητα. Στο χώρο αυτό οι πιστοί γελούν μέχρι δακρύων πέφτουν κάτω ,χτυπιούνται και συγχρόνως δοξάζουν τον Θεό. Σύμφωνα με τα λεγόμενα των ανθρώπων που ανήκουν σε αυτή την εκκλησία η παρουσία του Αγίου πνεύματος, βιώνεται μέσω του γέλιου ,που όλοι μαζί μοιράζονται.

Είναι το λεγόμενο «**Αγιο Γέλιο**» που εφήρμοσε πρώτος ο Howard Brown σε μια εκκλησία στη Νότιο Αφρική. Από εκεί αυτή η πρακτική μετανάστευσε στο Toronto όπου έγινε ευρύτερα γνωστή.

Ο *Howard Brown* θεωρείται χαρισματικό άτομο. Αφού πρώτα ζεσταίνει την ατμόσφαιρα χρησιμοποιώντας χιούμορ, ξαφνικά οι πιστοί, ξεσπούν σε γέλια, ενώ ο ίδιος, τους ενθαρρύνει εξακολουθώντας να γελάει.

Επίσης στην πόλη Viochi της Ιαπωνίας, εφαρμόζεται γιορτή γέλιου. Για τους κατοίκους της πόλεως αυτής αποτελεί ολοήμερη εκδήλωση αφιερωμένη εξολοκλήρου στο γέλιο και στον χορό. Αυτός που δεν συμμετέχει θεωρείται τουλάχιστον αδαής.

Μια Ινδιάνικη φυλή η *Papago* χρησιμοποιεί το γέλιο ενταγμένη στην θεραπευτική πρακτική.

Οι Εσκιμώοι της Γροιλανδίας, συνηθίζουν να λύνουν τις διαφορές τους με μονομαχίες γέλιου. Οι

γενικά θέματα

αντιμαχόμενοι κάθονται ο ένας απέναντι στον άλλον. Όποιος κατορθώσει να κάνει τους υπόλοιπους να γελάσουν περισσότερο, κερδίζει τον αγώνα.

Στις Ινδίες τώρα υπάρχει ένα μικρό κρατίδιο, που το παράδειγμα του μπορεί να μας δείξει την δύναμη του γέλιου. Την είδηση αυτή την είχε γράψει η εφημερίδα **TA NEA** την 11 Μαρτίου 1999. Ο **Νατζούντα Σουάμι** επινόησε το 1992 «γελαστή διαμαρτυρία». Οι καταλήψεις τα κλεισίματα των δρόμων, η άρνηση καταβολής φόρων, είχαν απλώς οδηγήσει σε συλλήψεις και τραυματισμούς αγροτών.

Προσέξτε τι σκέφθηκε και τι έκανε αυτός ο Σουάμι. Συγκέντρωσε 50.000 χωρικούς, κάτω από τα γραφεία της κυβέρνησης του Ομόσπονδου Ινδικού Κρατιδίου Κάρνα Τάκα και επί μια ολόκληρη ημέρα 50.000 άνθρωποι γελούσαν με την κυβέρνηση. Η αστυνομία δεν μπορούσε να κάνει τίποτα. Μερικές ημέρες αργότερα η κυβέρνηση παραιτήθηκε. «Το γέλιο μπορεί να γίνει ένα πολύ ισχυρό όπλο εναντίον μιας κυβέρνησης», τονίζει ο Σουάμι και συνεχίζοντας η εφημερίδα **TA NEA** έγραφε: Αν νομίζετε ότι ο **Νατζούντα Σουάμι** είναι κάποιος αγρότης θα διαψευσθείτε: «ο καθηγητής Συνταγματικού Δικαίου και πρώην βουλευτής του Κρατιδίου Κάρνα Τάκα των Ινδίων Νατζούντα Σουάμι 62 χρονών, έχει φυλακιστεί επανειλημμένα εξαιτίας των αγώνων του υπέρ φτωχών αγροτών».

Να λοιπόν ο Καθηγητής του Συνταγματικού Δικαίου εφηύρε μια ειρηνικότερη λύση, αντί τρακτέρ στους δρόμους με τις γνωστές συνέπειες. Λέτε να μας έλθει και εδώ η μόδα. Αλλά μακριά είναι οι Ινδίες. Καμήλες έχουν εκεί, ώσπου να φθάσουν εδώ στο Μαξίμου, την βγάζουμε την Τετραετία. Χιούμορ κάνουμε, παρακαλώ να μην γραφτεί στα πρακτικά. Έχουμε ήδη παρατηρήσει ότι σε μια κοινωνική συγκέντρωση το γέλιο όχι μόνο επιτρέπεται αλλά επιβάλλεται.

Τις θεραπευτικές ιδιότητες του γέλιου έκανε γνωστές στο ευρύ κοινό ο **Norman Consins**, εκδότης και δημοσιογράφος του εντύπου **Saturday Review**. Ο ίδιος έπασχε από μια σοβαρή νόσο του κολλαγόνου. Στο βιβλίο του, **Anatomy of an illness**, (ανατομία από μια ασθένεια), περιγράφει όσα κατάφερε με εργαλεία του, το γέλιο, το χιούμορ και την βιταμίνη C.

Ο **Consins**, όταν διάβασε το βιβλίο του Hans Selye με τίτλο «**The stress of life**» σχετικά με τις αντιδράσεις του οργανισμού στο στρες, οδηγήθηκε σε κάποια συμπεράσματα:

Σκέφθηκε ότι αφού το στρες και τα αρνητικά συναισθήματα επιδρούν με τρόπο επιβαρυντικό για τις λειτουργίες του οργανισμού, θα έπρεπε τα θετικά συναισθήματα να επενεργούν ευεργετικά. Αφού το γέλιο φέρνει στην επιφάνεια συναισθήματα (όπως πίστη, χαρά, και εμπιστοσύνη) υπήρχε περίπτωση να δημιουργηθούν οι κατάλ-

ηλες συνθήκες στον οργανισμό του που θα διευκολύνουν» ανάρρωση του..

Έτσι δια της «εις άτοπον απαγωγής» οδηγήθηκε σε καθημερινή «αγωγή γέλιου» στο πλαίσιο της αυτοθεραπείας του. Διάβαζε οτιδήποτε αστειό (ανέκδοτα, ευχάριστα βιβλία) και έβλεπε κωμωδίες. Τις εμπειρίες του τις κατέγραψε σε δυο βιβλία τα οποία αποτέλεσαν έναυσμα για περαιτέρω έρευνες σχετικά με τις επιδράσεις του γέλιου στον ανθρώπινο οργανισμό. Ο ίδιος μετά την ανάρρωση του πέρασε τα τελευταία χρόνια της ζωής του ως επίκουρος καθηγητής στην ιατρική σχολή του U.C.L.A. Εκεί δημιούργησε την **Ομάδα Δύναμης του Χιούμορ**, που συντόνιζε και υποστήριζε τις κλινικές έρευνες για το γέλιο.

Βέβαια το γέλιο και το χαμόγελο δεν είναι τα μαγικά φάρμακα που θεραπεύουν τους ανθρώπους από τις ασθένειες τους. Αποτελούν όμως θαυμάσια γιατρικά που η φύση μας προσφέρει δωρεάν.

Το γέλιο μας χαλαρώνει και οργανικά και ψυχολογικά.

Το χιούμορ μας δίνει την αίσθηση αισιοδοξίας και ελευθερίας κινήσεων.

Τα μάτια τω ανθρώπων που χαμογελούν, λάμπουν ακόμα και όταν κλαίνε από τα γέλια. Το γέλιο γυμνάζει, οξυγονώνει και συχνά χαλαρώνει τους μύς του προσώπου και όχι μόνον.

Τα τελευταία χρόνια τα πράγματα στον χώρο της υγείας έχουν αρχίσει να αλλάζουν. Οι επιστημονικές έρευνες στον τομέα του γέλιου έχουν ανοίξει διαδρόμους ανάμεσα στα παγόβουνα της σοβαροφάνειας.

Όλοι παραδέχονται ότι το γέλιο ,χαρά και υγεία βρίσκονται στη ίδια ευθεία.

Σε έρευνα που έγινε σχετικά με την χρησιμοποίηση του χιούμορ στα νοσοκομεία καταγράφηκαν τα εξής συμπεράσματα :

α) Το 80% των ασθενών θέλει το νοσοκομειακό προσωπικό να γελά.

β) Το 83 % των ασθενών επιθυμεί ,οι νοσοκόμες να τους βοηθούν να γελούν.

γ) Επίσης το 83% των ασθενών πρεσβεύει ότι το γέλιο τους βοηθά να ξεπερνούν τις δύσκολες στιγμές .

δ) Το 91% των ασθενών δεν συμφώνησε πως ,όταν οι νοσοκόμες γελούν, αδιαφορούν προς τον πόνο τους. Αντιθέτως όταν οι νοσοκόμες ή ένα team Ιατρών μπαίνουν στον χώρο των ασθενών με χαμόγελο οι ασθενείς γίνονται πιο γρήγορα καλά.

Πολλά νοσοκομεία στην Ευρώπη και στην Αμερική διαθέτουν χώρους ειδικά διαμορφωμένους για την διασκέδαση των ασθενών. Διοργανώνουν χιουμοριστικές παραστάσεις, προβάλλουν διασκεδαστικές ταινίες και διαθέτουν στην βιβλιοθήκη τους ευχάριστα και κωμικά βιβλία.

Σημαντική είναι επίσης η δουλειά του **Dr Robert Holden** στις αρχές τις δεκαετίας του 90', ο οποίος ίδρυσε κλινική γέλιου στο Birmingham της Μεγάλης Βρετανίας , στο πλαίσιο του εκεί εθνικού

γενικά θέματα

συστήματος υγείας .

Στην Σουηδία η ομάδα γιατρών "Medicul A.B" με χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ίδρυσε το «**τρένο του Χιούμορ**» σε διάφορα νοσοκομεία της Σουηδίας και προσφέρει τις ιαματικές υπηρεσίες του στους νοσηλευόμενους.

Ο Ρωσικής καταγωγής **Yuri Olsanki** δημιούργησε στην Ιταλία την «**Soccorzo Clown**». Οι **Clown-γιατροί**, μια υπηρεσία που εκπαιδεύει και διαθέτει γιατρούς Κλόουν. Οι **Clown-γιατροί** επισκέπτονται τα νοσοκομεία και μοιράζουν το γιατρικό του γέλιου σε όσους το έχουν ανάγκη .Ιδίως στα παιδιά. Ο Ρώσος **Yuri** λέει για αυτή του την προσπάθεια: Στόχος μας δεν είναι να βγάλουμε το γέλιο, αλλά να βγάλουμε την ασθένεια από το μυαλό, έστω και για λίγες στιγμές.

Στην άλλη πλευρά του κόσμου, στην Ινδία ο γιατρός **Madan Kataria** έχει οργανώσει ομάδες ανθρώπων και εφαρμόζει την θεραπεία του γέλιου με απόλυτη επιτυχία.

Είναι πολλοί οι γιατροί, οι οποίοι μέσα από την ενασχόληση τους με τις ευεργετικές επιδράσεις του γέλιου στους ασθενείς, ωθήθηκαν να αφιερώσουν ένα σημαντικό μέρος των προσπαθειών τους στην μετάδοση γνώσεων και εμπειρίας στους φοιτητές της Ιατρικής.

Πολύ γνωστός για αυτή του την προσπάθεια είναι ο **Dr Clifford Kuhu**, καθηγητής ψυχιατρικής στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου του Λουισβίλτης Η.Π.Α. Ο **Dr Clifford**, με την βοήθεια του κωμικού Τζέρι Λούις έχει από το 1955 έως 1997 διδάξει στους φοιτητές και στο διδακτικό προσωπικό των κυριότερων Ιατρικών Σχολών των Η.Π.Α το σοβαρότατο μάθημα του γέλιου

Στο περιεχόμενο του μαθήματος αυτού περιλαμβάνεται η βασική φιλοσοφία του χιούμορ, η επίδραση του χιούμορ στο νοσηλευτικό προσωπικό, στους γιατρούς και φυσικά στους ασθενείς. Έχει διδάξει τεχνικές για την αντιμετώπιση με χιούμορ των προβλημάτων υγείας.

Είναι λοιπόν πολύ σημαντικό να αρχίσει να αλλάζει και η αντιμετώπιση των ανθρώπων που πάσχουν, σε σχέση με το χιούμορ και το γέλιο. Σίγουρα κανένας μας δεν θέλει να είναι ασθενής. Όμως από την στιγμή που η ασθένεια εκδηλωθεί, οι πιθανότητες για ταχύτερη ανάρρωση και θεραπεία αυξάνονται, όταν ο γιατρός και η νοσοκόμα αντιμετωπίζουν αυτό το πρόβλημα με χαμογελαστή έκφραση, έκφραση που φανερώνει κατανόηση για τον ασθενή και το πρόβλημα του. Δεν πρέπει να φοβόμαστε μήπως το χαμόγελο του γιατρού τον κάνει να ξεχάσει τις ιατρικές του γνώσεις. Ούτε φυσικά πρόκειται να μειώσει τις θεραπευτικές του ικανότητες. Συγχρόνως πρέπει να θυμόμαστε ότι το γέλιο και το χιούμορ δεν «θυμώνουν» την ασθένεια περισσότερο. Σίγουρα η ασθένεια δεν θα εκδικηθεί τον ασθενή, επειδή γελά. Το πολύ πολύ να υποχωρήσει μπροστά στην

θέληση του ασθενή για ζωή.

Ο **Michael Pritchard** είχε πει:

«Δεν σταματάς να γελάς επειδή γερνάς. Γερνάς επειδή σταματάς να γελάς»

Παρατηρώντας την ανθρώπινη συμπεριφορά βλέπουμε ότι είναι φορές που το γέλιο εκφράζει κάποιο " αίσθημα ανωτερότητας "

Το γέλιο φέρνει τους ανθρώπους πιο κοντά.

Η αγάπη, το γέλιο και η ενεργητικότητα είναι τα τρία μεγαλύτερα βραβεία της ζωής.

Μπορεί στην ζωή μας να έχουμε καλές ή κακές στιγμές. Όσο περισσότερο απολαμβάνουμε τις ωραίες στιγμές μας, τόσο καλύτερα θα αντέξουμε και στις δύσκολες.

Αξίζει να δοκιμάσουμε το χαμόγελο ,όταν υποφέρουμε είτε σωματικά είτε ψυχολογικά. Ακριβώς σε τέτοιες περιπτώσεις είναι που η δύναμη του χαμόγελου είναι εμφανής.

Όταν το χαμόγελο «σβήνει» ας αφήσουμε να περάσουν μερικά λεπτά και ας το επαναφέρουμε στο πρόσωπο μας».

Ας είμαστε σίγουροι ότι με την πρακτική αυτή μόνο θετικά οφέλη θα υπάρξουν.

Ας γίνουμε πλούσιοι σε χαρά, ενώ θα χαρίζουμε το χαμόγελο μας. Πλουτίζουμε σε χαρά την ζωή όταν χαρίζουμε τον πλούτο του γέλιου μας.

Στην διαδρομή της ζωής μας, η σοφότερη επιλογή μας είναι να ζούμε κοντά σε όσους μας αγαπούν και σε εκείνους που αγαπάμε.

Στις σχέσεις επικοινωνίας υπάρχει ένας πομπός και ένας δέκτης. Την αντίδραση του δέκτη πολλές φορές την καθορίζει ο πομπός. Ας γίνει ο καθένας από εμάς μια αφορμή. Ας λειτουργήσουμε ως πρώτοι πομποί χαμόγελου. Κάποιος πρέπει να κάνει την αρχή. Ας είμαστε εμείς.

Όταν χαμογελάμε σε κάποιον, του στέλνουμε μήνυμα. Αξίζεις το χαμόγελο μου. Συνήθως ο άνθρωπος στον οποίο χαμογελάμε μας χαμογελά. Είναι απόλαυση να νιώθουμε ότι αξίζουμε το χαμόγελο ενός συνανθρώπου μας. Το χαμόγελο διαθέτει όλα τα προσόντα, ώστε ποτέ να μην σβήνει, και συγχρόνως να μεταδίδεται, να είναι αέναο.

Όταν ζητάμε μια εξυπηρέτηση χαμογελαστά, οι άλλοι νιώθουν σαν να είναι υποχρεωμένοι να μας την προσφέρουν. Το χαμόγελο πλουτίζει αυτόν που το δέχεται, χωρίς να φτωχαίνει αυτόν που το δίνει.

Το γέλιο είναι το ωραιότερο άνθος του πολιτισμού γράφει στο βιβλίο του ο **Fild**.

Ο δε **Shakespeare** υποστήριζε «όσο γελάμε τίποτα δεν χάθηκε».

Και το βασικότερο με το οποίο κλείνω:

«Ένα χαμόγελο είναι η πιο κοντινή απόσταση, ανάμεσα σε δυο ανθρώπους.»

Γ. ΑΛΑΤΑΣ

γενικά θέματα

Η ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙ «ΙΗΤΡΩΝ» ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΤΟΥ ΛΑΟΥ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΔΕΚΑΕΤΙΕΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΜΑΣ ΑΝΗΣΥΧΕΙ, ΝΑ ΜΑΣ ΧΑΡΟΠΟΙΕΙ Ή ΝΑ ΜΑΣ ΑΦΗΝΕΙ ΑΔΙΑΦΟΡΟΥΣ;

Κωστής Ν. Καφταντζής
Δ/ντής Ακτινολογικού Εργαστηρίου Γ.Ν. Σερρών

Στον εναρκτήριο χαιρετισμό του στο Πανελλήνιο Διαπανεπιστημιακό Συνέδριο Ακτινολογίας το 1995 στα Πάννενα, ο τότε εκεί περιφερειάρχης, μηχανικός στο επάγγελμα, είχε πει: «Σας ζηλεύω εσάς τους γιατρούς, γιατί ο κόσμος σας αποκαλεί «γιατρέ μου», όπως τους στρατηγούς (στρατηγέ μου), ενώ εμένα ποτέ δε με αποκάλεσαν «μηχανικό μου». Έβγαζε ένα παράπονο από τη μια και ένα υπονοούμενο, από την άλλη, ότι, τάχα, ο κόσμος μας σέβεται εμάς τους γιατρούς και ότι μας θεωρεί κάτι σπουδαίο, αλλά και οικείο συνάμα.

Πράγματι, πριν πολλά χρόνια, την άκουγα κι εγώ αυτήν την προσφώνηση, όλο και σπανιότερα με την πάροδο των χρόνων. Την άκουγα, εννοώ, να την λένε σε γιατρούς πολύ πριν εγώ γίνω γιατρός. Μετά, αφού έγινα γιατρός, την άκουγα πολύ σπάνια κι επειδή στα πρώτα μου βήματα ως πτυχιούχος της ιατρικής υπηρετούσα στο στρατό, όπου δεν ήμουν γιατρός, αλλά «βοηθός αιμοδοσίας και ανανήψεως», δεν περίμενα να ακούσω τέτοια τιμητική προσφώνηση, παρά κωλόψαρο, κωλοφάνταρο, νεούλι, ψοφίμι, ψαροκασέλα και τέτοια... όχι από το λαό, αλλά από κατώτερους κι ανώτερους αξιωματικούς ή από συναδέλφους (εν όπλοις) παλιότερους από μένα.

Έλα όμως που κάποια στιγμή χρειάστηκε να με κάνουν γιατρό για να καλύψω το κενό που είχε δημιουργηθεί σε ένα γειτονικό τάγμα, από όπου έφυγε ο γιατρός κι έπρεπε να υπάρχει κάποιος στο πόστο του. Το «ιατρικό ινστιτούτο» που θα με χαρακτήριζε γιατρό βρισκόταν σε ένα κεφαλοχώρι κοντά στο τάγμα μου, όπου υπήρχαν πολλοί γιατροί και το είδος ήταν

κάτι κοινό για τους ντόπιους. Ο επιτετραμένος προξενητής του χωριού στάμπαρα στο καφενείο τους «ελεύθερους» και κανόνιζε διάφορα προξενιά. Η πρώτη επαφή του με τον υποψήφιο πεθερό γινόταν στο καφενείο κι εμείς, στα διπλανά τραπέζια, είχαμε γίνει πολλές φορές μάρτυρες προξενητικών συζητήσεων. Σε μια από αυτές ο προξενητής είχε απέναντι του τον πιο πλούσιο του χωριού και προσπαθούσε να τον πείσει ότι ένας γιατρός (που σήμερα είναι καθηγητής χειρουργικής) ήταν πολύ καλή περίπτωση για τη θυγατέρα του, εμφανίσιμος, ευκατάστατος, μορφωμένος κλπ. «Και με τι ασχολείται ο υποψήφιος;» ρωτάει ο πεθερός, «είναι γιατρός» απαντάει ο προξενητής. Ο πεθερός ξεραίνεται στα γέλια κι ο προξενητής μένει να χάσκει. «Γιατί γελάς;» ρωτάει. «Ρε συ, δόκιμος μας τη γύρεψε και δεν του τη δώσαμε, σε γιατρό θα τη δώσουμε;». Άγαλμα ο προξενητής, άγαλμα κι οι λαθρακουστές από τα γύρω τραπέζια. Ήταν τότε που συνειδητοποίησα ποιο είναι το κύρος των γιατρών στη συνείδηση του κόσμου. Και δεν έπεσα έξω, καθημερινά επιβεβαιώνομαι.

Είμαι στον 29^ο χρόνο της καριέρας μου και πολύ-πολύ σπάνια ακούω το γιατρέ μου στα σοβαρά, πολύ συχνά όμως μεταξύ φίλων, συναδέλφων ή μη. Ακόμη απορώ για το φθόνο του περιφερειάρχη. Πού πήγε αυτή η εκτίμηση κι σεβασμός των ανθρώπων προς το γιατρό; Συχνά κάθομαι και το σκέφτομαι, ειδικά όταν κάποιος πολύ ευγενικοί ασθενείς μου ή συνοδοί τους μου αποδεικνύουν την παντελή απουσία σεβασμού και εκτίμησης. Προχθές, λοιπόν, που κάποιος μου πέταξε κατάμουτρα «άντε

γενικά θέματα

και γ...σου ρε κ...λόγιατρε, εγώ σε πληρώνω», έκατσα και έγραψα τις σκέψεις μου.

Οι γιατροί τα τελευταία χρόνια έγιναν πάρα πολλοί, ενώ παλιότερα ήταν ελάχιστοι και εξ αυτού το δέος. Σήμερα σε κάθε οικογένεια υπάρχει κι ένας, τουλάχιστο, γιατρός, οπότε το «είδος» έχει ευτελιστεί αφ' εαυτού (ουκ εν τω πολλώ το ευ αλλά εν τω ευ το πολύ).

Οι ιατρικές σπουδές έχουν υποστεί ποιοτικές μεταβολές, οι οποίες αφήνουν το ανεξίτηλο σημάδι τους στους νέους γιατρούς, όπως το «κούλικο στο στήθος σου τατού, που όσο κι αν το καις δε λέει να σβήσει» και συνοψίζεται στο να αντιμετωπίζει τον ασθενή σαν περιστατικό κι όχι σαν προσωπικότητα, γιατί αυτό μαθαίνει στο πανεπιστήμιο. Και αυτό το εισπράττει ο κάθε κυρ Γιώργος που τώρα πια έγινε μια απλή «ουρολοίμωξη» ή κάτι περεμφερές. Κι αυτός με τη σειρά του ανταποδίδει «τα του Καίσαρος τω Καίσαρι».

Και το κριτήριο που οδηγεί σήμερα τους υποψήφιους των πανελληνίων να δηλώσουν ιατρική έχει αλλάξει. Στα 9 χρόνια πανεπιστημιακής καριέρας κι άλλα 10 χρόνια που δίδασκα σε φοιτητές (ως γιατρός του ΕΣΥ σε πανεπιστημιακό τμήμα) έκανα πάντα στους νέους φοιτητές μια στατιστική έρευνα για το κίνητρο που τους οδήγησε στην ιατρική.

Το 65% είχαν οικονομικό κίνητρο (ή για να βγάλουν πολλά λεφτά ή για να βρουν γρήγορα

και σίγουρα δουλειά). Το 32% επιθυμούσαν να έχουν το κοινωνικό κύρος των γιατρών. Περισσεύει ένα 3% που ήταν ό,τι μπορεί να φανταστεί ο νους. Το πιο αστείο αλλά και δραματικό ήταν από μια κοπέλα που πήγε στην ιατρική γιατί από μικρή ήθελε να έχει ιατρικό σήμα στο αυτοκίνητο της - φετίχ κι αυτό...

Από τη φουρνιά μου το 1969 (61 άτομα πρακτικό τμήμα στο Αρρένων κι άλλα τόσα περίπου στο Θηλέων) περάσαμε στην ιατρική 4. Από αυτούς όλοι είχαμε διαβάσει «Το κάστρο» του Κρόνιν και τη βρήκαμε κι έτσι στραφήκαμε προς την ιατρική. Άλλο που συνέβη στην ελληνική κοινωνία τα τελευταία χρόνια, είναι η έκπτωση των πολιτιστικών και

πολιτισμικών αξιών. Αυτή δεν άφησε ανέπαφους ούτε τους γιατρούς, ούτε τους υπόλοιπους πολίτες. Φυσικά, αν θέλουμε να αναζητήσουμε τα αίτια, θα πρέπει να ανατρέξουμε στο «κεφάλι», γιατί «το ψάρι από το κεφάλι βρωμάει». Πολιτικός κόσμος, τηλεόραση, εκκλησία, εκπαίδευση, έχουν παρουσιάσει τέτοιες μεταβολές που ο σύγχρονος νεοέλληνας, σε επίπεδο κουλτούρας, καμιά σχέση δεν έχει με τον παππού ή τη γιαγιά του. Δεν μπορώ να αφήσω απ' έξω το όλο και πιο μεγάλο ποσοστό των επίορκων ιατρών, οι οποίοι όμως φαίνονται, καθότι τα «κανάλια» μ' αυτούς ασχολούνται και στην «κοινωνία της πληροφορίας» περισσότερη ισχύ έχει η εύληπτη παρουσίαση από την κριτική σκέψη. Κανένας τηλεθεατής, αλλά και κανένας δημοσιογράφος, δεν ασχολείται με το πόσοι στους εκατό είναι οι επίορκοι, αλλά με το τι κάνουν αυτοί κι όχι εκείνοι που ακόμη τιμούν τον όρκο τους και τον σέβονται.

Εδώ θα σας διηγηθώ ακόμη μια ιστορία από την πολύχρονη εμπειρία μου. Ανήκα κάποτε σε μια συνδικαλιστική παράταξη νοσοκομειακών γιατρών που είχε αρχές αιθεροβαμόνων, όπως κι εγώ. Στα χρόνια που συζητούσαμε για το νομοσχέδιο του ΕΣΥ, είχαμε κάνει μια πρόταση, την εξής:

Άρθρο πρώτο: Όποιος γιατρός του ΕΣΥ συλληφθεί να χρηματίζεται, χάνει την άδεια ασκήσεως επαγγέλματος.

Άρθρο δεύτερο: Όποιος ασθενής συλληφθεί να χρηματίζει γιατρό του ΕΣΥ χάνει το δικαίωμα περίθαλψης από το Δημόσιο.

Η πρόταση έπεσε σα βόμβα και το ακροατήριο πάγωσε. Αμέσως, ο πιο ψύχραιμος εκπρόσωπος του «ενός και μοναδικού» σηκώνεται και λέει το αμίμητο: «μέσα σε συνθήκες σκληρού καπιταλισμού εμείς θα προτείνουμε μια σοσιαλιστική όαση;» Το ακροατήριο ξεπάγωσε. Ακολούθησε η ψηφοφορία «κατ' άρθρο» και η πρόταση μας πήρε τρεις ψήφους, γιατί ο τέταρτος της παράταξης μας είχε βγει για κατούρημα. Το σώμα της Γενικής Συνέλευσης αριθμούσε σ' εκείνη την ψηφοφορία 49 άτομα! Δεν μπορώ να πω ότι οι 45 ήταν φακελλάκηδες, αλλά πάλι, δεν είμαι σίγουρος. Ίσως πεθάνω μ' αυτήν την αμφιβολία.

γενικά θέματα

Σοφά Λόγια

Πολλοί νόμισαν ότι κατέκτησαν τον κόσμο, αλλά δεν μπόρεσαν να τον πάρουν μαζί τους.

Η δουλειά μοιάζει με μια μικρή πίτα, που όσο τη δαγκώνεις μεγαλώνει.

Όταν έχεις προβλήματα μην τα σκέπτεσαι. Γιατί ενώνονται με τα προβλήματα του κόσμου και σε βαραίνουν πιο πολύ.

Αφηνε τα προβλήματα για τους άλλους.

Ο κόσμος γύρω σου πάντοτε αλλάζει, και συ γίνεσαι αναγκαστικά άλλος άνθρωπος.

Αν κάποτε καμφθείς στη ζωή, βρεθείς στο κάτω μέρος του κύκλου, κάνε υπομονή, αργά ή γρήγορα ο κύκλος θα γυρίσει.

Αν ποτέ προβληματιστείς για το λόγο της ύπαρξης σου, θυμήσου ότι αυτό είναι απαραίτητο για την ύπαρξη της ανθρωπότητας. Χωρίς εσένα ο κόσμος θα 'ταν αλλιώς.

Ζωή είναι αρκετές διαστημικές πράξεις, προσθέσεως, πολλαπλασιασμού, διαιρέσεως και αφαιρέσεως.

Ο πνευματισμός είναι αντίστροφη κατάσταση του σεξ.

Οι αρχαίοι έλεγαν λίγα και καταλάβαιναν πολλά. Εμείς λέμε πολλά και καταλαβαίνουμε λίγα.

Αν κάποιος σου φέρεται άσχημα, μη βιαστείς να τον επικρίνεις. Περίμενε να δεις στο τέλος, αν θα γελάσεις ή θα κλάψεις μαζί μ' αυτόν.

Η αγάπη είναι κάτι σαν την αγορά. Όσο την κυνηγάς ακριβαίνει κι όσο αδιαφορείς σου παραδίδεται μισοτιμής.

Πολλές φορές τα πόδια έχουν περισσότερη γνώση από το κεφάλι. Γι' αυτό δεν είναι άσχημο να τα ακούμε.

Ο ΕΞΥΠΝΟΣ ΠΑΡΑΔΕΧΕΤΑΙ

Ο ΠΟΝΗΡΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΕΙΤΑΙ

Ο ΗΛΙΘΙΟΣ ΕΠΙΜΕΝΕΙ

ΟΙ ΜΕΓΑΛΟΙ ΑΣΧΟΛΟΥΝΤΑΙ ΜΕ ΙΔΕΕΣ

ΟΙ ΜΕΣΑΙΟΙ ΜΕ ΤΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ


ΟΙ ΜΙΚΡΟΙ ΑΣΧΟΛΟΥΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ

Ιατρικά Θέματα

απο την δραση του συλλογου μας

Επιστημονικές εκδηλώσεις

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΕΡΡΩΝ
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ - ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ
ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΣΕΡΡΩΝ



ΗΜΕΡΙΔΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β
ΧΩΡΟΣ, ΣΗΜΕΡΑ, ΑΥΡΙΟ

23 ΜΑΪΟΥ 2007 ΟΡΑ: 19:15
ΣΕΡΡΕΣ - ΦΙΛΙΠΠΟΣ ΚΕΝΑ HOTEL

GILEAD

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ

«Η σύγχρονη θεραπευτική προσέγγιση του υπετασικού ασθενούς υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου»

Τετάρτη 24 Ιανουαρίου 2007, ώρα 19:30
Σέρρες, Αίθουσα «ΕΜΜΕΛΕΙΑ»

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΓΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ

30 Μαΐου 2007
Αίθουσα ΕΜΕΛΕΙΑ
Ώρα 21.00
ΣΕΡΡΕΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΣΕΡΡΩΝ



XXVI
Υπερτασικές Ημέρες
Σύγχρονες Εξελίξεις στην Αρτηριακή Υπέρταση

11 - 12 Μαΐου 2007
Ξενοδοχείο "Σενία", Σέρρες

ΑΘΛΗΤΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΚΥΠΡΟΥ & ΑΘΛΗΤΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΛΛΑΔΟΣ

6ο ΕΛΛΑΔΟ-ΚΥΠΡΙΑΚΟ ΑΘΛΗΤΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ & 2ο ΠΑΓΚΥΠΡΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΘΛΗΤΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΚΥΠΡΟΥ



26, 27 & 28 Οκτωβρίου 2007
ΟΛΥΜΠΙΑΚΟ ΜΕΓΑΡΟ
Λευκωσία - Κύπρος

Υπό την Υψηλή Προστασία του Προέδρου της Κυπριακής Δημοκρατίας
Υπό την Αιγίδα των: Υπουργείου Παιδείας & Πολιτισμού, Υπουργείου Υγείας Κύπρου, Υπουργείου Αθλητισμού Ελλάδας, Ευρωπαϊκή Αθλητιατρική Ομοσπονδία (E.A.S.O.), Ευρωπαϊκή Αθλητιατρική Ομοσπονδία (E.F.S.M.A.), Κ.Ο.Α., Κ.Ο.Ε., Παγκύπριο Ιατρικό Συλλόγου, Δήμος Λευκωσίας

Το συνέδριο χορηγείται με αίτημα I.S.E.

Α' Ανακοίνωση

www.cancer-society.gr

Πανελλήνιο Αντικαρκινικό Συνέδριο

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

50 χρόνια

28 Νοεμβρίου - 2 Δεκεμβρίου 2007
Ξενοδοχείο Hilton - Αθήνα

Υπό την Αιγίδα:

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
INTERNATIONAL UNION AGAINST CANCER (UICC)

Α' ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

απο την δραση του *συλλογου* μας

Αλληλογραφία

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΣΕΡΡΩΝ

Αγαπητέ Συνάδελφε,

Επειδή δεν ανταποκριθήκατε σε προηγούμενες υπενθυμίσεις για τακτοποίηση οφειλών σας στον Ιατρικό Σύλλογο σας ενημερώνουμε για τελευταία φορά! Μη τακτοποίηση εντός μηνός από τη λήψη της παρούσης επίκειται διαγραφή σας από τον Ιατρικό Σύλλογο με όλες τις συνέπειες για εσάς. Λυπόμαστε για το ύφος της επιστολής αλλά και εμείς λογοδοτούμε και γινόμαστε αποδέκτες σχολίων και πιέσεων.

Για το Δ.Σ.
Ο Πρόεδρος
ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΜΑΚΡΙΔΗΣ

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ

Αθήνα 17.4.07

κ. Μακρίδη Παναγιώτη
ΣΕΡΡΕΣ

Αγαπητέ κύριε Πρόεδρε,

Σε απάντηση του με αριθμ. πρωτ. 178/3.4.07 εγγράφου σας, σας αποστέλλουμε γνωμοδότηση του νομικού μας συμβούλου προς ενημέρωσή σας.

Πάντοτε στην διάθεσή σας
Με συναδελφικούς χαιρετισμούς

Ο Πρόεδρος Ο Γεν. Γραμμ.
Δρ. Εμμανουήλ Καλοκαιρινός Δρ. Σταμάτιος Πίνης

ΧΑΡΗΣ Τ. ΠΟΛΙΤΗΣ
ΔΙΚΗΓΟΡΟΣ ΣΕ Α.Π. Σ.Τ.Ε.
Δρ. ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ
ΑΝ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ F.E.S.E.
BRITNNAU, SWITZERLAND

Λογιστική τακτοποίηση ΑΠΥ των γιατρών που αφορούν έσοδα επόμενης χρήσης

γιατί δεν εισπράχθησαν από τα ασφαλιστικά ταμεία

Χρόνος απόκτησης των αμοιβών των γιατρών που συμβάλλονται με ασφαλιστικά ταμεία θεωρείται εκείνος κατά το οποίο οι δικαιούχοι έλαβαν γνώση της έκδοσης των χρηματικών ενταλμάτων πληρωμής ή έλαβαν την σχετική βεβαίωση αμοιβών, στην οποία υποχρεωτικά αναγράφεται το σύνολο των χρηματικών ενταλμάτων που εκδόθηκαν στο όνομα τους και το συνολικό ποσό των δικαιουμένων αμοιβών, χωρίς να εξετάζεται ο χρόνος έκδοσης του στοιχείου προς τα ασφαλιστικά ταμεία.

Στην πράξη, οι γιατροί για να εισπράξουν την αμοιβή τους εκδίδουν το στοιχείο αξίας (ΑΠΥ) προς τα ασφαλιστικά ταμεία, με την υποβολή των δικαιολογητικών και όχι στον οριζόμενο από τον ΚΒΣ, δηλαδή κατά τον χρόνο εισπραξης-καταβολής της αμοιβής.

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

Αθήνα, 16.04.2007

Προς
Κ. Μανώλη Καλοκαιρινό
Πρόεδρο Π.Ι.Σ.

ΓΕΝ. 821 / 16.04.2007.

ΣΧΕΤ. Το με αρ. πρωτ. 178/3.4.2007 έγγραφο Προέδρου Δ.Σ. Ιατρικού Συλλόγου Σερρών.

ΘΕΜΑ: Γιατρός και αν μπορεί να συμμετέχει σε ιατρικές εταιρείες. Ο Πρόεδρος του Δ.Σ. του Ιατρικού Συλλόγου Σερρών αναφέρει τα εξής: «Θα θέλαμε να μας ενημερώσετε εγγράφως αν κάποιος ιατρός μπορεί να συμμετάσχει ως εταίρος σε εμπορική και όχι ιατρική εταιρεία, είτε ΑΕ ή ΕΠΕ ή ΟΕ. Αν υπάρχει τέτοια περίπτωση, ποιας μορφής θα πρέπει να είναι η εταιρεία αυτή και με ποιόν τρόπο μπορεί να είναι επιτρεπτή η συμμετοχή του ιατρού».

Σύμφωνα με αρθρ. 6 παρ. 1 Ν. 3418/2005, «Ο ιατρός μπορεί να ασκεί άλλο επάγγελμα ή επαγγελματική δραστηριότητα εφόσον δεν παρεμποδίζεται η ευσυνείδητη άσκηση της ιατρικής και δεν θίγεται η αξιοπρέπεια του ως ιατρού». Αυτά υπό την επιφύλαξη του αρθρ. 6 παρ.4 του ίδιου νόμου, στο οποίο αναφέρεται «Απαγορεύεται στον ιατρό να εξυπηρετεί, να εξαρτάται ή να συμμετέχει σε επιχειρήσεις που παρασκευάζουν ή εμπορεύονται φάρμακα ή υγειονομικό υλικό ή να διαφημίζει και να προβάλλει αυτό, με οποιονδήποτε τρόπο. Οι περιορισμοί αυτοί δεν αποκλείουν τη δυνατότητα σύναψης διαφανών και συγκεκριμένων σχέσεων εργασίας με επιχειρήσεις που παρασκευάζουν φάρμακα ή υγειονομικό υλικό στους ιατρούς που εκ νόμου έχουν τη δυνατότητα αυτή».

Αν, επομένως, δεν αντίκειται στο πνεύμα του αρθρ. 6 παρ. 4 έχει το δικαίωμα ο γιατρός συμμετοχής σε εταιρεία, ανεξαρτήτως του είδους της (Α.Ε., Ε.Π.Ε., Ο.Ε.).

Στη διάθεσή σας
για κάθε περαιτέρω διευκρίνιση.

Έτσι πολλές φορές συμβαίνει το έσοδο να δημιουργείται κατά την επόμενη χρήση από την έκδοση του φορολογικού στοιχείου, το οποίο όμως έχει καταχωρηθεί στο βιβλίο εσόδων-εξόδων στη χρήση που εκδόθηκε.

Για την λογιστική φορολογική τακτοποίηση της αξίας των ΑΠΥ που εκδόθηκαν και καταχωρήθηκαν στο βιβλίο εσόδων εξόδων της χρήσης που εκδόθηκαν, αλλά δεν εισπράχθηκαν στην ίδια χρήση, είναι δυνατόν με λογιστικό σημείωμα να γίνει εγγραφή τακτοποίησης και να μεταφερθεί με ημερομηνία 31/12 η αξία των αποδείξεων αυτών από τη στήλη των εσόδων (αρνητική καταχώρηση) σε χωριστή στήλη «Έσοδα επόμενης χρήσης».

Στο βιβλίο εσόδων εξόδων της επόμενης χρήσης καταχωρείται σε χωριστή στήλη «Έσοδα προηγούμενης χρήσης» η αξία των αποδείξεων αυτών προκειμένου να φορολογηθούν στην χρήση που πράγματι εισπράχθηκαν -Σχετ.Εγγρ. 1079447/2068/Α0012/6-12 2004.

ΕΦΥΓΑΝ ΑΠΟ ΚΟΝΤΑ ΜΑΣ...



ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΧΑΤΖΗΔΗΜΗΤΡΙΟΥ (1914-2007) **ΙΑΤΡΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΟΣ**

Γεννήθηκε στις Σέρρες, στις 16 Μαΐου του 1914, το μικρότερο από τα τέσσερα παιδιά του Γεωργίου και της Ευπραξίας Χατζηδημητρίου. Είχε τρεις αδερφές, την Θωμαΐδα, δασκάλα, την Μαρίκα, μοδίστρα και την Κλεονίκη, νηπιαγωγό.

Τελείωσε το δημοτικό και το γυμνάσιο στον τόπο καταγωγής του και κατόπιν φοίτησε στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών, από όπου αποφοίτησε το 1940. Πήρε την ειδικότητα του χειρουργού ωτορινολαρυγγολόγου.

Με την επιστροφή του στην γενέτειρα του, εργάστηκε ιδιωτικά και παράλληλα ως ιατρός στο ΙΚΑ, έως ότου συνταξιοδοτήθηκε. Για πολλά χρόνια χειρουργούσε περιστασιακά και στο νοσοκομείο Σερρών, ενώ για ένα διάστημα διετέλεσε και μέλος της διοίκησης του νοσοκομείου.

Το 1955, μετά την αποπεράτωση του ιδιόκτητου οικήματος στην οδό Πρίγκηπος Χριστόφορου, λειτούργησε εκεί την ιδιωτική του κλινική και ιατρείο.

Παντρεμένος με την Δήμητρα Μερτζάνη, απέκτησαν μία κόρη, την Ευπραξία (Εφη), πιανίστα μουσικό και διδάκτορα Εθνομουσικολογίας, καθηγήτρια μουσικής στο τμήμα ΤΕΦΑΑ του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου, που έχασαν στα 35 της χρόνια. Έκτοτε, άρχισε να αποσύρεται από την κοινωνική ζωή και τα τελευταία χρόνια επέλεξε να απομονωθεί στο σπίτι του, με μόνη συντροφιά τη σύζυγο, τα εγγόνια του, τα οποία λάτρευε, και τον γαμπρό του.

Έως την τελευταία ημέρα της ζωής του, ήταν υγιής και σε πλήρη διαύγεια πνεύματος. Περνούσε την ημέρα του με την μελέτη βιβλίων ιατρικών, αλλά κυρίως βιβλίων ιστορίας, την ανάγνωση εφημερίδων και με ενημέρωση για ό,τι συνέβαινε στην επικαιρότητα. Έφυγε ήρεμα στον ύπνο του.

Μεγάλη ικανοποίηση αισθανότανε όταν διάφοροι άνθρωποι, από όλες τις περιοχές του νομού, του εκφράζανε την ευγνωμοσύνη τους για την εγχείρηση, διάγνωση, ιατρική βοήθεια που τους προσέφερε, σε δύσκολες περιπτώσεις της υγείας τους. Ακόμη και τώρα, μετά τον θάνατο του, πολλοί είναι αυτοί που επικοινωνούν με την οικογένεια του και έχουν να πουν ένα ευχαριστώ για τον γιατρό τους, πριν πολλά χρόνια, τον «Χατζημήτα», όπως ήτανε γνωστός τότε. Και αυτό είναι μία μεγάλη ηθική δικαίωση για τον γιατρό και άνθρωπο που δεν βρίσκεται πια στη ζωή.

ΕΦΥΓΑΝ ΑΠΟ ΚΟΝΤΑ ΜΑΣ...



ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ ΓΑΛΒΑΣ (1919-2007)

Γεννήθηκε στην Ηράκλεια Σερρών.

Μεγάλωσε στις Σέρρες, με στερήσεις, σε μία άστατη εποχή, στην γειτονιά του Αγίου Δημητρίου.

Στέλνεται στην Βουλγαρία, μαζί με πολλούς άλλους για καταναγκαστική εργασία (ντουρντουβάκης).

Στην Κατοχή (42-43) εγγράφεται στην Ιατρική Σχολή Θεσσαλονίκης και παρακολουθεί μαθήματα στο κτίριο της σημερινής Φιλοσοφικής, όπως και σε κινηματογράφους και άλλους διαθέσιμους χώρους. Αποφοίτησε το 1952, αφού είχε διακόψει για να επιστρατευθεί την περίοδο του εμφυλίου, όπου και τραυματίστηκε σοβαρά.

Πήρε ειδικότητα στο Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός» στην Αθήνα (1953-1956), ίσως το αρτιότερο νοσηλευτικό ίδρυμα της εποχής του στην Ελλάδα. Όπως έλεγε, του είχε κάνει εντύπωση όταν πρωτοπήγε, ότι υπήρχαν «γάζες όσες θέλαμε και αρκετό λευκό οινόπνευμα για απολύμανση», όπως και χώροι αρκετοί για το προσωπικό.

Επιστρέφει στις Σέρρες και ανοίγει ιδιωτική κλινική το 1956. Εργάζεται στο Νοσοκομείο Σερρών από το 1959 ως το 1984. Από την πρώτη του χρονιά στο Νοσοκομείο Σερρών τοποθετήθηκε σαν διευθυντής της Ω.Ρ.Λ. κλινικής, η οποία είχε μόλις δημιουργηθεί.

Εκτός Νοσοκομείου, συμμετέχει σαν υπεύθυνος γιατρός στην Σχολή Κωφάλων και στους Προσκόπους Σερρών. Συνταξιοδοτήθηκε το 1984, αλλά δραστηριοποιήθηκε στην γεωργία και συνέχισε να ασχολείται με τη γη μέχρι τα 80 του χρόνια.

Ελευθέριος Χαριστός



Ο **Ελευθ. Χαριστός** γεννήθηκε στη Βράσταμα Χαλκιδικής το 1955. Έγγαμος, πατέρας 2 παιδιών. Σπούδασε στο Πανεπιστήμιο Μίνστερ Γερμανίας, ιατρική. Υπηρέτησε ως ιατρός σμηνίας. Απέκτησε τον τίτλο ειδικότητας ορθοπεδικού στη Γερμανία το 1993. Υπηρέτησε ως επιμελητής στη Γερμανία και μετά στην β' ορθοπεδική κλινική του Νοσ. Αγ. Παύλος, Θεσσαλονίκη. Από το 1996 ως τον άδικο χαμό του ως επιμελητής στο Νοσοκομείο Σερρών.

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

του DR. ΧΑΡΙΣΤΟΥ Ελευθερίου, Ορθοπεδικού Χειρουργού, Επιμελητή Α' Ορθοπεδικής Κλινικής Γ.Ν.Ν. Σερρών

Τόπος Γεννήσεως:
Έτος Γεννήσεως:
Διεύθυνση Κατοικίας:
Οικογ. Κατάσταση:

Βράσταμα Χαλκιδικής
27.10.1955
Αμοργού 19, 55337 Θεσσαλονίκης-Τριανδρία
Έγγαμος με δυο παιδιά

ΣΠΟΥΔΕΣ

1961 - 1967
1967 - 1974
1976 - 1982

Δημοτικό Σχολείο Βραστάμων και έκτο Θεσ/νίκης
Πρώτο Εσπερινό επτατάξιο Γυμνάσιο Θεσ/νίκης
Φοίτηση στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου
Μίνστερ Γερμανίας. Απόκτηση του γερμανικού
πτυχίου Ιατρικής στις 02.11.1982

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ

1982 - 1983

Εκπόνηση Διδακτορικής Διατριβής στο
Ινστιτούτο Γενετικής της Ιατρικής Σχολής του
Πανεπιστημίου Μίνστερ με θέμα:
«Επί της ευαίσθητης φάσης της Εμβρυοπάθειας της
Θαλιδομίδης». Μια ανάλυση από 245 περιπτώσεις
που κρίθηκε με το βαθμό «λιαν καλώς».
Στις 19.08.1983 απονομή του διδακτορικού τίτλου
που αναγνωρίστηκε από το ΔΙΚΑΤΣΑ σαν ισότιμος
των ελληνικών τίτλων.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

28.09.83 - 01.09.85

Εκπλήρωση της στρατιωτικής θητείας σαν Σμηνίας

04.11.85 - 31.03.88

ιατρός, επάνω από 6 μήνες στο 251
Γ. Νοσοκομείο Αεροπορίας στην Αθήνα και σαν
εσωτερικός βοηθός στην Β' Ορθοπεδική κλινική.
Εσωτερικός βοηθός στη Πανεπιστημιακή Κλινική
Τραυματολογίας και άκρας χειρός στο Μίνστερ
Γερμανίας.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

09.05.88 - 31.12.88

Εσωτερικός βοηθός στην Τραυματολογική Κλινική του Νοσοκομείου «Άγιος Ιωσήφ» στο Μόρς Γερμανίας

01.01.89 - 31.12.89

Εσωτερικός βοηθός στην Τραυματολογική / Ορθοπαιδική Κλινική Βάλμπουργκ Γερμανίας.

01.01.90 - 13.05.93

Εσωτερικός βοηθός στην Ορθοπεδική και Ρεύματορθοπαιδική Κλινική του Νοσοκομείου Μπάντ Κρόιζναχ Γερμανίας.

13.05.1993

Απόκτηση του τίτλου ειδικότητας Ορθοπαιδικού Χειρουργού στην Γερμανία.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ - ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ- ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

14.05.93 - 01.03.94

Αναπληρωτής Επιμελητής Ορθοπαιδικής στο Νοσοκομείου Μπάντ Κρόιζναχ Γερμανίας.

01.12.94 - 31.03.95

Ορθοπαιδικός ιατρός στην Β' Ορθοπεδική Κλινική του Νοσ. Αγ. Παύλος Θεσ / νίκη κατά την εκπλήρωση της υπηρεσίας υπαίθρου.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ - ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΤΟ ΕΣΥ

15.04.96 - 08.12.1999

Επιμελητής Β' στην Ορθοπαιδική Κλινική του Γ.Ν.Ν. Σερρών.

Από 09.12.1999

Επιμελητής Α' στην Ορθοπαιδική Κλινική του Γ.Ν.Ν. Σερρών.

ΥΠΟΧΡΕΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΥΠΑΙΘΡΟΥ

10.10.94 - 10.10.95

Κ.Υ. Ζαγκλιβερίου Θεσ / νίκης και ένα μέρος στο Νοσ. Αγ. Παύλος - Ορθοπαιδική Κλινική.

ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΕΞΑΣΚΗΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ:

01.03.94 - 15.04.94

Γερμανία

01.11.95 - 12.04.96

Θεσσαλονίκη

ΑΛΛΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

Από 1990 Μέλος της Ορθοπαιδικής Εταιρείας Νότιας Γερμανίας.

Από 19.7.1993 Μέλος της Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικής Ορθοπαιδικής και Τραυματολογίας. Συνεχή παρακολούθηση Ελληνικών και διεθνών σεμιναρίων εκπαιδευτικού χαρακτήρα και παρακολούθηση Ιατρικών Συνεδρίων.

Πολλαπλή Συμμετοχή με εισηγήσεις σε Συμπόσια και συνέδρια.

Συνέδρια

ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2008

11ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΟΛΟΓΙΑΣ

18-20 Ιανουαρίου 2008,
Θεσσαλονίκη
Hyatt Regency
info: Global Events, Εγνατία 117,
546 35
Τηλ.: 2310 247734, Fax: 2310
247746
E-mail: info@globalevents.gr
Website: www.globalevents.gr

ΑΠΡΙΛΙΟΣ

MEDITERRANEAN CONGRESS ON COGNITIVE BEHAVIOR THER- APY

1-3 Απριλίου 2008,
Θεσσαλονίκη
Ξενοδοχείο Makedonia Palace
info: Triaena Tours & Congress
SA
Τηλ.: 210 7499300, Fax: 210
7713795
E-mail: info@triaenatours.gr
Website: www.triaenatours.gr

ΙΟΥΝΙΟΣ

22nd CONGRESS OF THE EUROPEAN RHINOLOGIC SOCIETY (ERS) & 27th INTERNATIONAL SYM- POSIUM OF INFECTON & ALLERGY OF THE NOSE (ISIAN)

15-19 Ιουνίου 2008, Ηράκλειο
Κρήτης
Συνεδριακό Κέντρο Creta Maris,
Χερσόνησο5
info: FREI SA
Τηλ.: 210 3215600, 210

3312683-7
Fax: 210 3219296
E-mail: info@frei.gr
Website: www.frei.gr

XXIII WORLD CONGRESS OF THE INTERNA- TIONAL UNION OF ANGIOLO- GY

21-25 Ιουνίου 2008, Αθήνα
Ξενοδοχείο: Athens Hilton Hotel
info: Website: www.IUA2008-
athens.com

ΙΟΥΝΙΟΣ - ΙΟΥΛΙΟΣ

ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΒΙΟΧΗΜΕΙΑΣ & ΜΟΡΙΑΚΗΣ ΒΙΟΛΟΓΙΑΣ 33ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΗΣ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΒΙΟΧΗΜΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ & 11ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΗΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΝΩΣΗΣ ΒΙΟΧΗΜΕΙΑΣ ΚΑΙ ΜΟΡΙΑΚΗΣ ΒΙΟΛΟΓΙΑΣ

28 Ιουνίου-3 Ιουλίου 2008,
Αθήνα
Στάδιο Ειρήνης και Φιλίας
Ελληνική Εταιρεία Βιοχημείας
και Μοριακής Βιολογίας
Federation of European
Biochemical Societies
(FEBS)
International Union of
Biochemistry and Molecular
Biology (IUBMB)
info: C&C International
Τηλ.: 210 68 89 100, Fax: 210 68
44 777
E-mail: febs-iubmb2008@cnc.gr
Website: www.febs-iubmb-
2008.org

ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ

7th JOINT MEETING - NATUR- AL PRODUCTS WITH PHAR- MACEUTICAL, NUTRACEUTI- CAL, COSMETIC AND AGROCHEMICAL INTEREST

3-8 Αυγούστου 2008, Αθήνα
Ξενοδοχείο Hotel Athenaeum
Intercontinental
info: AFEA Congress,
Τηλ.: 210 3668853
Website: www.jointmeet-
ing.2008athens.gr

ΣΕΠΤΕΜΒΡΗΣ

6th EURO FED LIPID

7-10 Σεπτεμβρίου 2008, Αθήνα
Ξενοδοχείο Athenaeum
Intercontinental
Euro Fed Lipid
info: Triaena Tours & Congress
SA
Τηλ.: 210 7499300, Fax: 210
7713795
E-mail: info@triaenatours.gr
Website: www.triaenatours.gr

34th INTERNATIONAL CON- FERENCE ON MICRO AND NANO ENGINEERING 2008

15-19 Σεπτέμβρη 2007, Αθήνα
Ξενοδοχείο Athens Hilton
info: Triaena Tours & Congress
SA
Τηλ.: 210 7499300, Fax: 210
7713795
E-mail: info@triaenatours.gr
Website:
www.triaenatours.gr Fax: 210
7713795
E-mail: info@triaenatours.gr
Website: www.esphi2007-
athens.gr
www.triaenatours.gr

ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Υποβολή εργασιών, άρθρων, διαφόρων κειμένων (χειρόγραφα, ηλεκτρονική μορφή) θα πρέπει να υποβάλλονται ένα μήνα τουλάχιστον πριν την έκδοση του περιοδικού. Το περιοδικό θα εκδίδεται κάθε τρεις μήνες.

Δ/ση επικοινωνίας Ι.Σ.Σ. και Συντακτική Επιτροπή
Η συντακτική επιτροπή έχει το δικαίωμα να κάνει διορθώσεις, εάν το κείμενο δεν συμβαδίζει με τις οδηγίες, αφού προηγουμένως έχει έρθει σε συνεννόηση με τον συγγραφέα.

Λόγω του περιορισμένου όγκου του περιοδικού, για μεν τις επιστολές δεν πρέπει σε μέγεθος να είναι μεγαλύτερη της μιας σελίδας Α4 και για τις εργασίες μεγαλύτερες των τριών σελίδων. Οι επιστημονικές εργασίες θα πρέπει να έχουν συγκεκριμένη μορφή: περίληψη, εισαγωγή, υλικό, μέθοδοι, συζήτηση, συμπέρασμα, βιβλιογραφία. Οι εργασίες μπορούν να συνοδεύονται και από φωτογραφίες (έγχρωμες ή ασπρόμαυρες). Όταν δεν είναι πρωτότυπες θα πρέπει σύμφωνα με το νόμο να αναφέρεται και η πηγή προέλευσης τους. Το περιοδικό δέχεται μόνο ενυπόγραφα άρθρα και επιστολές τα οποία απηχούν τις απόψεις των αρθρογράφων, και όχι της Σύνταξης ή του Ι.Σ. Σερρών. Το περιοδικό **«ΙΑΤΡΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ»** είναι επίσημο όργανο του **Ιατρικού Συλλόγου Σερρών**. Αποστέλλεται σε όλα τα μέλη του και σε Ν.Π.Δ.Δ.